

**UNIVERSIDADE SANTA CECÍLIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO DA SAÚDE:**  
**DIMENSÕES INDIVIDUAIS E COLETIVAS**

**DANIEL FERREIRA LIMAVERDE**

**RACIONALIZAÇÃO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DO SUS: A  
POSSIBILIDADE JURÍDICA DO COPAGAMENTO**

**SANTOS/SP**

**2024**

**DANIEL FERREIRA LIMAVERDE**

**RACIONALIZAÇÃO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DO SUS: A  
POSSIBILIDADE JURÍDICA DO COPAGAMENTO**

Dissertação apresentada à Universidade Santa Cecília como parte dos requisitos para obtenção de título de mestre no Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde, sob a orientação do Professor Renato Braz Mehanna Khamis.

**SANTOS/SP**

**2024**

**Autorizo a reprodução parcial u total deste trabalho, por qualquer que seja o processo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos.**

Limaverde, Daniel Ferreira.  
Racionalização nas políticas públicas do SUS: a possibilidade jurídica do copagamento/Daniel Ferreira Limaverde. – 2024.  
138 f.

Orientador: Prof. Dr. Renato Braz Mehanna Khamis.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Santa Cecília, Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde, Dimensões individuais e coletivas, Santos, SP, 2024.

1. Saúde. 2. Gasto Público. 3. Escassez. 4. Eficiência. 5. Copagamento.  
I. Khamis, Renato Braz Mehanna II. Título.

**Elaborada pelo SIBi – Sistema Integrado de Bibliotecas - Unisanta**

## RESUMO

O copagamento é um instrumento que pode contribuir à sustentabilidade financeira e/ou eficiência das políticas públicas de saúde, desde que estruturado adequadamente. Sob a ótica da Constituição Federal de 1988, o copagamento é compatível com as normas/objetivos constitucionais e com o sistema universal de saúde, inexistindo razões *a priori* que impeçam a sua instituição.

**Palavras-chave:** Saúde, gasto público, escassez, eficiência, copagamento.

## **ABSTRACT**

Cost-sharing is an instrument that can contribute to the financial sustainability and/or efficiency of public health policies, as long as it is structured appropriately. From the perspective of the 1988 Federal Constitution, cost-sharing is compatible with constitutional norms/objectives and with the universal health system, and there are no priori reasons that prevent its institution.

**Keywords:** Health, public spending, scarcity, efficiency, cost-sharing.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRASCO	-	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ADPF	-	Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
AIS	-	Ações Integradas em Saúde
AMB	-	Associação Médica Brasileira
ANS	-	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CEBES	-	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CFM	-	Conselho Federal de Medicina
CNRS	-	Comissão Nacional da Reforma Sanitária
CONASP	-	Conselho de Administração da Saúde Previdenciária
EC	-	Emenda Constitucional
FAS	-	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FMI	-	Fundo Monetário Internacional
HMO	-	Health Maintenance Organizations
IAP	-	Instituto de Aposentadorias e Pensões

IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	-	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência
INPS	-	Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social
LC	-	Lei Complementar
LDO	-	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	-	Lei Orçamentária Anual
NHS	-	<i>The National Health Service</i>
OCDE Econômico	-	Organização para a Cooperação e de Desenvolvimento
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
OSS	-	Orçamento da Seguridade Social
PASEP Público	-	Programa de Formação do Patrimônio do Servidor
PEC	-	Proposta de Emenda Constitucional
PEC	-	Programas de Extensão de Cobertura
PIB	-	Produto Interno Bruto
PIDESC Culturais	-	Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e

PIS	-	Programa de Integração Social
PISA.	-	Programa Internacional de Avaliação de Alunos
PND	-	Plano Nacional de Desenvolvimento
POS	-	Point Of Service Plans
PPA	-	Plano Plurianual
PREV-SAÚDE	-	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
SIMPAS	-	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SNS	-	Sistema Nacional de Saúde
SUDS	-	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	-	Sistema Único de Saúde
VBID	-	<i>Value-Based Insurance Design</i>

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1. A CONSTITUCIONALIZAÇÃO DO SISTEMA UNIVERSAL DE SAÚDE</b>	13
1.1. Sistemas de saúde	13
1.1.1. Sistema assistencial ou residual	14
1.1.2. Sistema de seguro social, nacional de saúde ou bismarckiano	17
1.1.3. Sistema de seguridade social, nacional, universal de saúde ou beveridgiano	19
1.2. O sistema de saúde antes da Constituição Federal de 1988	21
1.2.1. Fase de institucionalização do governo militar (1964 a 1968)	21
1.2.2. Fase de expansão da industrialização do governo militar (1968 a 1974)	23
1.2.3. Fase reformista do governo militar (1974 a 1979)	24
1.2.4. Fase final do governo militar (1979 a 1985)	27
1.2.5. Advento da Nova República (1985 a 1988)	30
1.3. Movimento da reforma sanitária	32
1.4. Avanço do setor privado e universalização excludente	35
1.5. Assembleia Constituinte e Constituição Federal de 1988	39
1.6. Capacidade de financiamento público do SUS – comparação com outros países	43
1.7. Conclusão parcial	46
<b>CAPÍTULO 2. WELFARE STATE, FOCALIZAÇÃO E COPAGAMENTO</b>	48
2.1. A reformulação do <i>welfare state</i>	48
2.2. A expansão das políticas focalizadas	52
2.3. O copagamento	54
2.3.1. Copagamento de macro e micro desempenho	54
2.3.2. Tipos de copagamento	57
2.3.3. Desvantagens e vantagens do copagamento	60
2.4. Conclusão parcial	62
<b>CAPÍTULO 3. A QUESTÃO DA GRATUIDADE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988</b>	64
3.1. A doutrina da gratuidade normativa da saúde	64
3.2. Noções gerais sobre o direito a prestações de saúde	66
3.3. Paradigmas do Direito Contemporâneo	68
3.4. Distinção entre enunciado normativo, norma e delimitação normativa	71
3.5. Espécies de normas jurídicas: regras e princípios	72
3.6. Das técnicas interpretativas	76
3.6.1. Dos métodos interpretativos tradicionais ou clássicos	77

<b>3.6.2. Dos métodos interpretativos constitucionais</b> .....	79
<b>3.7. Da restringibilidade</b> .....	81
<b>3.8. Princípios constitucionais restritivos à gratuidade (e à universalidade)</b> .....	82
<b>3.8.1. Princípio da eficiência</b> .....	82
<b>3.8.2. Princípio da isonomia</b> .....	87
<b>3.8.3. Princípios orçamentários</b> .....	92
<b>3.8.4. Princípios da seguridade social</b> .....	100
<b>3.9. Lições do Sistema Nacional de Saúde Português</b> .....	107
<b>3.10. Breve comparação com outros sistemas universais de saúde</b> .....	110
<b>3.11. Conclusão parcial</b> .....	112
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	118
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	119

## INTRODUÇÃO

Essa dissertação tem por objetivo central enfrentar a possibilidade jurídica do copagamento para conferir racionalidade ao gasto público, sendo pertinente, especialmente, em cenários de escassez de recursos e/ou investimento público. Esse instrumento, isoladamente, não resolveria o subfinanciamento da saúde pública brasileira, contudo isso não desautoriza o seu uso para elaboração de políticas públicas coerentes em proveito do bem-estar social, principalmente se combinado com outras medidas.

Não é objeto de investigação desse trabalho a malversação do dinheiro público, os gastos exorbitantes em outras áreas não atreladas à saúde ou as controversas priorizações de políticas públicas que não contribuem para atender aos interesses da coletividade. Essas temáticas são deveras relevantes, pois, se devidamente endereçadas, despertariam avanços nas políticas públicas, dentre elas a saúde.

De qualquer sorte, essa constatação não subtrai a importância do estudo do copagamento. Isso porque qualquer política pública, seja da área da saúde ou não, deve pautar-se por critérios de racionalidade, eficiência e equidade, despindo-se de orientações meramente ideológicas ou de crenças desprovidas de embasamento técnico-científico.

Foi pesquisado para elaboração desse trabalho: (a) banco de dados de organismos oficiais; (b) experimentos sobre copagamento; (c) bibliografias sobre sistemas de saúde, financiamento, copagamento e doutrina constitucional; (d) textos normativos. Foi adotado o método dedutivo para trazer a hipótese de que inexistente proibição ou incompatibilidade constitucional, *a priori*, do copagamento na saúde pública nacional.

O primeiro capítulo investiga os antecedentes históricos que levaram ao surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizado como um processo entre forças antagônicas que acarretou a positivação da saúde como direito no texto da Constituição Federal de 1988.

O segundo capítulo aborda as noções gerais sobre o Estado de bem-estar social, as estratégias de focalização e o copagamento, servindo de auxílio à análise jurídica da gratuidade.

O terceiro capítulo aborda a gratuidade com base na doutrina, no texto constitucional e comparativo com outros países que adotam o sistema universal de saúde, para aferir se cabe flexibilização, pois, caso positivo, implica aceitar que o copagamento é compatível com o sistema de saúde brasileiro previsto na Constituição Federal de 1988.

## CAPÍTULO 1. A CONSTITUCIONALIZAÇÃO DO SISTEMA UNIVERSAL DE SAÚDE

Nesse primeiro capítulo serão analisados os diferentes sistemas de saúde, os antecedentes históricos da constitucionalização da saúde como direito no Brasil, dando origem ao Sistema Único de Saúde (SUS), e os gastos em saúde comparativamente com outros países.

### 1.1. Sistemas de saúde

O sistema de saúde pode ser definido como toda atividade cuja finalidade primordial esteja atrelada à promoção, restauração e manutenção da saúde.<sup>1</sup> Ou ainda, como o conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais que asseguram aos indivíduos uma saúde condizente com os anseios da sociedade.<sup>2</sup>

Nesse sentido, os sistemas de saúde compartilham objetivos comuns como a proteção adequada aos riscos e a promoção de um nível ótimo de saúde mediante serviços eficientes.<sup>3</sup> Contudo, características históricas, econômicas, políticas e culturais levam a arranjos diferenciados em cada país.

Doravante, o financiamento e a prestação dos serviços de saúde podem assumir a forma pública ou privada. Todos os sistemas de saúde mesclam esses elementos, com a predominância de um sobre o outro.<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **The World Health Report 2000**: health systems: improving performance. 2000. Pág. 5.

<sup>2</sup> LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígia. **Sistemas de saúde**: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, Lígia *et al* (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Livro eletrônico (Kindle). 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. Posição 1998.

<sup>3</sup> BISPO JÚNIOR, José Patrício; MESSIAS, Kelly Leite Maia de. Sistemas de serviços de saúde: principais tipologias e suas relações com o sistema de saúde brasileiro. **Rev.Saúde.Com**. Vol. 1, núm. 1, 2005. Pág. 82. IBANES, Nelson. **Análise comparada de Sistemas de Saúde**. In: INANES, Nelson; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon; SEIXAS, Paulo Henrique D'Ángelo (Org.). Política e Gestão Pública em Saúde. São Paulo: Hucitec Editora: Cealag, 2011. Pág. 155. FLEURY, Sonia; OUVRENEY, Assis Mafort. **Política de Saúde**: uma política social. In: GIOVANELLA, Lígia *et al* (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Livro eletrônico (Kindle). 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. Posição 610.

<sup>4</sup> DEBER, RAISA B. **Treating health care**: how the system works and how it could work better. Livro eletrônico (Kindle). University of Toronto Press, 2018. Posição 730.

Portanto, não há sistemas de saúde puros, entretanto, para fins didáticos, são agrupados em sistemas: (1) assistencial ou residual; (2) bismarckiano, de seguro social ou seguro nacional de saúde; (3) beveridgiano, de seguridade social, nacional ou universal de saúde.<sup>5</sup>

### 1.1.1. Sistema assistencial ou residual

No sistema assistencial prevalece a dominância do mercado na prestação dos serviços de saúde.<sup>6</sup> A intervenção do Estado é residual, dirigida aos setores específicos da sociedade impedidos financeiramente de acessar os serviços ofertados pelo mercado. É o modelo adotado nos Estado Unidos, na linha da sua tradição liberal, com reduzida intervenção estatal e predominando a noção de saúde como bem de consumo.

São características do sistema residual: a prevalência do financiamento privado, a maior responsabilidade individual e a lógica da lucratividade.

Não obstante, dois fenômenos deflagram a atuação estatal nesse modelo de saúde: os subsídios fiscais à aquisição de seguros privados e o financiamento estatal aos desprovidos de seguro privado.<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> IBAÑES, Nelson. **Análise comparada de Sistemas de Saúde**. In: IBAÑES, Nelson; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon; SEIXAS, Paulo Henrique D'Ángelo (Org.). Política e Gestão Pública em Saúde. São Paulo: Hucitec Editora: Cealag, 2011. Pág. 147.

<sup>6</sup> FAVRETE FILHO, Paulo; OLIVEIRA, Pedro Jorge de. A Universalização Excludente: Reflexões sobre as Tendências do Sistema de Saúde. **Planejamento e Políticas Públicas**. Núm. 3, jun., 1990. Pág. 143. SANTOS, Isabela Soares. **O Mix Público-Privado no Sistema de Saúde Brasileiro**: elementos para a regulação da cobertura duplicada. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. 2009. Pág. 36. FLEURY, Sonia; OUVRENEY, Assis Mafort. **Política de Saúde**: uma política social. In: GIOVANELLA, Lígia *et al* (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Livro eletrônico (Kindle). 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. Posição 635. BORGES, Danielle da Costa Leite. **EU Health Systems and Distributive Justice**: Towards New Paradigms for the Provision of Health Care Services? Livro eletrônico (Kindle). Oxon, New York: Routledge Research in EU Law, 2017. Posição 277. SANTOS, Isabela Soares. **O Mix Público-Privado no Sistema de Saúde Brasileiro** : elementos para a regulação da cobertura duplicada. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2009. Pág. 36.

<sup>7</sup> CUTLER, David M.; ZECKHAUSER, Richard J. The Anatomy of Health Insurance. **National Bureau of Economic Research**. Jun., 1999. Pág. 6. FAVRETE FILHO, Paulo; OLIVEIRA, Pedro Jorge de. A Universalização Excludente: Reflexões sobre as Tendências do Sistema de Saúde. **Planejamento e Políticas Públicas**. Núm. 3, jun., 1990. Pág. 147.

Na década de cinquenta rapidamente desenvolveu-se o seguro privado fundado na relação empregatícia, deixando os pobres, desempregados e idosos sem proteção.<sup>8</sup> Por diferentes razões, a aquisição de seguro privado por esses grupos era inviável ou rara.

Ante esse problema, os Estados Unidos criaram em 1965 os programas *Medicaid* e *Medicare*, com financiamento público à fruição de seguros privados. O primeiro é direcionado primordialmente aos indivíduos de baixa renda e conta com recursos federais e estaduais. Já o segundo é voltado aos idosos, também com apoio dessas fontes de receita, mas exigindo contribuição dos beneficiários. Desse modo, ambos os programas são financiados com recursos públicos, mas a prestação é por agentes privados.<sup>9</sup>

Para desfrutar desses programas o interessado deve preencher requisitos de elegibilidade.<sup>10</sup> Caso não os atenda, a alternativa é a aquisição de cuidados de saúde com recursos próprios. Isso explica a expressiva marca de mais de 49 milhões de americanos desprovidos de seguro de saúde em 2010<sup>11</sup> e os muitos pedidos de falência embasados no endividamento por despesas médicas.<sup>12</sup> A título de comparação, o percentual de americanos que reportam dificuldades em pagar as despesas com saúde é no mínimo cinco vezes maior do que no Reino Unido e três vezes no Canadá.<sup>13</sup>

---

<sup>8</sup> BODENHEIMER, Thomas S.; GRUMBACH, Kevin. **Understanding health policy**: a clinical approach. 5ª edição. McGraw-Hill, 2009. Pág. 10.

<sup>9</sup> BODENHEIMER, Thomas S.; GRUMBACH, Kevin. **Understanding health policy**: a clinical approach. 5ª edição. McGraw-Hill, 2009. Pág. 14. ALMEIDA, Célia. **Reforma de Sistemas de Saúde**: tendências internacionais, modelos e resultados. In: GIOVANELLA, Lígia *et al* (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Livro eletrônico (Kindle). 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. Posição 18787. DEBER, RAISA B. **Treating health care**: how the system works and how it could work better. Livro eletrônico (Kindle). University of Toronto Press, 2018. Posição 754.

<sup>10</sup> FLEURY, Sonia; OUVÉRY, Assis Mafort. **Política de Saúde**: uma política social. In: GIOVANELLA, Lígia *et al* (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Livro eletrônico (Kindle). 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. Posição 651.

<sup>11</sup> NORONHA, José Carvalho; GIOVANELLA, Lígia; CONILL, Eleonor Minho. **Sistemas de saúde da Alemanha, do Canadá e dos EUA**: uma visão comparada. In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar de (Org.). Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. Pág. 170.

<sup>12</sup> DEBER, RAISA B. **Treating health care**: how the system works and how it could work better. Livro eletrônico (Kindle). University of Toronto Press, 2018. Posição 1475.

<sup>13</sup> MOSSIALOS, Elias; DIXON, Anna. **Funding health care in Europe**: weighing up the options. In: MOSSIALOS, Elias *et al* (Org.). European Observatory on Health Care Systems Series. Funding health care: options for Europe. 2002. Pág. 284.

Para combater esse número expressivo de americanos desprotegidos de seguro de saúde, em 2010 foi introduzido o *Affordable Care Act*, popularmente conhecido como *Obamacare*. Trata-se de uma ampla reforma que, mantendo a estrutura do sistema de saúde norte-americano, busca expandir o acesso aos serviços. Para isso tornou compulsória a aquisição de planos privados de saúde para quem não possui, com a previsão de penalidade ante o descumprimento, mas em contrapartida o governo oferece subsídios àqueles com baixa renda. Em termos práticos, o *Obamacare* financia as pessoas até então inelegíveis aos programas *Medicaid* e *Medicare*, contribuindo à diminuição do número de não-segurados.<sup>14</sup>

O *Obamacare* não é isento de polêmicas. Uma delas, a obrigatoriedade do seguro de saúde, é vista por muitos como abusiva, seja por ferir a liberdade individual, seja pela União invadir assunto de competência dos Estados.

Doravante, em 2012 os Estados Unidos gastaram 17% do Produto Interno Bruto (PIB) em saúde.<sup>15</sup> Outros países, com extensa cobertura da população, possuem melhores indicadores de saúde a um gasto médio de 11-12% do PIB.<sup>16</sup> Inexiste consenso se o *Obamacare*, a despeito da expansão do financiamento público, reduzirá o custo do sistema de saúde a médio e longo prazo tal como aventado.<sup>17</sup>

A principal explicação à diferença do gasto e dos resultados do sistema de saúde norte-americano ao dos demais países desenvolvidos, com destaque àqueles do oeste europeu, está no mercantilismo sanitário. O custo da saúde é muito elevado, sobretudo pelo pesado investimento em inovações tecnológicas

---

<sup>14</sup> GREENBERG, Stanley. **Understanding Obamacare: The Simplified Guide to Making Sense of the New Insurance Policy.** Livro eletrônico (Kindle). Posição 47 e 185.

<sup>15</sup> Organização Mundial da Saúde. **World Health Statistics 2015.** Part II. Global health indicators. Pág. 132.

<sup>16</sup> Canadá: 10,9%; Japão: 10,3%; Reino Unido: 9,3%; Portugal: 9,9%; França: 11,6%; Alemanha: 11,3%; Holanda: 12,7%. ORGANIZATION, World Health. Organização Mundial da Saúde. **World Health Statistics 2015.** Part II. Global health indicators. Pág. 126-132.

<sup>17</sup> ROSENTHAL, Elisabeth. **An American sickness: how healthcare became a big business and how you can take it back.** Livro eletrônico (Kindle). New York: Penguin Press, 2017. Posição 174.

e pela lucratividade expressiva do setor.<sup>18</sup> Pesquisas mostram que o complexo de saúde é o mercado mais rentável nos Estados Unidos.<sup>19</sup>

Em suma, o modelo residual enfrenta dificuldades para promover o amplo acesso da sociedade aos serviços básicos de saúde. A despeito do aumento recente do investimento público, como no sistema norte-americano, é duvidoso o real custo-benefício.<sup>20</sup>

### 1.1.2. Sistema de seguro social, nacional de saúde ou bismarckiano

O seguro social é fundado na ideia de que os indivíduos com capacidade econômica devem financiar os próprios cuidados de saúde, cabendo ao Estado assegurar os serviços apenas aos desprovidos de recursos.<sup>21</sup> Assim, a princípio, o sistema de seguro social lembra o sistema residual, entretanto, há diferenças sensíveis que os apartam.

Em 1883 foi aprovada na Alemanha a legislação de Bismarck que criou o sistema de seguro social para atender as reivindicações dos trabalhadores (de minas, transporte, construção e indústria) por melhores condições de trabalho e vida. Apesar da resistência inicial, os empregadores perceberam que a proteção também os beneficiava, uma vez que a produção era prejudicada pelos operários doentes (ausentes e presentes). Logo, tratou-se de constituir um financiamento composto por contribuições dos empregados e empregadores, sendo essa uma das inovações do modelo.<sup>22</sup>

Como o seguro de saúde é condicionado ao vínculo empregatício, parcela da população ficou desassistida. Para contornar este problema, o Estado alemão

---

<sup>18</sup> BISPO JÚNIOR, José Patrício; MESSIAS, Kelly Leite Maia de. Sistemas de serviços de saúde: principais tipologias e suas relações com o sistema de saúde brasileiro. **Rev.Saúde.Com.** Vol. 1, núm. 1, 2005. Pág. 84.

<sup>19</sup> ROSENTHAL, Elisabeth. **An American sickness**: how healthcare became a big business and how you can take it back. Livro eletrônico (Kindle). New York: Penguin Press, 2017. Posição 160. GLADWELL, Malcolm. **The Moral-Hazard Myth** : The bad idea behind our failed health-care system. 22 de ago., 2005.

<sup>21</sup> DEBER, RAISA B. **Treating health care**: how the system works and how it could work better. Livro eletrônico (Kindle). University of Toronto Press, 2018. Posição 1423.

<sup>22</sup> PORTUGAL. **Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde**: Relatório Final. Fev., 2007. Pág. 19.

assumiu o financiamento dos serviços de saúde em prol dos desempregados. Com isso, o seguro obrigatório foi mixado com o assistencialismo focalizado.<sup>23</sup>

São características predominantes: a adesão obrigatória, o financiamento público juntamente da contribuição de empregados e empregadores, a lógica da solidariedade.<sup>24</sup>

O sistema de seguro social tem propiciado efetivo acesso universal aos serviços de saúde. Todavia, é imprescindível um reduzido nível de desemprego no país para funcionar adequadamente, pois o financiamento estatal é acessório nesse sistema.<sup>25</sup>

A distribuição dos benefícios segue a solidariedade, com o financiamento baseado na capacidade econômica, diferentemente dos seguros privados, que se baseiam nos riscos inerentes à condição de saúde individual.<sup>26</sup> Por outro lado, a remuneração costuma ser utilizada para conferir maiores benefícios aos que contribuem mais, tolerando o sistema a diferenciação dos serviços prestados.<sup>27</sup>

Vale registrar, ainda, que a depender do país existe a opção pela renúncia do sistema obrigatório, geralmente atribuída aos indivíduos de elevada renda.<sup>28</sup>

---

<sup>23</sup> DEBER, RAISA B. **Treating health care**: how the system works and how it could work better. Livro eletrônico (Kindle). University of Toronto Press, 2018. Posição 1430. FLEURY, Sonia; OUVÉNEY, Assis Mafort. **Política de Saúde**: uma política social. In: GIOVANELLA, Lígia *et al* (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Livro eletrônico (Kindle). 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. Posição 663.

<sup>24</sup> DEBER, RAISA B. **Treating health care**: how the system works and how it could work better. Livro eletrônico (Kindle). University of Toronto Press, 2018. Posição 1541

<sup>25</sup> BISPO JÚNIOR, José Patrício; MESSIAS, Kelly Leite Maia de. Sistemas de serviços de saúde: principais tipologias e suas relações com o sistema de saúde brasileiro. **Rev.Saúde.Com**. Vol. 1, núm. 1, 2005. Pág. 85.

<sup>26</sup> BORGES, Danielle da Costa Leite. **EU Health Systems and Distributive Justice**: Towards New Paradigms for the Provision of Health Care Services? Livro eletrônico (Kindle). Oxon, New York: Routledge Research in EU Law, 2017. Posição 2155. GARLAND, David. **The Welfare State**: A Very Short Introduction. Livro eletrônico (Kindle). Oxford University Press, 2016. Posição 1604.

<sup>27</sup> FLEURY, Sonia; OUVÉNEY, Assis Mafort. **Política de Saúde**: uma política social. In: GIOVANELLA, Lígia *et al* (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Livro eletrônico (Kindle). 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. Posição 675. MOSSIALOS, Elias; DIXON, Anna. **Funding health care in Europe**: weighing up the options. In: MOSSIALOS, Elias *et al* (Org.). European Observatory on Health Care Systems Series. Funding health care: options for Europe. 2002. Pág. 275.

<sup>28</sup> MOSSIALOS, Elias; DIXON, Anna. **Funding health care in Europe**: weighing up the options. In: MOSSIALOS, Elias *et al* (Org.). European Observatory on Health Care Systems Series. Funding health care: options for Europe. 2002. Pág. 276.

No início do século XX o modelo de seguro social expandiu à maioria dos países europeus, surgindo inúmeras variantes.<sup>29</sup> Outros países que adotam esse sistema de saúde são a França, Holanda, Bélgica, Áustria, Suíça e Japão.<sup>30</sup>

### **1.1.3. Sistema de seguridade social, nacional, universal de saúde ou Beveridgiano**

Em 1942 na Grã-Bretanha adveio o Relatório Beveridge, que era um plano de proteção social abrangente que incluiu um sistema de saúde para todos os cidadãos, com intervenções curativa e preventiva, e financiado notadamente por impostos. Com base nele foi criado em 1946 o Serviço Nacional de Saúde (*The National Health System – NHS*), entrando em funcionamento em 1948.<sup>31</sup>

A provisão universal gratuita foi paradigma do sistema de saúde britânico, para que nenhum doente fosse impedido de obter cuidados de saúde por razões financeiras. A gratuidade foi o mecanismo utilizado para assegurar o acesso de qualquer cidadão, sendo financiada por impostos progressivos. Dessa maneira, os indivíduos com maior rendimento contribuíam proporcionalmente mais, sendo este o apontado viés redistributivo do sistema (comparado aos demais).<sup>32</sup>

Nessa esteira, o acesso aos serviços de saúde é decorrência dos direitos inerentes à cidadania. É o reverso da ótica de bem de consumo adquirido no

---

<sup>29</sup> PORTUGAL. **Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde**: Relatório Final. Fev., 2007. Pág. 19.

<sup>30</sup> COSTA, Nilson do Rosário. Austeridade, predominância privada e falha de governo na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 22, núm. 4, abr., 2017. Pág. 1067.

<sup>31</sup> FLEURY, Sonia; OUVÉRY, Assis Mafor. **Política de Saúde**: uma política social. In: GIOVANELLA, Lígia *et al* (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Livro eletrônico (Kindle). 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. Posição 681. SILVA, Suzana Tavares da. **Direitos Fundamentais na Arena Global**. 2ª edição. Universidade de Coimbra, 2014. Pág. 182.

<sup>32</sup> GRAY, Muir *et al*. **How To Get Better Value Healthcare**. Livro eletrônico (Kindle). 3ª edição. Offox Press: Oxford. 2017. Página 1,10. PORTUGAL. **Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde**: Relatório Final. Fev., 2007. Pág. 20. LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígia. **Sistemas de saúde**: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, Lígia *et al* (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Livro eletrônico (Kindle). 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. Posição 2252.

mercado, pois não condicionado à capacidade de pagamento. Basta a singela necessidade dos serviços para, em regra, ter direito ao atendimento.<sup>33</sup>

São características do sistema: o preeminente financiamento público via impostos, a menor liberdade individual do usuário e a lógica da solidariedade.

Desde o início, com a estatização dos hospitais (remanescendo apenas 5% privados), a prestação do serviço foi predominantemente pública no NHS.<sup>34</sup> Assim, os serviços privados eram admitidos, mas somente em caráter residual, sem comprometer estruturalmente o funcionamento do sistema.

O serviço público foi organizado de maneira hierarquizada, com a atenção primária como porta de entrada ao sistema de saúde. Por meio dela os médicos generalistas (*gatekeepers*) são os responsáveis por encaminhar os pacientes aos médicos especialistas e hospitais. Essa filtragem melhora o aproveitamento dos recursos, com parte considerável dos problemas solucionados já na atenção primária, porém sem obstar o encaminhamento aos outros níveis, consoante a complexidade do estado de saúde.

O sistema universal é apontado como o mais eficiente, haja vista o custo-benefício. Mesmo com reduzidos recursos consegue oferecer índices positivos de saúde. Contudo, não é isento de críticas, havendo crescente insatisfação com a qualidade dos serviços, as listas de espera, a baixa inovação industrial etc.<sup>35</sup>

O sistema nacional de saúde originalmente se inspirou no financiamento e prestação públicos, como no Reino Unido, entretanto, também é compatível

---

<sup>33</sup> BISPO JÚNIOR, José Patrício; MESSIAS, Kelly Leite Maia de. Sistemas de serviços de saúde: principais tipologias e suas relações com o sistema de saúde brasileiro. **Rev.Saúde.Com.** Vol. 1, núm. 1, 2005. Pág. 85. FLEURY, Sonia; OUVÉNEY, Assis Mafort. **Política de Saúde: uma política social.** In: GIOVANELLA, Lígia *et al* (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Livro eletrônico (Kindle). 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. Posição 688.

<sup>34</sup> LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígia. **Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica.** In: GIOVANELLA, Lígia *et al* (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Livro eletrônico (Kindle). 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. Posição 2257. SANTOS, Isabela Soares. **O Mix Público-Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada.** Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. 2009. Pág. 34.

<sup>35</sup> BISPO JÚNIOR, José Patrício; MESSIAS, Kelly Leite Maia de. Sistemas de serviços de saúde: principais tipologias e suas relações com o sistema de saúde brasileiro. **Rev.Saúde.Com.** Vol. 1, núm. 1, 2005. Pág. 86. MOSSIALOS, Elias; DIXON, Anna. **Funding health care in Europe: weighing up the options.** In: MOSSIALOS, Elias *et al* (Org.). European Observatory on Health Care Systems Series. Funding health care: options for Europe. 2002. Pág. 285.

com o financiamento público e a prestação privada, como ocorre no Canadá.<sup>36</sup> Outros países que atualmente adotam o sistema universal são Portugal, Itália, Espanha, Suécia, Dinamarca, Irlanda e Nova Zelândia.

## **1.2. O sistema de saúde antes da Constituição Federal de 1988**

A saúde como direito assumiu *status* constitucional com a promulgação da Constituição Federal de 1988. Antes de adentrar no seu conteúdo, convém abordar o contexto da sua constitucionalização, considerada por muitos como a maior conquista da Assembleia Constituinte. Isso inexoravelmente remete ao movimento da reforma sanitária, mas também merece nota o contramovimento de expansão do setor privado.

De proêmio, o sistema de saúde comportava dois modelos de atenção: o curativo-liberal e preventivo-comunitário. Uma das marcas do sistema de saúde estava na dissociação dessas formas de atenção.<sup>37</sup>

Para facilitar a compreensão, será exposto um excuro histórico referente aos seguintes períodos: (1) fase de institucionalização do governo militar (1964 a 1968); (2) fase de expansão da industrialização do governo militar (1968 a 1974); (3) fase reformista do governo militar (1974 a 1979); (4) fase final do governo militar (1979 a 1985); (5) advento da Nova República (1985 a 1988).

### **1.2.1. Fase de institucionalização do governo militar (1964 a 1968)**

A fase de institucionalização tem início com o movimento militar de 1964, levando à deposição do presidente João Goulart e assumindo no seu lugar o marechal Castelo Branco. A proposta do novo governo consistia na restauração

---

<sup>36</sup> DEBER, RAISA B. **Treating health care**: how the system works and how it could work better. Livro eletrônico (Kindle). University of Toronto Press, 2018. Posição 746.

<sup>37</sup> TEIXEIRA, Carmen Fontes; SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de; PAIM, Jairnilson Silva. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar de (Org.). Saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. Pág. 125.

da ordem social e política, contra as ameaças comunistas, e na reorganização da economia, subordinada aos interesses do capital nacional e internacional.<sup>38</sup>

A expansão tecnocrática e modernização econômica marcaram o período, contribuindo à progressiva privatização do espaço público. Por conseguinte, em segundo plano ficaram as políticas de caráter social, incluindo a saúde. Portanto, foi o período de mercantilização da saúde.<sup>39</sup>

Até 1966 vigoravam os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), vinculados ao Ministério do Trabalho, que eram responsáveis por prestar ações curativas e individuais às categorias profissionais.<sup>40</sup> Os empregados sem vínculo formal de trabalho, a exemplo dos rurais e urbanos não registrados, estavam excluídos dos benefícios. O financiamento era tripartite, contando então com a participação dos empregadores, empregados e Estado, mas com a transferência gradativa da gestão ao último.

Em contrapartida, os indivíduos de maior poder aquisitivo já migravam ao incipiente seguro privado de saúde.<sup>41</sup> O restante da população, não vinculada à previdência, dispunha de alguns poucos serviços públicos de saúde, bem como do auxílio das instituições de caridade.

A outro giro, as ações de saúde pública de caráter coletivo ficavam sob a gestão do Ministério da Saúde.<sup>42</sup> Daí a dicotomia das políticas públicas de saúde,

---

<sup>38</sup> ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flavio Coelho. **As Origens da Reforma Sanitária e do SUS**. In: LIMA, Nísia Trindade et al (Org.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. Pág. 59-60. AGUIAR, Zenaide Neto. **Antecedentes históricos do Sistema Único de Saúde**: Breve História da Política de Saúde no Brasil. In: \_\_\_\_\_(Org.). SUS : Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. 2ª edição. São Paulo: Martinari, 2015. Pág. 29.

<sup>39</sup> ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flavio Coelho. **As Origens da Reforma Sanitária e do SUS**. In: LIMA, Nísia Trindade et al (Org.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. Pág. 60.

<sup>40</sup> AGUIAR, Zenaide Neto. **Antecedentes históricos do Sistema Único de Saúde**: Breve História da Política de Saúde no Brasil. In: \_\_\_\_\_(Org.). SUS : Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. 2ª edição. São Paulo: Martinari, 2015. Pág. 24-25. ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flavio Coelho. **As Origens da Reforma Sanitária e do SUS**. In: LIMA, Nísia Trindade et al (Org.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. Pág. 61.

<sup>41</sup> AGUIAR, Zenaide Neto. **Antecedentes históricos do Sistema Único de Saúde**: Breve História da Política de Saúde no Brasil. In: \_\_\_\_\_(Org.). SUS : Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. 2ª edição. São Paulo: Martinari, 2015. Pág. 25.

<sup>42</sup> AGUIAR, Zenaide Neto. **Antecedentes históricos do Sistema Único de Saúde**: Breve História da Política de Saúde no Brasil. In: \_\_\_\_\_(Org.). SUS : Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. 2ª edição. São Paulo: Martinari, 2015. Pág. 25.

com a medicina curativa e preventiva relegadas a órgãos distintos da burocracia governamental.

Em 1966 os IAPs foram unificados, surgindo então o Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social (INPS), subordinado ao Ministério do Trabalho e da Previdência Social.<sup>43</sup> O INPS assumiu os benefícios previdenciários e da assistência médica aos segurados e familiares. Ademais, centralizou a gestão e uniformizou os benefícios para todas as categorias, o que não foi bem aceito por aquelas cujos IAPs forneciam serviços de excelência.

Era o início da intensificação da mercantilização da saúde pelo INPS como política de governo. No período antecedente a assistência médica era prestada primordialmente pelos hospitais, ambulatórios e consultórios médicos da rede de serviços dos IAPs. Com o INPS houve prioritariamente a contratação de serviços privados, fazendo do governo o principal comprador.<sup>44</sup>

Simultaneamente, o INPS incentivou a expansão da medicina de grupo mediante isenções previdenciárias. As categorias descontentes com a troca dos IAPs pelo INPS foram migrando aos seguros privados de saúde.

### **1.2.2. Fase de expansão da industrialização do governo militar (1968 a 1974)**

Durante a expansão da industrialização, período popularmente batizado de “milagre econômico”, o PIB cresceu à taxa média de 11% ao ano.<sup>45</sup> Nesse cenário de euforia econômica ganhou força a crença desenvolvimentista de que as melhorias sociais viriam como desdobramento natural do crescimento. Era a

---

<sup>43</sup> AGUIAR, Zenaide Neto. **Antecedentes históricos do Sistema Único de Saúde: Breve História da Política de Saúde no Brasil.** In: \_\_\_\_\_(Org.). SUS : Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. 2ª edição. São Paulo: Martinari, 2015. Pág. 29-30. FAVRETE FILHO, Paulo; OLIVEIRA, Pedro Jorge de. A Universalização Excludente: Reflexões sobre as Tendências do Sistema de Saúde. **Planejamento e Políticas Públicas.** Núm. 3, jun., 1990. Pág. 154.

<sup>44</sup> AGUIAR, Zenaide Neto. **Antecedentes históricos do Sistema Único de Saúde: Breve História da Política de Saúde no Brasil.** In: \_\_\_\_\_(Org.). SUS : Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. 2ª edição. São Paulo: Martinari, 2015. Pág. 30.

<sup>45</sup> FAGNANI, Eduardo. Política social e pactos conservadores no Brasil: 1964/92. **Economia e Sociedade.** Vol. 6, núm. 1, jun, 1997. Pág. 203-204. SEN, Amartya. Trad. Laura Teixeira Motta. **Desenvolvimento como liberdade.** São Paulo: Companhia das Letras, 2010. Pág. 179.

“teoria do bolo”, segundo a qual era preciso crescer para só então repartir. Com isso, as políticas sociais continuaram escanteadas na agenda pública.

Posteriormente, essa visão revelou-se equivocada, pois não melhorou a condição de vida da população em geral. Em verdade, houve agravamento, pois o gasto social foi contingenciado e as políticas públicas de prestação de bens e serviços eram despidas de viés redistributivo. Consequentemente, reforçou-se a desigualdade social, que não tardou para culminar em aguda insatisfação contra o regime militar.

Nessa etapa houve a expansão da cobertura previdenciária para abrigar trabalhadores rurais e autônomos, inclusive domésticos, ecoando na cobertura da assistência à saúde.<sup>46</sup> Consolidou-se o modelo médico-assistencial privatista através das receitas previdenciárias, em prejuízo da saúde pública preventiva, pois eram diminutos os recursos destinados ao Ministério da Saúde para debelar crises sanitárias enfrentadas pela maioria da população que vivia em condições insalubres.<sup>47</sup>

### 1.2.3. Fase reformista do governo militar (1974 a 1979)

A fase reformista do período militar foi decorrência da crise econômica mundial de 1973, da qual contribuiu significativamente a “crise do petróleo”, que impactou a indústria e o comércio brasileiros, ora fortemente dependentes do mercado mundial.<sup>48</sup> A elevação do preço de matérias indispensáveis à atividade econômica nacional e a desvalorização de produtos exportados prejudicaram a balança comercial. Com a desaceleração da economia, a deterioração do poder aquisitivo e o agravamento da crise cambial, o padrão de vida dos brasileiros foi comprometido.

---

<sup>46</sup> AGUIAR, Zenaide Neto. **Antecedentes históricos do Sistema Único de Saúde**: Breve História da Política de Saúde no Brasil. *In*: \_\_\_\_\_ (Org.). SUS : Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. 2ª edição. São Paulo: Martinari, 2015. Pág. 30.

<sup>47</sup> FAGNANI, Eduardo. Política social e pactos conservadores no Brasil: 1964/92. **Economia e Sociedade**. Vol. 6, núm. 1, jun, 1997. Pág. 206.

<sup>48</sup> ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flavio Coelho. **As Origens da Reforma Sanitária e do SUS**. *In*: LIMA, Nísia Trindade et al (Org.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. Pág. 62.

A crise econômica realçou a não concretização das promessas difundidas pelo movimento militar, ampliando a indignação com o governo. Já em 1974 houve sinais de perda do apoio da classe média urbana e de setores da população mais empobrecida. As reformas governamentais eram imperativas, seja para resolver os problemas econômicos e sociais, seja para conter a revolta que colocava em risco a continuidade do governo.

Como qualquer período de estagnação ou recessão econômica, o impacto foi sentido na saúde pública. Houve aumento das endemias, mortalidade infantil, meningite etc.<sup>49</sup>

Nessa senda, o governo lançou o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), voltado ao desenvolvimento econômico e social.<sup>50</sup> As prioridades no campo social incluíam a saúde, educação e infraestrutura de serviços urbanos.

Sucedeu que era deveras intrincada a conciliação da agenda redistributiva com a imperativa contenção de gastos públicos.<sup>51</sup> De qualquer modo, foi assim que o governo deu início às “políticas racionalizadoras” no campo da saúde.

Foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, desvinculando o sistema previdenciário do Ministério do Trabalho, mas sem impactar no modelo de saúde curativo-individual.<sup>52</sup> O complexo médico-hospitalar privado, industrial-farmacêutico e a medicina de grupo continuaram expandindo.

A propósito, foi constituído o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), utilizado como linha de financiamento da saúde à construção de hospitais a juros zero.<sup>53</sup> Para fins de ilustração, 80% do financiamento aprovado em 1977

---

<sup>49</sup> PAIM, Jairnilson Silva. **A Reforma Sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão crítica. Livro eletrônico (Kindle). Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Posição 898.

<sup>50</sup> ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flavio Coelho. **As Origens da Reforma Sanitária e do SUS**. In: LIMA, Nísia Trindade et al (Org.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. Pág. 66.

<sup>51</sup> FAGNANI, Eduardo. Política social e pactos conservadores no Brasil: 1964/92. **Economia e Sociedade**. Vol. 6, núm. 1, jun, 1997. Pág. 207-208. PAIM, Jairnilson Silva. **A Reforma Sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão crítica. Livro eletrônico (Kindle). Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Posição 891.

<sup>52</sup> AGUIAR, Zenaide Neto. **Antecedentes históricos do Sistema Único de Saúde**: Breve História da Política de Saúde no Brasil. In: \_\_\_\_\_ (Org.). SUS : Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. 2ª edição. São Paulo: Martinari, 2015. Pág. 31.

<sup>53</sup> OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; SILVEIRA, Fernando Gaiger. O Mercado de planos de saúde: uma criação do Estado? **Rev. econ. contemp.** Vol. 10, núm. 1, jan./mar., 2006. Pág. 174.

foi destinado ao setor privado.<sup>54</sup> Portanto, o governo militar foi responsável por subsidiar, com dinheiro público, inúmeros hospitais e clínicas particulares.

Em 1977 foi instituído o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SIMPAS), gerando uma alteração burocrático-administrativa no sistema de saúde. O INPS foi direcionado tão somente ao pagamento dos benefícios previdenciários aos segurados. O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência (INAMPS) ficou responsável pela assistência médica individual e curativa, prestada por serviços privados contratados ou conveniados.<sup>55</sup>

Ainda assim, a saúde previdenciária continuava a apresentar desgastes, na contramão da saúde privada. De um lado, a crise econômica gerou menor arrecadação financeira, tendo menos recursos disponíveis para investimento. De outro, o custo da assistência privada, comprada pelo poder público, era elevado. O resultado inescapável dessa equação foi o oferecimento de serviços de baixa qualidade aos destinatários.<sup>56</sup>

Em adição, a relação do poder público com o setor privado na compra de serviços de saúde derivou em escândalos de corrupção.<sup>57</sup> Eram corriqueiros os superfaturamentos e a multiplicação desnecessária de atos médicos.

Portanto, consolidaram-se dois processos. Um deles, a precarização da saúde pública, com a diminuição do financiamento público e o oferecimento de serviços de baixa qualidade. O outro, a expansão da saúde privada, reforçando a concepção de saúde como bem de consumo e a dominância da lucratividade como lógica do sistema de saúde.

A outro giro, um fato positivo (ainda que não intencional) foi a criação de espaços institucionais para dar seguimento às políticas públicas de cunho social,

---

<sup>54</sup> BRAGA, José Carlos; GOES DE PAULA, Sérgio. **Saúde e previdência** – estudos de política social. São Paulo : Hucitec, 1986, *apud* Paulo Favrete Filho e Pedro Jorge de Oliveira. A Universalização Excludente: Reflexões sobre as Tendências do Sistema de Saúde. **Planejamento e Políticas Públicas**. Núm. 3, jun., 1990. Pág. 148.

<sup>55</sup> AGUIAR, Zenaide Neto. **Antecedentes históricos do Sistema Único de Saúde**: Breve História da Política de Saúde no Brasil. *In*: \_\_\_\_\_(Org.). SUS : Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. 2ª edição. São Paulo: Martinari, 2015. Pág. 32.

<sup>56</sup> AGUIAR, Zenaide Neto. **Antecedentes históricos do Sistema Único de Saúde**: Breve História da Política de Saúde no Brasil. *In*: \_\_\_\_\_(Org.). SUS : Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. 2ª edição. São Paulo: Martinari, 2015. Pág. 31.

<sup>57</sup> AGUIAR, Zenaide Neto. **Antecedentes históricos do Sistema Único de Saúde**: Breve História da Política de Saúde no Brasil. *In*: \_\_\_\_\_(Org.). SUS : Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. 2ª edição. São Paulo: Martinari, 2015. Pág. 31.

a exemplo do mencionado Ministério da Previdência e Assistência Social e do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS). Eram muitas as vagas disponíveis e parte dos escolhidos para preenchê-las representavam pensamento contrário ao predominante no setor.<sup>58</sup> Isso permitiu que lideranças do movimento sanitário compusessem a nata da burocracia estatal, com poder de influenciar as políticas públicas de saúde, bem como dialogar com os movimentos sociais (e fortalecê-los indiretamente).<sup>59</sup>

Ademais, no âmbito do Ministério da Saúde foram criados os Programas de Extensão de Cobertura (PECs). Estes foram inspirados nos princípios da medicina comunitária, para proteger os grupos vulneráveis impossibilitados de comprar serviços médicos.<sup>60</sup> Por óbvio, o governo conduzia as PECs de modo a não desatender os interesses do setor privado.

Em síntese, o governo militar esforçou-se para sistematizar as políticas públicas de saúde, sinalizando à racionalização do setor, contudo, sem abdicar substancialmente da estrutura privatista de fornecimento dos cuidados médicos.

#### **1.2.4. Fase final do governo militar (1979 a 1985)**

O término do período militar foi marcado pela conturbação econômica e sociopolítica. A recessão, a inflação e o financiamento contingenciado ampliaram as carências sociais, fazendo o Brasil atingir o maior nível de desigualdade da sua história contemporânea.<sup>61</sup>

---

<sup>58</sup> ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flavio Coelho. **As Origens da Reforma Sanitária e do SUS**. In: LIMA, Nísia Trindade et al (Org.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. Pág. 66.

<sup>59</sup> ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flavio Coelho. **As Origens da Reforma Sanitária e do SUS**. In: LIMA, Nísia Trindade et al (Org.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. Pág. 66.

<sup>60</sup> PAIM, Jairnilson Silva. **A Reforma Sanitária brasileira: contribuição para a compreensão crítica**. Livro eletrônico (Kindle). Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Posição 941.

<sup>61</sup> RIBEIRO, Ricardo Lodi. **Desigualdade e Tributação na Era da Austeridade Seletiva**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019. Pág. 45.

A sociedade civil organizou-se para reivindicar mudanças.<sup>62</sup> O governo militar, devido ao desgaste, introduziu medidas de abertura política, como a decretação de anistia política aos exilados e eleições diretas ao governo dos Estados.<sup>63</sup>

Na esfera previdenciária a situação era de plena insatisfação dos setores sociais, desde trabalhadores e aposentados até empresários e membros da imprensa.<sup>64</sup> Agravou-se, ainda, com o “pacote da previdência” de 1982, em que o governo fixou um teto de gastos com a assistência médica ao mesmo tempo em que aumentou o montante das contribuições. Não pairavam dúvidas sobre a imprescindível redução dos gastos com a saúde médica.<sup>65</sup>

Em 1981 foi criado o Conselho de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), órgão vinculado ao Ministério da Previdência e Assistência Social, cuja missão consistia na organização e racionalização da assistência médica.<sup>66</sup> O CONASP lançou o Plano de Reorientação da Assistência Médica no âmbito da Previdência Social, para reformular em novas bases o sistema de saúde, o que incluiu a articulação dos mecanismos interinstitucionais aptos a reagirem ao contexto de severa escassez de recursos.<sup>67</sup>

Em verdade, acontecera uma tentativa anterior de racionalizar o sistema de saúde através do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), discutido na VII Conferência Nacional de Saúde.<sup>68</sup> O projeto mirava a integração dos Ministérios da Saúde e Previdência e as Secretarias estaduais e municipais, além da extensão da cobertura dos serviços a toda a população, com

---

<sup>62</sup> FAGNANI, Eduardo. Política social e pactos conservadores no Brasil: 1964/92. **Economia e Sociedade**. Vol. 6, núm. 1, jun, 1997. Pág. 212.

<sup>63</sup> ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flavio Coelho. **As Origens da Reforma Sanitária e do SUS**. In: LIMA, Nísia Trindade et al (Org.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. Pág. 66.

<sup>64</sup> PAIM, Jairnilson Silva. **A Reforma Sanitária brasileira: contribuição para a compreensão crítica**. Livro eletrônico (Kindle). Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Posição 1162.

<sup>65</sup> FAGNANI, Eduardo. Política social e pactos conservadores no Brasil: 1964/92. **Economia e Sociedade**. Vol. 6, núm. 1, jun, 1997. Pág. 212.

<sup>66</sup> ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flavio Coelho. **As Origens da Reforma Sanitária e do SUS**. In: LIMA, Nísia Trindade et al (Org.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. Pág. 73.

<sup>67</sup> FAGNANI, Eduardo. Política social e pactos conservadores no Brasil: 1964/92. **Economia e Sociedade**. Vol. 6, núm. 1, jun, 1997. Pág. 212.

<sup>68</sup> AGUIAR, Zenaide Neto. **Antecedentes históricos do Sistema Único de Saúde: Breve História da Política de Saúde no Brasil**. In: \_\_\_\_\_(Org.). SUS : Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. 2ª edição. São Paulo: Martinari, 2015. Pág. 33.

foco direcionado à atenção primária e saúde comunitária. Nessa época havia pelo menos 40 milhões de brasileiros excluídos da assistência médica.<sup>69</sup>

Embora tivesse agradado os profissionais da saúde preocupados com a melhoria dos serviços ofertados pela população, a resistência dos dirigentes do INAMPS e empresários do setor acarretou a extinção do PREV-SAÚDE. Um dos argumentos contrários ao programa consistia no seu aspecto estatizante, que supostamente esvaziaria a iniciativa privada da assistência médica.<sup>70</sup> Contudo, essas ideias foram resgatadas para criação do sistema de saúde previsto na Constituição Federal de 1988, depois de embasar o Plano de Reorientação da Assistência Médica do CONASP.<sup>71</sup>

Retomando, o CONASP também criou o Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), com o escopo de articular os serviços de saúde de determinada região e integrar as ações preventivas e curativas.<sup>72</sup> Os Ministérios da Saúde e Previdência destinavam recursos aos Estados que, por sua vez, repassavam aos Municípios para construção de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e contratação de pessoal para prestação de serviços.<sup>73</sup>

Para melhor compreender o CONASP, é preciso saber que quatro forças de pensamento atuavam em seu interior, sendo elas: (a) conservadora-privatista; (b) modernizante-privatista; (c) estatizante; (d) público-privatista.<sup>74</sup> A primeira defendia a manutenção do modelo vigente, todavia, com melhorias por meio da

---

<sup>69</sup> PAIM, Jairnilson Silva. **A Reforma Sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão crítica. Livro eletrônico (Kindle). Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Posição 1127.

<sup>70</sup> PAIM, Jairnilson Silva. **A Reforma Sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão crítica. Livro eletrônico (Kindle). Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Posição 1132.

<sup>71</sup> AGUIAR, Zenaide Neto. **Antecedentes históricos do Sistema Único de Saúde**: Breve História da Política de Saúde no Brasil. In: \_\_\_\_\_(Org.). SUS : Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. 2ª edição. São Paulo: Martinari, 2015. Pág. 33. ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flavio Coelho. **As Origens da Reforma Sanitária e do SUS**. In: LIMA, Nísia Trindade et al (Org.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. Pág. 75.

<sup>72</sup> AGUIAR, Zenaide Neto. **Antecedentes históricos do Sistema Único de Saúde**: Breve História da Política de Saúde no Brasil. In: \_\_\_\_\_(Org.). SUS : Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. 2ª edição. São Paulo: Martinari, 2015. Pág. 34.

<sup>73</sup> AGUIAR, Zenaide Neto. **Antecedentes históricos do Sistema Único de Saúde**: Breve História da Política de Saúde no Brasil. In: \_\_\_\_\_(Org.). SUS : Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. 2ª edição. São Paulo: Martinari, 2015. Pág. 34.

<sup>74</sup> ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flavio Coelho. **As Origens da Reforma Sanitária e do SUS**. In: LIMA, Nísia Trindade et al (Org.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. Pág. 74.

ampliação de recursos e fiscalização das despesas do INAMPS. A segunda correspondia à medicina de grupo, baseado no recém *Health Maintenance Organizations* (HMO) norte-americano, competindo aos usuários a contribuição pelos serviços prestados pelo setor privado, ficando o setor público responsável apenas por cuidar dos economicamente excluídos e de pontuais medidas de saúde. A terceira, em direção diametralmente oposta às anteriores, propunha a execução dos serviços de saúde pelo Estado. Por fim, a quarta, predominante no âmbito do CONASP, apostava na concepção liberal da saúde, porém fazendo uso da intervenção estatal para controlar os desvios do setor privado, permitindo um serviço mais eficiente e menos corrupto.

Portanto, à luz da experiência do CONASP, percebe-se que no âmago do Estado brasileiro, historicamente, a predileção era pelo modelo liberal de saúde, apenas variando o grau da interferência do poder público, ou seja, um sistema de saúde de cunho essencialmente privatista.

### **1.2.5. Advento da Nova República (1985 a 1988)**

Por fim, o movimento “Diretas Já” emplacou a Nova República em 1985, com José Sarney assumindo o governo no lugar do falecido Tancredo Neves. Ele deu seguimento à proposta de convocação da Assembleia Constituinte, que fora instalada em 1987.<sup>75</sup>

Os movimentos sociais, fortalecidos nos últimos anos do governo militar, foram vozes ativas nos debates e articulações sobre o texto constitucional.<sup>76</sup> Vários atores envolvidos com esses movimentos ocupavam espaços no aparato

---

<sup>75</sup> AGUIAR, Zenaide Neto. **Antecedentes históricos do Sistema Único de Saúde**: Breve História da Política de Saúde no Brasil. In: \_\_\_\_\_(Org.). SUS : Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. 2ª edição. São Paulo: Martinari, 2015. Pág. 35.

<sup>76</sup> AGUIAR, Zenaide Neto. **Antecedentes históricos do Sistema Único de Saúde**: Breve História da Política de Saúde no Brasil. In: \_\_\_\_\_(Org.). SUS : Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. 2ª edição. São Paulo: Martinari, 2015. Pág. 37.

governamental, desafiando os interesses privatistas que prevaleceram durante a ditadura.<sup>77</sup>

Foi nesse cenário que se aprofundou a discussão sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Houve intensa participação popular, com grupos da sociedade civil reivindicando a proteção do Estado contra os efeitos deletérios da economia (continuamente instável) e a desigualdade social que assolava o país.

Paralelamente, o governo criou o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) para substituir o AIS, visando a unificação e descentralização do sistema.<sup>78</sup> Foram então criados conselhos estaduais e municipais, facilitando a cobertura dos serviços à população local e reduzindo a atuação do INAMPS.

O SUDS serviu estrategicamente para reorganizar o sistema de saúde e direcionar os trabalhos da Assembleia Constituinte.<sup>79</sup> Adotava como princípios a universalização, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação comunitária.<sup>80</sup> Escorado nesses elementos, o SUDS não apenas negava o sistema vigente, mas também plantava a base para um novo sistema, na linha defendida pelos principais intelectuais comprometidos com a reforma da saúde.<sup>81</sup>

A Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) foi a responsável por elaborar o projeto que subsidiou o texto da Constituição Federal de 1988.<sup>82</sup> A proposta, como seria de imaginar, não agradou a todos os grupos. Por um lado, foi combatida pelos principais representantes do setor privado, por ampliar a

---

<sup>77</sup> PAIM, Jairnilson Silva. **A Reforma Sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão crítica. Livro eletrônico (Kindle). Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Posição 933.

<sup>78</sup> ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flavio Coelho. **As Origens da Reforma Sanitária e do SUS**. In: LIMA, Nísia Trindade et al (Org.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. Pág. 79.

<sup>79</sup> ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flavio Coelho. **As Origens da Reforma Sanitária e do SUS**. In: LIMA, Nísia Trindade et al (Org.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. Pág. 80.

<sup>80</sup> ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flavio Coelho. **As Origens da Reforma Sanitária e do SUS**. In: LIMA, Nísia Trindade et al (Org.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. Pág. 79.

<sup>81</sup> PAIM, Jairnilson Silva. **A Reforma Sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão crítica. Livro eletrônico (Kindle). Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Posição 1888.

<sup>82</sup> ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flavio Coelho. **As Origens da Reforma Sanitária e do SUS**. In: LIMA, Nísia Trindade et al (Org.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. Pág. 80.

prestação estatal dos serviços de saúde. Por outro lado, os representantes do movimento sindical consideraram insuficiente em termos de proteção social.<sup>83</sup>

A proposta da CNRS foi aceita pelo movimento da reforma sanitária.<sup>84</sup> Nenhuma surpresa, pois foi inspirada nas recomendações da VIII Conferência Nacional de Saúde, na qual o movimento destacou-se.

### 1.3. Movimento da reforma sanitária

A reforma sanitária, iniciada no final dos anos setenta, foi um movimento de democratização da saúde por meio da reestruturação do modelo vigente.<sup>85</sup> Contou com a participação de vários atores sociais, dentre os quais as lideranças populares e estudantis, os trabalhadores e sindicatos, políticos, intelectuais de esquerda e entidades de saúde como a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES).<sup>86</sup>

Nesse sentido, o movimento reunia um conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais, cujo eixo era a concepção ampliada da saúde, não restrita exclusivamente às questões sanitárias.<sup>87</sup> Distribuição de renda, ensino gratuito, reforma agrária, habitação, saneamento, meio ambiente, alimentação, lazer, transporte, dentre outros, por serem determinantes que impactam na qualidade de vida e saúde das pessoas, também eram alvo da transformação defendida.

---

<sup>83</sup> ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flavio Coelho. **As Origens da Reforma Sanitária e do SUS**. In: LIMA, Nísia Trindade et al (Org.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. Pág. 80.

<sup>84</sup> ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flavio Coelho. **As Origens da Reforma Sanitária e do SUS**. In: LIMA, Nísia Trindade et al (Org.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. Pág. 80.

<sup>85</sup> PAIM, Jairnilson Silva. O que é o SUS. Livro eletrônico (Kindle). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. Posição 386. AGUIAR, Zenaide Neto. **Antecedentes históricos do Sistema Único de Saúde**: Breve História da Política de Saúde no Brasil. In: \_\_\_\_\_(Org.). SUS : Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. 2ª edição. São Paulo: Martinari, 2015. Pág. 36.

<sup>86</sup> AGUIAR, Zenaide Neto. **Antecedentes históricos do Sistema Único de Saúde**: Breve História da Política de Saúde no Brasil. In: \_\_\_\_\_(Org.). SUS : Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. 2ª edição. São Paulo: Martinari, 2015. Pág. 36.

<sup>87</sup> PAIM, Jairnilson Silva. **A Reforma Sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão crítica. Livro eletrônico (Kindle). Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Posição 1445.

Assim, não se tratava só de uma reforma sanitária, tampouco administrativa, mas de uma reforma social.<sup>88</sup>

Tudo isso constou da VIII Conferência Nacional de Saúde, cujo Relatório Final de 1986 sistematizou o projeto da reforma sanitária que posteriormente foi positivado, em grande medida, na Constituição Federal.<sup>89</sup>

Conforme afirmado, a assistência curativa estava intensamente vinculada ao setor privado, sendo favorecido com maior fatia dos recursos. Era conduzida pela lógica da lucratividade, revelando-se custosa, excludente e precária, em detrimento das políticas públicas de saúde com enfoque coletivo.<sup>90</sup> A ausência de transparência na aplicação dos recursos públicos gerava desperdícios e corrupção, enquanto os grupos mais carentes sofriam com a falta de acesso aos serviços de saúde, num contexto de aguda crise econômica e de desemprego. Portanto, um sistema inegavelmente injusto.

Ademais, os modelos curativo e preventivo conviviam desordenadamente, com a administração compartilhada entre órgãos distintos e sem observância de princípios comuns. Isso fatalmente resultou em políticas públicas contraditórias e ineficientes.<sup>91</sup>

Para modificar esse quadro, o movimento da reforma sanitária lançou um projeto ambicioso e revolucionário, transformador do modo de vida, entretanto, de difícil concretização, quiçá utópico, conforme verifica-se do Relatório Final.<sup>92</sup>

---

<sup>88</sup> PAIM, Jairnilson Silva. **A Reforma Sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão crítica. Livro eletrônico (Kindle). Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Posição 165.

<sup>89</sup> PAIM, Jairnilson Silva. **A Reforma Sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão crítica. Livro eletrônico (Kindle). Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 1445.

<sup>90</sup> AGUIAR, Zenaide Neto. **Antecedentes históricos do Sistema Único de Saúde**: Breve História da Política de Saúde no Brasil. In: \_\_\_\_\_(Org.). SUS : Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. 2ª edição. São Paulo: Martinari, 2015. Pág. 31, 36.

<sup>91</sup> AGUIAR, Zenaide Neto. **Antecedentes históricos do Sistema Único de Saúde**: Breve História da Política de Saúde no Brasil. In: \_\_\_\_\_(Org.). SUS : Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. 2ª edição. São Paulo: Martinari, 2015. Pág. 36.

<sup>92</sup> PAIM, Jairnilson Silva. **A Reforma Sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão crítica. Livro eletrônico (Kindle). Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Posição 461. NOGUEIRA, Roberto Passos. Critérios de Justiça Distributiva em Saúde. IPEA. Mar., 2011. Pág. 14.

A pretensão era assegurar serviços de saúde com acesso universal, igualitário e unificado.<sup>93</sup>

Nessa senda, constaram diversas conclusões no Relatório Final, algumas dignas de destaque: (a) a expansão do setor público; (b) a participação do setor privado via contratos públicos; (c) a padronização homogênea da qualidade; (d) a eliminação da regressividade do financiamento.

Conforme visto, a implementação do NHS ocorreu mediante a estatização da saúde, ideia que foi resgatada, havendo discussão ainda se deveria ocorrer de forma imediata ou progressiva.<sup>94</sup> A título de curiosidade, inclusive continha previsão autorizando a expropriação dos estabelecimentos privados em algumas circunstâncias e a estatização da indústria farmacêutica.<sup>95</sup>

Em teoria, a participação do setor privado, que deveria ser menor, seria controlada pelo Estado através de contratos de concessão regidos pelas normas de direito público.<sup>96</sup> Isto é, a atividade privada da saúde não estaria fora da esfera de atribuições do poder público, pondo um fim ao ideário privatizante prevalente nessa área.

Desse modo, seria prudente instituir um padrão homogêneo de qualidade dos serviços prestados pelo poder público e pela iniciativa privada.<sup>97</sup> Assim, além de assegurar maior isonomia, inviabilizaria o risco de sucateamento dos serviços públicos em favorecimento dos serviços privados, tal como ocorrera no governo militar.

Para financiar o sistema, seria constituído um orçamento social, com um fundo específico à saúde no âmbito federal, com estáveis fontes de receitas e a

---

<sup>93</sup> BRASIL, Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde**. 1986. Relatório Final. 1986. Pág. 2. PAIM, Jairnilson Silva. **A Reforma Sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão crítica. Livro eletrônico (Kindle). Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Posição 1485, 1542.

<sup>94</sup> BRASIL, Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde**. 1986. Relatório Final. 1986. Pág. 2.

<sup>95</sup> BRASIL, Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde**. 1986. Relatório Final. 1986. Pág. 12, 15-16.

<sup>96</sup> BRASIL, Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde**. 1986. Relatório Final. 1986. Pág. 2.

<sup>97</sup> BRASIL, Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde**. 1986. Relatório Final. 1986. Pág. 13.

eliminação da regressividade do financiamento.<sup>98</sup> Essa ideia também foi copiada do NHS, em que a progressividade tributária é mola angular do sistema.<sup>99</sup> Não obstante, o financiamento da saúde não contou com discussões aprofundadas ou proposições concretas, a despeito da ciência da importância para fundação de um sistema eficiente e justo.

Percebe-se que o Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde, que serviu de base ao texto constitucional, foi inspirado nas ideias originais que guiaram a implementação do NHS em 1948. Esse fato merece ser frisado porque algumas das disfuncionalidades do SUS são corolários da falta de adaptações ao contexto da Assembleia Constituinte, descartando importantes evoluções do setor nos últimos quarenta anos.

Em resumo, a reforma sanitária representou um movimento de intensa participação social que propunha uma transformação da relação entre Estado e sociedade, de modo a assegurar a saúde como um direito inerente à cidadania, com acesso universal, igualitário e integralizado, sem olvidar as outras medidas basilares para combater os determinantes sociais nocivos à vida saudável e digna.<sup>100</sup>

#### **1.4. Avanço do setor privado e universalização excludente**

Geralmente os autores associam o movimento da reforma sanitária ao Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde e ao texto da Constituição Federal. Todavia, há um ponto relevante envolvendo o fortalecimento do setor privado neste mesmo período que é negligenciado, sem o qual é impossível a adequada compreensão do sistema de saúde herdado. Isso porque as forças

---

<sup>98</sup> BRASIL, Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde**. 1986. Relatório Final. 1986. Pág. 19-21.

<sup>99</sup> RIBEIRO, Ricardo Lodi. **Desigualdade e Tributação na Era da Austeridade Seletiva**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019. Pág. 183-184. PAIM, Jairnilson Silva. **A Reforma Sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão crítica. Livro eletrônico (Kindle). Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Posição 1429, 1710.

<sup>100</sup> AGUIAR, Zenaide Neto. **Antecedentes históricos do Sistema Único de Saúde**: Breve História da Política de Saúde no Brasil. In: \_\_\_\_\_(Org.). SUS : Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. 2ª edição. São Paulo: Martinari, 2015. Pág. 36.

opostas ao movimento da reforma sanitária organizaram-se e pressionaram a Assembleia Constituinte para que o texto final também incluísse suas pautas.

Na década de oitenta houve um profundo crescimento do setor privado, sustentado pelos seguros coletivos (oferecidos pelas empresas) e individuais. A título de ilustração, entre 1986 e 1987 a taxa de crescimento das empresas de medicina de grupo foi de 33%.<sup>101</sup>

Nessa toada, ainda que formalmente o sistema de saúde brasileiro fosse distinto do norte-americano, em termos práticos havia muita proximidade, com ênfase no aspecto residual (e na lucratividade).<sup>102</sup> Isso porque segmentos da sociedade estavam migrando aos seguros privados de saúde e a rede pública assumindo papel subsidiário aos antigos destinatários. Essa constatação é vital porque corrobora o cenário desfavorável ao projeto de expansão do setor público idealizado pela reforma sanitária.

A outro giro, na década de setenta o governo ampliou progressivamente os grupos cobertos pela previdência, aumentando o número de beneficiários do sistema público de saúde. Isso perdurou na década seguinte, com o sistema público trilhando “tendências universalizantes” de acesso, independentemente da renda ou ocupação.<sup>103</sup>

Portanto, ainda que à primeira vista soem incompatíveis, dois fenômenos fortaleceram o avanço do setor privado: a expansão da rede privada de saúde e a ampliação dos beneficiários da saúde pública.

A expansão da rede privada derivou do aumento da procura que, por sua vez, foi despertada pela expulsão forjada de seguimentos sociais beneficiários

---

<sup>101</sup> FAVRETE FILHO, Paulo; OLIVEIRA, Pedro Jorge de. A Universalização Excludente: Reflexões sobre as Tendências do Sistema de Saúde. **Planejamento e Políticas Públicas**. Núm. 3, jun., 1990. Pág. 149, 151.

<sup>102</sup> FAVRETE FILHO, Paulo; OLIVEIRA, Pedro Jorge de. A Universalização Excludente: Reflexões sobre as Tendências do Sistema de Saúde. **Planejamento e Políticas Públicas**. Núm. 3, jun., 1990. Pág. 149, 152.

<sup>103</sup> FAVRETE FILHO, Paulo; OLIVEIRA, Pedro Jorge de. A Universalização Excludente: Reflexões sobre as Tendências do Sistema de Saúde. **Planejamento e Políticas Públicas**. Núm. 3, jun., 1990. Pág. 154. DRAIBE, Sônia Miriam. **O welfare state no Brasil**: características e perspectivas. UNICAMP. Caderno de pesquisa nº 8, 1993. Pág. 25

da saúde pública.<sup>104</sup> Contribuíram para isso os mecanismos de racionamento, como as demoradas filas de agendamento e atendimento, e a piora da qualidade, com a precarização, quiçá deliberada, da rede pública. Os “expulsos” eram os empregados qualificados, executivos e profissionais liberais, dentre outros, que procuravam por serviços médicos diferenciados, de bom nível de atendimento.

Paralelamente, os grupos que não podiam adquirir cuidados de saúde no mercado tornaram-se alvo da proteção estatal. Isso não seria possível se não fosse pelo deslocamento dos bem aquinhoados ao setor privado. Tal fenômeno é conhecido como “universalização excludente”.<sup>105</sup>

Foi o que aconteceu, por exemplo, quando o INPS estendeu a cobertura aos trabalhadores urbanos com carteira de trabalho que não eram assistidos pelos antigos institutos ou a outros trabalhadores que não possuíam vínculo com a previdência.<sup>106</sup> Essa ampliação de beneficiários não foi seguida da expansão da rede pública, tanto por conta das restrições orçamentárias quanto pela falta de motivação política.

Nesse sentido, o processo brasileiro de universalização da saúde destoou do NHS. Lá o acesso à saúde é um direito social de responsabilidade do Estado, com a consequente inclusão dos beneficiários no sistema público e considerável controle do mercado privado – daí a alcunha de “universalização inclusiva”.<sup>107</sup> Já o Brasil trilhou pela inserção na rede pública das camadas empobrecidas da

---

<sup>104</sup> FAVRETE FILHO, Paulo; OLIVEIRA, Pedro Jorge de. A Universalização Excludente: Reflexões sobre as Tendências do Sistema de Saúde. **Planejamento e Políticas Públicas**. Núm. 3, jun., 1990. Pág. 154. OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; SILVEIRA, Fernando Gaiger. O Mercado de planos de saúde: uma criação do Estado? **Rev. econ. contemp.** Vol. 10, núm. 1, jan./mar., 2006. Pág. 176.

<sup>105</sup> FAVRETE FILHO, Paulo; OLIVEIRA, Pedro Jorge de. A Universalização Excludente: Reflexões sobre as Tendências do Sistema de Saúde. **Planejamento e Políticas Públicas**. Núm. 3, jun., 1990. Pág. 154. BAHIA, Ligia. **O SUS e os Desafios da Universalização do Direito à Saúde**: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, Nísia Trindade et al (Org.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. Pág. 410.

<sup>106</sup> OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; SILVEIRA, Fernando Gaiger. O Mercado de planos de saúde: uma criação do Estado? **Rev. econ. contemp.** Vol. 10, núm. 1, jan./mar., 2006. Pág. 173. AGUIAR, Zenaide Neto. **Antecedentes históricos do Sistema Único de Saúde**: Breve História da Política de Saúde no Brasil. In: \_\_\_\_\_(Org.). SUS : Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. 2ª edição. São Paulo: Martinari, 2015. Pág. 30.

<sup>107</sup> FAVRETE FILHO, Paulo; OLIVEIRA, Pedro Jorge de. A Universalização Excludente: Reflexões sobre as Tendências do Sistema de Saúde. **Planejamento e Políticas Públicas**. Núm. 3, jun., 1990. Pág. 154.

sociedade, remetendo ao setor privado as demais – em muitos aspectos, essa universalização excludente aproxima o sistema brasileiro do norte-americano.<sup>108</sup>

O ponto crucial da universalização excludente está no círculo vicioso que pode produzir com a precarização (ao invés da expansão) dos serviços públicos. Até porque a premissa que robustece o mercado privado de saúde, ao menos no Brasil, é a qualidade superior dos seus serviços em face do sistema público, do contrário faltariam incentivos às pessoas para contratar os serviços privados – afirmação esta sobre a qualidade superior que, cumpre frisar, não encontra correspondência para todo tipo de serviço.<sup>109</sup>

Outrossim, a “expulsão” de setores da sociedade com maior capacidade reivindicatória por melhorias do serviço de saúde diminuiu o apoio político ao sistema público.<sup>110</sup>

Desse modo, a universalização excludente ocorrida no Brasil não logrou êxito em reformular estruturalmente o deficiente sistema público de saúde. Ao reverso, perpetuou os problemas estruturais de outrora atinentes à equidade do sistema, a despeito de outros avanços.<sup>111</sup>

Concluindo, as políticas públicas de saúde confluíram com os interesses do setor privado, num movimento de universalização excludente, prejudicando a expansão de um sistema público de real acesso universal e justo, com serviços de qualidade que contassem com a ampla satisfação dos usuários.

---

<sup>108</sup> FAVRETE FILHO, Paulo; OLIVEIRA, Pedro Jorge de. A Universalização Excludente: Reflexões sobre as Tendências do Sistema de Saúde. **Planejamento e Políticas Públicas**. Núm. 3, jun., 1990. Pág. 154.

<sup>109</sup> MATTOS, Ruben Araujo de. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Comunicação, Saúde e Educação**. Vol. 13, 2009. Pág. 777. COHN, Amélia. O jogo de varetas e a desconstrução da cidadania. **MaisSUAS**. 10 de set., 2016.

<sup>110</sup> FAVRETE FILHO, Paulo; OLIVEIRA, Pedro Jorge de. A Universalização Excludente: Reflexões sobre as Tendências do Sistema de Saúde. **Planejamento e Políticas Públicas**. Núm. 3, jun., 1990. Pág. 157. MATTOS, Ruben Araujo de. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Comunicação, Saúde e Educação**. Vol. 13, 2009. Pág. 777.

<sup>111</sup> FAVRETE FILHO, Paulo; OLIVEIRA, Pedro Jorge de. A Universalização Excludente: Reflexões sobre as Tendências do Sistema de Saúde. **Planejamento e Políticas Públicas**. Núm. 3, jun., 1990. Pág. 158.

### 1.5. Assembleia Constituinte e Constituição Federal de 1988

Foi a partir desses conflitos, contradições e dilemas que a Assembleia Constituinte atuou para constitucionalizar a saúde, traçando as linhas gerais do SUS.

A CNRS foi formada paritariamente por representantes do governo e da coletividade, além da colaboração de órgãos governamentais e instituições da sociedade civil.<sup>112</sup> Os anseios da reforma sanitária, formalizados no Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde, foram transmitidos à Assembleia Constituinte por meio de um conjunto de proposições. Naquela altura não havia dúvidas de que as pautas estavam atreladas ao pensamento típico de esquerda.

Os empresários da saúde não deixaram por menos e organizaram-se para conter os propósitos reformistas. Nesse desiderato agiu o “Centrão” em aliança com o presidente José Sarney, com este transmitindo à população a mensagem de que o país se tornaria ingovernável com a aprovação das pautas reformistas. No entanto, havia políticos simpáticos ao movimento sanitário, como o deputado Ulysses Guimarães que, em resposta aos opositoristas, bem destacou que “o que torna um país ingovernável é a fome, a miséria, a doença desassistida”.<sup>113</sup>

Além dessa disputa, outros complicadores sobrevieram.<sup>114</sup> Os dirigentes governamentais comungados com os ideais do movimento da reforma sanitária foram demitidos ou perseguidos. Outrossim, entidades que até então apoiavam as reformas recuaram, a exemplo do Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Médica Brasileira (AMB).

---

<sup>112</sup> PAIM, Jairnilson Silva. **A Reforma Sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão crítica. Livro eletrônico (Kindle). Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Posição 1745, 1833, 2010.

<sup>113</sup> PAIM, Jairnilson Silva. **A Reforma Sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão crítica. Livro eletrônico (Kindle). Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Posição 2017.

<sup>114</sup> PAIM, Jairnilson Silva. **A Reforma Sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão crítica. Livro eletrônico (Kindle). Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Posição 2033.

Com isso, o texto final aprovado pela Assembleia Constituinte aproximou-se muito das proposições da CNRS, porém as manobras políticas desidrataram suficientemente alguns pontos cruciais.<sup>115</sup>

A favor do movimento sanitarista a Constituição Federal contemplou que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado”<sup>116</sup>, a ser garantida por meio de políticas públicas de “acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (art. 196)<sup>117</sup>, e “atendimento integral”, conciliando medicina preventiva e curativa, mas com primazia da primeira (art. 198, *caput*, inciso II).<sup>118</sup> Adicionalmente, uma rede pública “regionalizada e hierarquizada”, constituindo um “sistema único” (art. 198, *caput*) e assegurada a “participação da comunidade” (art. 198, *caput*, inciso III). A atuação da iniciativa privada de “forma complementar do sistema único de saúde”, a ser formalizada via “contrato de direito público ou convênio” (art. 199, §1º).<sup>119</sup>

Por outro lado, na redação originária da Constituição Federal houve uma única menção sobre financiamento na parte destinada especificamente à saúde, apenas para dispor que o sistema contaria “com os recursos da seguridade social” e “de outras fontes” (art. 198, §1º).<sup>120</sup> Ademais, foi mantida a influência do setor privado no sistema de saúde, com a previsão de que “a assistência à

---

<sup>115</sup> PAIM, Jairnilson Silva. **A Reforma Sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão crítica. Livro eletrônico (Kindle). Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Posição 2066.

<sup>116</sup> A expressão saúde como “direito de todos, dever do Estado” advém do encarte da ABRASCO para a VIII Conferência Nacional de Saúde. PAIM, Jairnilson Silva. **A Reforma Sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão crítica. Livro eletrônico (Kindle). Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Posição 1363.

<sup>117</sup> “Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

<sup>118</sup> “Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade”.

<sup>119</sup> “Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”.

<sup>120</sup> Na redação originária é o parágrafo único do art. 198. “Parágrafo único. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”.

saúde é livre à iniciativa privada” (art. 199, *caput*), fazendo com que o sistema defendido pela reforma sanitária tivesse que conviver com outro.<sup>121</sup>

No tocante à iniciativa privada na saúde, duas formas de atuação foram consagradas: a complementar (art. 199, §1º) e a suplementar (art. 199, *caput*). Na primeira, a iniciativa privada presta serviços à população, recebendo como contraprestação as subvenções por parte do poder público.<sup>122</sup> Na segunda, a iniciativa privada presta serviços de saúde sem integrar o SUS, dispondo de maior liberdade para organizar sua atividade, e a contraprestação é devida pelos compradores dos serviços.

Esse cenário é bem compreendido pelo fenômeno da constitucionalização (ou legislação) simbólica, configurada quando a positivação de uma norma em abstrato deflagra efeitos que perpassam o aparente sentido normativo-jurídico para servir primariamente a finalidades políticas. Desse modo, não se busca com o texto normativo, propriamente, a produção de efeitos jurídicos.<sup>123</sup>

Há três tipos de constitucionalização simbólica segundo sua finalidade: (a) confirmação de valores sociais; (b) demonstração da capacidade de atuação do Estado; (c) adiamento da solução conflitiva mediante compromissos dilatatórios.<sup>124</sup>

Na confirmação de valores visa reconhecer uma determinada concepção valorativa como superior às demais, numa espécie de “vitória legislativa”.<sup>125</sup> Ordinariamente é empregada como “gestos de diferenciação” de um grupo aos outros, embora possa ser adotada também para “gestos de coesão”.

Na demonstração da capacidade de atuação mira atender as expectativas da população sobre o sistema político e jurídico, malgrado a real efetivação da

---

<sup>121</sup> MATTOS, Ruben Araujo de. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Comunicação, Saúde e Educação**. Vol. 13, 2009. Pág. 776.

<sup>122</sup> LADEIRA, Fernando de Oliveira Domingues. **Regulação estatal e assistência privada à saúde**: liberdade de iniciativa e responsabilidade social na saúde suplementar. Belo Horizonte: Fórum, 2012. Pág. 169, 172.

<sup>123</sup> NEVES, Marcelo. **A constitucionalização simbólica**. 3ª edição. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2011. Pág. 30-31, 33.

<sup>124</sup> NEVES, Marcelo. **A constitucionalização simbólica**. 3ª edição. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2011. Pág. 33.

<sup>125</sup> NEVES, Marcelo. **A constitucionalização simbólica**. 3ª edição. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2011. Pág. 33, 35.

norma.<sup>126</sup> Em outras palavras, é uma forma de dar aparência de solução, iludindo os destinatários da norma por meio de uma “legislação-álibi”.

Por fim, no adiamento da solução de conflitos as divergências dos grupos políticos não são resolvidas pela edição do texto normativo.<sup>127</sup> O consenso obtido não reside no seu conteúdo, mas sim na transferência da solução para momento posterior. Daí a expressão “compromisso dilatatório”.

A partir dessa tipologia é possível realizar várias associações no tocante à constitucionalização da saúde como direito. Os representantes do movimento da reforma sanitária autoconsagram-se vitoriosos com a positivação, a despeito da incompletude das aspirações pretendidas, possivelmente caracterizando uma falsa confirmação de valores.<sup>128</sup>

Independentemente, algumas limitações intencionais minaram o pretense sistema virtuoso. Por exemplo, o financiamento e a atuação livre da iniciativa privada, sem definir expressamente a relação com o sistema público, conferiram ampla margem para regulamentação legislativa.<sup>129</sup> Desse modo, é inescapável a associação com a ideia de “constituição-álibi”, pelo obstáculo financeiro, e a “constituição compromissória”, relegando para momento posterior o balizamento do sistema de saúde quanto ao *mix* público e privado.<sup>130</sup>

Nesta última acepção, ainda que a Constituição Federal de 1988 seja um marco para compreensão do SUS atualmente vigente, os eventos seguintes, em contato com os interesses econômicos e políticos, é que sedimentaram os mais relevantes contornos do sistema. A propósito, na eleição de 1989 ao Legislativo e Executivo, a primeira após a promulgação da Constituição Federal, os políticos

---

<sup>126</sup> NEVES, Marcelo. **A constitucionalização simbólica**. 3ª edição. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2011. Pág. 36, 39.

<sup>127</sup> NEVES, Marcelo. **A constitucionalização simbólica**. 3ª edição. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2011. Pág. 41.

<sup>128</sup> MATTOS, Ruben Araujo de. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Comunicação, Saúde e Educação**. Vol. 13, 2009. Pág. 776.

<sup>129</sup> COSTA, Nilson do Rosário. Austeridade, predominância privada e falha de governo na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 22, núm. 4, abr., 2017. Pág. 1068.

<sup>130</sup> SOUZA NETO, Cláudio Pereira de; SARMENTO, Daniel. **Direito constitucional: teoria, história e método de trabalho**. 2ª edição. Belo Horizonte: Fórum, 2014. Pág. 61-62.

dos partidos que mais se opuseram à reforma sanitária foram os vencedores das urnas, cabendo a eles a implementação do SUS.<sup>131</sup>

### **1.6. Capacidade de financiamento público do SUS – comparação com outros países**

Discorrer sobre toda celeuma que envolveu, e ainda envolve, a definição de um orçamento suficiente para custear os serviços disponibilizados pelo SUS mereceria um item a parte, mas foge do escopo modesto do presente trabalho. No entanto, convém trazer alguns dados para refletir se o financiamento público da saúde é compatível com a abrangência e generosidade pretendidos pelo SUS, que mantém as bases estruturais da sua inserção no texto constitucional.

Optou-se por trabalhar com dados que na sua maioria são anteriores à pandemia da covid-19 e/ou da aprovação da Emenda do Teto de Gastos (EC nº 95/2016) – que instituiu o “piso deslizante” pelo contínuo desfinanciamento da saúde<sup>132</sup> (ligeiramente atenuado pela Lei do Arcabouço Fiscal – LC nº 200/2023) – pois são mais confiáveis. Contudo, é preciso ter em mente que possivelmente a verdadeira situação do Brasil hoje seja mais delicada do que o cenário descrito abaixo.

Segundo dados de 2015 do Banco Mundial, o Estado brasileiro gasta com a saúde pública 3,8% do PIB, valor este ligeiramente acima da média da América Latina, que despense 3,6%, e abaixo da média da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), de 6,5%.<sup>133</sup> Esse resultado não destoa

<sup>131</sup> PAIM, Jairnilson Silva. **A Reforma Sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão crítica. Livro eletrônico (Kindle). Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Posição 2543.

<sup>132</sup> VIEIRA, Fabiola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e. Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do sistema único de saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. **IPEA**. Núm. 28, set., 2016. Pág. 4, 6, 8-13, 15-16, 19. VIEIRA JUNIOR, Ronaldo Jorge Araujo. **As inconstitucionalidades do “Novo Regime Fiscal” instituído pela PEC Nº 55, de 2016 (PEC nº 241 de 2016, na Câmara dos Deputados)**. 1, nov., 2016. Pág. 8, 27-28, 31, 34-35, 37-39. LIMAVERDE, Daniel Ferreira; SANTOS JUNIOR, Gildo dos; KHAMIS, Renato Braz Mehanna. A Vedação de Retrocesso e a Limitação de Gastos com a Saúde pela Emenda Constitucional N. 95/2016. **Anais do Encontro Nacional de Pós-Graduação – Unisanta**. Vol. 1, núm. 1, 2017. Pág. 493. COHN, Amélia. Cavalo de pau nas políticas sociais. **Le Monde Diplomatique Brazil**. 6, jun., 2016.

<sup>133</sup> BRASIL. Tesouro Nacional. **Aspectos fiscais da saúde no Brasil**. 2018. Pág. 2.

do esperado, com o investimento público nacional em saúde próximo da média da América Latina e abaixo da OCDE.

Todavia, a perspectiva muda quando se acrescenta à equação a questão da carga tributária. Isso porque no Brasil é de 32,3% do PIB, sendo a segunda maior da América Latina (perdendo apenas para Cuba). Por sua vez, a média da carga tributária da América Latina é de 23% do PIB, enquanto a da OCDE é de 34,2%.<sup>134</sup>

Eis o contrassenso. Se a carga tributária brasileira é consideravelmente maior do que a dos seus países vizinhos, em tese deveria destinar mais recursos à saúde pública, uma vez que arrecada mais dos contribuintes, mas não é o que ocorre. Sob outra ótica, se a carga tributária é semelhante à média dos países da OCDE, em tese deveria ter despesa aproximada com a saúde pública, porém investe 40% a menos.

Já os números do IBGE para o mesmo período acima apontam um gasto de 9,1% do PIB (546 bilhões de reais) em saúde, sendo 3,9% (231 bilhões de reais) oriundos do setor público e 5,2% (315 bilhões de reais) do setor privado – corroborando os dados do Banco Mundial.<sup>135</sup> Considerando o período de 2010 a 2015, a despesa governamental correspondeu a 45,1% do total, ao passo que o gasto privado a 53,6% (a diferença de 1,3% corresponde às instituições sem fins lucrativos).<sup>136</sup>

A Organização Mundial da Saúde (OMS) apresenta números afinados com os do IBGE. Segundo ela, o gasto de saúde no Brasil em 2012 foi de 47,5% no setor público e 52,5% no setor privado.<sup>137</sup>

---

<sup>134</sup> BRASIL. Senado Federal. **Relatório de Acompanhamento Fiscal**. 4. Tópico Especial: carga tributária no Brasil e nos países da OCDE. 2018. Pág. 2. BCC. Brasil só perde para Cuba na lista de países da América Latina que mais pagam impostos. 2019. BRASIL. IBGE. **Conta – Satélite de Saúde**. Brasil 2010 – 2017. 2019. Pág. 2.

<sup>135</sup> BRASIL. IBGE. **Conta – Satélite de Saúde**. Brasil 2010 – 2015. 2017. Pág. 24.

<sup>136</sup> BRASIL. IBGE. **Conta – Satélite de Saúde**. Brasil 2010 – 2015. 2017. Pág. 31.

<sup>137</sup> Organização Mundial da Saúde. **World Health Statistics 2015**. Part II. Global health indicators. Pág. 125

Para efeitos comparativos, nos Estados Unidos a relação de gasto público e privado é respectivamente de 47% e 53%.<sup>138</sup> Os números do Brasil (47,5 – 52,5) são praticamente idênticos aos daquele país (47 – 53).

Outrossim, o gasto total com saúde nos Estados Unidos é de 17% do PIB, ao passo que no Brasil é de 9,5%.<sup>139</sup> A diferença é quase o dobro, porém nos Estados Unidos a saúde pública é essencialmente curativa e delimitada aos beneficiários que preenchem os requisitos de elegibilidade, enquanto no Brasil abrange diversos programas de caráter preventivo e comunitário e com acesso universal para todos. Logo, não surpreende a precarização de parte considerável dos serviços públicos de saúde no Brasil.

Em comparação com os principais países da América Latina, em relação ao gasto público e privado, a Colômbia, Argentina, Uruguai e Chile investem respectivamente 76-24%, 68-32%, 70-30% e 47-53%.<sup>140</sup> O único país com o qual o gasto público brasileiro assemelha-se é o Chile, porém a saúde deste país é voltada predominantemente à mercantilização.<sup>141</sup> Os demais países apresentam relação compatível ou ligeiramente abaixo de sistemas universais da OCDE.<sup>142</sup>

Nesse sentido, a média do gasto público em sistemas universais situa-se numa faixa de 70% para cima. Reino Unido, Itália, Espanha e Portugal investem respectivamente 83%, 75,6%, 70,0% e 64,8%.<sup>143</sup> Enquanto isso o Brasil sequer consegue romper a barreira dos 50% de gasto público.

Em contrapartida, poderia se argumentar que o gasto total em saúde no Brasil é adequado (9,2% do PIB), tanto que está acima da média de países

---

<sup>138</sup> Organização Mundial da Saúde. **World Health Statistics 2015**. Part II. Global health indicators. Pág. 132

<sup>139</sup> Organização Mundial da Saúde. **World Health Statistics 2015**. Part II. Global health indicators. Pág. 126-132.

<sup>140</sup> Esses países foram selecionados por conta do maior PIB (1º Brasil, 2º Argentina, 3º Colômbia, 4º Chile) ou PIB per capita (1º Uruguai, 2º Chile, 3º Argentina, 4º Brasil) da América do Sul. **FUNDO MONETÁRIO INTERNACIONAL**. 2019.

<sup>141</sup> ALMEIDA, Célia. **Reforma de Sistemas de Saúde: tendências internacionais, modelos e resultados**. In: GIOVANELLA, Lúcia *et al* (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Livro eletrônico (Kindle). 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. Posição 19323.

<sup>142</sup> ROA, Alejandra Carrillo. **Financiamento dos sistemas de saúde na América do Sul**. In: MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sérgio Francisco; ROA, Alejandra Carrillo (Org.). Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrEs; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento; OPAS/OMS no Brasil, 2016. Pág. 82.

<sup>143</sup> FIGUEIREDO, Juliana Oliveira *et al*. Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. **Saúde Debate**. Vol. 42, núm. especial 2, out., 2018. Pág. 42.

membros da OCDE (8,9% do PIB).<sup>144</sup> Não obstante, se fosse adotado o critério per capita do gasto total com saúde o Brasil despende US\$ 780,40. Por sua vez, os países mencionados acima gastam: US\$ 9.535,90 os Estados Unidos; US\$ 4.335,80 o Reino Unido; US\$ 2.700,40 a Itália; US\$ 2.353,90 a Espanha; US\$ 1.721,70 Portugal; US\$ 374,20 a Colômbia; US\$ 997,90 a Argentina; US\$ 1.281,30 o Uruguai; US\$ 1.102,00 o Chile.<sup>145</sup>

Para piorar o quadro, num estudo da Bloomberg sobre eficiência em saúde com quarenta e oito países o Brasil ficou em último lugar, atrás de países vizinhos como Chile, Equador, Venezuela, Argentina, Peru e Colômbia.<sup>146</sup> E num estudo do Banco Mundial constatou-se um desperdício de 22 bilhões de reais por ano com a saúde pública brasileira.<sup>147</sup>

A julgar por esses números, o gasto público é alarmante, sobretudo se considerar a amplitude da cobertura e de beneficiários dos serviços de atribuição do SUS, que, ao menos no papel, é tratado como o sistema universal de saúde mais pródigo do mundo.

### 1.7. Conclusão parcial

Os diferentes sistemas buscam assegurar a proteção e promoção de um nível ótimo de saúde, cada qual com as suas particularidades, desvantagens e vantagens. No tocante especificamente ao sistema universal de saúde sobressai como pontos positivos o custo-benefício, a ampla acessibilidade da população e a lógica da solidariedade.

A Constituição Federal de 1988 adotou o sistema universal de saúde com o SUS. A julgar apenas pelo texto constitucional, até parece que foi um processo harmônico entre os diferentes agentes e setores sociais, mas foi conturbado. As

---

<sup>144</sup> BANCO MUNDIAL. **Um Ajuste Justo**: Análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil. Nov., 2017. Pág. 110.

<sup>145</sup> ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Current health expenditure (CHE)**. Data by country. 2019. BRASIL. IBGE. **Conta – Satélite de Saúde**. Brasil 2010 – 2017. 2019. Pág. 3.

<sup>146</sup> FUENTES, André. **Em ranking sobre eficiência dos serviços de saúde, Brasil fica em último lugar**. Veja. 23, abr., 2014.

<sup>147</sup> BANCO MUNDIAL. **Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro**. 2018. Pág. 4.

forças antagônicas privatistas e estatizantes (movimento da reforma sanitária) disputavam nas instâncias governamentais a conformação do vindouro sistema de saúde.

A promulgação da Constituição Federal arrefeceu o conflito, mas parte foi postergado à modelação do SUS. Isso não impediu o movimento sanitário de sagrar-se vitorioso, afinal, conseguiu substituir o sistema antigo, típico de seguro social, que apresentava inúmeras deficiências.

Sucedem os aprimoramentos para potencializar o sistema universal de saúde não ocorrerem na medida do esperado. Havia uma expectativa de que o SUS, para ser virtuoso e duradouro, precisava expandir até contar com ampla integração dos cidadãos como usuários do sistema, sobrepujando, assim, as bases da saúde privatista de outrora, especialmente a lógica da lucratividade.

Não obstante, o modelo de financiamento do SUS constituiu um obstáculo praticamente intransponível. Ainda nos dias atuais gasta-se mais com a saúde privada do que com a pública, nos moldes do sistema residual americano. Esse contrassenso impõe reflexões, por exemplo, se o nosso sistema universalizado é estruturado racionalmente, se os recursos públicos são distribuídos de forma a reduzir as desigualdades sociais etc.

O objeto do presente trabalho é a viabilidade jurídica do copagamento no âmbito do SUS. Trata-se de um instrumento que dialoga com esses pontos elencados e que pode contribuir ao funcionamento de um sistema mais racional, eficiente, equânime e sustentável.

## CAPÍTULO 2. *WELFARE STATE*, FOCALIZAÇÃO E COPAGAMENTO

Nesse capítulo serão abordados sucintamente os conceitos interligados de *welfare state* (reformulado), focalização e copagamento, traçando as bases e o contexto à análise jurídica tratada no último capítulo.

### 2.1. A reformulação do *welfare state*

De forma singela, o *welfare state* ou Estado do bem-estar social é aquele comprometido com a intervenção estatal mais intensa para combater as mazelas sociais criadas pelo mercado econômico e trabalhista. Por meio dele busca-se atenuar as desigualdades sociais, com a garantia de condições mínimas de vida digna e liberdade real, superando assim o formalismo do liberalismo clássico.<sup>148</sup>

O *welfare state* do pós-guerra incrementou impressionantemente a carga tributária e o gasto público, contudo a desaceleração do crescimento e as crises econômicas da década de setenta, com destaque aos choques petrolíferos e a desregulamentação internacional do mercado financeiro, bem como a alta do desemprego, mostraram as suas fissuras.<sup>149</sup> O receituário keynesiano estava esgotado (ao menos àquela crise), pois, ao invés de solucionar tais problemas, gerou recessão e inflação. A alternativa foi a revisão das políticas expansionistas e de gasto público.

Foi assim que ganhou importância a implementação da austeridade fiscal, que consiste num conjunto de políticas para diminuir o déficit público mediante o aumento da arrecadação e/ou diminuição de gastos, a serem utilizadas quando revelarem efetivas vantagens, contando com múltiplos instrumentos à disposição

---

<sup>148</sup> SALDANHA, Nelson. **O Estado Moderno e a Separação de Poderes**. 2ª edição. São Paulo: Quartier Latin, 2010. Pág. 99, 117. BOBBIO, Norberto. Trad. Marco Aurélio Nogueira. **Liberalismo e democracia**. São Paulo: Editora Brasiliense, 2005. Pág. 21.

<sup>149</sup> GARLAND, David. **The Welfare State**: A Very Short Introduction. Livro eletrônico (Kindle). Oxford University Press, 2016. Posição 1425, 2043-2059. ESPING-ANDERSEN, Gosta. Trad. Dinah de Abreu Azevedo. As três economias políticas do welfare state. **Lua Nova**. Núm. 24, set. de 1991. Pág. 92. RODRIGUES, Paulo Henrique. **Apocalipse não**: o estado do bem-estar social sobrevive à onda neoliberal. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2003. Pág. 146, 149.

e diferentes formas de graduação.<sup>150</sup> Desse modo, tais medidas de austeridade não são fim em si, servindo para estimular uma finalidade pública, notadamente o crescimento econômico e o bem-estar social, do contrário devem ser revistas ou abandonadas. Logo, não se confundem com o seu uso inapropriado e devem ser tratadas com a cautela devida.<sup>151</sup>

Assim, iniciou-se a reformulação do Estado do bem-estar social.<sup>152</sup> Foram os autores neoliberais que bem vocalizaram as reivindicações por mudanças e austeridade fiscal, defendendo que o modelo vigente era ineficiente, custoso e burocrático. Para equacionar os entraves econômicos e sociais, o aparato estatal precisava de redução e os principais mecanismos adotados foram as políticas de privatização, desregulamentação e focalização do gasto público.

O que interessa mais de perto são as reformas no campo social. Nessa linha, o autor Paul Pierson indica que a reestruturação do *welfare state* contou com instrumentos de: remercantilização (*re-commodification*); contenção de custos (*cost-containment*); recalibração (*recalibration*).<sup>153</sup> A remercantilização visava soluções de mercado às questões sociais, isto é, o *know-how* da iniciativa privada. A contenção de custos buscava a seletividade dos serviços e usuários para reequilibrar o déficit público. Por fim, a recalibração sugeria a racionalização dos programas sociais às demandas contemporâneas.

De forma semelhante, José Casalta Nabais e Suzana Tavares da Silva apregoam uma nova trilogia da socialidade pela fórmula “reduzir, reformular e

---

<sup>150</sup> CARNEIRO, Cláudio. **Neoconstitucionalismo e austeridade fiscal**: confronto constitucional-hermenêutico dos cortes constitucionais do Brasil e de Portugal. Salvador: Juspodivm, 2017. Pág. 42. MOTA, Paulo. **Austeridade expansionista**: como matar uma ideia zombi? Editora Almedina, 2017. Pág. 27, 45.

<sup>151</sup> MOTA, Paulo. **Austeridade expansionista**: como matar uma ideia zombi? Editora Almedina, 2017. Pág. 23. Crise e sustentabilidade do Estado fiscal. **Meritum**. Belo Horizonte. Vol. 13, núm. 2, jul./dez. de 2018. Pág. 255.

<sup>152</sup> RODRIGUES, Paulo Henrique. **Apocalipse não**: o estado do bem-estar social sobrevive à onda neoliberal. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2003. Pág. 181. GARLAND, David. **The Welfare State**: A Very Short Introduction. Livro eletrônico (Kindle). Oxford University Press, 2016. Posição 2125-2143.

<sup>153</sup> PIERSON, Paul. **Coping with permanent austerity, Welfare State restructuring in affluent democracies**. In: \_\_\_\_\_, (Org.) *The new politics of the Welfare State*. Oxford : Oxford University Press, 2001. Pág. 422-427. RODRIGUES, Paulo Henrique. **Apocalipse não**: o estado do bem-estar social sobrevive à onda neoliberal. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2003. Pág. 151-152.

refinanciar”.<sup>154</sup> A redução buscava a eficiência com a racionalização dos serviços e prestações para poupar recursos. Já a reformulação exprimia a privatização de serviços públicos, conseqüentemente redefinindo o papel do Estado. Por fim, o refinanciamento traduzia a necessidade de encontrar novas alternativas de financiamento dos serviços, especialmente com o compartilhamento dos custos entre o poder público e os beneficiários.

Interessante notar que a orientação ideológica não impediu as reformas. Países governados por partidos de esquerda também adotaram essas medidas, confirmando não apenas a gravidade das circunstâncias, que impunha soluções inovadoras, mas que o modelo de *welfare* de outrora era insustentável.<sup>155</sup>

Inevitavelmente, as reformas do Estado do bem-estar social impactaram os sistemas de saúde, sendo promovidas com o mesmo objetivo de estabilizar os gastos públicos com o setor e a busca por eficiência.<sup>156</sup> Bem na primeira onda reformista, que compreende as décadas de setenta e oitenta, houve ampliação do gasto privado através do compartilhamento dos custos com os usuários para controlar as despesas. Já na segunda onda, da década de oitenta e noventa, o mote foi a racionalização, primando então pela eficiência e qualidade do sistema de saúde.

Em perspectiva, as propostas neoliberais, no que tange à esfera social, foram compatibilizadas com a estrutura do *welfare state* vigente nos respectivos países. Os gastos sociais não seguiram a trajetória de crescimento das décadas anteriores, entretanto, não sofreram significativos recuos.<sup>157</sup> Isso só foi possível

---

<sup>154</sup> ROSA, Paulo Jorge Ferreira. **A tributação da saúde em Portugal**. Tese (Mestrado em Ciências Jurídico-Políticas. Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2014. Pág. 16-17.

<sup>155</sup> ESPING-ANDERSEN, Gosta. Trad. Simone Rossi Pugin. O futuro do welfare state na nova ordem mundial. **Lua Nova**. Núm. 35, 1995. Pág. 76. RODRIGUES, Paulo Henrique. **Apocalipse não: o estado do bem-estar social sobrevive à onda neoliberal**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2003. Pág. 180.

<sup>156</sup> SANTOS, Isabela Soares. **O Mix Público-Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada**. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2009. Pág. 32-33.

<sup>157</sup> PIERSON, Paul. The New Politics of the Welfare State. **World Politics**. Vol. 48, núm. 2, jan. de 1996. Pág. 150-151. RODRIGUES, Paulo Henrique. **Apocalipse não: o estado do bem-estar social sobrevive à onda neoliberal**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2003. Pág. 170. ESPING-ANDERSEN, Gosta. Trad. Simone Rossi Pugin. O futuro do welfare state na nova ordem mundial. **Lua Nova**. Núm. 35, 1995. Pág. 84. HEMERIJCK, Anton. 21st Century Welfare Provision is more than the “social insurance state”: A replay to Paul Pierso. **ZeS-Arbeitspapier**. Núm. 3, 2011. Pág. 13.

porque os programas sociais foram remodelados para otimizar o gerenciamento dos recursos públicos.

Não obstante, nem todas as promessas do neoliberalismo concretizaram-se, de modo que o *welfare state* do século XXI representa a tentativa de resposta às falhas do passado, que remontam às fases de consolidação, reformulação e aos novos dilemas gerados pela globalização e transnacionalidade dos grandes conglomerados empresariais, além das crises econômicas de 2008 e 2020 (as piores desde a quebra da Bolsa de Nova York em 1929).<sup>158</sup>

O processo de integração econômica, social, política e cultural provocado pela globalização resultou na transnacionalidade das grandes empresas. Este fato também restringiu o poder estatal na definição das políticas públicas, pois o capital estrangeiro para investimento produtivo busca os países com regramento tributário vantajoso, em troca de impulsionar o crescimento econômico, geração de empregos, inovações locais etc.<sup>159</sup> Para compensar essa perda de receitas um dos caminhos é pelo sistema tributário, entretanto, outras dificuldades de ordem econômica, política e social inviabilizam o aumento da arrecadação.

Isso tudo revela que a fórmula do Estado do bem-estar social de outrora é incompatível com o do século XXI, sendo impossível ignorar os perniciosos desdobramentos do endividamento público crônico na economia, nos serviços e direitos em proveito dos cidadãos.<sup>160</sup> Embora seja perceptível um novo modelo econômico-social, distinto daquele sobre o qual se erigiu, ainda pairam dúvidas sobre o papel e as atribuições deste *welfare state* reconfigurado e em curso.

Em balanço, as reformas, em especial as primeiras, tiveram saldo positivo no tocante à busca pela sustentabilidade do Estado do bem-estar social (e dos

---

<sup>158</sup> GARLAND, David. **The Welfare State: A Very Short Introduction**. Livro eletrônico (Kindle). Oxford University Press, 2016. Posição 2248. ABRAHAM, Marcus. **Governança fiscal e sustentabilidade financeira: os reflexos do Pacto Orçamental Europeu em Portugal como exemplos para o Brasil**. Belo Horizonte: Fórum, 2019. Pág. 178.

<sup>159</sup> BAUMAN, Zygmunt. Trad. Marcus Penchel. **Globalização: as consequências humanas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1999. Pág. 9-10. ESPING-ANDERSEN, Gosta. Trad. Simone Rossi Pugin. O futuro do welfare state na nova ordem mundial. **Lua Nova**. Núm. 35, 1995. Pág. 76. GARLAND, David. **The Welfare State: A Very Short Introduction**. Livro eletrônico (Kindle). Oxford University Press, 2016. Posição 2289.

<sup>160</sup> ABRAHAM, Marcus. **Governança fiscal e sustentabilidade financeira: os reflexos do Pacto Orçamental Europeu em Portugal como exemplos para o Brasil**. Belo Horizonte: Fórum, 2019. Pág. 141, 178. SILVA, Suzana Tavares da. **Direitos Fundamentais na Arena Global**. 2ª edição. Universidade de Coimbra, 2014. Pág. 201.

sistemas de saúde), com menos dispêndio e mais eficiência com o gasto público. De modo geral, a despeito de algumas propostas neoliberais controversas, as instituições sobreviveram, isto é, não foram desmanteladas, e continuaram em funcionamento para prover satisfatória e digna qualidade de vida às pessoas.<sup>161</sup>

## 2.2. A expansão das políticas focalizadas

A reconstrução do Estado de bem-estar social foi necessária por conta da desaceleração econômica e da incapacidade de geração de receitas pelo poder público para manter os crescentes gastos sociais, além do posterior fenômeno da globalização. Isso porque o desgoverno sobre a economia compromete o funcionamento do Estado e o enfrentamento das causas sociais. Exatamente por isso que a força motriz das adaptações decorreu da ideia de sustentabilidade, seja do impacto financeiro-orçamental, seja dos direitos, serviços e benefícios.<sup>162</sup>

Desse modo, houve uma árdua remodelação do *welfare state* em diversos países, para privilegiar a eficiência das políticas e finanças públicas, modificando assim o paradigma da socialidade então presente. Esse problema da escassez, confrontado com a insuportabilidade e irracionalidade do endividamento público, das políticas alocativas e dos subsídios concedidos, cobrou uma reformulação estatal que inescapavelmente reverberou sobre as políticas universalistas.<sup>163</sup>

O apogeu da universalização ocorreu com o Estado do bem-estar social, principalmente nos países inspirados pelo Plano Beveridge, com todo indivíduo, indiscriminadamente, tendo o direito de acessar determinados bens públicos.

---

<sup>161</sup> GARLAND, David. **The Welfare State: A Very Short Introduction**. Livro eletrônico (Kindle). Oxford University Press, 2016. Posição 2027, 2221. HEMERIJCK, Anton. 21st Century Welfare Provision is more than the “social insurance state”: A replay to Paul Pierse. **ZeS-Arbeitspapier**. Núm. 3, 2011. Pág. 15.

<sup>162</sup> SANTOS, Isabela Soares. Evidências sobre o mix público-privado em países com cobertura duplicada: agravamento das iniquidades e da segmentação em sistemas nacionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2011. Pág. 2749. ROSA, Paulo Jorge Ferreira. **A tributação da saúde em Portugal**. Tese (Mestrado em Ciências Jurídico-Políticas. Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2014. Pág. 13.

<sup>163</sup> SILVA, Suzana Tavares da. **Direitos Fundamentais na Arena Global**. 2ª edição. Universidade de Coimbra, 2014. Pág. 179, 187-188. MEDEIROS, Marcelo. **Princípios de justiça na alocação de recursos em saúde**. Rio de Janeiro : IPEA, 1999. Pág. 7. ABRAHAM, Marcus. **Governança fiscal e sustentabilidade financeira: os reflexos do Pacto Orçamental Europeu em Portugal como exemplos para o Brasil**. Belo Horizonte: Fórum, 2019. Pág. 201.

Sucedem que a universalização, por razões óbvias, é mais custosa, haja vista a amplitude de beneficiários e/ou benefícios.<sup>164</sup>

Sendo assim, para proceder à reformulação foi imprescindível a utilização de estratégias de focalização (seletividade), com a concentração dos recursos públicos em beneficiários e benefícios predeterminados ou específicos, com o intuito de adequar o gasto público. Vale dizer, as propostas de focalização eram contrárias, até certo ponto, à universalização dos serviços sociais que erigiram o *welfare state*.<sup>165</sup>

Em verdade, mecanismos de seletividade já eram usados, entretanto, em escala qualitativamente inferior, mas adquirindo maior peso com a adaptação do Estado de bem-estar social. O que merece destaque é que a universalização e a focalização, embora conceitualmente antagônicas, são estratégias de políticas públicas que podem (ou melhor, devem) ser combinadas.

Doravante, as medidas de focalização exigem diferenciações conforme as necessidades, com a consequente exclusão daqueles que não preencherem os critérios de elegibilidade. É um típico problema de escolhas trágicas, pois plurais necessidades insatisfeitas precisam ser priorizadas e os critérios de definição aceitáveis também são variados. Para agravar, a experiência demonstra que raramente as decisões envolvendo interesses ou direitos sociais com potenciais diferenciações são objeto de profundo consenso, por mais imprescindíveis que sejam sob uma ótica objetiva.<sup>166</sup>

Essas observações são relevantes porque o copagamento, conforme será visto, é um instrumento que auxilia na promoção da sustentabilidade financeira e eficiência alocativa, porém pressupõe estratégias de focalização/seletividade.

---

<sup>164</sup> MEDEIROS, Marcelo. **Princípios de justiça na alocação de recursos em saúde**. Rio de Janeiro : IPEA, 1999. Pág. 5-6.

<sup>165</sup> FARIA, José Eduardo. **O Estado e o direito depois da crise**. 2ª edição. São Paulo: Saraiva, 2017. Pág. 133. ESPING-ANDERSEN, Gosta. Trad. Simone Rossi Pugin. O futuro do welfare state na nova ordem mundial. **Lua Nova**. Núm. 35, 1995. Pág. 74. RODRIGUES, Paulo Henrique. **Apocalipse não: o estado do bem-estar social sobrevive à onda neoliberal**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2003. Pág. 145. BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. Trad. Carmen C. Varriale *et al.* **Dicionário de política**. Vol. 1. 13ª edição. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2007. Pág. 416-417. RIBEIRO, Ricardo Lodi. **Desigualdade e Tributação na Era da Austeridade Seletiva**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019. Pág. 80.

<sup>166</sup> MEDEIROS, Marcelo. **Princípios de justiça na alocação de recursos em saúde**. Rio de Janeiro : IPEA, 1999. Pág. 6.

Desse modo, inexoravelmente desperta algum grau de resistência, embora, vale lembrar, as desigualdades aceitáveis ou desejáveis integram o ideal de políticas públicas, não sendo menos verdadeiro àquelas voltadas à área da saúde.<sup>167</sup>

### 2.3. O copagamento

O termo copagamento, ou copago, admite pelo menos três significados nos países de língua latina. Numa primeira concepção, mais ampla, consiste nas despesas privadas com a assistência sanitária (*out of pocket payment*), independentemente da cobertura pelo seguro de saúde.<sup>168</sup> Numa segunda, adotada nesse trabalho, é sinônimo de compartilhamento das despesas entre segurador e segurado (*cost sharing* ou *user charges*).<sup>169</sup> A terceira noção é mais restrita, configurando uma modalidade específica de compartilhamento de despesas em que o segurado é obrigado a pagar um valor fixo (*copayment*).

#### 2.3.1. Copagamento de macro e micro desempenho

O copagamento de macro desempenho (*macro performance*) é o de viés político-financeiro, que objetiva reduzir a despesa e/ou aumentar os recursos

---

<sup>167</sup> SILVA, Suzana Tavares da. **Direitos Fundamentais na Arena Global**. 2ª edição. Universidade de Coimbra, 2014. Pág. 202. NUNES, André. As teorias de justiça e a equidade no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**. Núm. 37, jul./dez., 2011. Pág. 13.

<sup>168</sup> As despesas privadas ou o gasto direto é inerente a qualquer sistema de saúde. A questão é identificar o ponto ideal, todavia as singularidades de cada sistema confirmam inexistir solução única. Nos países em desenvolvimento o gasto direto chega a superar 60% dos gastos totais em saúde, ao passo que nos países desenvolvidos costuma variar entre 20 a 30%. SCHOKKAERT, Erik; VOORDE, Carine Van de. **User Charges**. In: GLIED, Sherry; SMITH, Peter C. *The Oxford Handbook of Health Economics*. Oxford University Press. 2012. Pág. 2, 4. MUSGRAVE, Philip. **Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns**. Banco Mundial. 1996. Pág. 47. COSTA, Nilson do Rosário. Austeridade, predominância privada e falha de governo na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 22, núm. 4, abr., 2017. Pág. 1067.

<sup>169</sup> BARNIEH, Lianne et al. A Systematic Review of Cost-Sharing Strategies Used within Publicly Funded Drug Plans in Member Countries of the Organization for Economic Co-Operation and Development. **PLOS ONE**. Vol. 9, 11 de mar., 2014. Pág. 2. FOLLAND, Sherman; GOODMAN, Allen C.; STANO, Miron. **The Economics of Health Care**. 7ª edição. Pearson, 2013. Pág. 149-150.

públicos para financiamento, independentemente dos interesses distributivos.<sup>170</sup> A razão ao copagamento nesse cenário é garantir a sustentabilidade financeira do sistema de saúde diante dos desafios enfrentados como o aumento do preço dos serviços médicos acima da média inflacionária, o crescimento demográfico, o avanço da expectativa de vida, a ampliação da cobertura, a inserção de custosas e novas tecnologias, a sobrecarga do sistema pela maior utilização em períodos de crises ou baixo desempenho econômico etc.<sup>171</sup>

É natural, ante um orçamento público limitado, sobretudo em períodos de elevado déficit, a ampliação da participação do usuário no financiamento dos serviços de saúde.<sup>172</sup> O que permite, por exemplo, reduzir a carga tributária ou aumentar a arrecadação financeira para aplicar o adicional na saúde, ampliando a cobertura ou qualidade.<sup>173</sup> Assim, dependendo do propósito político-financeiro do copagamento, seja ampliar a arrecadação ou reduzir o gasto público, a forma de estruturação será diferente, em atenção à responsividade dos usuários dos serviços públicos (elasticidade da demanda).<sup>174</sup>

---

<sup>170</sup> CHALKLEY, Martin; ROBINSON, Ray. **Theory and evidence on cost sharing in health care: an economic perspective.** 1997. Pág. 8. STADHOUDERS, Niek *et al.* Effective healthcare cost-containment policies: A systematic review. **Health Policy.** Vol. 123. Jan., 2019. Pág. 72. DRUMMOND, Michael; TOWSE, Adrian. Is it time to reconsider the role of patient co-payments for pharmaceuticals in Europe? **The European Journal of Health Economics.** 26 de out., 2011. Pág. 1. SANTOS, Isabela Soares. **O Mix Público-Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada.** Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. 2009. Pág. 75.

<sup>171</sup> BARNIEH, Lianne *et al.* A Systematic Review of Cost-Sharing Strategies Used within Publicly Funded Drug Plans in Member Countries of the Organization for Economic Co-Operation and Development. **PLOS ONE.** Vol. 9, 11 de mar., 2014. Pág. 5. QUAGLIO, GianLuca *et al.* Austerity and health in Europe. **Health Policy.** 25, set., 2013. Pág. 2.

<sup>172</sup> JUNOY, Jaume Puig. **Los Mecanismos de Copago en Servicios Sanitarios: Cuando, Cómo y Porqué.** IN : Hacienda Publica Española, 2001. Pág. 2. GARCÍA, Alberto NAVARRO. **El Copago Como Mecanismo de Financiación de los Servicios del Estado Social: Problemas Jurídicos.** Tese (Doutorado) – Universitat de Girona. 2013. Pág. 390. GIOVANELLA, Ligia; STEGMÜLLER, Klaus. The financial crisis and health care systems in Europe: universal care under threat? Trends in health sector reforms in Germany, the United Kingdom, and Spain. **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, nov. 2014. Pág. 2277. SCHOKKAERT, Erik; VOORDE, Carine Van de. **User Charges.** In: GLIED, Sherry; SMITH, Peter C. **The Oxford Handbook of Health Economics.** Oxford University Press. 2012. Pág. 4.

<sup>173</sup> CHALKLEY, Martin; ROBINSON, Ray. **Theory and evidence on cost sharing in health care: an economic perspective.** 1997. Pág. 9. GERTLER, Paul J.; HAMMER, Jeffrey S. **Strategies for Pricing Publicly Provided Health Services.** 1997. Pág. 128. ROBINSON, Ray. **User charges for health care.** In: Mossialos, Elias *et al.* **Funding health care: options for Europe.** Open University Press : Buckingham – Philadelphia, 2002. Pág. 161-163.

<sup>174</sup> JUNOY, Jaume Puig. **Los Mecanismos de Copago en Servicios Sanitarios: Cuando, Cómo y Porqué.** Hacienda Publica Española, 2001. Pág. 9. STADHOUDERS, Niek *et al.* Effective healthcare cost-containment policies: A systematic review. **Health Policy.** Vol. 123, jan., 2019. Pág. 76.

Já o copagamento de micro desempenho (*micro performance*) é marcado pelo aspecto técnico-econômico, que no início buscava racionalizar o consumo excessivo com suporte na teoria do risco moral (*moral hazard*)<sup>175</sup>, respaldada por diversos estudos do período, dentre eles o *RAND Health Insurance Experiment* (HIE), que até hoje é considerado o padrão ouro sobre o tema e foi corroborado em grande parte por outros experimentos.<sup>176</sup> Os estudos de Economia da Saúde mostraram existir consumo excessivo no seguro completo, que é aquele em que o indivíduo não precisa pagar pelos cuidados de saúde que procura, ou seja, a máxima gratuidade no recebimento, com todos os riscos sendo deslocados ao segurador.<sup>177</sup> Resumidamente, constatou-se que é possível, em diversificadas

---

<sup>175</sup> ARROW, Kenneth J. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. **The American Economic Review**. Vol. 53, dez., 1963.. Pág. 961-962. PAULY, Mark V. The Economics of Moral Hazard: Comment. **The American Economic Review**. Vol. 58, núm. 3, jun., 1968. Pág. 531-533. CUTLER, David M.; ZECKHAUSER, Richard J. The Anatomy of Health Insurance. **National Bureau of Economic Research**. Jun., 1999. Pág. 18, 25. BARROS, Pedro Pita. **Economia da saúde** : conceitos e comportamentos. 3ª edição. Editora Almedina, 2019. Pág. 154.

<sup>176</sup> NEWHOUSE, Joseph P. **Free for All?: lessons from the RAND Health Insurance Experiment**. Harvard University Press: Cambridge, Massachusetts, 1996. Pág. 41-44, 339-340, 350-351. ARON-DINE, Aviva; EINAV, Liran; FINKELSTEIN, Amy. **The RAND Health Insurance Experiment, Three Decades Later**. Stanford Institute for Economic Policy Research. Dez., 2012. Pág. 2. CHERNEW, Michael E.; NEWHOUSE, Joseph P. What Does the RAND Health Insurance Experiment Tell Us About the Impact of Patient Cost Sharing on Health Outcomes? **The American Journal of Managed Care**. Vol. 14, núm. 7, jul., 2018. Pág. 413. MANNING, Willard G *et al.* Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment. **The American Economic Review**. Jun., 1987. Pág. 252. BROOK, Robert H. *et al.* Does Free Care Improve Adult's Health? Results From a Randomized Controlled Trial. **New England Journal**. Vol. 309, núm. 23, dez., 1983. Pág. 1432. SOLANKI, Geetesh, SCHAUFFLER, Helen Halpin, MILLER, Leonard S. The Direct and Indirect Effects of Cost-Sharing on the Use of Preventive Services. **Health Services Research**. Fev., 2000. Pág. 1347. RODRÍGUEZ, Marisol. **Los copagos en atención médica y su impacto sobre la utilización, el gasto y la equidad**. In: JUNOY, Jaume Puig. La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria. Barcelona: Fundació Rafael Campalans. 2007. Pág. 79, 81, 85, 92-93, 95, 99. RICE, Thomas; MATSUOKA, Karen Y. The Impact of Cost-Sharing on Appropriate Utilization and Health Status: A Review of the Literature on Seniors. **Medical Care Research and Review**. Vol. 61, núm. 4, dez., 2004. Pág. 417, 420, 441, 448. LOHR, Kathleen N. *et al.* **Use of Medical Care in the Rand Health Insurance Experiment: Diagnosis-and Service-specific Analyses in a Randomized Controlled Trial**. The RAND Corporation. Dez., 1986. Pág. 75. NEWHOUSE, Joseph P. **Free for All?: lessons from the RAND Health Insurance Experiment**. Harvard University Press: Cambridge, Massachusetts, 1996. Pág. 78, 80-81, 356.

<sup>177</sup> BARROS, Pedro Pita. **Economia da saúde**: conceitos e comportamentos. 3ª edição. Editora Almedina, 2019. Pág. 154. CUTLER, David M.; ZECKHAUSER, Richard J. The Anatomy of Health Insurance. **National Bureau of Economic Research**. Jun., 1999. Pág. 18, 25. SHAMPANIER, Kristina; MAZAR, Nina; ARIELY, Dan. Zero as a Special Price: The True Value of Free Products. **Marketing Science**. Vol. 26. Nov-Dez., 2007. Pág. 743. PAULY, Mark V. **The Truth about Moral Hazard and Adverse Selection**. Syracuse University. Núm. 36, 2007. Pág. 2. NEWHOUSE, Joseph P. *et al.* Attrition in the RAND Health Insurance Experiment: A Response to Nyman. **Journal of Politics, Politics and Law**. 31 de mar., 2008. Pág. 10. NEWHOUSE, Joseph P.; SINAIKO, Anna D. **What We Know and Don't Know about the Effects of Cost Sharing on the Demand for Medical Care – and So What?** In: SLOAN, Frank A.; KASPER, Hirschel (Org.). *Incentives and Choice in Health Care*. Massachusetts Institute of Technology.

situações, diminuir o desperdício de recursos sem significativo impacto na saúde dos usuários.

Nos últimos anos as inovações sobre o risco comportamental (*behavioral hazards*)<sup>178</sup> e o *value-based insurance designed* (VBID)<sup>179</sup> refinaram a pesquisa do risco moral. Ambos realçaram a relevância do copagamento, não apenas para diminuir o desperdício de recursos, mas também para estimular o consumo de serviços essenciais e custo-benéficos subutilizados, possivelmente em conjunto com a gratuidade, gerando potencial economia financeira a médio e longo prazo. Isso somente confirma o aprendizado econômico de que a alocação eficiente do seguro de saúde, para atingir um nível ótimo de desempenho, deve conjugar gratuidade e copago.

### 2.3.2. Tipos de copagamento

O copagamento é um instrumento que comporta múltiplas estruturas. Pode assumir a forma de cosseguro (*coinsurance*), na qual, diferentemente do copagamento em sentido estrito, o segurado responde por um valor percentual

---

2008. Pág. 94. FELDSTEIN, Martin S. The Welfare Loss of Excess Health Insurance. **The Journal of Political Economy**. Vol. 82, núm. 1, mar./abr., 1973. Pág. 251-252, 275-278.

<sup>178</sup> CHANDRA, Amitabh; HANDEL, Benjamin; SCHWARTZSTEIN, Joshua. Behavioral Economics and Health-Care Markets. In: BERNHEIN, Douglas B; DELLAVIGNA, Stefano; LAIBSON, David (Org.). Handbook of Behavioral Economics: Applications and Foundations. North-Holland, 2018. Pág.42-43. CHERNEW, Michael E.; ROSEN, Allison B.; FENDRICK, A. Mark. Value-Based Insurance Design. **Health Affairs**. Vol. 26, núm. 2, 30 de jan., 2007. Pág. 196. BAICKER, Katherine; GOLDMAN, Dana. Patient Cost-Sharing and Healthcare Spending Growth. **Journal of Economic Perspectives**. Vol. 25, núm. 2, nov., 2011. Pág. 1, 21-23. HOUGH, Douglas E. **Irrationality in health care: what behavioral economics reveals about what we do and why**. Stanford University Press, 2013. Pág. 143-144.

<sup>179</sup> CHERNEW, Michael E.; ROSEN, Allison B.; FENDRICK, A. Mark. Value-Based Insurance Design. **Health Affairs**. Vol. 26, núm. 2, 30 de jan., 2007. Pág. 198, 200. UNIÃO EUROPEIA. Comissão Europeia. **Defining value in “value-based healthcare”**. 2019. Pág. 26-27. GRAY, Muir et al. **How To Get Better Value Healthcare**. Livro eletrônico (Kindle). 3ª edição. Ofo Press: Oxford. 2017. Pág. 3, 5, 166. MAHONEY, John J. Value-Based Benefit Design: Using a Predictive Modeling Approach to Improve Compliance. **Journal of Managed Care Pharmacy**. Jun., 2008. Pág. 8. THALER, Richard H.; SUNSTEIN, Cass R. Trad. Ângelo Lessa. **Nudge: como tornar melhores decisões sobre saúde, dinheiro e felicidade**. 1ª edição. Rio de Janeiro: Objetiva, 2019. Pág. 177, 179.

referente ao custo total do serviço.<sup>180</sup> O cosseguro admite escalonamento, com percentuais distintos dentro de cada faixa de custos, geralmente decrescentes.

Juntamente com o copagamento em sentido estrito e o cosseguro há a franquia (*deductible*), cujo valor abaixo do limite obsta a proteção securitária, competindo ao segurado arcar integralmente com as despesas.<sup>181</sup> Assim, implica um copagamento total, em oposição à gratuidade (*zero deductible* ou *first dollar coverage*), ao menos até atingir o valor de referência. Hodiernamente é praxe dos seguros privados a incorporação de um esquema de franquia combinado com o cosseguro.

No entanto, há o risco de o copagamento resultar em gastos catastróficos ou prejuízos ao bem-estar físico e/ou mental pela descontinuidade dos serviços. Para evitar isso, o recomendável é estabelecer um limite máximo de gastos do segurado (*maximum out-of-pocket limit, stop loss provisions* ou *ceilling*).<sup>182</sup> Uma vez atingido, obriga o segurador a custear o restante das despesas

Inversamente, também é possível definir um limite de gasto máximo pelo segurador (*maximum coverages limitations* ou *cap*), transferindo ao segurado a responsabilidade pelo excedente. Com isso, o risco suportado pelo segurador é maior no início, porém cessa ao atingir o teto, transferindo a responsabilidade ao segurado pelo valor excedente (*residual payment*).<sup>183</sup>

Curiosamente, existe um instrumento intermediário entre o limite de gasto máximo ao segurado e segurador, mas que também cria um vácuo na proteção securitária (*donut hole*). Após atingir o teto do cosseguro, o segurado responde integralmente pelo remanescente, ao menos até alcançar um novo teto quando

---

<sup>180</sup> JUNOY, Jaume Puig. **Los Mecanismos de Copago en Servicios Sanitarios**: Cuando, Cómo y Porqué. Hacienda Publica Española, 2001. Pág. 8. FLYNN, Sean Masaki. **The Cure That Works: How to Have the Best Healthcare – at a Quarter of the Price**. Livro eletrônico (Kindle). Regnery Publishing. 2019. Posição 1460.

<sup>181</sup> NEWHOUSE, Joseph P. **Free for All?: lessons from the RAND Health Insurance Experiment**. Harvard University Press: Cambridge, Massachusetts, 1996. Pág.349-350. FLYNN, Sean Masaki. **The Cure That Works: How to Have the Best Healthcare – at a Quarter of the Price**. Livro eletrônico (Kindle). Regnery Publishing. 2019. Posição 1080-1088.

<sup>182</sup> THOMSON, Sarah; MOSSIALOS, Elias. **Influencing demand for drugs through cost sharing**. In: MOSSIALOS, Elias; MRAZEK, Monique; WALLEY, Tom (Org.). *Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality*. European Observatory on Health Care Systems Series. Open University Press. 2004. Pág. 230.

<sup>183</sup> UNIÃO EUROPEIA. Comissão Europeia. ESPÍN, Jaime; ROVIRA, Joan. **Analysis of differences and commonalities in pricing and reimbursement systems in Europe**. Final Report. Jun., 2007. Pág. 56.

então retorna a proteção securitária (total ou parcial).<sup>184</sup> Por conta da incerteza e desproteção financeira é uma raridade hoje em dia.

Outro mecanismo é a exclusão da cobertura ou dos serviços (*exclusions* ou *black list*), no qual o segurado do início ao fim responde integralmente pelas despesas.<sup>185</sup> Portanto, equivale ao copagamento na acepção ampla.

Por último, vale destacar o copagamento estratificado (*tiered copayment* ou *differential charges*), com valores distintos para serviços ou tratamentos de uma mesma classe.<sup>186</sup> Normalmente é usado para incentivar condutas de alto valor ao mesmo tempo em que desincentiva as de baixo valor, porém sem recorrer à exclusão, preservando assim a liberdade de escolha do segurado.

Cada um desses elementos expostos – cosseguro, copagamento estrito, franquia, limite de gastos do segurado e segurador, copagamento estratificado e exclusão da cobertura – oferece um incentivo próprio dentro do sistema de precificação dos serviços de saúde.<sup>187</sup> Esse grupo de heterogêneas técnicas de copagamento viabiliza uma pluralidade de arranjos e consequências específicas para melhor atender ao propósito escolhido. Aliás, o emprego homogêneo é desaconselhado porque, diante da inflexibilidade, não capta as particularidades e oportunidades de cada situação, redundando em perda de eficiência.<sup>188</sup>

---

<sup>184</sup> ROSENTHAL, Elisabeth. **An American sickness**: how healthcare became a big business and how you can take it back. Livro eletrônico (Kindle). New York: Penguin Press, 2017. Posição 3478. ASKIN, Elisabeth; MOORE, Nathan. **The Health Care Handbook**: A Clear and Concise Guide to the United States Health Care System. Livro eletrônico (Kindle). 2ª edição. Washington University: St. Louis, 2014. Posição 1156.

<sup>185</sup> O copagamento pode ser distinguido em direto e indireto. O copagamento direto inclui o cosseguro, copagamento em sentido estrito e a franquia. O copagamento indireto envolve os gastos direto com saúde, apesar da não imposição direta, como a exclusão. Essa diferenciação nem sempre é observada na compilação dos dados oficiais pelos países, recomendando uma dose de cautela para comparações. ROBINSON, Ray. **User charges for health care**. In: European Observatory on Health Care Systems Series. Funding health care: options for Europe. Elias Mossialos *et al* (Org.). 2002. Pág. 162.

<sup>186</sup> THOMSON, Sarah; MOSSIALOS, Elias. **Influencing demand for drugs through cost sharing**. In: MOSSIALOS, Elias; MRAZEK, Monique; WALLEY, Tom (Org.). Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality. European Observatory on Health Care Systems Series. Open University Press. 2004. Pág. 234.

<sup>187</sup> ROBINSON, Ray. **User charges for health care**. In: European Observatory on Health Care Systems Series. Funding health care: options for Europe. Elias Mossialos *et al* (Org.). 2002. Pág. 163.

<sup>188</sup> BRAITHWAITE, R. Scott *et al*. Can Broader Diffusion of Value-Based Insurance Design Increase Benefits from US Health Care without Increasing Costs? Evidence from a Computer Simulation Model. **PLoS Medicine**. Vol. 7, 16 de fev., 2010. Pág. 3-5. NEWHOUSE, Joseph P.; SINAICO, Anna D. **What We Know and Don't Know about the Effects of Cost Sharing on the**

### 2.3.3. Desvantagens e vantagens do copagamento

Este trabalho propõe avaliar o copagamento sob a ótica jurídica, contudo, sem a pretensão de desviar do objeto principal ou de esgotar o tema, convém arrolar as potenciais desvantagens e vantagens indicadas pela doutrina.

As principais objeções são: (a) redução do acesso pelas pessoas pobres, idosas e com doenças crônicas; (b) postergação, suspensão ou não adesão a relevantes serviços e tratamentos de saúde; (c) redução de serviços preventivos e consumo de fármacos essenciais; (d) geração de despesas adicionais pela demanda subutilizada; (e) gastos administrativos elevados ou maiores do que a economia pretendida; (f) suscetibilidade de corrupção pela cobrança local; (g) aumento da desigualdade pela regressividade dos gastos; (h) estigmatização dos usuários; (i) redução da cobertura com a ampliação do gasto privado; (j) quem paga imposto já financia a saúde, não podendo ser compelido a pagar novamente; (k) não enfrenta o problema da demanda induzida pelos prestadores de saúde; (l) criação de gastos catastróficos aos usuários.<sup>189</sup>

Diversamente, as principais vantagens apontadas são: (a) redução do gasto em saúde; (b) geração de recursos adicionais; (c) ampliação da cobertura; (d) desestimulação do consumo desnecessário ou abusivo; (e) conscientização da população sobre o preço e custo dos serviços de saúde; (f) reivindicações por serviços de qualidade; (g) orientação por políticas de saúde de alto-valor (VBID); (h) substituição de outros mecanismos de racionamento que podem piorar o quadro de saúde (a exemplo das demoradas listas de espera); (i) incentivo à atenção primária; (j) priorização da saúde preventiva; (k) deflagração positiva do

---

**Demand for Medical Care** – and So What? *In*: SLOAN, Frank A.; KASPER, Hirschel (Org.). *Incentives and Choice in Health Care*. Massachusetts Institute of Technology. 2008. Pág. 94. ROBINSON, Ray. **User charges for health care**. *In*: European Observatory on Health Care Systems Series. *Funding health care: options for Europe*. Elias Mossialos *et al* (Org.). 2002. Pág. 163.

<sup>189</sup> HOLST, Jens; GIOVANELLA, Ligia; ANDRADE, Gabriella Carrilho Lins de. Porque não instituir copagamento no Sistema Único de Saúde: efeitos nocivos para o acesso a serviços e a saúde dos cidadãos. Rio de Janeiro : **Saúde Debate**. Vol. 40., dez., 2016. Pág. 214. ABREU, Mafalda de Castro e Souza Maló de. **Taxas Moderadoras e a Racionalização da Procura de Cuidados de Saúde**. Tese (Mestrado em Gestão em Saúde). Universidade Nova de Lisboa. Dezembro, 2012. Pág. XL.

efeito substituição (a exemplo da mudança de medicamentos de marca por genéricos); (l) redução da regressividade do financiamento com a seletividade dos benefícios e/ou beneficiários que mereçam uma proteção especial, ficando dispensados do copago (isenção); (m) racionalização dos subsídios fiscais; (n) utilização de instrumentos eficientes da iniciativa privada no âmbito do poder público.<sup>190</sup>

Confrontando esses pontos, nota-se que as desvantagens elencadas não desautorizam categoricamente o uso do copago, seja por conta das vantagens ofertadas, seja porque os riscos potenciais dependem da forma de estruturação.

Isso significa que o problema não reside no instrumento em si, mas sim na utilização inadequada. Ademais, há mecanismos para evitar ou minorar os efeitos do copagamento quando aplicado. Um exemplo disso são as isenções, que são imprescindíveis ao sucesso do copagamento, todavia fogem do escopo deste trabalho tal aprofundamento.<sup>191</sup>

De qualquer sorte, as objeções são válidas porque realçam os malefícios inerentes à implementação indevida do copagamento, não merecendo desprezo. Afinal, os defensores do copagamento também compartilham as preocupações relativas à eficiência e isonomia. Contudo, o que deve ser evitado são as críticas ao instrumento fundadas puramente em viés ideológico, desprovidas de estudos aprofundados sobre a temática e de lições aprendidas com os sistemas de saúde de outros países.

---

<sup>190</sup> VIANNA, Solon Magalhães; PIOLA, Sérgio Francisco; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Gratuidade no SUS: Controvérsia em Torno do Co-Pagamento. **Planejamento e Políticas Públicas**. Set., 1998. Pág. 109-110, 116-117, 126, 136, 141-144, 149-152. RODRÍGUEZ, Marisol. **Los copagos en atención médica y su impacto sobre la utilización, el gasto y la equidad**. In: JUNOY, Jaume Puig. La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria. Barcelona: Fundació Rafael Campalans. 2007. Pág. 99. GERTLER, Paul J.; HAMMER, Jeffrey S. **Strategies for Pricing Publicly Provided Health Services**. 1997. Pág. 138. NEWHOUSE, Joseph P.; SINAICO, Anna D. **What We Know and Don't Know about the Effects of Cost Sharing on the Demand for Medical Care – and So What?** In: SLOAN, Frank A.; KASPER, Hirschel (Org.). Incentives and Choice in Health Care. Massachusetts Institute of Technology. 2008. Pág. 85.

<sup>191</sup> CHALKLEY, Martin; ROBINSON, Ray. **Theory and evidence on cost sharing in health care: an economic perspective**. 1997. Pág. 13. NEWHOUSE, Joseph P. **Free for All? : lessons from the RAND Health Insurance Experiment**. Harvard University Press : Cambridge, Massachusetts, 1996. Pág.345. ROBINSON, Ray. **User charges for health care**. In: European Observatory on Health Care Systems Series. Funding health care: options for Europe. Editado por Elias Mossialos *et al.* 2002. Pág. 182. ESPANHA. Ministério de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. **Health care systems in the European Union countries: Health characteristics and indicators** 2019. 2020. Pág. 15-16.

## 2.4. Conclusão parcial

Os elementos abordados sucintamente no presente capítulo auxiliam o substrato fático normativo para fins de operacionalização e projeção dos efeitos jurídicos envolvendo a gratuidade e o potencial uso do copagamento.<sup>192</sup>

É mister aceitar uma nova realidade ao ordenamento jurídico, em que a sustentabilidade financeira e a eficiência das políticas públicas são objeto de atenção normativa. O direito deve ser atualizado constantemente por meio da ressignificação das normas jurídicas. Desconsiderar a conjuntura econômica e social sobre a qual deve incidir, em especial envolvendo a tutela de um bem jurídico relevante como a saúde, pode comprometer os interesses coletivos.

A concepção e implementação do SUS desconsiderou em certa escala a reformulação pela qual passavam os países europeus de *welfare state*. Diante da urgência em assegurar a sustentabilidade financeira, foram implementadas políticas de contenção de gastos, refinanciamento de serviços e racionalidade de programas sociais. A outro giro, a universalidade imediata com a prática da gratuidade absoluta da saúde, ainda que compreensíveis pelo atraso do Estado de bem-estar social brasileiro, destoaram exageradamente do incremento das estratégias de focalização de beneficiários e/ou benefícios das políticas públicas do período, especialmente para esse setor.

O copagamento é um dos exemplos dessa seletividade, constituindo um gênero complexo que comporta uma imensa variedade de técnicas, servindo a multifacetados objetivos, notadamente os de ordem político-financeiro e técnico-econômico.

É imprescindível que o copagamento seja combinado com a gratuidade, pois apenas assim ocorrerá uma ótima proteção securitária. Isto é, que promova uma justa distribuição de saúde, sem desperdícios infundados e valorizando o investimento dos recursos escassos.

---

<sup>192</sup> CUNHA, Sérgio Sérulo da. **Fundamentos de direito constitucional**. Vol. 2. São Paulo: Saraiva, 2008. Pág. 300-301.

Portanto, uma vez que inexistente um modelo único predefinido de copago, é contraproducente sequer considerá-lo como instrumento adicional na criação de políticas públicas de saúde, pois pode derivar em reais vantagens ao bem-estar coletivo em determinadas situações, mas para tanto precisa ser compatível com a ordem constitucional.

### **CAPÍTULO 3. A QUESTÃO DA GRATUIDADE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988**

Nesse derradeiro capítulo serão investigados os elementos teóricos para auxiliar na compreensão do conceito jurídico da gratuidade à luz da constituição brasileira, por meio da hermenêutica constitucional, bem como da experiência de outros países que incorporam o sistema universal de saúde, para que nesse cotejo seja extraída a abrangência daquela norma e a eventual compatibilidade constitucional do copagamento.

#### **3.1. A doutrina da gratuidade normativa da saúde**

Segundo Tupinambá Miguel Castro de Nascimento, a “solução que se dá no texto constitucional” é “pela gratuidade da prestação médica para todos”.<sup>193</sup> Embora inexista qualquer menção expressa à gratuidade no texto constitucional, o autor retira uma regra jurídica de contornos bem definidos e em grau máximo.

Semelhante é o pensamento do jurista Marlon Alberto Weichert, que extrai do princípio da universalidade uma “regra implícita a gratuidade no atendimento”. Com isso, rejeita a possibilidade do copagamento porque “implicaria, assim, em novamente se restringir os serviços a determinada parcela da população (aquela que tem condições de contribuir), e com isso, afastar-se-ia a universalidade”.<sup>194</sup>

Diversamente, outros doutrinadores preferem rotular a gratuidade como princípio (e não como regra), entretanto, paradoxalmente, acabam atribuindo o mesmo tratamento inflexível à vedação do copago. Esse é o escólio de Reynaldo Mapelli Júnior, para quem “as ações e serviços voltados à área da saúde não podem conter nenhuma forma de contraprestação por parte do usuário”.<sup>195</sup>

---

<sup>193</sup> NASCIMENTO, Tupinambá Miguel Castro do. **A ordem social e a nova Constituição**. Rio de Janeiro : Aide Ed, 1991. Pág. 29.

<sup>194</sup> WEICHERT, Marlon Alberto. **Saúde e Federação na Constituição Brasileira**. Rio de Janeiro : Editora Lumen Juris, 2004. Pág. 161-162.

<sup>195</sup> MAPELLI JÚNIOR, Reynaldo. **Judicialização da saúde : regime jurídico do SUS e intervenção na administração pública**. 1ª edição. Rio de Janeiro : Atheneu, 2017. Pág. 12.

Na mesma linha seguem Sueli Dallari e Vidal Serrano Júnior. Afirmam os estudiosos que a gratuidade “se desdobra de vários comandos constitucionais”, de modo que “proíbe toda e qualquer forma de cobrança do usuário de ações, serviços e equipamentos públicos de saúde”.<sup>196</sup>

Esse também parece o entendimento de Mônica de Almeida Magalhães Serrano. Segundo a autora, “a assistência à saúde deve ser prestada de forma necessariamente gratuita”, uma vez que “decorre do sistema constitucional e dos princípios da universalidade, igualdade e integralidade”. Ademais, a gratuidade estaria corroborada pela falta de previsão constitucional referente à “exigência de cobrança de contribuição” destinada à saúde.<sup>197</sup>

Portanto, a doutrina brasileira majoritária, seja de sanitaristas ou juristas, saca do texto da Constituição Federal de 1988 a norma jurídica da gratuidade e a suposta proibição absoluta do copagamento.

Não obstante, há doutrinadores que ousam discordar, a exemplo de André Luiz Bianchi, afirmando que da “ideia de igualdade e universalidade de acesso ao serviço público de saúde não é possível extrair necessariamente a conclusão de que ele deve se dar de maneira totalmente gratuita”.<sup>198</sup>

No mesmo sentido Ingo Wolfgang Sarlet e Mariana Filchtiner Figueiredo, aduzindo que “a universalidade dos serviços de saúde não traz, como corolário inexorável, a gratuidade das prestações materiais para toda e qualquer pessoa”.<sup>199</sup>

A exposição a seguir objetiva aferir se a gratuidade comporta exceções ou flexibilizações, pois, caso positivo, será inevitável reconhecer a possibilidade jurídica do copagamento.

---

<sup>196</sup> DALLARI, Sueli Galdolfi; NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. **Direito sanitário**. São Paulo : Editora Verbatim, 2010. Pág. 74.

<sup>197</sup> SERRANO, Mônica de Almeida Magalhães. **O Sistema Único de Saúde e suas diretrizes constitucionais**. 2ª edição. São Paulo : Editora Verbatim, 2012. Pág. 111-112.

<sup>198</sup> BIANCHI, André Luiz. **Direito Social à Saúde e Fornecimento de Medicamentos**. Porto Alegre : Núria Fabris Ed., 2012. Pág. 176.

<sup>199</sup> SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações**. In: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti; BARCELOS, Ana Paula de (Org.). **Direitos fundamentais: orçamento e “reserva do possível”**. 2ª edição. Porto Alegre : Livraria do Advogado Editora, 2013. Pág. 43.

### 3.2. Noções gerais sobre o direito a prestações de saúde

De acordo com a definição paradigmática da OMS de 1946, a saúde “é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”.

Já pelo Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) de 1966 consiste no “direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental”.

De forma mais extensa, a Declaração de Alma-Ata de 1978 reza que é “direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde”.

Por fim, o Tratado de Amsterdam de 1999 determina aos países da comunidade europeia que assegurem um “elevado nível de proteção de saúde em todas as políticas e ações”, sendo posteriormente reproduzido na Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia de 2000.<sup>200</sup>

As definições contidas nesses documentos revelam um viés idealista, caracterizado por considerável abrangência e indeterminabilidade, entretanto, pouco auxiliam para delimitação desse direito. Isso porque adotam uma noção ampliada da saúde, conjugada aos diversos determinantes sociais, porém sem especificar aquilo que é dever do Estado de oferecer à coletividade por meio dos sistemas de saúde. Acaba competindo a cada país disciplinar tal direito conforme as suas particularidades locais.

Além disso, inexoravelmente, esse direito está atrelado a outros bens. De forma mais imediata ao direito à vida, integridade física e psíquica, dignidade da pessoa humana, e mediatamente ao meio ambiente equilibrado, saneamento,

---

<sup>200</sup> CAMPOS, António Correia de; SIMÕES, Jorge. **O percurso da saúde** : Portugal na Europa. Coimbra : Almedina, 2011. Pág. 80. LOUREIRO, João Carlos. Direito à (proteção) da saúde. **Revista da Defensoria Pública**. Ano 1., n. 1, jul./dez., 2008. Pág. 52.

alimentação, habitação etc., proliferando com isso as dificuldades e os conflitos jurídicos nessa seara.<sup>201</sup>

Assim, a despeito da consolidação em sede doutrinária e jurisprudencial da expressão “direito à saúde”, é preferível a expressão “direito a prestações de saúde”. Desse modo, existe um dever estatal de assegurar um elevado nível de proteção à saúde por meio de serviços que oportunizem, na medida do possível e num constante esforço de melhoria, o exercício das capacidades humanas.<sup>202</sup>

A nomenclatura “direito à saúde” pode sugerir um “direito a ser saudável”, o que é uma impropriedade, pois depende de uma série de fatores que são inexigíveis ou escapam da esfera de competência do poder público. Outrossim, com a outra nomenclatura acautela-se contra a absolutização do mencionado direito e problemáticas jurídicas insolúveis.<sup>203</sup>

Doravante, consoante o art. 196, *caput*, da Constituição Federal de 1988, a saúde é um “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos”, por meio do “acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Essa definição normativa ressalta que a saúde consiste num direito social, tanto de dimensão individual quanto coletiva, haja vista que deve ser garantido

---

<sup>201</sup> LOUREIRO, João Carlos. Direito à (proteção) da saúde. **Revista da Defensoria Pública**. Ano 1., n. 1, jul./dez., 2008. Pág. 41-47. MENEZES, Vitor Hugo Mota de. **Direito à saúde e reserva do possível**. Curitiba : Juruá, 2015. Pág. 121-122. SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde**: algumas aproximações. In: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti; BARCELOS, Ana Paula de (Org.). **Direitos fundamentais: orçamento e “reserva do possível”**. 2ª edição. Porto Alegre : Livraria do Advogado Editora, 2013. Pág. 27.

<sup>202</sup> LOUREIRO, João Carlos. Direito à (proteção) da saúde. **Revista da Defensoria Pública**. Ano 1., n. 1, jul./dez., 2008. Pág. 56-57. CAMPOS, António Correia de; SIMÕES, Jorge. **O percurso da saúde** : Portugal na Europa. Coimbra : Almedina, 2011. Pág. 80. NUSSBAUM, Martha C. **Creating capabilities**: the human development approach. Livro eletrônico (Kindle). The Harvard University Press. 2011. Posição 238, 277-289, 563, 635, 919, 943. SEN, Amartya; KLIKSBURG, Bernardo. Trad. Bernardo Ajzenberg e Carlos Eduardo Lins da Silva. **As pessoas em primeiro lugar** : a ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado. São Paulo : Companhia das Letras, 2010. Pág. 76.

<sup>203</sup> WERNER, Patrícia Ulson Pizarro. O Direito Social e o Direito Público Subjetivo à Saúde – O Desafio de compreender um direito com Duas Faces. **Revista de Direito Sanitário**. Vol. 2, núm. 9, jul./out. de 2008. Pág. 100. SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde**: algumas aproximações. In: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti; BARCELOS, Ana Paula de (Org.). **Direitos fundamentais: orçamento e “reserva do possível”**. 2ª edição. Porto Alegre : Livraria do Advogado Editora, 2013. Pág. 39.

por meio de políticas públicas econômicas e sociais. De fato, parte considerável dos serviços de saúde são usufruídos individualmente, entretanto, o custo é financiado coletivamente através dos recursos públicos, com base nas escolhas orçamentárias que devem perseguir os interesses da sociedade – aliás, campo fértil ao dilema entre micro e macro justiça. Por conta disso, os interesses individuais devem ser conjugados com as metas ou interesses coletivos, o que sugere a possibilidade de restrições ao direito de prestações de saúde do titular, ou seja, que não se trata de um direito ilimitado.<sup>204</sup>

### 3.3. Paradigmas do Direito Contemporâneo

A tradicional formação dos juristas, de um modo geral, é deficiente em conhecimento de outras áreas do saber humano, gerando um sério problema para proteção dos direitos sociais. Isso porque a vagueza, indeterminabilidade e tendencial onerosidade deles dificulta a tarefa do intérprete de identificar uma norma exigível juridicamente e compatível com a vida circundante nas situações mais complexas de conflitos normativos.<sup>205</sup>

É bem verdade que já na década de setenta desenvolveu-se na Alemanha a teoria da reserva do possível no paradigmático caso *numerus clausus*. Naquela ocasião reconheceu-se que os direitos sociais de prestações materiais exigem mais recursos públicos, entretanto, diante das limitações orçamentárias, nem

---

<sup>204</sup> WERNER, Patrícia Ulson Pizarro. O Direito Social e o Direito Público Subjetivo à Saúde – O Desafio de compreender um direito com Duas Faces. **Revista de Direito Sanitário**. Vol. 2, núm. 9, jul./out. de 2008. Pág. 105. SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtner. **Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações**. In: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti; BARCELOS, Ana Paula de (Org.). Direitos fundamentais: orçamento e “reserva do possível”. 2ª edição. Porto Alegre : Livraria do Advogado Editora, 2013. Pág. 43. WERNER, Patrícia Ulson Pizarro. O Direito Social e o Direito Público Subjetivo à Saúde – O Desafio de compreender um direito com Duas Faces. **Revista de Direito Sanitário**. Vol. 2, núm. 9, jul./out. de 2008. Pág. 127.

<sup>205</sup> CANOTILHO, José Joaquim Gomes. Trad. Francisco J. Astudillo Polo. Metodología “fuzzy” e “camaleões normativos” en la problemática actual de los derechos económicos, sociales y culturales. Derechos y libertades – **Revista del instituto Bartolomé de Las Casas**. Pág. 37, 40, 43. GALDINO, Flávio. **O Custo dos direitos**. In: BARCELLOS, Ana Paula de et al (Org.). Legitimação dos Direitos Humanos. Rio de Janeiro : Renovar, 2002. Pág. 174.

toda prestação reclamada deve ser concedida, mas tão somente aquelas que sejam razoavelmente exigíveis do poder público (leia-se da sociedade).<sup>206</sup>

Outro avanço relevante adveio com o livro *Tragic Choices* de Guido Calabresi e Philip Bobbit. Os autores explicam que escolhas num contexto de escassez, por vezes, implicam decisões trágicas, que estão situadas em dois níveis principais de indagação: o quanto a sociedade está disposta a gastar e quem deve ser destinatário dos recursos.<sup>207</sup> Em verdade, raramente a escassez é absoluta, sendo no mais das vezes decorrência daquilo que é razoavelmente exigível da sociedade, haja vista o custo-benefício e o custo de oportunidade, servindo como valores referenciais a eficiência e igualdade. Ademais, afirmam os doutrinadores que tanto a ausência de decisão quanto a tomada de decisão derivam em “sacrifícios”, mas com desdobramentos distintos. A primeira é menos controversa, mas a segunda é tendencialmente mais vantajosa e progressista.<sup>208</sup>

No livro *The Cost of Rights*, escrito por Stephen Holmes e Cass Sunstein, alerta-se à obviedade de que os direitos têm um custo e com isso destrincha-se os desdobramentos dessa constatação. Sem a pretensão de esgotar a obra, uma primeira conclusão dos autores é que nada que custa dinheiro, como os direitos, é absoluto.<sup>209</sup> Segunda, os direitos pressupõem decisões redistributivas, logo, devem passar por uma escolha racional e responsável daquilo a ser protegido juridicamente.<sup>210</sup> Terceira, existem *trade-offs* (trocas) ou custo de oportunidade entre os direitos, de modo que aquilo que é protegido resulta numa desproteção

---

<sup>206</sup> SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde**: algumas aproximações. In: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti; BARCELOS, Ana Paula de (Org.). Direitos fundamentais: orçamento e “reserva do possível”. 2ª edição. Porto Alegre : Livraria do Advogado Editora, 2013. Pág. 29. CANOTILHO, José Joaquim Gomes. Trad. Francisco J. Astudillo Polo. Metodología “fuzzy” e “camaleones normativos” en la problemática actual de los derechos económicos, sociales y culturales. Derechos y libertades – **Revista del instituto Bartolomé de Las Casas**. Pág. 44-46. MENEZES, Vitor Hugo Mota de. **Direito à saúde e reserva do possível**. Curitiba : Juruá, 2015. Pág. 202-203.

<sup>207</sup> CALABRESI, Guido; BOBBITT, Philip. **Tragic Choices** : the conflicts society confronts in the allocation of tragically scarce resources. New York : W. W. Norton & Company, 1978. Pág. 17-19, 22-23.

<sup>208</sup> CALABRESI, Guido; BOBBITT, Philip. **Tragic Choices** : the conflicts society confronts in the allocation of tragically scarce resources. New York : W. W. Norton & Company, 1978. Pág. 47-48.

<sup>209</sup> HOLMES, Stephen; SUNSTEIN, Cass R. **The Cost of Rights** : Why liberty depends on Taxes. Cambridge : Harvard University Press, 2000. Pág. 97.

<sup>210</sup> HOLMES, Stephen; SUNSTEIN, Cass R. **The Cost of Rights** : Why liberty depends on Taxes. Cambridge : Harvard University Press, 2000. Pág. 115.

de outro interesse ou bem jurídico.<sup>211</sup> Última, a enganosa concepção de que os direitos nada custam, hodiernamente presente nos direitos “gratuitos”, estimula a irresponsabilidade tanto dos usuários quanto dos gestores públicos.<sup>212</sup>

A outro giro, a Análise Econômica do Direito foi fundamental à conciliação entre Direito e Economia. A despeito da posição original do seu expoente mais famoso, Richard Posner, a teoria foi superando as desconfianças na medida em que foi servindo complementarmente ao estudo do fenômeno jurídico. Pode ser compreendida como a ciência que estuda os comportamentos e as decisões no campo jurídico por meio da racionalidade econômica, adotando principalmente o enfoque consequencialista para obter a melhor solução normativa, mas sem desconsideração ao componente deontológico ínsito ao direito. Por isso, não tardou para que mostrasse efetivas vantagens, servindo desde a estruturação das instituições até a criação da decisão judicial, uma vez que oferece valiosos mecanismos que auxiliam na otimização do bem-estar.<sup>213</sup>

Todos esses contributos mencionados, a título de ilustração, reafirmam o atual prestígio do elemento econômico na compreensão e aplicação do direito. É preciso levar a sério a escassez dos recursos, sobretudo numa área vital como a saúde. A disponibilidade financeira condiciona a implementação das políticas públicas eleitas, bem como a exigibilidade jurídica, corroborando, aliás, a tese da gradualidade dos direitos sociais.<sup>214</sup> Os aprendizados sobre economia e governança pública nas últimas décadas forçam uma releitura do direito que não pode ser desprezada.

---

<sup>211</sup> HOLMES, Stephen; SUNSTEIN, Cass R. **The Cost of Rights** : Why liberty depends on Taxes. Cambridge : Harvard University Press, 2000. Pág. 130-131.

<sup>212</sup> HOLMES, Stephen; SUNSTEIN, Cass R. **The Cost of Rights** : Why liberty depends on Taxes. Cambridge : Harvard University Press, 2000. Pág. 140, 146, 151.

<sup>213</sup> BATISTA JÚNIOR, Onofre Alves. **Princípio constitucional da eficiência administrativa**. 2ª edição. Belo Horizonte : Fórum, 2012. Pág. 146. SILVA, Suzana Tavares da. **O princípio (fundamental) da eficiência**. IIIº Encontro de Professores de Direito Público. Porto. 30 de jan., 2009. Pág. 3. SILVEIRA, André Bueno da. **Análise econômica do direito e teoria dos jogos**: consequencialismo nas decisões judiciais e a nova interpretação das consequências. São Paulo : Editora Juspodivm, 2022. Pág. 60, 73. OLIVEIRA, Rafael Carvalho Rezende. **Curso de direito administrativo**. 10 edição. Rio de Janeiro : Método, 2022. Pág. 42.

<sup>214</sup> CANOTILHO, José Joaquim Gomes. Trad. Francisco J. Astudillo Polo. Metodología “fuzzy” e “camaleões normativos” en la problemática actual de los derechos económicos, sociales y culturales. Derechos y libertades – **Revista del instituto Bartolomé de Las Casas**. Pág. 39-40.

### 3.4. Distinção entre enunciado normativo, norma e delimitação normativa

É de suma importância distinguir enunciado normativo e norma jurídica. De acordo com Robert Alexy, o enunciado normativo representa o texto do qual usualmente derivam as normas jurídicas, prescrevendo um determinado dever-ser.<sup>215</sup> Já Friedrich Müller, numa perspectiva ampliada, sustenta que a norma jurídica é mais do que o enunciado ou texto normativo, denominado de programa normativo, pois reúne também os dados extralinguísticos, ou seja, o setor da realidade que é objeto de regulação, constituindo então o âmbito normativo.<sup>216</sup>

Embora sejam incompatíveis, essas teorias comumente são adaptadas pelos juristas sem maiores rigores dogmáticos. Todavia, independentemente de eventuais censuras, é inegável que o Direito permanece uma ciência prática que visa solucionar problemas concretos.

Não desconsiderando as diferenças doutrinárias expostas, o que convém destacar é que a norma não se resume ao texto normativo abstrato, exigindo um processo mais complexo à sua identificação, de apelo concretista, entendimento este compartilhado por ambas as posições. Ademais, aceita-se a premissa de que a norma possa ser compreendida abstratamente, autorizando o intérprete a emitir conclusões provisórias a seu respeito.<sup>217</sup>

De qualquer sorte, o enunciado normativo, ainda que seja considerado um *minus* comparado à norma, cumpre uma função vital no processo interpretativo. Isso porque serve para delimitar a atividade interpretativa, sendo ilegítima, em tese, a norma que extrapole as possibilidades semânticas. Quanto mais nítida e precisa a linguagem do texto normativo, mais simplificada é a interpretação. Ao

---

<sup>215</sup> ALEXY, Robert. Trad. Virgílio Afonso da Silva. **Teoria dos direitos fundamentais**. 2ª edição. Malheiros Editores, 2017. Pág. 54, 58.

<sup>216</sup> MÜLLER, Friedrich. Trad. Peter Naumann. **Metodologia do Direito Constitucional**. 4ª edição. São Paulo : Revista dos Tribunais, 2010. Pág. 55-59. ALEXY, Robert. Trad. Virgílio Afonso da Silva. **Teoria dos direitos fundamentais**. 2ª edição. Malheiros Editores, 2017. Pág. 77-78.

<sup>217</sup> MÜLLER, Friedrich. Trad. Peter Naumann. **Metodologia do Direito Constitucional**. 4ª edição. São Paulo : Revista dos Tribunais, 2010. Pág. 61-62. PEREIRA, Jane Reis Gonçalves. **Interpretação constitucional e direitos fundamentais**. 2ª edição. São Paulo : Saraiva, 2018. Pág. 63-65, 383.

reverso, quanto mais aberta, ambígua e incerta, maior a pluralidade de signos e a liberdade interpretativa.<sup>218</sup>

Isso importa porque os enunciados normativos constitucionais, sobretudo os consagradores de direitos fundamentais, são dotados de ampla generalidade e indeterminabilidade. Com isso, elastece-se a criatividade dos intérpretes da constituição, com destaque ao legislador, ora competente para editar a “norma abstrata”, e ao juiz, para aplicar a “norma concreta” aos casos submetidos à sua apreciação.<sup>219</sup>

Por isso, para evitar ou minorar os abusos interpretativos, os enunciados normativos devem ser bem redigidos, coerentes e compatíveis com outros textos derivados do ordenamento jurídico. Outrossim, o intérprete precisa respeitar os limites dados pelo texto normativo, sob o risco de eventual exercício abusivo de poder e de desvalorização da força normativa da constituição.

### 3.5. Espécies de normas jurídicas: regras e princípios.

Após a Segunda Guerra Mundial o constitucionalismo foi reformulado para superar o positivismo jurídico indiferente a valores éticos, haja vista as horrendas atrocidades cometidas com o respaldo da lei. Isso aconteceu principalmente por meio da releitura da funcionalidade dos princípios, passando a servir como uma porta de entrada à introjeção de justiça e à projeção da dignidade da pessoa humana como elemento nuclear do sistema jurídico. Assim, a nova teoria dos princípios foi imprescindível para sedimentar a aproximação entre o Direito e a Moral.<sup>220</sup>

---

<sup>218</sup> PEREIRA, Jane Reis Gonçalves. **Interpretação constitucional e direitos fundamentais**. 2ª edição. São Paulo : Saraiva, 2018. Pág. 70. BARROSO, Luís Roberto. **Curso de direito constitucional contemporâneo** : os conceitos fundamentais e a construção de um novo modelo. 5ª edição. São Paulo : Saraiva, 2015. Pág. 236. MAXIMILIANO, Carlos. **Hermenêutica e aplicação do direito**. 20ª edição. Rio de Janeiro : Forense, 2011. Pág. 98

<sup>219</sup> PEREIRA, Jane Reis Gonçalves. **Interpretação constitucional e direitos fundamentais**. 2ª edição. São Paulo : Saraiva, 2018. Pág. 65.

<sup>220</sup> BARROSO, Luís Roberto. **Curso de direito constitucional contemporâneo** : os conceitos fundamentais e a construção de um novo modelo. 5ª edição. São Paulo : Saraiva, 2015. Pág. 110. BARROSO, Luís Roberto. **Interpretação e aplicação da Constituição** : fundamentos de uma dogmática constitucional transformadora. 6ª edição. São Paulo : Saraiva, 2004. Pág. 348,

Até então os princípios eram contrapostos às normas jurídicas. Contudo, com essa guinada teórica, eles foram realocados para figurar como subespécie das normas, ao lado das regras. Foi assim que os princípios conquistaram uma força normativa ausente durante o positivismo jurídico.<sup>221</sup>

Isso explica o porquê antigamente predominava a denominada distinção fraca ou quantitativa entre regras e princípios, calcada nos diferentes graus de abstração, determinabilidade, fundamentalidade, axiologia etc.<sup>222</sup> Com o novel prisma metodológico surgiu a distinção forte ou qualitativa, que vai além para distinguir regras e princípios conforme o processo interpretativo de concretização da norma jurídica.<sup>223</sup>

Desse modo, as regras jurídicas são normas que prescrevem condutas que devem ser aplicadas na exata medida quando presentes os elementos de incidência, sem mais, nem menos. Dessa lógica de “tudo ou nada” decorre a noção de definitividade das regras.<sup>224</sup>

Isso significa que as regras não só apresentam menor abstração do que os princípios, mas também que contêm determinações em si.<sup>225</sup> Outrossim, em caso de conflito entre regras a solução consiste na declaração de invalidade de uma delas ou no reconhecimento de uma cláusula de exceção, isto é, uma será

---

PEREIRA, Jane Reis Gonçalves. **Interpretação constitucional e direitos fundamentais**. 2ª edição. São Paulo : Saraiva, 2018. Pág. 134

<sup>221</sup> CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito constitucional e teoria da constituição**. 7ª edição. Coimbra : Edições Almedina, 2003. Pág. 1161, ALEXY, Robert. Trad. Virgílio Afonso da Silva. **Teoria dos direitos fundamentais**. 2ª edição. Malheiros Editores, 2017. Pág. 87.

<sup>222</sup> CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito constitucional e teoria da constituição**. 7ª edição. Coimbra : Edições Almedina, 2003. Pág. 1160, ALEXY, Robert. Trad. Virgílio Afonso da Silva. **Teoria dos direitos fundamentais**. 2ª edição. Malheiros Editores, 2017. Pág. 87-89.

<sup>223</sup> PEREIRA, Jane Reis Gonçalves. **Interpretação constitucional e direitos fundamentais**. 2ª edição. São Paulo : Saraiva, 2018. Pág. 136.

<sup>224</sup> ALEXY, Robert. Trad. Virgílio Afonso da Silva. **Teoria dos direitos fundamentais**. 2ª edição. Malheiros Editores, 2017. Pág. 91. CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito constitucional e teoria da constituição**. 7ª edição. Coimbra : Edições Almedina, 2003. Pág. 1160-1161.

<sup>225</sup> ALEXY, Robert. Trad. Virgílio Afonso da Silva. **Teoria dos direitos fundamentais**. 2ª edição. Malheiros Editores, 2017. Pág. 91, 139. CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito constitucional e teoria da constituição**. 7ª edição. Coimbra : Edições Almedina, 2003. Pág. 1183

afastada, sem qualquer tipo de colisão normativa.<sup>226</sup> Por isso que a convivência das regras é reputada antinômica.<sup>227</sup>

Já os princípios são mandamentos de otimização que, condicionados por circunstâncias fáticas e jurídicas, são efetivados em graus variados.<sup>228</sup> Sob outra ótica, são *standards* normativos que devem ser implementados na maior medida possível.<sup>229</sup>

Assim, a solução ao conflito de princípios é diversa, não sendo resolvido com a declaração de invalidade ou com cláusula de exceção, pois não adstritos à dimensão de validade, mas sim de peso. Diante de um caso concreto um dos princípios terá precedência condicionada em face do outro, mas sem embargo de solução normativa diversa ante outras circunstâncias.<sup>230</sup> Não por outro motivo que a convivência dos princípios é conflitual.<sup>231</sup>

De fato, os princípios colidentes detêm o mesmo nível no plano abstrato, porém, com o resultado da ponderação dos interesses em conflito, um deles irá preponderar sobre o outro concretamente.<sup>232</sup> O que implica um procedimento de satisfação gradual, sendo inadmissível a concepção de um princípio absoluto.<sup>233</sup> Afinal, um princípio desse jaez não encontraria condicionantes jurídicas, apenas limitações fáticas, bem como fulminaria a unidade axiológico-normativa.<sup>234</sup>

---

<sup>226</sup> ALEXY, Robert. Trad. Virgílio Afonso da Silva. **Teoria dos direitos fundamentais**. 2ª edição. Malheiros Editores, 2017. Pág. 92.

<sup>227</sup> CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito constitucional e teoria da constituição**. 7ª edição. Coimbra : Edições Almedina, 2003. Pág. 1161.

<sup>228</sup> ALEXY, Robert. Trad. Virgílio Afonso da Silva. **Teoria dos direitos fundamentais**. 2ª edição. Malheiros Editores, 2017. Pág. 90, CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito constitucional e teoria da constituição**. 7ª edição. Coimbra : Edições Almedina, 2003. Pág. 1061.

<sup>229</sup> CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito constitucional e teoria da constituição**. 7ª edição. Coimbra : Edições Almedina, 2003. Pág.1162.

<sup>230</sup> ALEXY, Robert. Trad. Virgílio Afonso da Silva. **Teoria dos direitos fundamentais**. 2ª edição. Malheiros Editores, 2017. Pág. 93, 94, 96.

<sup>231</sup> CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito constitucional e teoria da constituição**. 7ª edição. Coimbra : Edições Almedina, 2003. Pág.1161.

<sup>232</sup> ALEXY, Robert. Trad. Virgílio Afonso da Silva. **Teoria dos direitos fundamentais**. 2ª edição. Malheiros Editores, 2017. Pág. 195. PEREIRA, Jane Reis Gonçalves. **Interpretação constitucional e direitos fundamentais**. 2ª edição. São Paulo : Saraiva, 2018. Pág. 304.

<sup>233</sup> CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito constitucional e teoria da constituição**. 7ª edição. Coimbra : Edições Almedina, 2003. Pág.1163.

<sup>234</sup> ALEXY, Robert. Trad. Virgílio Afonso da Silva. **Teoria dos direitos fundamentais**. 2ª edição. Malheiros Editores, 2017. Pág. 111. CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito constitucional e teoria da constituição**. 7ª edição. Coimbra : Edições Almedina, 2003. Pág.1182.

Pragmaticamente, a aplicação das regras constitucionais é mais singela porque são dotadas de suficiente densidade normativa, autorizando a incidência sem graduação (obrigações absolutas), enquanto a dos princípios depende de um procedimento mais complexo de ponderação, numa relação de superação e preponderância (obrigações só *prima facie*).<sup>235</sup>

Havendo dúvidas sobre a natureza de respectiva norma jurídica, é intuitivo que a solução mais adequada, na maioria das vezes, seja tratar como princípio, pois confere maleabilidade para captar as mudanças fáticas e os sentimentos de justiça da coletividade. Excepcionalmente, no entanto, convém considerar como regra quando, nitidamente, for mais condizente com a vontade da constituição.<sup>236</sup>

A propósito, embora prevaleça na jurisprudência e comunidade jurídica a distinção forte ou qualitativa entre regras e princípios, não se desconhece as vertentes doutrinárias que a repudiam. A título de ilustração, o autor Humberto Ávila sugere uma maior proximidade entre regras e princípios, aduzindo que aquelas também são objeto de ponderação, ainda que de maneira diferenciada, e suscetíveis de superação, ainda que excepcionalmente.<sup>237</sup> Sem adentrar no mérito da tese do renomado jurista<sup>238</sup>, acatar a aproximação das normas jurídicas e a ponderação de ambas, apesar das suas particularidades, implica aceitar a flexibilização das regras.

Há também as críticas à ponderação em si, como se fosse uma técnica juridicamente inconsistente, excessivamente subjetiva e imprevisível.<sup>239</sup> Sucede que nem todos os conflitos normativos, notadamente os principiológicos, são resolvidos satisfatoriamente pela subsunção, razão pela qual, a despeito dos

---

<sup>235</sup> BARCELLOS, Ana Paula de. **A eficácia jurídica dos princípios constitucionais: O princípio da dignidade da pessoa humana**. 3ª edição. Rio de Janeiro: Renovar, 2011. Pág. 119.

<sup>236</sup> NOVAIS, Jorge Reis. **Princípios estruturantes de estado de direito**. Coimbra : Almedina, 2019. Pág. 274. CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito constitucional e teoria da constituição**. 7ª edição. Coimbra : Edições Almedina, 2003. Pág.1159. ÁVILA, Humberto. **Teoria dos princípios** : da definição à aplicação dos princípios jurídicos. 13ª edição. Editora Malheiros, 2012. Pág. 42.

<sup>237</sup> ÁVILA, Humberto. **Teoria dos princípios** : da definição à aplicação dos princípios jurídicos. 13ª edição. Editora Malheiros, 2012. Pág. 70, 75, 112, 122.

<sup>238</sup> Recomenda-se a leitura da obra de Virgílio Afonso da Silva. SILVA, Virgílio Afonso da. **Direitos fundamentais: conteúdo essencial, restrições e eficácia**. 2ª edição. Malheiros Editores, 2011. Pág.56-64

<sup>239</sup> BARCELLOS, Ana Paula de. **Ponderação, racionalidade e atividade jurisdicional**. Rio de Janeiro : Renovar, 2005. Pág. 50-52, 55-56.

inconvenientes, a ponderação permanece como técnica mais adequada, tanto que é amplamente adotada pelos tribunais brasileiros.

Para finalizar, os direitos fundamentais são compostos tanto por regras quanto por princípios, mas com destaque aos últimos.<sup>240</sup> Isso porque os direitos fundamentais em geral, e os direitos sociais em especial, formam um sistema aberto com muitas normas vagas, indefinidas, imprecisas e dependentes de graduação, ou seja, atributos todos atrelados aos princípios.<sup>241</sup>

### 3.6. Das técnicas interpretativas

A Hermenêutica Jurídica é a ciência responsável pelo estudo dos métodos interpretativos para definição do sentido e alcance das expressões normativas. A interpretação pode ser compreendida tanto como atividade (procedimento) quanto resultado dos signos (produto). Adota-se como premissa que a norma jurídica extraída pelo intérprete não é meramente declaratória, pois dotada de um componente também construtivo.<sup>242</sup>

Apesar da doutrina elencar diversas técnicas interpretativas, vale destacar aquelas que contribuem à compreensão da natureza jurídica da gratuidade. Por isso, foram escolhidos somente os métodos da interpretação literal, sistemática, teleológica e histórica – próprios da hermenêutica tradicional – e da unidade da constituição, concordância prática, proporcionalidade, força normativa e máxima efetividade – atrelados à especificidade da hermenêutica constitucional.

Antes, oportuno sublinhar alguns pontos. As técnicas interpretativas são instrumentais à disposição do intérprete para definição da melhor ou adequada norma jurídica submetida à apreciação. Com isso, inexistente a prevalência abstrata

---

<sup>240</sup> PEREIRA, Jane Reis Gonçalves. **Interpretação constitucional e direitos fundamentais**. 2ª edição. São Paulo : Saraiva, 2018. Pág. 132. ALEXY, Robert. Trad. Virgílio Afonso da Silva. **Teoria dos direitos fundamentais**. 2ª edição. Malheiros Editores, 2017. Pág. 141.

<sup>241</sup> CANOTILHO, José Joaquim Gomes. Trad. Francisco J. Astudillo Polo. Metodología “fuzzy” e “camaleones normativos” en la problemática actual de los derechos económicos, sociales y culturales. Derechos y libertades – **Revista del instituto Bartolomé de Las Casas**. Pág. 37-38-44.

<sup>242</sup> MAXIMILIANO, Carlos. **Hermenêutica e aplicação do direito**. 20ª edição. Rio de Janeiro : Forense, 2011. Pág. 1. PEREIRA, Jane Reis Gonçalves. **Interpretação constitucional e direitos fundamentais**. 2ª edição. São Paulo : Saraiva, 2018. Pág. 59.

de um método sobre outro, porém na prática alguns são mais prestigiados. Além disso, a interpretação geralmente é ametódica, não esgotando o intérprete todos os mecanismos para encontrar uma solução perfeita, ou seja, contenta-se em trabalhar com aqueles que levam a um resultado satisfatório e convincente, na esteira da lógica do razoável.<sup>243</sup>

### 3.6.1. Dos métodos interpretativos tradicionais ou clássicos

Embora insuficiente para compreensão do alcance da norma jurídica, o método literal ou gramatical é o ponto de partida de qualquer interpretação. É por meio dele que se extrai o significado dos vocábulos e possíveis sentidos normativos do texto.<sup>244</sup>

Partindo do dogma de que o texto normativo não contém palavras inúteis, é tarefa do intérprete alcançar o sentido integral, nem aquém e tampouco além, sob o risco de construções voluntaristas incompatíveis com o constitucionalismo contemporâneo. Não obstante, a interpretação literal é insuficiente, pois fechada em si, ou seja, desconectada da influência das outras normas jurídicas.

Isso explica o prestígio da interpretação sistemática, uma vez que fomenta a unidade e coerência do ordenamento jurídico. Por meio dela é estabelecida a conexão entre as normas, evitando contradições e conflitos, afinal, a norma não pode dissociar-se do sistema jurídico.<sup>245</sup> Como bem pontuou o ex-ministro Eros

---

<sup>243</sup> MAXIMILIANO, Carlos. **Hermenêutica e aplicação do direito**. 20ª edição. Rio de Janeiro : Forense, 2011. Pág. 87. FONTELES, Samuel Sales. **Hermenêutica Constitucional**. Bahia : Editora Juspodivm. 2018. Pág. 31.

<sup>244</sup> MAXIMILIANO, Carlos. **Hermenêutica e aplicação do direito**. 20ª edição. Rio de Janeiro : Forense, 2011.. Pág. 87-88, 98. BARROSO, Luís Roberto. **Curso de direito constitucional contemporâneo** : os conceitos fundamentais e a construção de um novo modelo. 5ª edição. São Paulo : Saraiva, 2015. Pág. 326.

<sup>245</sup> MAXIMILIANO, Carlos. **Hermenêutica e aplicação do direito**. 20ª edição. Rio de Janeiro : Forense, 2011. Pág. 38 e 105, BARROSO, Luís Roberto. **Curso de direito constitucional contemporâneo** : os conceitos fundamentais e a construção de um novo modelo. 5ª edição. São Paulo : Saraiva, 2015. Pág. 329-330, BARROSO, Luís Roberto. **Interpretação e aplicação da Constituição** : fundamentos de uma dogmática constitucional transformadora. 6ª edição. São Paulo : Saraiva, 2004. Pág. 136.

Grau na ADPF nº 101: “Não se interpreta o direito em tiras; não se interpreta textos normativos isoladamente, mas sim o direito, no seu todo”.<sup>246</sup>

A despeito dessa exigência epistemológica, é inegável que na prática nem sempre é fácil encontrar coerência nas normas jurídicas, pois muitas vezes são criadas aleatoriamente e com redação obscura ou confusa, dificultando a tarefa do intérprete de encontrar soluções razoáveis. Não obstante, ela é vital por conta da concepção harmônica do direito como um sistema de normas.<sup>247</sup>

O método teleológico é tão festejado quanto o sistemático porque é inato ao direito propósitos finalísticos, como justiça, segurança jurídica, dignidade da pessoa humana, bem-estar social etc. É atribuição do intérprete buscar o fim pretendido com o texto normativo (*ratio juris*), lembrando que a ordem jurídica do neoconstitucionalismo é lastreada em exigências éticas.<sup>248</sup>

Por último, a interpretação histórica. Não é dos métodos mais preferidos pelos exegetas, pois carece de uma delimitação mais objetiva comparada aos demais. Todavia, isso não retira sua relevância, pois contribui à contextualização de reivindicações sociais e mobilizações políticas que ensejaram a aprovação do texto normativo – como materiais legislativos e trabalhos preparatórios –, bem como à cognição das transformações dos institutos e tendências evolutivas, de forma a manter o direito atual e funcional.<sup>249</sup>

Mais especificamente, leciona a doutrina que a subtração de texto de um projeto normativo não pode ser interpretada como se estivesse vigente.<sup>250</sup> Não obstante, excepcionalmente, a inserção do texto é desnecessária em hipótese de redundância ou inclusão implícita em outro texto final aprovado.

---

<sup>246</sup> MAXIMILIANO, Carlos. **Hermenêutica e aplicação do direito**. 20ª edição. Rio de Janeiro : Forense, 2011. Pág. 91.

<sup>247</sup> BARROSO, Luís Roberto. **Interpretação e aplicação da Constituição** : fundamentos de uma dogmática constitucional transformadora. 6ª edição. São Paulo : Saraiva, 2004. Pág. 137.

<sup>248</sup> BARROSO, Luís Roberto. **Interpretação e aplicação da Constituição** : fundamentos de uma dogmática constitucional transformadora. 6ª edição. São Paulo : Saraiva, 2004. Pág. 136, BARROSO, Luís Roberto. **Curso de direito constitucional contemporâneo** : os conceitos fundamentais e a construção de um novo modelo. 5ª edição. São Paulo : Saraiva, 2015. Pág. 331. MAXIMILIANO, Carlos. **Hermenêutica e aplicação do direito**. 20ª edição. Rio de Janeiro : Forense, 2011. Pág. 124-125.

<sup>249</sup> MAXIMILIANO, Carlos. **Hermenêutica e aplicação do direito**. 20ª edição. Rio de Janeiro : Forense, 2011. Pág. 21, 24, 26, 40, 113, 115-116, 118.

<sup>250</sup> MAXIMILIANO, Carlos. **Hermenêutica e aplicação do direito**. 20ª edição. Rio de Janeiro : Forense, 2011. Pág. 117.

### 3.6.2. Dos métodos interpretativos constitucionais

As técnicas de interpretação constitucional foram desenvolvidas porque as normas constitucionais são dotadas de especificidades que as distinguem das demais que compõem o ordenamento, haja vista a superioridade hierárquica, a natureza da linguagem, o conteúdo (com destaque às normas principiológicas) e a dimensão política. Por isso, os métodos tradicionais revelam-se incompletos para extrair o adequado sentido normativo aplicável à espécie.<sup>251</sup>

A propósito, os métodos ou técnicas a seguir são rotulados pela doutrina também de “postulados normativos”, “princípios de segundo grau” ou “princípios instrumentais” (para diferenciar da norma-princípio). Apesar das interessantes discussões teóricas, escapam ao propósito deste trabalho.<sup>252</sup>

Segundo o método da unidade da constituição, inexistente hierarquia entre as normas constitucionais, fazendo com que o intérprete busque soluções que preservem a coerência do sistema constitucional, de modo a evitar contradições, apesar da tensão inerente. Mesmo que defensável a tese da hierarquia valorativa de determinados bens jurídicos, as normas constitucionais, abstratamente e na estrita dimensão normativa, desfrutam de idêntico peso e validade.<sup>253</sup>

A técnica da concordância prática dialoga com a da unidade. Admitido o igual valor normativo, nas hipóteses de conflito os bens constitucionais devem,

---

<sup>251</sup> BARROSO, Luís Roberto. **Interpretação e aplicação da Constituição** : fundamentos de uma dogmática constitucional transformadora. 6ª edição. São Paulo : Saraiva, 2004. Pág. 107. CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito constitucional e teoria da constituição**. 7ª edição. Coimbra : Edições Almedina, 2003. Pág. 1182.

<sup>252</sup> KHAMIS, Renato Braz Mehanna. **Da proporcionalidade à razoabilidade**: entre a técnica e a norma jurídica. Tese (Doutorado em Direito do Estado – Direito Constitucional). PUC-SP. 2013. Pág. 90-123. CUNHA JÚNIOR, Dirley da. **Curso de direito constitucional**. 5ª edição. Bahia : Editora Juspodivm, 2011. Pág. 220-221.

<sup>253</sup> CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito constitucional e teoria da constituição**. 7ª edição. Coimbra : Edições Almedina, 2003. Pág. 1184, 1223, BARROSO, Luís Roberto. **Interpretação e aplicação da Constituição** : fundamentos de uma dogmática constitucional transformadora. 6ª edição. São Paulo : Saraiva, 2004. Pág. 338. PEREIRA, Jane Reis Gonçalves. **Interpretação constitucional e direitos fundamentais**. 2ª edição. São Paulo : Saraiva, 2018. Pág. 290, 295.

preferencialmente, ser harmonizados pelo intérprete para evitar o sacrifício total de um em relação ao outro.<sup>254</sup>

O método interpretativo da força normativa, inspirado nos ensinamentos do jurista Konrad Hesse, consiste em privilegiar as soluções que contribuam à eficácia normativa, recusando alternativas contrárias à vontade constitucional. Por sua vez, a máxima efetividade é trabalhada como especificação do princípio da força normativa na esfera dos direitos fundamentais, para concretizá-los na maior medida possível diante da posição privilegiada na ordem constitucional.<sup>255</sup>

Por último, através da técnica da proporcionalidade, que mantém íntima conexão com a teoria dos princípios, o intérprete afere a relação de meio e fim de determinada medida. Servindo para solucionar a colisão entre princípios, as possibilidades fáticas de realização da norma são indagadas nas subetapas da adequação e necessidade, enquanto as possibilidades jurídicas na derradeira avaliação da proporcionalidade em sentido estrito.<sup>256</sup>

Na adequação investiga-se se o meio fomenta o fim perseguido, que deve desfrutar de legitimidade constitucional. Superada a etapa anterior, afere-se a necessidade, isto é, deve-se selecionar a medida menos lesiva ou onerosa entre aquelas igualmente aptas. Por último, pela proporcionalidade em sentido estrito analisa-se se o fim perseguido, com a consequente restrição de um princípio, é justificável pelo grau de satisfação daquele promovido. É nessa última fase que ocorre o raciocínio ponderativo, com o sopesamento dos direitos conflitantes.<sup>257</sup>

---

<sup>254</sup> CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito constitucional e teoria da constituição**. 7ª edição. Coimbra : Edições Almedina, 2003. Pág. 1225.

<sup>255</sup> HESSE, Konrad. Trad. Gilmar Ferreira Mendes. **A força normativa da constituição**. Porto Alegre : Sérgio Antonio Fabris Editor, 1991. Pág. 15-16. CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito constitucional e teoria da constituição**. 7ª edição. Coimbra : Edições Almedina, 2003. Pág.1224, 1226, BARROSO, Luís Roberto. **Interpretação e aplicação da Constituição** : fundamentos de uma dogmática constitucional transformadora. 6ª edição. São Paulo : Saraiva, 2004. Pág. 341. CUNHA JÚNIOR, Dirley da. **Curso de direito constitucional**. 5ª edição. Bahia : Editora Juspodivm, 2011. Pág. 224.

<sup>256</sup> ALEXY, Robert. Trad. Virgílio Afonso da Silva. **Teoria dos direitos fundamentais**. 2ª edição. Malheiros Editores, 2017. Pág. 116-118. PEREIRA, Jane Reis Gonçalves. **Interpretação constitucional e direitos fundamentais**. 2ª edição. São Paulo : Saraiva, 2018. Pág. 359, 361., KHAMIS, Renato Braz Mehanna. **Da proporcionalidade à razoabilidade**: entre a técnica e a norma jurídica. Tese (Doutorado em Direito do Estado – Direito Constitucional). PUC-SP. 2013. Pág. 141.

<sup>257</sup> SILVA, Virgílio Afonso da. **Direitos fundamentais**: conteúdo essencial, restrições e eficácia. 2ª edição. Malheiros Editores, 2011. Pág. 170, 171, 175. PEREIRA, Jane Reis Gonçalves.

A apuração da proporcionalidade em sentido estrito observa o seguinte encadeamento. Primeiro, avalia-se a intensidade da restrição visada. Segundo, a importância de realização do princípio antagônico. Terceiro, após o confronto entre os custos e benefícios, conclui-se se o objetivo perseguido e a restrição imposta são justificáveis normativamente.<sup>258</sup>

### 3.7. Da restringibilidade

A restrição dos direitos constitucionais pode observar uma das seguintes modalidades: (a) instituição direta pela constituição; (b) autorização expressa pela constituição; (c) autorização implícita pela constituição.<sup>259</sup>

Nas restrições constitucionais diretas é a própria constituição que delimita explicitamente o conteúdo jurídico garantido pela norma. O típico exemplo é o direito de reunião previsto no art. 5º, inciso XVI, que é condicionado às hipóteses de fins pacíficos e sem armas.

Nas restrições expressamente autorizadas a constituição não restringe as normas constitucionais, porém faculta a possibilidade de restrição pelos órgãos legitimados. A competência delegada ao legislador para restringir os direitos constitucionais é rotulada de reserva legal, que pode ser simples ou qualificada. Na simples a constituição confere ampla margem ao legislador, sem fixar balizas objetivas, ou seja, com expressões genéricas como “na forma da lei”, a exemplo da liberdade de locomoção prevista no art. 5º, inciso XVIII. Já na qualificada a constituição determina o objeto, a finalidade ou o âmbito temático da lei, como na restrição da publicidade dos atos processuais, disposta no art. 5º, inciso LX, desde que justificada pela defesa da intimidade ou interesse social.

---

**Interpretação constitucional e direitos fundamentais.** 2ª edição. São Paulo : Saraiva, 2018. Pág. 364, 374, 381. ALEXY, Robert. Trad. Virgílio Afonso da Silva. **Teoria dos direitos fundamentais.** 2ª edição. Malheiros Editores, 2017. Pág. 281.

<sup>258</sup> PEREIRA, Jane Reis Gonçalves. **Interpretação constitucional e direitos fundamentais.** 2ª edição. São Paulo : Saraiva, 2018. Pág. 382. SILVA, Virgílio Afonso da. **Direitos fundamentais: conteúdo essencial, restrições e eficácia.** 2ª edição. Malheiros Editores, 2011. Pág. 175.

<sup>259</sup> CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito constitucional e teoria da constituição.** 7ª edição. Coimbra : Edições Almedina, 2003. Pág. 450-451. PEREIRA, Jane Reis Gonçalves. **Interpretação constitucional e direitos fundamentais.** 2ª edição. São Paulo : Saraiva, 2018. Pág. 250-256.

Por fim, nas restrições implicitamente autorizadas não há um enunciado explícito determinando ou facultando a medida, mas por decorrência lógica da unidade da constituição ou da indeterminação normativa é admitida. Isso ocorre nos casos de conflito entre direitos fundamentais e indeterminação de conceitos ou institutos jurídicos.

Tudo isso corrobora que, nas hipóteses em que o constituinte delegou ao legislador, expressa (b) ou implicitamente (c), a tarefa de restringir bens jurídicos em exercício ponderativo, a norma constitucional que embasa a norma legal é principiológica.<sup>260</sup> Isso explica a maior liberdade de conformação do conteúdo da norma infraconstitucional pelo legislador ordinário, sendo inconcebível tolhê-la sem expressa e objetiva previsão constitucional (a).<sup>261</sup>

### **3.8. Princípios constitucionais restritivos à gratuidade (e à universalidade)**

Uma das modalidades de restrição de direitos constitucionais decorre da colisão de bens jurídicos, sendo analisados no presente tópico alguns princípios com potencial repercussão sobre o âmbito de incidência da gratuidade (e da universalidade).

#### **3.8.1. Princípio da eficiência**

A concepção de eficiência advém originalmente das ciências econômicas e administrativas, traduzindo o estado ideal de máximo aproveitamento e mínimo

---

<sup>260</sup> ALEXY, Robert. Trad. Virgílio Afonso da Silva. **Teoria dos direitos fundamentais**. 2ª edição. Malheiros Editores, 2017. Pág. 277, 280-282.

<sup>261</sup> NOVAIS, Jorge Reis. **Princípios estruturantes de estado de direito**. Coimbra : Almedina, 2019. Pág. 13-14. BARCELLOS, Ana Paula de. **A eficácia jurídica dos princípios constitucionais: O princípio da dignidade da pessoa humana**. 3ª edição. Rio de Janeiro: Renovar, 2011. Pág. 119. BATISTA JÚNIOR, Onofre Alves. **Princípio constitucional da eficiência administrativa**. 2ª edição. Belo Horizonte : Fórum, 2012. Pág. 257-258. NOVAIS, Jorge Reis. Constituição e serviço nacional de saúde. **Direitos Fundamentais e Justiça**. Núm. 11, abr./jun., 2010. Pág. 91.

desperdício de recursos para atingir uma determinada finalidade.<sup>262</sup> A eficiência é subdividida em custos, produtividade e alocação de recursos, o que envolve, respectivamente, a relação de custo-benefício, a compatibilidade dos resultados com os recursos utilizados e as prioridades das necessidades.<sup>263</sup> Sendo assim, compreende uma série de enfoques que se relacionam com os distintos meios, fins, custos e benefícios no emprego dos recursos escassos.

Já a eficiência como norma jurídica surgiu no contexto de consagração do direito/dever fundamental à boa administração. Isso porque um governo deve ser responsável, sustentável, imparcial, justo, transparente, probo, democrático, racional e eficiente, uma vez que o agente público não é detentor do patrimônio na *res publica*.<sup>264</sup>

O movimento da reforma administrativa levou à positivação do princípio da eficiência na Carta Magna (art. 37, *caput*) para promover um modelo mais racional, pragmático e sofisticado de administração pública. O referido princípio, portanto, não é mero recurso retórico ou imperativo ético, haja vista o *status* de dever jurídico alcançado constitucionalmente.<sup>265</sup>

A eficiência pública, prevista no texto constitucional, não se confunde com a eficiência privada. Nesta vigora a maximização dos lucros, cujos referenciais

---

<sup>262</sup> RODRIGUES, Eduardo Azeredo. **O princípio da eficiência à luz da teoria dos princípios**. Rio de Janeiro : Editora Lumen Juris, 2012. Pág. 4.

<sup>263</sup> SILVA, Suzana Tavares da. **O princípio (fundamental) da eficiência**. IIIº Encontro de Professores de Direito Público. Porto. 30 de jan., 2009. Pág. 4. RODRIGUES, Eduardo Azeredo. **O princípio da eficiência à luz da teoria dos princípios**. Rio de Janeiro : Editora Lumen Juris, 2012. Pág. 26-28.

<sup>264</sup> FREITAS, Juarez. **Direito fundamental à boa administração**. 3ª edição. Malheiros Editores, 2014. Pág. 21-22. MUNOZ, Jaime Rodríguez-Arana. Trad. Daniel Wunder Hachem. **Direito fundamental à boa administração pública**. Belo Horizonte : Editora Fórum, 2012. Pág. 169-172. BATISTA JÚNIOR, Onofre Alves. **Princípio constitucional da eficiência administrativa**. 2ª edição. Belo Horizonte : Fórum, 2012. Pág. 83, 107-108. SILVA, Suzana Tavares da. **O princípio (fundamental) da eficiência**. IIIº Encontro de Professores de Direito Público. Porto. 30 de jan., 2009. Pág. 10. ÁVILA, Humberto. Moralidade, razoabilidade e eficiência na atividade administrativa. **Revista Eletrônica de Direito**. Núm. 4, out., nov., dez., 2005. Pág. 21. RODRIGUES, Eduardo Azeredo. **O princípio da eficiência à luz da teoria dos princípios**. Rio de Janeiro : Editora Lumen Juris, 2012. Pág. 116.

<sup>265</sup> BATISTA JÚNIOR, Onofre Alves. **Princípio constitucional da eficiência administrativa**. 2ª edição. Belo Horizonte : Fórum, 2012. Pág. 77, 90, 118-119, 121-122. LUSTOSA, Helton Kramer. **Eficiência administrativa e ativismo judicial: escolhas orçamentárias, políticas públicas e o mínimo existencial social**. Curitiba : Íthala, 2015. Pág. 204. RODRIGUES, Eduardo Azeredo. **O princípio da eficiência à luz da teoria dos princípios**. Rio de Janeiro : Editora Lumen Juris, 2012. Pág. 14.

de eficiência são facilmente mensurados.<sup>266</sup> Diversamente, naquela a eficiência é multifacetada porque precisa satisfazer os variados interesses contemplados constitucionalmente, inclusive os conflitantes, pois deve servir a uma finalidade pública. Aliás, o erro fulcral de muitos doutrinadores é reduzir a eficiência pública aos aspectos simplistas da eficiência privada, com afirmações ilógicas de que a eficiência normativa é incompatível com a promoção do bem-estar.<sup>267</sup>

Na ciência econômica são distintos os conceitos de eficácia e eficiência. A eficácia persegue a realização ótima de fins, ou seja, a eleição dos objetivos certos.<sup>268</sup> Dentro da eficácia é trabalhada a universalidade dos resultados, sendo compreendida também como a maximização dos beneficiários, de modo a não recomendar idêntico tratamento a todos em qualquer situação.<sup>269</sup>

A outro giro, a eficiência consiste na coordenação dos meios para atingir determinado fim, deslocando o foco à execução, isto é, a forma de realizar as coisas para atingir os resultados traçados. A eficiência implica a otimização dos recursos para potencializar/maximizar os fins eleitos.<sup>270</sup>

A eficiência reúne a produtividade, economicidade, qualidade, rapidez, continuidade, desburocratização etc. Não convém adentrar nos detalhes de cada um desses elementos, mas alguns pontos merecem nota. A produtividade está presente no rendimento otimizado, caracterizada pela minimização de recursos

---

<sup>266</sup> BATISTA JÚNIOR, Onofre Alves. **Princípio constitucional da eficiência administrativa**. 2ª edição. Belo Horizonte : Fórum, 2012. Pág. 163-165, 167, 169. LUSTOSA, Helton Kramer. **Eficiência administrativa e ativismo judicial: escolhas orçamentárias, políticas públicas e o mínimo existencial social**. Curitiba : Íthala, 2015. Pág. 206.

<sup>267</sup> BATISTA JÚNIOR, Onofre Alves. **Princípio constitucional da eficiência administrativa**. 2ª edição. Belo Horizonte : Fórum, 2012. Pág. 193.

<sup>268</sup> Por vezes é preferível optar por fins razoáveis e factíveis a fins excelentes, porém inviáveis economicamente. BATISTA JÚNIOR, Onofre Alves. **Princípio constitucional da eficiência administrativa**. 2ª edição. Belo Horizonte : Fórum, 2012. Pág. 176-179. ÁVILA, Humberto. Moralidade, razoabilidade e eficiência na atividade administrativa. **Revista Eletrônica de Direito**. Núm. 4, out., nov., dez., 2005. Pág. 19-20. RODRIGUES, Eduardo Azeredo. **O princípio da eficiência à luz da teoria dos princípios**. Rio de Janeiro : Editora Lumen Juris, 2012. Pág. 24.

<sup>269</sup> BATISTA JÚNIOR, Onofre Alves. **Princípio constitucional da eficiência administrativa**. 2ª edição. Belo Horizonte : Fórum, 2012. Pág. 181. RODRIGUES, Eduardo Azeredo. **O princípio da eficiência à luz da teoria dos princípios**. Rio de Janeiro : Editora Lumen Juris, 2012. Pág. 91.

<sup>270</sup> BATISTA JÚNIOR, Onofre Alves. **Princípio constitucional da eficiência administrativa**. 2ª edição. Belo Horizonte : Fórum, 2012. Pág. 182-183. RODRIGUES, Eduardo Azeredo. **O princípio da eficiência à luz da teoria dos princípios**. Rio de Janeiro : Editora Lumen Juris, 2012. Pág. 23, 91. ÁVILA, Humberto. Moralidade, razoabilidade e eficiência na atividade administrativa. **Revista Eletrônica de Direito**. Núm. 4, out., nov., dez., 2005. Pág. 19-20.

gastos (*inputs*) e com a maximização dos resultados (*outputs*), admitindo com isso a transferência dos recursos poupados para outras atividades e serviços.<sup>271</sup>

Por sua vez, a economicidade tem relação estritamente com os meios, no emprego ótimo dos recursos disponíveis. Consiste na minimização do dispêndio financeiro ou na valorização do gasto, também sendo traduzida pelas máximas de “combate ao desperdício” e “diminuição das despesas”. Não obstante, a economicidade não se confunde com o mero barateamento.<sup>272</sup>

A qualidade é a aferição do resultado sob a ótica do grau de satisfação do destinatário, exigindo constantes aprimoramentos.<sup>273</sup> A rapidez é relevante para situações em que o tempo constitui fator determinante (relação de tempo, custo e benefício).<sup>274</sup> A continuidade obsta interrupções ou retrocessos imotivados.<sup>275</sup> A desburocratização almeja a simplificação, com o abandono de atividades ou procedimentos contraproducentes.<sup>276</sup>

A noção básica desses elementos, retirados das ciências econômicas, contribui à configuração da eficiência normativa (reunindo eficácia e eficiência), embora de operacionalização mais complexa. A eficiência jurídica pode resultar

---

<sup>271</sup> BATISTA JÚNIOR, Onofre Alves. **Princípio constitucional da eficiência administrativa**. 2ª edição. Belo Horizonte : Fórum, 2012. Pág. 183-185. RODRIGUES, Eduardo Azeredo. **O princípio da eficiência à luz da teoria dos princípios**. Rio de Janeiro : Editora Lumen Juris, 2012. Pág. 92.

<sup>272</sup> BATISTA JÚNIOR, Onofre Alves. **Princípio constitucional da eficiência administrativa**. 2ª edição. Belo Horizonte : Fórum, 2012. Pág. 186, 188-193. ÁVILA, Humberto. Moralidade, razoabilidade e eficiência na atividade administrativa. **Revista Eletrônica de Direito**. Núm. 4, out., nov., dez., 2005. Pág. 21. RODRIGUES, Eduardo Azeredo. **O princípio da eficiência à luz da teoria dos princípios**. Rio de Janeiro : Editora Lumen Juris, 2012. Pág. 93.

<sup>273</sup> BATISTA JÚNIOR, Onofre Alves. **Princípio constitucional da eficiência administrativa**. 2ª edição. Belo Horizonte : Fórum, 2012. Pág. 193. RODRIGUES, Eduardo Azeredo. **O princípio da eficiência à luz da teoria dos princípios**. Rio de Janeiro : Editora Lumen Juris, 2012. Pág. 96. SILVA, Suzana Tavares da. **O princípio (fundamental) da eficiência**. IIIº Encontro de Professores de Direito Público. Porto. 30 de jan., 2009. Pág. 29. LUSTOSA, Helton Kramer. **Eficiência administrativa e ativismo judicial: escolhas orçamentárias, políticas públicas e o mínimo existencial social**. Curitiba : Íthala, 2015. Pág. 223.

<sup>274</sup> BATISTA JÚNIOR, Onofre Alves. **Princípio constitucional da eficiência administrativa**. 2ª edição. Belo Horizonte : Fórum, 2012. Pág. 196-197. RODRIGUES, Eduardo Azeredo. **O princípio da eficiência à luz da teoria dos princípios**. Rio de Janeiro : Editora Lumen Juris, 2012. Pág. 97.

<sup>275</sup> BATISTA JÚNIOR, Onofre Alves. **Princípio constitucional da eficiência administrativa**. 2ª edição. Belo Horizonte : Fórum, 2012. Pág. 198.

<sup>276</sup> BATISTA JÚNIOR, Onofre Alves. **Princípio constitucional da eficiência administrativa**. 2ª edição. Belo Horizonte : Fórum, 2012. Pág. 200-201. RODRIGUES, Eduardo Azeredo. **O princípio da eficiência à luz da teoria dos princípios**. Rio de Janeiro : Editora Lumen Juris, 2012. Pág. 19.

em regra<sup>277</sup>, técnica interpretativa (ponderação econômica)<sup>278</sup> ou princípio, este sendo o mais relevante para fins da exposição.

O princípio da eficiência é submetido à ponderação com outros princípios em jogo, reproduzindo o mandamento constitucional de racionalidade econômica para garantir custo-benefício, produtividade e alocação ótima de recursos. Logo, a ponderação não deve ser aferida tão somente pela intensidade da restrição do direito imediatamente contraposto, mas também confrontada com a articulação dos recursos escassos quando incidente na espécie o princípio da eficiência.<sup>279</sup>

Um dos desafios consiste em compatibilizar o princípio da eficiência com outros princípios colidentes, que condicionam o seu raio de ação.<sup>280</sup> No entanto, com base nos elementos sucintamente mencionados, o intérprete pode delinear uma noção básica para auxiliar na parametrização e concretização do princípio. O principal é não perder de vista que a Constituição Federal não se contenta com resultados mínimos ou medíocres.<sup>281</sup>

Nessa esteira, pertinente frisar que o princípio da eficiência está a serviço da persecução do bem comum, perfazendo uma relação otimizada com outros

---

<sup>277</sup> RODRIGUES, Eduardo Azeredo. **O princípio da eficiência à luz da teoria dos princípios**. Rio de Janeiro : Editora Lumen Juris, 2012. Pág. 163.

<sup>278</sup> SILVA, Suzana Tavares da. **O princípio (fundamental) da eficiência**. IIIº Encontro de Professores de Direito Público. Porto. 30 de jan., 2009. Pág. 4. RODRIGUES, Eduardo Azeredo. **O princípio da eficiência à luz da teoria dos princípios**. Rio de Janeiro : Editora Lumen Juris, 2012. Pág. 73, 76, 79-82. ÁVILA, Humberto. Moralidade, razoabilidade e eficiência na atividade administrativa. **Revista Eletrônica de Direito**. Núm. 4, out., nov., dez., 2005. Pág. 22. LUSTOSA, Helton Kramer. **Eficiência administrativa e ativismo judicial: escolhas orçamentárias, políticas públicas e o mínimo existencial social**. Curitiba : Íthala, 2015. Pág. 245.

<sup>279</sup> BATISTA JÚNIOR, Onofre Alves. **Princípio constitucional da eficiência administrativa**. 2ª edição. Belo Horizonte : Fórum, 2012. Pág. 83, 178. FREITAS, Juarez. **Direito fundamental à boa administração**. 3ª edição. Malheiros Editores, 2014. Pág. 92. ÁVILA, Humberto. Moralidade, razoabilidade e eficiência na atividade administrativa. **Revista Eletrônica de Direito**. Núm. 4, out., nov., dez., 2005. Pág. 21. LUSTOSA, Helton Kramer. **Eficiência administrativa e ativismo judicial: escolhas orçamentárias, políticas públicas e o mínimo existencial social**. Curitiba : Íthala, 2015. Pág. 206.

<sup>280</sup> VIANA, Emilio de Medeiros. **Políticas públicas e controle judicial: ponderação econômica como critério de decisão, para uma atuação judicial social e economicamente responsável**. Tese (Mestrado em Direito Constitucional). Universidade Federal do Paraná. 2010. Pág. 74, 79. SILVA, Suzana Tavares da. **O princípio (fundamental) da eficiência**. IIIº Encontro de Professores de Direito Público. Porto. 30 de jan., 2009. Pág. 20. ÁVILA, Humberto. Moralidade, razoabilidade e eficiência na atividade administrativa. **Revista Eletrônica de Direito**. Núm. 4, out., nov., dez., 2005. Pág. 20, 22. BATISTA JÚNIOR, Onofre Alves. **Princípio constitucional da eficiência administrativa**. 2ª edição. Belo Horizonte : Fórum, 2012. Pág. 227, 268, 271, 337-338.

<sup>281</sup> RODRIGUES, Eduardo Azeredo. **O princípio da eficiência à luz da teoria dos princípios**. Rio de Janeiro : Editora Lumen Juris, 2012. Pág. 85. BATISTA JÚNIOR, Onofre Alves. **Princípio constitucional da eficiência administrativa**. 2ª edição. Belo Horizonte : Fórum, 2012. Pág. 87-88, 174.

bens jurídicos consagrados constitucionalmente. Portanto, a eficiência normativa não se confunde com os aspectos estritamente econômicos.

Qual a implicação disso ao Estado de bem-estar social brasileiro e para elaboração das políticas públicas? Significa que a eficiência normativa busca promover a justiça econômica, garantindo equitativa distribuição dos recursos.<sup>282</sup> Assim, a eficiência não é antagônica à igualdade, na maior parte das vezes, ou ao bem-estar social, mas um elemento verdadeiramente agregador. Isso porque a alocação racional evita os desperdícios e rentabiliza os recursos, contribuindo para distribuições mais justas.<sup>283</sup>

Desse modo, em conclusão, a crítica desfavorável à eficiência jurídica, como se atuasse em oposição ao bem-estar social, pode ser creditada a desvios conceituais. Em última análise, é paradoxal defender o *welfare state* e contrapor-se à incidência de técnicas reconhecidamente eficientes ao setor público.

### 3.8.2. Princípio da isonomia

Vale começar distinguindo a acessibilidade, universalidade e gratuidade porque estes três elementos estão interconectados com o princípio da isonomia.

Consoante o art. 12 da Observação Geral nº 14 da ONU de 2000, os bens, serviços e locais de saúde devem ser acessíveis a todos, pois envolve um direito imprescindível à humanidade. Nesse documento a acessibilidade é dividida em quatro dimensões: não discriminatória, econômica, física e informacional. Para fins do trabalho interessam somente a primeira e segunda.

---

<sup>282</sup> FREITAS, Juarez. **Direito fundamental à boa administração**. 3ª edição. Malheiros Editores, 2014. Pág. 92. ÁVILA, Humberto. Moralidade, razoabilidade e eficiência na atividade administrativa. **Revista Eletrônica de Direito**. Núm. 4, out., nov., dez., 2005. Pág. 21. LUSTOSA, Helton Kramer. **Eficiência administrativa e ativismo judicial**: escolhas orçamentárias, políticas públicas e o mínimo existencial social. Curitiba : Íthala, 2015. Pág. 204, 245. BATISTA JÚNIOR, Onofre Alves. **Princípio constitucional da eficiência administrativa**. 2ª edição. Belo Horizonte : Fórum, 2012. Pág. 104. VIANA, Emilio de Medeiros. **Políticas públicas e controle judicial**: ponderação econômica como critério de decisão, para uma atuação judicial social e economicamente responsável. Tese (Mestrado em Direito Constitucional). Universidade Federal do Paraná. 2010. Pág. 74, 79.

<sup>283</sup> RODRIGUES, Eduardo Azeredo. **O princípio da eficiência à luz da teoria dos princípios**. Rio de Janeiro : Editora Lumen Juris, 2012. Pág. 32, 117-118. DANIELS, Norman. **Just health: meeting health needs fairly**. New York: Cambridge University Press, 2012. Pág. 246, 248.

A acessibilidade não discriminatória combate o tratamento marginalizado aos mais vulneráveis. Por sua vez, a acessibilidade econômica (*affordability*) diz respeito ao preço acessível, isto é, os gastos privados com serviços de saúde precisam ser equitativos para não impedir o acesso e nem desproporcionalmente onerar os grupos vulneráveis. Logo, reunindo essas duas dimensões, é possível afirmar que a acessibilidade consiste num direito de todo indivíduo de receber cuidados de saúde, sem estigmas e barreiras injustificadas, inclusive de ordem econômica.<sup>284</sup>

A universalidade relacionada ao sistema universal de saúde versa sobre a eliminação ou atenuação dos requisitos de acesso, facilitando a obtenção dos cuidados. Em outras palavras, corresponde à disponibilização generalizada dos serviços de saúde como direito inafastável de todo cidadão que necessita de cuidados.

Sucedo que a universalidade, por si só, não garante a real acessibilidade. Daí a importância da gratuidade, sendo o mecanismo encontrado para remover as barreiras econômicas de acesso. Sendo assim, por mais relevante que seja, a gratuidade não é um fim em si, mas um instrumento da universalidade.

Portanto, a consagração da universalidade com a gratuidade foi a forma de concretizar a real acessibilidade aos serviços de saúde no sistema universal.

A celeuma jurídica abordada no início deste capítulo, no entanto, deriva predominantemente da confusão conceitual entre universalidade e gratuidade. Para afastar qualquer dúvida a respeito, de fato, por um lado, é inconcebível um sistema universal de saúde sem serviços gratuitos, afinal, o elemento do preço é a principal barreira de acesso. Por outro lado, a disponibilização de um serviço para toda população não impede que eventual ou excepcionalmente, desde que devidamente justificado, sejam exigidos condicionantes para acessar o sistema universal de saúde, a exemplo do copagamento.

---

<sup>284</sup> ROSA, Paulo Jorge Ferreira. **A tributação da saúde em Portugal**. Tese (Mestrado em Ciências Jurídico-Políticas. Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2014. Pág. 23. DANIELS, Norman. **Just health: meeting health needs fairly**. New York: Cambridge University Press, 2012. Pág. 143.

Como o eixo comum sobre o qual gravitam acessibilidade, universalidade e gratuidade é a isonomia, merece análise sob a ótica jurídica.<sup>285</sup>

Antes, no entanto, a igualdade é um valor supremo, que, de acordo com a maioria das correntes filosóficas, orienta a boa vida em comunidade. É fundada numa relação que pressupõe sujeito e objeto, ou seja, a “igualdade entre quem” e “igualdade em quê”.<sup>286</sup> Assim, a igualdade desdobra-se em: (a) igualdade entre todos em tudo; (b) igualdade entre todos em algo; (c) igualdade entre alguns em tudo; (d) igualdade entre alguns em algo.

As vertentes filosóficas mais igualitárias – portanto idealistas – inclinam-se à igualdade “entre todos em tudo”, com respaldo no critério da necessidade (em detrimento do mérito, capacidade, trabalho etc.). De fato, é inegável o apelo dessa orientação diante da essencialidade da saúde ao ser humano, entretanto, prevalece o entendimento de que são justas as desigualdades envolvendo esse bem tutelado, desde que não sejam evitáveis ou injustificadas.<sup>287</sup>

O princípio da isonomia, contido em diversos dispositivos da Constituição Federal (normalmente são invocados os art. 3º, incisos I, III e IV, e art. 5º, *caput*), traduz o imperativo de tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais, na medida da desigualdade.<sup>288</sup> Nessa linha, parcela da doutrina sustenta que o princípio da isonomia se decompõe em duas partes. Uma envolve a igualdade formal, dever de igual tratamento ou proibição de diferenciação e a outra trata da igualdade substancial, dever de diferenciação ou obrigação de compensação.<sup>289</sup>

---

<sup>285</sup> WERNER, Patrícia Ulson Pizarro. O Direito Social e o Direito Público Subjetivo à Saúde – O Desafio de compreender um direito com Duas Faces. **Revista de Direito Sanitário**. Vol. 2, núm. 9, jul./out. de 2008. Pág. 100.

<sup>286</sup> BOBBIO, Norberto. Trad. Carlos Nelson Coutinho. **Liberdade e igualdade**. Rio de Janeiro : Ediouro, 1997. Pág. 8, 12, 36.

<sup>287</sup> DANIELS, Norman. **Just health: meeting health needs fairly**. New York: Cambridge University Press, 2012. Pág. 21, 23, 27. GIMENO, Juan A.; RUBIO, Santiago; TAMAYO, Pedro. **Economía de la salud: fundamentos**. Editora Díaz de Santos. Livro eletrônico (Kindle). Madri: Díaz de Santos, 2012. Pág. 117.

<sup>288</sup> ARISTÓTELES. Trad. NASSETTI, Virgílio. **Ética a Nicômaco**. São Paulo : Martin Claret, 2004. Pág. 109

<sup>289</sup> GUEDES, Jefferson Carús. **Igualdade e desigualdade** : introdução conceitual, normativa e histórica dos princípios. São Paulo : Editora Revista dos Tribunais, 2014. Pág. 205. ALEXY, Robert. Trad. Virgílio Afonso da Silva. **Teoria dos direitos fundamentais**. 2ª edição. Malheiros Editores, 2017. Pág. 395. LEAL, Rogério Gesta. **Impactos econômicos e sociais das decisões judiciais** : aspectos introdutórios. Brasília : ENFAM, 2010. Pág. 259.

A igualdade formal pode ser compreendida como o dever de promover um igual tratamento, seja no tocante a uma situação ou a um resultado pretendido, para pessoas com idênticas características. Se todos são iguais perante o direito, o direito deve ser igual para todos, funcionando então esta igualdade como um postulado de universalização do ponto de partida.<sup>290</sup> Por isso prevalece o dogma que a igualdade de tratamento é a regra do ordenamento jurídico, exigindo um maior ônus argumentativo para ser afastada.<sup>291</sup>

Já a igualdade substancial aponta ao dever de diferenciação, haja vista a insuficiência em concreto da igualdade formal para atingir determinada situação, sendo a universalização a meta a ser atingida. Ante a sua excepcionalidade, a diferenciação para ser legítima deve ser justificada, isto é, fundada num critério razoável que sobressaia objetivamente o motivo ao tratamento distinto.<sup>292</sup>

Sendo assim, é perfeitamente possível juridicamente conferir tratamento diferenciado entre indivíduos ou grupos sem afrontar a isonomia. Em verdade, é uma das formas de concretização do mencionado princípio, desde que presente motivo legítimo à distinção, também denominado de fator de *discrímén*. A medida deve ser apta a promover uma finalidade isonômica consentânea com a ordem jurídica vigente, sob pena de faltar correlação lógica ao tratamento *díspar*.<sup>293</sup>

Aliás, por isso que a focalização consiste numa estratégia legítima para formulação de políticas públicas na área da saúde.<sup>294</sup> Todavia, quando houver eventual risco de prejuízo a grupos vulneráveis, o tratamento diferenciado exige maior prudência. É razoável que nesses casos o poder público tenha que superar maior ônus argumentativo, provando a falta de desvantagens ou que, apesar de

---

<sup>290</sup> CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito constitucional e teoria da constituição**. 7ª edição. Coimbra : Edições Almedina, 2003. Pág. 427. BOBBIO, Norberto. Trad. Carlos Nelson Coutinho. **Liberdade e igualdade**. Rio de Janeiro : Ediouro, 1997. Pág. 19-20.

<sup>291</sup> ALEXY, Robert. Trad. Virgílio Afonso da Silva. **Teoria dos direitos fundamentais**. 2ª edição. Malheiros Editores, 2017. Pág. 426.

<sup>292</sup> ALEXY, Robert. Trad. Virgílio Afonso da Silva. **Teoria dos direitos fundamentais**. 2ª edição. Malheiros Editores, 2017. Pág. 407-408. FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Direito fundamental à saúde** : parâmetros para sua eficácia e efetividade. Porto Alegre : Livraria do Advogado Editora, 2007. Pág. 168.

<sup>293</sup> MELLO, Celso Bandeira de. **O conteúdo jurídico do princípio da isonomia**. 3ª edição. São Paulo : Editora Malheiros, 2010. Pág. 21-22. CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito constitucional e teoria da constituição**. 7ª edição. Coimbra : Edições Almedina, 2003. Pág. 428.

<sup>294</sup> DANIELS, Norman. **Just health: meeting health needs fairly**. New York: Cambridge University Press, 2012. Pág. 87.

existirem, elas são justificadas, excepcionalmente, pela promoção de outros bens capitais protegidos pelo ordenamento jurídico na situação específica.<sup>295</sup>

Com essa exposição basilar sobre o princípio, convém enfrentar a objeção de que o copagamento viola a isonomia porque impede o igual acesso e o igual tratamento. Para facilitar a compreensão, ajuda pensar de forma escalonada acesso, copagamento e tratamento.

Na primeira etapa assegura-se a todos os indivíduos, sem distinção, o direito de acessar o sistema universal. Na segunda etapa, averigua-se se os serviços ofertados são gratuitos, com o automático ingresso na última fase caso positivo, ou submetidos ao copagamento ou ao preenchimento dos requisitos de isenção. Na terceira etapa, superado o eventual custo, devem-se prestar iguais serviços, sem possibilidade de diferenciação entre os destinatários dos cuidados de saúde.

Não há afronta ao princípio da isonomia porque a primeira e terceira fases respeitam a igualdade formal, conferindo igual tratamento entre os usuários. Já a segunda, na eventualidade do copago, deve promover a igualdade substancial a partir de uma diferenciação válida, pressupondo então que o critério eleito seja razoável e legítimo juridicamente. Mas não só, sendo imprescindível a incidência de isenções para resguardar a acessibilidade pelos grupos vulneráveis (famílias de baixa renda, doentes crônicos, idosos etc.) conforme cada situação.

Outra objeção, que fora antecipada, é a regressividade do copagamento, que merece respostas, ainda que sucintas, levando em perspectiva a realidade brasileira. A um, a regressividade está presente em qualquer sistema de saúde, mesmo no universal, embora comparativamente inferior, pois foi concebido para atender aos interesses da classe média numa sociedade com níveis aceitáveis de desigualdade, o que contrasta com a sociedade brasileira.<sup>296</sup> A dois, a própria gratuidade é regressiva por desconsiderar a equidade no financiamento, porém

---

<sup>295</sup> DWORKIN, Ronald. Trad. Jussara Simoes. **A virtude soberana** : a teoria e a prática da igualdade. São Paulo : Editora WMF Martins Fontes, 2011. Pág. 584, 588. DANIELS, Norman. **Just health**: meeting health needs fairly. New York: Cambridge University Press, 2012. Pág. 63.

<sup>296</sup> SILVA, Suzana Tavares da. **Direitos Fundamentais na Arena Global**. 2ª edição. Universidade de Coimbra, 2014. Pág.186. LE GRAND, Julian. **The strategy of equality**: redistribution and the Social Services. Livro eletrônico (Kindle). Londres: Routledge,1982. Pág. 132.

o copagamento pode servir como parcial corretivo por meio das isenções aos grupos mais vulneráveis economicamente.<sup>297</sup> A três, no Brasil predomina a cobertura duplicada, com o seguro privado oferecendo os mesmos serviços do sistema público, ou seja, favorecendo uma parcela minoritária que pode usufruir de ambas as redes – o financiamento privado sobrepuja o público, mas com uma clientela bastante reduzida, pois menos de 30% da população conta com planos de saúde.<sup>298</sup> A quatro, em muitas situações a judicialização da saúde gerou distorções, com desigualdades no acesso aos bens públicos pelas classes mais organizadas, configurando a “privatização dos recursos do SUS” em potencial violação à isonomia.<sup>299</sup>

Por fim, assim como a eficiência, o princípio da isonomia é de extrema importância à ordem constitucional, entretanto, não é o único bem de relevância social. É usual o *trade-off* entre eficiência e isonomia nas políticas públicas de saúde, dependendo de averiguação casuística, prevalecendo um ou outro caso inviável a combinação harmônica entre eles.<sup>300</sup>

Resumindo, o princípio da isonomia na acepção substancial corresponde ao dever de diferenciação, sendo compatível com a Constituição Federal, desde que legítima e razoável a distinção.

### 3.8.3. Princípios orçamentários

---

<sup>297</sup> VIANNA, Solon Magalhães; PIOLA, Sérgio Francisco; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Gratuidade no SUS: Controvérsia em Torno do Co-Pagamento. **Planejamento e Políticas Públicas**. Set., 1998. Pág. 110. FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Direito fundamental à saúde** : parâmetros para sua eficácia e efetividade. Porto Alegre : Livraria do Advogado Editora, 2007. Pág. 169.

<sup>298</sup> SANTOS, Isabela Soares. **O Mix Público-Privado no Sistema de Saúde Brasileiro**: elementos para a regulação da cobertura duplicada. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. 2009. Pág. 70-72, 96-97, 157-160. BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Dados Gerais** – Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil 2014-2024).

<sup>299</sup> HABER NETO, Michel. **A tributação e o financiamento do direito à saúde no Brasil**. Tese (Mestrado em Direito Econômico, Financeiro e Tributário). Universidade de São Paulo. 2012. Pág. 189-191. MEDICI, André Cezar. **Do Global ao Local**: os desafios de saúde no limiar do século XXI. Belo Horizonte : Coopmed, 2011. Pág. 13.

<sup>300</sup> COOKSON, Richard *et al.* Using Cost-Effectiveness Analysis to Address Health Equity Concerns. **Value in Health**. Vol. 20, 1 de fev., 2017. Pág. 207-208. DANIELS, Norman. **Just health**: meeting health needs fairly. New York: Cambridge University Press, 2012. Pág. 254.

O Direito Financeiro consiste no conjunto de normas jurídicas que rege as finanças públicas com o fim de assegurar justiça e eficiência na arrecadação e aplicação dos recursos, além da estabilidade orçamentária para custear hoje e futuramente os bens e serviços essenciais à sociedade.<sup>301</sup> O orçamento público, por sua vez, é um instrumento de planejamento e controle financeiro do Estado responsável pela previsão das receitas (arrecadação), despesas (gastos) e dívida pública (crédito) por um determinado período, ou seja, é o documento que densifica as decisões de natureza política sobre alocação e gerenciamento dos recursos públicos, indicando as prioridades e necessidades perseguidas.<sup>302</sup>

Nessa esteira, o orçamento público é composto por aspectos contábeis, políticos, jurídicos e econômicos. O primeiro realça o viés técnico do documento, como a identificação dos recursos a arrecadar e as despesas a realizar, dentre outras regras de conteúdo financeiro a serem observadas.<sup>303</sup> O segundo decorre da elaboração dos programas de ação, isto é, da seleção das prioridades para direcionar os recursos públicos num complexo processo seletivo, que conta com a participação de múltiplos agentes e instituições públicos e privados, cada qual com agenda própria disputando uma fatia do orçamento.<sup>304</sup> O terceiro aponta à materialização por meio de leis orçamentárias, que são a Lei Orçamentária Anual (LOA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei do Plano Plurianual (PPA), consoante as balizas mínimas traçadas pelo texto constitucional, determinando

---

<sup>301</sup> ABRAHAM, Marcus. **Governança fiscal e sustentabilidade financeira**: os reflexos do Pacto Orçamental Europeu em Portugal como exemplos para o Brasil. Belo Horizonte: Fórum, 2019. Pág. 21. SCAFF, Fernando Facury. **Equilíbrio orçamentário, sustentabilidade financeira e justiça intergeracional**. In: CUNHA, Luís Pedro; QUELHAS, José Manuel. ALMEIDA, Teresa (Org.). Boletim de Ciências Econômicas – Homenagem ao Prof. Doutor António José Avelãs Nunes. Vol. LVII, Tomo III. Coimbra, 2014. Pág. 3179-3180.

<sup>302</sup> SCAFF, Fernando Facury. **Orçamento Republicano e Liberdade Igual**: Ensaio sobre Direito Financeiro, República e Direitos Fundamentais no Brasil. Belo Horizonte: Fórum, 2018. Pág. 267. ABRAHAM, Marcus. **Governança fiscal e sustentabilidade financeira**: os reflexos do Pacto Orçamental Europeu em Portugal como exemplos para o Brasil. Belo Horizonte: Fórum, 2019. Pág. 21-22.

<sup>303</sup> ABRAHAM, Marcus. **Governança fiscal e sustentabilidade financeira**: os reflexos do Pacto Orçamental Europeu em Portugal como exemplos para o Brasil. Belo Horizonte: Fórum, 2019. Pág. 23-25.

<sup>304</sup> ABRAHAM, Marcus. **Governança fiscal e sustentabilidade financeira**: os reflexos do Pacto Orçamental Europeu em Portugal como exemplos para o Brasil. Belo Horizonte: Fórum, 2019. Pág. 23-24. SCAFF, Fernando Facury. **Orçamento Republicano e Liberdade Igual**: Ensaio sobre Direito Financeiro, República e Direitos Fundamentais no Brasil. Belo Horizonte: Fórum, 2018. Pág. 273. GOMES, Emerson Cesar da Silva. **O direito dos gastos públicos no Brasil**. São Paulo: Almedina, 2015. Pág. 105.

objetivos e diretrizes ao planejamento das políticas públicas.<sup>305</sup> Por fim, o quarto enfatiza o impacto das atividades financeiras sobre a ordem econômica.<sup>306</sup>

Esmiuçando o último aspecto, três importantes funções econômicas são atendidas mediante o orçamento público: alocativa, distributiva e estabilizadora. A alocativa trata de determinar o que compete ao setor público e ao setor privado na economia, pois, embora a eficiência ocorra geralmente através das regras de mercado, existem situações excepcionais de falhas que justificam a intervenção do poder público, seja para promover os ajustes necessários ou para assumir a prestação da atividade. A distributiva surge diante da deficiente distribuição de bens através do mercado, situação inaceitável na quadra histórica dos direitos sociais, sendo imprescindível a promoção de um gasto público corretivo e justo. Por último, a estabilizadora objetiva a realização ou manutenção de alto nível de emprego, moeda estável, equilíbrio da dívida pública e crescimento, pois as deficiências de insolvência fiscal comprometem o desempenho econômico ante a elevação da taxa de juros, a redução do consumo, a menor arrecadação etc.<sup>307</sup>

Doravante, dentro do orçamento público vigora uma relação entre receita, despesa e crédito público. A receita consiste na arrecadação de recursos pelo ente público, de forma derivada (decorrente do poder de imposição estatal, a exemplo da tributação) ou originária (decorrente de relação de coordenação).<sup>308</sup> Não obstante, razões de ordem econômica, social e jurídica, a exemplo do baixo crescimento econômico, a irrisignação popular com o aumento de tributos, a competição entre regimes fiscais para atrair empresas e investimentos no mundo

---

<sup>305</sup> ABRAHAM, Marcus. **Governança fiscal e sustentabilidade financeira**: os reflexos do Pacto Orçamental Europeu em Portugal como exemplos para o Brasil. Belo Horizonte: Fórum, 2019. Pág. 24-25.

<sup>306</sup> ABRAHAM, Marcus. **Governança fiscal e sustentabilidade financeira**: os reflexos do Pacto Orçamental Europeu em Portugal como exemplos para o Brasil. Belo Horizonte: Fórum, 2019. Pág. 24, 178. NABAIS, José Casalta. Estabilidade financeira e o Tratado Orçamental. *Jurismat. Revista Jurídica do Instituto Superior Manuel Teixeira Gomes*, Portimão, núm. 6, mai. 2015. Pág. 44.

<sup>307</sup> GIACOMONI, James. **Orçamento governamental**: teoria, sistema, processo. São Paulo: Atlas, 2019. Pág. 55-56. SCAFF, Fernando Facury. **Orçamento Republicano e Liberdade Igual**: Ensaio sobre Direito Financeiro, República e Direitos Fundamentais no Brasil. Belo Horizonte: Fórum, 2018. Pág. 271. NABAIS, José Casalta. Estabilidade financeira e o Tratado Orçamental. *Jurismat. Revista Jurídica do Instituto Superior Manuel Teixeira Gomes*, Portimão, núm. 6, mai. 2015. Pág. 55.

<sup>308</sup> PISCITELLI, Tathiane. **Direito Financeiro esquematizado**. 4ª edição. Rio de Janeiro : Forense, São Paulo : MÉTODO, 2014. Pág. 94-95.

globalizado etc., limitam a capacidade arrecadatória, ao menos para um Estado responsável financeiramente e comprometido com o crescimento sustentável.<sup>309</sup>

A despesa trata do gasto público que, numa acepção ampla, abrange todo desembolso de recursos pelo poder público de forma típica e atípica. Esta última é composta pela renúncia de receitas, dentre elas o gasto tributário, denominado também de subsídio. Adotar o conceito amplo é vantajoso porque permite uma visão global do impacto do gasto sobre as finanças públicas.<sup>310</sup>

Ainda, o gasto tributário está intimamente relacionado com a gratuidade dos serviços públicos, pois fomenta o consumo de bens meritórios, a exemplo da prestação dos serviços de saúde.<sup>311</sup> Contudo, não se pode ignorar o impacto desse gasto sobre o orçamento, que resulta num “empobrecimento” do Estado. Por isso, deve ser racional e criterioso, sopesando custo e benefício, pois o gasto antieconômico implica prejuízo social.<sup>312</sup>

A dívida pública surge quando as despesas superam as receitas. Para enfrentar esse déficit, o governo recorre ao crédito público, que é uma forma de endividamento, com os credores emprestando os recursos, acrescidos de juros e outros encargos, que financiarão as atividades estatais. Assim, a dívida pública num primeiro momento funciona para ampliar a arrecadação, entretanto, depois converte-se numa despesa, razão pela qual existem regras de responsabilidade fiscal para prevenir e/ou resolver crises orçamentárias de endividamento.<sup>313</sup>

---

<sup>309</sup> ROSA, Paulo Jorge Ferreira. **A tributação da saúde em Portugal**. Tese (Mestrado em Ciências Jurídico-Políticas. Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2014. Pág. 14.

<sup>310</sup> GOMES, Emerson Cesar da Silva. **O direito dos gastos públicos no Brasil**. São Paulo: Almedina, 2015. Pág. 56-57, 59.

<sup>311</sup> GOMES, Emerson Cesar da Silva. **O direito dos gastos públicos no Brasil**. São Paulo: Almedina, 2015. Pág. 61-62-64. MEDICI, André Cezar. **Do Global ao Local: os desafios de saúde no limiar do século XXI**. Belo Horizonte : Coopmed, 2011. Pág. 31.

<sup>312</sup> SCAFF, Fernando Facury. **Orçamento Republicano e Liberdade Igual: Ensaio sobre Direito Financeiro, República e Direitos Fundamentais no Brasil**. Belo Horizonte: Fórum, 2018. Pág. 294, 413, 418.

<sup>313</sup> GIACOMONI, James. **Orçamento governamental: teoria, sistema, processo**. São Paulo: Atlas, 2019. Pág. 63. SCAFF, Fernando Facury. **Equilíbrio orçamentário, sustentabilidade financeira e justiça intergeracional**. In: CUNHA, Luís Pedro; QUELHAS, José Manuel. ALMEIDA, Teresa (Org.). **Boletim de Ciências Econômicas – Homenagem ao Prof. Doutor António José Avelãs Nunes**. Vol. LVII, Tomo III. Coimbra, 2014. Pág. 3187. NABAIS, José Casalta. **Crise e sustentabilidade do Estado fiscal. Meritum**. Belo Horizonte. Vol. 13, núm. 2, jul./dez. de 2018. Pág. 237.

Apresentadas essas noções introdutórias, é possível avançar para abordar os seguintes princípios: (a) o orçamento republicano; (b) o equilíbrio orçamentário; (c) a sustentabilidade financeira; (d) a equidade intergeracional.<sup>314</sup>

O primeiro é o princípio do orçamento republicano, também rotulado de justiça distributiva, cuja finalidade é promover arrecadação e gasto público mais igualitários, diante do viés coletivista do orçamento. Contrasta com o orçamento oligárquico porque este é marcado por favorecimentos e privilégios, sem zelar pela diminuição da desigualdade socioeconômica.<sup>315</sup> Satisfazer a distributividade orçamentária depende, em tese, de introjetar isonomia material simultaneamente na arrecadação e no gasto público, atentando à complexa relação entre estes aspectos.

Nessa toada, as políticas públicas preocupadas unicamente em ampliar a arrecadação de receitas resolvem apenas parte do problema. Diante das vastas necessidades não atendidas, incrementar a receita é só uma etapa da equação, que permanecerá irregular se não for corrigido o modelo de gasto público (e vice-versa). No fundo, trata-se de um desafio à eficiência e isonomia, pois, repetindo, um gasto público deficiente não concretiza adequadamente o bem comum.<sup>316</sup>

Doravante, existem diversos mecanismos para estimular a distributividade orçamentária, valendo citar alguns. A um, desenvolver um sistema tributário mais contributivo, focado prioritariamente na arrecadação direta sobre a renda em vez do consumo e da produção. A dois, subsidiar serviços públicos aos vulneráveis econômicos, a exemplo dos auxílios assistenciais e programas habitacionais. A

---

<sup>314</sup> Diferentemente de outros, estes princípios orçamentários carecem de previsão constitucional explícita. Por conta disso, é discutível se realmente são princípios jurídicos. No entanto, mesmo que não sejam admitidos como verdadeiros princípios jurídicos, sobretudo no sentido qualitativo, são relevantes como reforço argumentativo.

<sup>315</sup> SCAFF, Fernando Facury. **Equilíbrio orçamentário, sustentabilidade financeira e justiça intergeracional**. In: CUNHA, Luís Pedro; QUELHAS, José Manuel. ALMEIDA, Teresa (Org.). Boletim de Ciências Econômicas – Homenagem ao Prof. Doutor António José Avelãs Nunes. Vol. LVII, Tomo III. Coimbra, 2014. Pág. 3180. SCAFF, Fernando Facury. **Orçamento Republicano e Liberdade Igual: Ensaio sobre Direito Financeiro, República e Direitos Fundamentais no Brasil**. Belo Horizonte: Fórum, 2018. Pág. 267-268. NABAIS, José Casalta. **Da sustentabilidade do Estado Liberal**. In: NABAIS, José Casalta; SILVA, Suzana Tavares da (Org.). Sustentabilidade fiscal em tempos de crise. Coimbra : Almedina, 2011. Pág. 38. NABAIS, José Casalta. Crise e sustentabilidade do Estado fiscal. **Meritum**. Belo Horizonte. Vol. 13, núm. 2, jul./dez. de 2018. Pág. 244.

<sup>316</sup> ABRAHAM, Marcus. **Governança fiscal e sustentabilidade financeira: os reflexos do Pacto Orçamental Europeu em Portugal como exemplos para o Brasil**. Belo Horizonte: Fórum, 2019. Pág. 155, 163. GOMES, Emerson Cesar da Silva. **O direito dos públicos no Brasil**. São Paulo: Almedina, 2015. Pág. 219-220.

três, criar serviços públicos que beneficiem toda a coletividade, mas com atenção na estruturação para que não prepondere a regressividade. A quatro, conceder subsídios fiscais aos produtos mais consumidos por famílias de menor renda. A cinco, revisar os benefícios fiscais cuja relação custo-benefício é negativa.<sup>317</sup>

De qualquer sorte, o fato indisputável é que quanto mais desigual for uma sociedade, tal como a brasileira, maior é a necessidade de promoção da justiça distributiva, priorizando-se os mais necessitados. Afinal, não será arrecadando de quem tem menos ou gastando com quem tem mais que a desigualdade será reduzida. Sendo assim, o orçamento público deve ser o principal instrumento de planejamento para atenuação das disparidades socioeconômicas.<sup>318</sup>

O segundo é o princípio do equilíbrio orçamentário. O empate entre receita e despesa em um exercício fiscal para prover a estabilidade das contas públicas traduz dito princípio. Antigamente um governo era julgado responsável somente pela capacidade de amparar esta equação contábil-matemática no período de 12 (doze) meses, pois a economia clássica não trabalhava com o déficit público na dinâmica orçamentária.<sup>319</sup>

Não obstante, essa abordagem na contemporaneidade é desfavorável à coletividade. Reiteradamente a história mostrou que nos cenários de recessão e depressão econômica a solução, para preservar as estruturas de mercado, pode surgir do aumento provisório do déficit público, consoante as políticas anticíclicas desenvolvidas pelo economista Maynard Keynes.<sup>320</sup> Outros economistas, ainda,

---

<sup>317</sup> SCAFF, Fernando Facury. **Orçamento Republicano e Liberdade Igual**: Ensaio sobre Direito Financeiro, República e Direitos Fundamentais no Brasil. Belo Horizonte: Fórum, 2018. Pág. 271-272, 392-396. GIACOMONI, James. **Orçamento governamental**: teoria, sistema, processo. São Paulo: Atlas, 2019. Pág. 57 ABRAHAM, Marcus. **Governança fiscal e sustentabilidade financeira**: os reflexos do Pacto Orçamental Europeu em Portugal como exemplos para o Brasil. Belo Horizonte: Fórum, 2019. Pág. 154.

<sup>318</sup> SCAFF, Fernando Facury. **Orçamento Republicano e Liberdade Igual**: Ensaio sobre Direito Financeiro, República e Direitos Fundamentais no Brasil. Belo Horizonte: Fórum, 2018. Pág. 275, 277, 290, 299.

<sup>319</sup> ABRAHAM, Marcus. **Governança fiscal e sustentabilidade financeira**: os reflexos do Pacto Orçamental Europeu em Portugal como exemplos para o Brasil. Belo Horizonte: Fórum, 2019. Pág. 154. SCAFF, Fernando Facury. **Equilíbrio orçamentário, sustentabilidade financeira e justiça intergeracional**. In: CUNHA, Luís Pedro; QUELHAS, José Manuel. ALMEIDA, Teresa (Org.). Boletim de Ciências Econômicas – Homenagem ao Prof. Doutor António José Avelãs Nunes. Vol. LVII, Tomo III. Coimbra, 2014. Pág. 3183, 3185.

<sup>320</sup> GIACOMONI, James. **Orçamento governamental**: teoria, sistema, processo. São Paulo: Atlas, 2019. Pág. 44, 46. NABAIS, José Casalta. Estabilidade financeira e o Tratado Orçamental. *Jurisma*. **Revista Jurídica do Instituto Superior Manuel Teixeira Gomes**, Portimão, núm. 6, mai. 2015. Pág. 57.

defendem papel mais ativo do Estado, mediante o endividamento público, para alavancar o crescimento, emprego, investimento e consumo, malgrado inexistir disfuncionalidades na economia.<sup>321</sup>

O terceiro princípio, a sustentabilidade financeira, emergiu para projetar a médio e longo prazo a estabilidade das contas públicas, levando em atenção os empréstimos públicos e as renúncias fiscais, junto das receitas e despesas.<sup>322</sup> Surge então como preocupação a solvabilidade, que constitui uma tarefa árdua para países com graves e sistêmicas deficiências sociais e reduzido crescimento econômico.<sup>323</sup>

A sustentabilidade financeira pressupõe a eficiência no gerenciamento orçamentário. A promoção de políticas públicas insustentáveis financeiramente a médio e longo prazo são inaceitáveis, pois inevitavelmente danificam o controle orçamentário e deflagram efeitos econômicos e sociais perniciosos, sendo dever do bom administrador impedir ou alterá-las.<sup>324</sup> A propósito, cumpre desmitificar que tetos à dívida pública é um postulado exclusivamente liberal, quando de fato envolve uma questão técnica de política fiscal.<sup>325</sup>

Por último, o quarto princípio é a equidade intergeracional, que visa evitar que as gerações futuras sejam excessivamente oneradas pelo descontrole do endividamento público contraído no presente. Afinal, pode comprometer tanto a

---

<sup>321</sup> GIACOMONI, James. **Orçamento governamental**: teoria, sistema, processo. São Paulo: Atlas, 2019. Pág. 46. ABRAHAM, Marcus. **Governança fiscal e sustentabilidade financeira**: os reflexos do Pacto Orçamental Europeu em Portugal como exemplos para o Brasil. Belo Horizonte: Fórum, 2019. Pág. 193.

<sup>322</sup> SCAFF, Fernando Facury. **Equilíbrio orçamentário, sustentabilidade financeira e justiça intergeracional**. In: CUNHA, Luís Pedro; QUELHAS, José Manuel. ALMEIDA, Teresa (Org.). Boletim de Ciências Económicas – Homenagem ao Prof. Doutor António José Avelãs Nunes. Vol. LVII, Tomo III. Coimbra, 2014. Pág. 3186, 3188, 3192. ABRAHAM, Marcus. **Governança fiscal e sustentabilidade financeira**: os reflexos do Pacto Orçamental Europeu em Portugal como exemplos para o Brasil. Belo Horizonte: Fórum, 2019. Pág. 168.

<sup>323</sup> ABRAHAM, Marcus. **Governança fiscal e sustentabilidade financeira**: os reflexos do Pacto Orçamental Europeu em Portugal como exemplos para o Brasil. Belo Horizonte: Fórum, 2019. Pág. 186.

<sup>324</sup> ABRAHAM, Marcus. **Governança fiscal e sustentabilidade financeira**: os reflexos do Pacto Orçamental Europeu em Portugal como exemplos para o Brasil. Belo Horizonte: Fórum, 2019. Pág. 168, 197. SCAFF, Fernando Facury. **Equilíbrio orçamentário, sustentabilidade financeira e justiça intergeracional**. In: CUNHA, Luís Pedro; QUELHAS, José Manuel. ALMEIDA, Teresa (Org.). Boletim de Ciências Económicas – Homenagem ao Prof. Doutor António José Avelãs Nunes. Vol. LVII, Tomo III. Coimbra, 2014. Pág. 3189.

<sup>325</sup> NABAIS, José Casalta. Crise e sustentabilidade do Estado fiscal. **Meritum**. Belo Horizonte. Vol. 13, núm. 2, jul./dez. de 2018. Pág. 257.

arrecadação de receitas quanto os gastos futuros, bem como potencialmente agravar a conjuntura econômica com efeitos deletérios às próximas gerações.<sup>326</sup>

Não é pretensão do princípio da equidade intergeracional sacrificar o bem-estar da população presente em benefício das futuras, mas apenas equilibrar os interesses de ambas as gerações. É inaceitável que as pessoas no futuro sejam sobrecarregadas financeiramente, sobretudo auferindo menos benefícios, para assegurar vantagens insensatas no presente, o que configura privilégio odioso. Por essa razão também ser denominado de princípio da solidariedade entre as gerações, ratificando a fundamentalidade do equilíbrio entre presente e futuro.<sup>327</sup>

É necessário que as sociedades avancem na conquista de direitos, porém isso deve ocorrer de forma sustentável e a longo prazo, para que as próximas gerações também possam usufruí-los e se possível ampliá-los, consoante a ideia da progressividade dos direitos. Isso não impede pontuais recuos, sobretudo quando motivados, haja vista que flutuações econômicas, políticas, institucionais e sociais são inevitáveis. Todavia, na medida do possível, devem ser mantidos os direitos enraizados na consciência coletiva, fruto de profundo consenso.<sup>328</sup>

Em síntese, esses princípios orçamentários exprimem a racionalidade que deve orientar as escolhas financeiras para concretização de políticas públicas, conjugando eficiência e isonomia. Não obstante, vale lembrar que raramente as pessoas que desejam a ampliação de direitos estão dispostas a financiá-los.<sup>329</sup>

---

<sup>326</sup> ABRAHAM, Marcus. **Governança fiscal e sustentabilidade financeira**: os reflexos do Pacto Orçamental Europeu em Portugal como exemplos para o Brasil. Belo Horizonte: Fórum, 2019. Pág. 202-204. SCAFF, Fernando Facury. **Orçamento Republicano e Liberdade Igual**: Ensaio sobre Direito Financeiro, República e Direitos Fundamentais no Brasil. Belo Horizonte: Fórum, 2018. Pág. 292-293.

<sup>327</sup> SCAFF, Fernando Facury. **Equilíbrio orçamentário, sustentabilidade financeira e justiça intergeracional**. In: CUNHA, Luís Pedro; QUELHAS, José Manuel. ALMEIDA, Teresa (Org.). Boletim de Ciências Econômicas – Homenagem ao Prof. Doutor António José Avelãs Nunes. Vol. LVII, Tomo III. Coimbra, 2014. Pág. 3197. ROSA, Paulo Jorge Ferreira. **A tributação da saúde em Portugal**. Tese (Mestrado em Ciências Jurídico-Políticas. Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2014. Pág. 15.

<sup>328</sup> LIMAVERDE, Daniel Ferreira; SANTOS JUNIOR, Gildo dos; KHAMIS, Renato Braz Mehanna. A Vedação de Retrocesso e a Limitação de Gastos com a Saúde pela Emenda Constitucional N. 95/2016. **Anais do Encontro Nacional de Pós-Graduação – Unisanta**. Vol. 1, núm. 1, 2017. Pág. 492. NETTO, Luísa Cristina Pinto e. **O princípio de proibição de retrocesso social**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2010. Pág. 114-115. NOVELINO, Marcelo. **Direito constitucional**. 4ª edição. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2010. Pág. 476-478.

<sup>329</sup> NABAIS, José Casalta. Estabilidade financeira e o Tratado Orçamental. *Jurimat*. **Revista Jurídica do Instituto Superior Manuel Teixeira Gomes**, Portimão, núm. 6, mai. 2015. Pág. 46. NABAIS, José Casalta. Crise e sustentabilidade do Estado fiscal. *Meritum*. Belo Horizonte. Vol. 13, núm. 2, jul./dez. de 2018. Pág. 255.

Esses princípios são vitais porque reafirmam concomitantemente o imperativo da focalização das prestações estatais (sem prejuízo da universalidade) e da solidariedade social, apontando ora a um tratamento uniforme ora diferenciado, a depender da situação concreta e dos bens jurídicos em jogo, mas levando em consideração também a suportabilidade orçamentária.<sup>330</sup>

#### 3.8.4. Princípios da seguridade social

Em linhas gerais, a seguridade social consiste num instrumento específico de proteção social que busca conferir aos integrantes da comunidade o mínimo para subsistência e vida digna, libertando-os contra as necessidades básicas e integrando-os ao tecido social.<sup>331</sup>

A seguridade social é uma evolução do seguro social, no qual somente as pessoas vinculadas a um contrato de trabalho gozavam da proteção social, com o remanescente da população ficando descoberto. Surgiu na Inglaterra, após a edição do Relatório Beveridge em 1942, fundado nas diretrizes fundamentais da universalidade, generalidade e gratuidade, com o escopo de ampliar a cobertura das necessidades e dos destinatários, independentemente de prévio vínculo de trabalho.<sup>332</sup>

Naquele período a Europa estava combalida pelos horrores da Segunda Guerra Mundial e pela propagação da miséria, doenças, desocupação etc.<sup>333</sup> Foi

---

<sup>330</sup> NABAIS, José Casalta. Estabilidade financeira e o Tratado Orçamental. *Jurismat. Revista Jurídica do Instituto Superior Manuel Teixeira Gomes*, Portimão, núm. 6, mai. 2015. Pág. 52. SCAFF, Fernando Facury. **Equilíbrio orçamentário, sustentabilidade financeira e justiça intergeracional**. In: CUNHA, Luís Pedro; QUELHAS, José Manuel. ALMEIDA, Teresa (Org.). *Boletim de Ciências Econômicas – Homenagem ao Prof. Doutor António José Avelãs Nunes*. Vol. LVII, Tomo III. Coimbra, 2014. Pág. 3198.

<sup>331</sup> BALERA, Wagner; FERNANDES, Thiago D'Avila. **Fundamentos da seguridade social**. São Paulo : LTr, 2015. Pág. 30. SANTOS, Marisa Ferreira dos. **O princípio da seletividade das prestações de seguridade social**. São Paulo : LTr, 2003. Pág. 163-166. HORVATH JÚNIOR, Miguel. **Direito Previdenciário**. 10 edição. São Paulo : Quartier Latin, 2014. Pág. 91. MOREAU, Pierre. **O financiamento da Seguridade Social na União Europeia e no Brasil**. São Paulo : Quartier Latin, 2005. Pág. 32.

<sup>332</sup> ROSA, Paulo Jorge Ferreira. **A tributação da saúde em Portugal**. Tese (Mestrado em Ciências Jurídico-Políticas. Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2014. Pág. 34-35.

<sup>333</sup> SANTOS, Marisa Ferreira dos. **O princípio da seletividade das prestações de seguridade social**. São Paulo : LTr, 2003. Pág. 149-152. BALERA, Wagner; FERNANDES, Thiago D'Avila.

assim que nasceu a seguridade social, notadamente mais ambiciosa, idealista e progressista em face do seguro social, conferindo proteção unicamente por ser cidadão. Bem por isso ela ficou conhecida como verdadeira expressão do direito de cidadania.

Doravante, a seguridade social pode ser estudada pela ótica econômica ou jurídica. A seguridade social como economia admite múltiplas repercussões. De início, é fato incontroverso que a realidade econômico-financeira de cada país delimita seu modelo de seguridade social, com a proteção social condicionada pelos recursos disponíveis para financiamento. À luz das teorias do custo dos direitos, escolhas trágicas e reserva do possível, é impraticável a extensão em grau máximo da proteção para todas as contingências e todos os indivíduos.<sup>334</sup>

Ainda sobre o viés econômico, os gastos com a seguridade social, se realizados racionalmente, podem resultar em fantástico efeito multiplicador do PIB. Por outro lado, as despesas exorbitantes com a seguridade social põem em risco a sustentabilidade do endividamento público com severas repercussões no ambiente econômico, influyendo sobre os juros, inflação, produtividade, trabalho, consumo, renda etc. Portanto, a seguridade social tem a aptidão para deflagrar efeitos na economia que não podem ser desprezados.<sup>335</sup>

A outro giro, a seguridade social como direito decorre da decisão política que a positivou no ordenamento jurídico. No Brasil foi disciplinada diretamente pela Constituição Federal, sendo formada pela saúde, previdência e assistência social, cada qual com características e normas próprias, além de especificidades de funcionamento. No entanto, todas compartilham de um eixo comum finalístico e principiológico.<sup>336</sup>

---

**Fundamentos da seguridade social.** São Paulo : LTr, 2015. Pág. 39. MOREAU, Pierre. **O financiamento da Seguridade Social na União Europeia e no Brasil.** São Paulo : Quartier Latin, 2005. Pág. 39, 50-53.

<sup>334</sup> RUPRECHT, Alfredo J. **Direito da Seguridade Social.** São Paulo : LTr, 1996. Pág. 41. SANTOS, Marisa Ferreira dos. **O princípio da seletividade das prestações de seguridade social.** São Paulo : LTr, 2003. Pág. 163-164.

<sup>335</sup> BALERA, Wagner; FERNANDES, Thiago D'Avila. **Fundamentos da seguridade social.** São Paulo : LTr, 2015. Pág. 28.

<sup>336</sup> SANTOS, Marisa Ferreira dos. **O princípio da seletividade das prestações de seguridade social.** São Paulo : LTr, 2003. Pág. 169. BALERA, Wagner; FERNANDES, Thiago D'Avila. **Fundamentos da seguridade social.** São Paulo : LTr, 2015. Pág. 55. BALERA, Wagner; FERNANDES, Thiago D'Avila. **Fundamentos da seguridade social.** São Paulo : LTr, 2015. Pág. 25-26, 63.

Segundo o texto constitucional, a seguridade social é fundada no primado do trabalho e tem como objetivos o bem-estar e a justiça social (art. 193). Estes são os vetores internos da seguridade social, que convivem com outros externos, como a dignidade da pessoa humana (art. 1º, inciso III). Eles são imprescindíveis para dar coerência aos princípios da seguridade social.<sup>337</sup>

Mantendo a congruência com o tema desse trabalho, convém abordar só os seguintes princípios da seguridade social: (a) a universalidade de cobertura e atendimento (art. 194, p. único, inciso I); (b) a seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços (art. 194, p. único, inciso III); (c) a solidariedade (art. 3º, inciso I, art. 194, p. único, incisos V e VI, art. 195); (d) a equidade na forma de participação no custeio (art. 194, p. único, inciso V); (e) a diversidade da base de financiamento (art. 194, p. único, inciso VI); (f) a subsidiariedade.<sup>338</sup>

Cumprir alertar que os princípios setoriais da seguridade social precisam ser filtrados conforme o respectivo subsistema e suas características próprias, com variação de intensidade para fins normativos. Adicionalmente, apesar da inevitabilidade de conflitos entre princípios contrapostos, a seguridade social deve funcionar equilibradamente, promovendo, à luz da técnica da concordância prática, a tendencial restrição recíproca entre eles.<sup>339</sup>

O primeiro princípio, que foi elementar no Plano Beveridge e na criação da seguridade social, é a universalidade de cobertura e atendimento, que busca estender a todos os cidadãos a proteção social básica. Exatamente por isso que alguns autores consideram a universalidade como um instrumento a serviço da isonomia, corroborando o que fora dito anteriormente.<sup>340</sup>

A universalidade de cobertura e atendimento não se confundem, estando a primeira atrelada às contingências e a segunda aos beneficiários, motivo pelo

---

<sup>337</sup> BALERA, Wagner; FERNANDES, Thiago D'Avila. **Fundamentos da seguridade social**. São Paulo : LTr, 2015. Pág. 59.

<sup>338</sup> O art. 194 denomina-os de "objetivos", mas a doutrina trata como princípios.

<sup>339</sup> BALERA, Wagner; FERNANDES, Thiago D'Avila. **Fundamentos da seguridade social**. São Paulo : LTr, 2015. Pág. 48-49.

<sup>340</sup> MOREAU, Pierre. **O financiamento da Seguridade Social na União Europeia e no Brasil**. São Paulo : Quartier Latin, 2005. Pág. 45. SANTOS, Marisa Ferreira dos. **O princípio da seletividade das prestações de seguridade social**. São Paulo : LTr, 2003. Pág. 174.

qual também denominadas de universalidade objetiva e subjetiva.<sup>341</sup> Enquanto a universalidade da cobertura envolve a abrangência das contingências, sendo imposição constitucional abrigar o maior número de riscos e necessidades sociais possíveis, a universalidade de atendimento diz respeito à extensão da proteção aos sujeitos, para beneficiar amplamente os indivíduos enquadrados nas situações previstas.<sup>342</sup>

De imediato constata-se que a universalidade de cobertura e atendimento são conceitos antitéticos se extremados, pois, ante a insuficiência de recursos, quanto maior a proteção de um deles menor será a do outro. Logo, há um desafio de encontrar o ponto ideal de ampliação das coberturas e beneficiários dentro da própria universalidade.<sup>343</sup>

O segundo e terceiro princípio são a seletividade e distributividade das prestações de benefícios e serviços. A seletividade está atrelada à escolha das prestações sociais a serem ofertadas, ou seja, na definição das contingências-necessidades objeto da relação jurídica da seguridade social.<sup>344</sup>

A distributividade trata do grau de proteção devido a cada um, priorizando-se os mais necessitados, de modo a contribuir à diminuição das desigualdades

---

<sup>341</sup> BALERA, Wagner; FERNANDES, Thiago D'Avila. **Fundamentos da seguridade social**. São Paulo : LTr, 2015. Pág. 40. SANTOS, Marisa Ferreira dos. **O princípio da seletividade das prestações de seguridade social**. São Paulo : LTr, 2003. Pág. 175.

<sup>342</sup> BALERA, Wagner; FERNANDES, Thiago D'Avila. **Fundamentos da seguridade social**. São Paulo : LTr, 2015. Pág. 84-86. SANTOS, Marisa Ferreira dos. **O princípio da seletividade das prestações de seguridade social**. São Paulo : LTr, 2003. Pág. 175-176. MARTINS, Sérgio Pinto. **Fundamentos de direito da Seguridade Social**. 16ª edição. São Paulo : Editora Atlas, 2015. Pág. 15. CUNHA JÚNIOR, Dirley da. **Curso de direito constitucional**. 5ª edição. Bahia : Editora Juspodivm, 2011. Pág. 1242. RUPRECHT, Alfredo J. **Direito da Seguridade Social**. São Paulo : LTr, 1996. Pág. 78.

<sup>343</sup> BALERA, Wagner; FERNANDES, Thiago D'Avila. **Fundamentos da seguridade social**. São Paulo : LTr, 2015. Pág. 86, 88. SANTOS, Marisa Ferreira dos. **O princípio da seletividade das prestações de seguridade social**. São Paulo : LTr, 2003. Pág. 177. RUPRECHT, Alfredo J. **Direito da Seguridade Social**. São Paulo : LTr, 1996. Pág. 79.

<sup>344</sup> SANTOS, Marisa Ferreira dos. **O princípio da seletividade das prestações de seguridade social**. São Paulo : LTr, 2003. Pág. 180. BALERA, Wagner; FERNANDES, Thiago D'Avila. **Fundamentos da seguridade social**. São Paulo : LTr, 2015. Pág. 93. CUNHA JÚNIOR, Dirley da. **Curso de direito constitucional**. 5ª edição. Bahia : Editora Juspodivm, 2011. Pág. 1243. NOGUEIRA, Roberto Passos. **Crerios de Justiça Distributiva em Saúde**. IPEA. Mar., 2011. Pág. 24.

MARTINS, Sérgio Pinto. **Fundamentos de direito da Seguridade Social**. 16ª edição. São Paulo : Editora Atlas, 2015. Pág. 15.

sociais. A distributividade está presente mais na prestação dos serviços, ante o caráter coletivo, do que nos benefícios securitários.<sup>345</sup>

De um modo geral, portanto, a seletividade e distributividade representam a indispensável e inegável focalização presente na seguridade social, conferindo racionalidade econômica e equidade. Outrossim, tanto a seletividade quanto a distributividade funcionam como redutores da universalidade.<sup>346</sup>

Os próximos princípios incorporam a concepção de justiça securitária. O quarto princípio é a solidariedade ou solidarismo. Embora expressamente não conste do capítulo da seguridade social, é deduzida dos objetivos fundamentais da Constituição Federal e de outros princípios setoriais, a exemplo da equidade na participação do custeio e diversidade do financiamento por toda sociedade.<sup>347</sup> A influência da solidariedade é tão notável que alguns autores a denominam de sobreprincípio da seguridade social, funcionando como ponte às aspirações de justiça nesse sistema, tanto em face das atuais quanto das futuras gerações.<sup>348</sup>

O quinto princípio é a equidade na forma de participação do custeio. Como corolário da solidariedade, exige a justa contribuição ao financiamento, de modo que aqueles com maior capacidade econômica devem contribuir mais.<sup>349</sup>

---

<sup>345</sup> SANTOS, Marisa Ferreira dos. **O princípio da seletividade das prestações de seguridade social**. São Paulo : LTr, 2003. Pág. 180-181. BALERA, Wagner; FERNANDES, Thiago D'Avila. **Fundamentos da seguridade social**. São Paulo : LTr, 2015. Pág. 93-94. MOREAU, Pierre. **O financiamento da Seguridade Social na União Europeia e no Brasil**. São Paulo : Quartier Latin, 2005. Pág. 44. CUNHA JÚNIOR, Dirley da. **Curso de direito constitucional**. 5ª edição. Bahia : Editora Juspodivm, 2011. Pág. 1243. MARTINS, Sérgio Pinto. **Fundamentos de direito da Seguridade Social**. 16ª edição. São Paulo : Editora Atlas, 2015. Pág. 15.

<sup>346</sup> SANTOS, Marisa Ferreira dos. **O princípio da seletividade das prestações de seguridade social**. São Paulo : LTr, 2003. Pág. 182. BALERA, Wagner; FERNANDES, Thiago D'Avila. **Fundamentos da seguridade social**. São Paulo : LTr, 2015. Pág. 93. MEDEIROS, Marcelo. **Princípios de justiça na alocação de recursos em saúde**. Rio de Janeiro : IPEA, 1999. Pág. 11. FLUMINHAN, Vinícius Pacheco. **A judicialização do direito à saúde no SUS : limites e possibilidades**. Tese (Mestrado em Direito). Universidade Metodista de Piracicaba, 2014. Pág. 99, 101.

<sup>347</sup> CUNHA JÚNIOR, Dirley da. **Curso de direito constitucional**. 5ª edição. Bahia : Editora Juspodivm, 2011. Pág. 1244.

<sup>348</sup> RUPRECHT, Alfredo J. **Direito da Seguridade Social**. São Paulo : LTr, 1996. Pág. 72-73. MOREAU, Pierre. **O financiamento da Seguridade Social na União Europeia e no Brasil**. São Paulo : Quartier Latin, 2005. Pág. 40. BALERA, Wagner; FERNANDES, Thiago D'Avila. **Fundamentos da seguridade social**. São Paulo : LTr, 2015. Pág. 99.

<sup>349</sup> MARTINS, Sérgio Pinto. **Fundamentos de direito da Seguridade Social**. 16ª edição. São Paulo : Editora Atlas, 2015. Pág. 16. BALERA, Wagner; FERNANDES, Thiago D'Avila. **Fundamentos da seguridade social**. São Paulo : LTr, 2015. Pág. 104.

O sexto princípio é a diversidade das bases de financiamento. Como bem sugere o nome, consiste no incentivo à pluralidade das fontes de financiamento, fortalecendo assim a estabilidade e solidariedade da seguridade social.<sup>350</sup> Aliás, esse princípio também legitima a contribuição por outras vias de quem já recolhe os impostos, sendo infundada no plano normativo a suposta “proibição de pagar duas vezes”.<sup>351</sup>

Por fim, o sétimo princípio é a subsidiariedade. Aos autores que defendem dito princípio, haja vista o cunho finalístico da seguridade social e a inviabilidade financeira de custear todas as contingências para todos os indivíduos, o poder público somente deve assegurar uma proteção social básica, ficando o restante a cargo do segurado.<sup>352</sup> Isso porque numa ordem capitalista o protagonismo é do indivíduo, que deve assumir a responsabilidade tanto pela sua vida quanto pelo próprio sustento e de sua família. Ao contrário, a dependência exclusiva e não provisória da seguridade social, para além das necessidades básicas, configuraria nocivo desincentivo ao trabalho e à ascensão social.<sup>353</sup>

Adicionalmente, o princípio da subsidiariedade também é reforçado pelo mínimo existencial, cujo propósito social é análogo, embora desempenhe função diversa no sistema jurídico, gozando de ampla aceitação da doutrina e tribunais nacionais. Extraível do princípio da dignidade da pessoa humana, liberdade e isonomia, o mínimo existencial surgiu com o propósito de tornar exigível em face do Estado determinadas prestações, principalmente por intermédio de processos

---

<sup>350</sup> MARTINS, Sérgio Pinto. **Fundamentos de direito da Seguridade Social**. 16ª edição. São Paulo : Editora Atlas, 2015. Pág. 16. CUNHA JÚNIOR, Dirley da. **Curso de direito constitucional**. 5ª edição. Bahia : Editora Juspodivm, 2011. Pág. 1243. BALERA, Wagner; FERNANDES, Thiago D’Avila. **Fundamentos da seguridade social**. São Paulo : LTr, 2015. Pág. 108. RUPRECHT, Alfredo J. **Direito da Seguridade Social**. São Paulo : LTr, 1996. Pág. 84-85.

<sup>351</sup> BIANCHI, André Luiz. **Direito Social à Saúde e Fornecimento de Medicamentos**. Porto Alegre : Núria Fabris Ed., 2012. Pág. 136.

<sup>352</sup> LOUREIRO, João Carlos. Direito à (proteção) da saúde. **Revista da Defensoria Pública**. Ano 1., n. 1, jul./dez., 2008. Pág. 38. SILVA, Suzana Tavares da. **Direitos Fundamentais na Arena Global**. 2ª edição. Universidade de Coimbra, 2014. Pág. 183.

<sup>353</sup> BALERA, Wagner; FERNANDES, Thiago D’Avila. **Fundamentos da seguridade social**. São Paulo : LTr, 2015. Pág. 62. SANTOS, Marisa Ferreira dos. **O princípio da seletividade das prestações de seguridade social**. São Paulo : LTr, 2003. Pág. 166, 170, 179. RUPRECHT, Alfredo J. **Direito da Seguridade Social**. São Paulo : LTr, 1996. Pág. 85. SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações**. In: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti; BARCELOS, Ana Paula de (Org.). **Direitos fundamentais: orçamento e “reserva do possível”**. 2ª edição. Porto Alegre : Livraria do Advogado Editora, 2013. Pág. 35.

judiciais, quando a ausente proteção normativa abstrata, em detrimento de um direito ou de uma política pública, fulminar as condições existenciais básicas.<sup>354</sup>

O mínimo existencial, para fins de incidência normativa, precisa observar o padrão socioeconômico vigente e as necessidades individuais concretas. Com isso, uma idêntica prestação pode integrar o mínimo existencial de um vulnerável econômico, merecendo proteção jurídica, mas não o de uma pessoa abastada. Aliás, deturparia o instituto, quiçá caracterizando privilégio, se a proteção fosse estendida às pessoas insuscetíveis de risco patrimonial – o que não impede e nem desaconselha o poder público de lançar programas sociais abrangendo igualmente as classes mais favorecidas quando respaldados pela relação custo-benefício.<sup>355</sup>

E mais, viver em sociedade é confrontar-se com situações desfavoráveis, todavia, não é função do Estado atuar como segurador universal contra todos os tipos de risco. Em regra, não é razoável obrigar que cada indivíduo financie as prestações de outras pessoas que excedam as necessidades básicas. Desse modo, o mínimo existencial não deve comportar uma interpretação extensiva a ponto de banalizar e descaracterizar o instituto.<sup>356</sup>

---

<sup>354</sup> SARMENTO, Daniel. **Dignidade da pessoa humana**: conteúdo, trajetórias e metodologia. Belo Horizonte : Fórum, 2016. 194, 207, 211. SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde**: algumas aproximações. In: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti; BARCELOS, Ana Paula de (Org.). Direitos fundamentais: orçamento e “reserva do possível”. 2ª edição. Porto Alegre : Livraria do Advogado Editora, 2013. Pág. 20-21. NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. **A Cidadania Social na Constituição de 1988** – Estratégias de Positivização e Exigibilidade Judicial dos Direitos Sociais. São Paulo : Editora Verbatim, 2009. Pág. 70.

<sup>355</sup> SARMENTO, Daniel. **Dignidade da pessoa humana**: conteúdo, trajetórias e metodologia. Belo Horizonte : Fórum, 2016. 214-215. SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde**: algumas aproximações. In: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti; BARCELOS, Ana Paula de (Org.). Direitos fundamentais: orçamento e “reserva do possível”. 2ª edição. Porto Alegre : Livraria do Advogado Editora, 2013. Pág. 21. OLIVEIRA, Fernando Fróes. **Direitos Sociais, mínimo existencial e democracia deliberativa**. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2013. Pág. 201, 208, 242.

<sup>356</sup> OLIVEIRA, Fernando Fróes. **Direitos Sociais, mínimo existencial e democracia deliberativa**. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2013. Pág. 206.

A propósito, na esteira do mínimo existencial, há precedentes vinculantes do Supremo Tribunal Federal<sup>357</sup> e Superior Tribunal de Justiça<sup>358</sup> exigindo prova da insuficiência econômica para ser reconhecido em juízo, excepcionalmente, o direito a medicamentos não incorporados no SUS ou sem registro na ANVISA. Outrossim, algumas constituições estaduais, como a do Rio Grande do Sul (art. 241)<sup>359</sup>, preveem expressamente a subsidiariedade no campo da saúde pública.

Em resumo, todos esses princípios da seguridade social, em consonância com os outros princípios tratados, destacam o tripé universalização, focalização e justiça securitária, que deve ser balanceado em cada subsistema, o que inclui a saúde pública. Entendimento em sentido contrário viola a coerência sistêmica consagrada à seguridade social pela Constituição Federal de 1988.

### **3.9. Lições do Sistema Nacional de Saúde Português**

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) português é o que melhor serve de referência para comparação jurídica com o SUS, pois inspirou a redação do texto da constituição brasileira. A gratuidade na constituição portuguesa e os debates que seguiram, inclusive com a modificação do texto original, são emblemáticos e esclarecedores aos contornos dessa norma jurídica.

Inicialmente, o copago no setor público do SNS é composto basicamente pela taxa moderadora e comparticipação com os medicamentos. A primeira visa

---

<sup>357</sup> Tema nº 1.161. “Cabe ao Estado fornecer, em termos experimentais, medicamento que, embora não possua registro na ANVISA, tem a sua importação autorizada pela agência de vigilância sanitária, desde que comprovada a incapacidade econômica do paciente, a imprescindibilidade clínica do tratamento, e a impossibilidade de substituição por outro similar constante das listas oficiais de dispensação de medicamentos e os protocolos de intervenção terapêutica do SUS.”

<sup>358</sup> Tema nº 106. “A concessão dos medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS exige a presença cumulativa dos seguintes requisitos: i) Comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS; ii) incapacidade financeira de arcar com o custo do medicamento prescrito; existência de registro do medicamento na ANVISA, observados os usos autorizados pela agência.”

<sup>359</sup> “Art. 241. A saúde é direito de todos e dever do Estado e do Município, através de sua promoção, proteção e recuperação.

Parágrafo único. O dever do Estado, garantido por adequada política social e econômica, não exclui o do indivíduo, da família e de instituições e empresas que produzam riscos ou danos à saúde do indivíduo ou da coletividade.”

racionalizar a demanda ao desestimular os excessos de utilização, mas sem dificultar o acesso de quem realmente necessita dos serviços. A última consiste na repartição das despesas entre o poder público e o usuário pelas prestações intermediadas pelo SNS com o setor industrial-farmacêutico.<sup>360</sup>

A redação originária do art. 64, item 2, alínea “a”, da constituição portuguesa, previa a criação de um SNS “universal, geral e gratuito”. No entanto, a despeito do texto constitucional, foi editada a Portaria nº 509/82, autorizando a cobrança das taxas moderadoras. Essa norma foi então submetida à Comissão Constitucional, pelo Parecer nº 35/82, que decidiu pela constitucionalidade.<sup>361</sup>

Sintetizando a argumentação, a Comissão Constitucional considerou que se tratava de “gratuidade progressiva” e norma “eminentemente programática”. Outrossim, que a taxa moderadora visava essencialmente a racionalização do consumo e não o pagamento pela contraprestação pública do serviço de saúde. Portanto, não houve subversão do conteúdo mínimo da universalidade e nem da gratuidade.<sup>362</sup>

Acontece que anos depois foi aprovado o Decreto-Lei nº 57/86 com teor parecido ao da Portaria nº 509/82. Dessa vez foi chamado para pronunciar-se sobre o Acórdão nº 330/89 o Tribunal Constitucional. Novamente a decisão foi pela validade da medida.<sup>363</sup>

---

<sup>360</sup> NOVAIS, Jorge Reis. Constituição e serviço nacional de saúde. **Direitos Fundamentais e Justiça**. Núm. 11, abr./jun., 2010. Pág. 89. PORTUGAL. **Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde**: Relatório Final. Fev., 2007. Pág. 97. ABREU, Mafalda de Castro e Souza Maló de. **Taxas Moderadoras e a Racionalização da Procura de Cuidados de Saúde**. Tese (Mestrado em Gestão em Saúde). Universidade Nova de Lisboa. Dezembro, 2012. Pág. XIV, XVI.

<sup>361</sup> ROSA, Paulo Jorge Ferreira. **A tributação da saúde em Portugal**. Tese (Mestrado em Ciências Jurídico-Políticas. Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2014. Pág. 108-109. VALE, Luís António Malheiro Meneses do. **As Taxas Moderadoras e o Financiamento do Serviço Nacional de Saúde**: Elementos para uma Perspectiva Constitucional.Org. *In*: CABRAL, Nazaré da Costa; AMADOR, Olívio Mota; MARTINS, Guilherme Waldemar D’Oliveira (Org.) A Reforma do Sector da Saúde: Uma Realidade Iminente? Núm. 11. Coimbra : Almedina, 2010. Pág. 172.

<sup>362</sup> NOVAIS, Jorge Reis. Constituição e serviço nacional de saúde. **Direitos Fundamentais e Justiça**. Núm. 11, abr./jun., 2010. Pág. 90. VALE, Luís António Malheiro Meneses do. **As Taxas Moderadoras e o Financiamento do Serviço Nacional de Saúde**: Elementos para uma Perspectiva Constitucional.Org. *In*: CABRAL, Nazaré da Costa; AMADOR, Olívio Mota; MARTINS, Guilherme Waldemar D’Oliveira (Org.) A Reforma do Sector da Saúde: Uma Realidade Iminente? Núm. 11. Coimbra : Almedina, 2010. Pág. 193.

<sup>363</sup> ROSA, Paulo Jorge Ferreira. **A tributação da saúde em Portugal**. Tese (Mestrado em Ciências Jurídico-Políticas. Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2014.

Não obstante, dessa vez o Tribunal Constitucional trilhou outro caminho, concentrando-se nas diferenças entre o conceito etimológico e normativo da gratuidade. Assim, o conceito normativo não gozaria da determinação absoluta extraída do sentido meramente etimológico. Isto é, não seria uma regra inflexível, mas sim, diante do “halo de indeterminação”, uma norma principiológica.

Desse modo, foi aceita a cobrança das taxas moderadoras, desde que não configurasse contrapartida financeira do serviço prestado, pois a substancial transferência do custo da prestação pública ao particular violaria a gratuidade.<sup>364</sup> Logo, iluminou-se que a (in)constitucionalidade da taxa moderadora é questão de graduação, sendo admitida desde que mínimos ou razoáveis os valores.

Parte da doutrina discordou do entendimento do Tribunal Constitucional. O raciocínio era bastante simples: não seria viável qualificar algo como gratuito se tivesse que ser pago, ainda que pouco ou muito. Assim, a distinção operada no julgado, entre conceito etimológico e normativo, seria inaceitável.<sup>365</sup>

De qualquer sorte, mesmo para parcela dos críticos à decisão do Tribunal Constitucional, uma coisa era certa: a gratuidade plena suscitava inconvenientes econômicos e financeiros.<sup>366</sup> Por conta disso, não demorou para ser criada a Lei Constitucional nº 1/89, que alterou a redação do art. 64, item 2, alínea “a”, para definir o SNS como “universal, geral e, tendo em conta as condições econômicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito”. A partir daí as controvérsias sobre a gratuidade reduziram drasticamente.<sup>367</sup>

---

Pág. 110. VALE, Luís António Malheiro Meneses do. **As Taxas Moderadoras e o Financiamento do Serviço Nacional de Saúde**: Elementos para uma Perspectiva Constitucional.Org. In: CABRAL, Nazaré da Costa; AMADOR, Olívio Mota; MARTINS, Guilherme Waldemar D’Oliveira (Org.) A Reforma do Sector da Saúde: Uma Realidade Iminente? Núm. 11. Coimbra : Almedina, 2010. Pág. 195.

<sup>364</sup> NOVAIS, Jorge Reis. Constituição e serviço nacional de saúde. **Direitos Fundamentais e Justiça**. Núm. 11, abr./jun., 2010. Pág. 92.

<sup>365</sup> NOVAIS, Jorge Reis. Constituição e serviço nacional de saúde. **Direitos Fundamentais e Justiça**. Núm. 11, abr./jun., 2010. Pág. 93. ROSA, Paulo Jorge Ferreira. **A tributação da saúde em Portugal**. Tese (Mestrado em Ciências Jurídico-Políticas. Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2014. Pág. 112-114.

<sup>366</sup> NOVAIS, Jorge Reis. Constituição e serviço nacional de saúde. **Direitos Fundamentais e Justiça**. Núm. 11, abr./jun., 2010. Pág. 94.

<sup>367</sup> VALE, Luís António Malheiro Meneses do. **As Taxas Moderadoras e o Financiamento do Serviço Nacional de Saúde**: Elementos para uma Perspectiva Constitucional.Org. In: CABRAL, Nazaré da Costa; AMADOR, Olívio Mota; MARTINS, Guilherme Waldemar D’Oliveira (Org.) A Reforma do Sector da Saúde: Uma Realidade Iminente? Núm. 11. Coimbra : Almedina, 2010. Pág. 196.

O que mudou com a gratuidade tendencial? Segundo a doutrina lusitana, com a inovação normativa os serviços prestados devem inclinar-se à gratuidade, mas sem a obrigatoriedade de serem gratuitos em toda situação. Nas palavras do autor Jorge Reis Novais, a “tendencial gratuidade significa que a prestação de cuidados e serviços de saúde no âmbito do SNS tende a ser gratuita, mas não tem de ser gratuita, pelo menos, não tem de ser sempre gratuita”.<sup>368</sup>

Mais uma vez o Tribunal Constitucional foi provocado para pronunciar-se, dessa vez sobre o Acórdão nº 731/95, com base no novo paradigma normativo. Em linhas gerais, foi mantido o entendimento anterior, mas ressaltando que a “gratuidade tendencial” conferia ao legislador maior liberdade de conformação em face do texto anterior. Assim, a princípio, outras cobranças, além das taxas moderadoras, são válidas, desde que os preços não sejam equivalentes ao custo do serviço.<sup>369</sup>

Diante disso, constata-se que a gratuidade admite modulações, podendo ser plena, progressiva e tendencial. A plena, ainda que defensável a tese de que constitui uma regra, deve comportar exceções com base na aceção normativa da gratuidade, aproximando-a então da natureza de princípio. A progressiva atua como programa de expansão gradual no tempo, uma meta que condiciona a sua exigibilidade. Por último, a tendencial determina que o *standard* é a gratuidade, porém exceções e flexibilizações são aceitas, especialmente quando justificadas pela ponderação, funcionando indubitavelmente como norma principiológica.<sup>370</sup>

### 3.10. Breve comparação com outros sistemas universais de saúde

A gratuidade não foi contemplada na estrutura normativa-constitucional, entretanto, foi adotada na prática. A inserção expressa e clara em sede legal só

---

<sup>368</sup> NOVAIS, Jorge Reis. Constituição e serviço nacional de saúde. **Direitos Fundamentais e Justiça**. Núm. 11, abr./jun., 2010. Pág. 98.

<sup>369</sup> ROSA, Paulo Jorge Ferreira. **A tributação da saúde em Portugal**. Tese (Mestrado em Ciências Jurídico-Políticas. Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2014. Pág. 111. LOUREIRO, João Carlos. Direito à (proteção) da saúde. **Revista da Defensoria Pública**. Ano 1., n. 1, jul./dez., 2008. Pág. 37.

<sup>370</sup> NOVAIS, Jorge Reis. Constituição e serviço nacional de saúde. **Direitos Fundamentais e Justiça**. Núm. 11, abr./jun., 2010. Pág. 91,96, 98.

ocorreu muitos anos depois com a Lei Complementar nº 141/2012<sup>371</sup>, pois a menção no longo art. 43 da Lei nº 8.080/1990<sup>372</sup> é considerada indireta e obscura, e não houve previsão na Lei 8.142/1990 – estas foram as principais leis que regulamentaram o SUS após a sua consagração constitucional.<sup>373</sup>

Independentemente, a gratuidade adotada no Brasil é a mais inflexível dentre os sistemas universais de saúde. Um desvio de concepção envolvendo a relação entre universalidade e gratuidade, demonstrando que a anormalidade reside no SUS e não no SNS português ora visto. Isso pode ser corroborado a partir de outros sistemas universais.

Nessa linha, o *National Health Service* (NHS) inglês, inspirado no Plano Beveridge, foi a principal referência teórica para concepção do SUS, pois ele consagra a saúde como um direito de todos. Não obstante, o art. 2º do *The NHS Constitution* preceitua que “os serviços são gratuitos, exceto em circunstâncias excepcionais aprovadas pelo Parlamento”.<sup>374</sup>

Ora, o NHS, que é o sistema de saúde mais festejado pelos sanitaristas brasileiros, possivelmente o mais generoso no continente europeu, admite sem qualquer embargo o copagamento, ainda que em caráter excepcional.<sup>375</sup> Aliás, não se trata nem de fenômeno recente. A título de ilustração, em 1952 já havia a figura do “*prescription charges*”, que é um preço módico pago pelo usuário do

---

<sup>371</sup> “Art. 2º Para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei Complementar, considerar-se-ão como despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes:

I - sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito;”

<sup>372</sup> “Art. 43. A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas”.

<sup>373</sup> VIANNA, Solon Magalhães; PIOLA, Sérgio Francisco; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Gratuidade no SUS: Controvérsia em Torno do Co-Pagamento. **Planejamento e Políticas Públicas**. Set., 1998. Pág. 124. FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Direito à saúde**. 5ª edição. Bahia : Editora Juspodivm, 2018. Pág. 94

<sup>374</sup> INGLATERRA. National Health Services. **The NHS constitution** : the NHS belongs to us all. Pág. 3

<sup>375</sup> THOMSON, Sarah; FOUBISER, Thomas; MOSSIALOS, Elias. Can user charges make health care more eficiente? **BMJ Clinical Research**. Vol. 341, 4 de set., 2010. Pág. 487 PAVOLINI, Emmanuele; Österle, August. **The Performance of European Health Care Systems**. In: PAVOLINI, Emmanuele; GUILLÉN, Ana M. (Org.). *Health Care Systems in Europe under Austerity: Institutional Reforms and Performance*. Palgrave Macmillan, 2013. Pág. 241.

sistema por cada item prescrito de medicamento.<sup>376</sup> Contudo, alguns autores preferem mencionar 1968 como o ano de referência ao copagamento no NHS, data em que foi reinserido após a breve supressão em 1965.<sup>377</sup>

Na Itália vigora o *Servizio Sanitario Nazionale* (SNN) e a constituição é lacônica sobre o direito a prestações de saúde, não regrado aspectos básicos, diretrizes ou princípios desse sistema. Não obstante, conta com uma previsão no art. 32 impondo “tratamentos gratuitos aos indigentes”, o que não proibiu o legislador de estender a gratuidade a outros vulneráveis ou contingências, ante a considerável abertura constitucional. De qualquer modo, não existem maiores discussões sobre a viabilidade jurídica do copagamento no sistema universal italiano, sendo usado em larga escala para mitigar a redução do financiamento público, independentemente de permissivo constitucional expreso.<sup>378</sup>

A constituição espanhola também é sucinta, não permitindo concluir pelo texto constitucional a adoção do sistema universal. De qualquer modo, o copago na Espanha desempenha um papel relevante, sobretudo no financiamento das despesas com os fármacos, aliás, tal como em outros países europeus.<sup>379</sup>

### 3.11. Conclusão parcial

Em síntese, predomina tanto na doutrina (sanitarista e jurídica) quanto na jurisprudência a tese da gratuidade absoluta dos serviços de saúde. Argumenta-se que, seja uma regra ou um princípio implícito, a gratuidade inexoravelmente

---

<sup>376</sup> EWBANK, Leo et al. **The rising cost of medicines to the NHS: What's the story?** The King's Fund, 2018. Pág. 31

<sup>377</sup> CHALKLEY, Martin; ROBINSON, Ray. **Theory and evidence on cost sharing in health care: an economic perspective.** Office of Health Economics. Dez, 1997. Pág. 25.

<sup>378</sup> SERAPIONI, Mauro. Impacto da crise no sistema de saúde da Itália. Cescontexto. **Ciências sociais e saúde** : Desafios e temas críticos dos Sistemas de Saúde. Núm. 7, out./2014. Pág. 76-77. VALE, Luís António Malheiro Meneses do. **As Taxas Moderadoras e o Financiamento do Serviço Nacional de Saúde: Elementos para uma Perspectiva Constitucional.**Org. In: CABRAL, Nazaré da Costa; AMADOR, Olívio Mota; MARTINS, Guilherme Waldemar D'Oliveira (Org.) A Reforma do Sector da Saúde: Uma Realidade Iminente? Núm. 11. Coimbra : Almedina, 2010. Pág. 165

<sup>379</sup> PINTO, Ana Sofia Carvalho Marques. **Análise da evolução do mercado do medicamento em Portugal.** Tese (Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde). Universidade do Porto. 2014. Pág. 17. GIMENO, Juan A.; RUBIO, Santiago; TAMAYO, Pedro. **Economía de la salud: fundamentos.** Editora Díaz de Santos. Livro eletrónico (Kindle). Madri: Diaz de Santos, 2012. Pág. 376-377.

proíbe qualquer participação privada, como decorrência dos princípios da universalidade e isonomia, além da falta de autorização constitucional expressa.

Discorda-se dessa vertente de pensamento, sendo imprescindível levar a sério o custo dos direitos, sobretudo os sociais e em especial a saúde, pois a escassez dos recursos condiciona a exigibilidade do direito e o rol de prestações devidas. Cada vez mais presente é a preocupação com o elemento econômico na construção da norma jurídica, contando com a contribuição das teorias das “escolhas trágicas”, do “custo dos direitos”, da “reserva do possível” e da Análise Econômica do Direito.

A norma jurídica é extraída do enunciado normativo, expresso ou tácito, conforme as possibilidades semânticas. Quanto mais indeterminado, maior é a liberdade de conformação ou interpretação. Admitindo que o texto constitucional é omissivo sobre a gratuidade da prestação dos serviços de saúde, é inescapável reconhecer que a competência outorgada ao legislador para restringir tal norma jurídica é mais ampla do que geralmente é aceito.

Ademais, a Constituição Federal previu expressamente as hipóteses em que determinado direito é gratuito, a exemplo da assistência jurídica pelo Estado (art. 5º, *caput*, inciso LXXIV)<sup>380</sup>, do registro civil de nascimento e da certidão de óbito aos reconhecidamente pobres (art. 5º, *caput*, inciso LXXVI)<sup>381</sup>, das ações de *habeas corpus* e *habeas data* (art. 5º, *caput*, inciso LXXVII)<sup>382</sup>, da assistência aos filhos e dependentes até os 5 anos de idade em creches e pré-escolas (art. 7º, *caput*, inciso XXV)<sup>383</sup>, do acesso à Defensoria Pública (art. 134, *caput*)<sup>384</sup>, o ensino público em estabelecimentos oficiais (art. 206, *caput*, inciso IV, e art. 208,

---

<sup>380</sup> “LXXIV - o Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos;”

<sup>381</sup> “LXXVI - são gratuitos para os reconhecidamente pobres, na forma da lei:

a) o registro civil de nascimento;

b) a certidão de óbito;”

<sup>382</sup> “LXXVII - são gratuitas as ações de “*habeas-corpus*” e “*habeas-data*”, e, na forma da lei, os atos necessários ao exercício da cidadania.”

<sup>383</sup> “XXV - assistência gratuita aos filhos e dependentes desde o nascimento até 5 (cinco) anos de idade em creches e pré-escolas;”

<sup>384</sup> “Art. 134. A Defensoria Pública é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbendo-lhe, como expressão e instrumento do regime democrático, fundamentalmente, a orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos, de forma integral e gratuita, aos necessitados, na forma do inciso LXXIV do art. 5º desta Constituição Federal .”

*caput*, incisos I e II, §1º)<sup>385</sup>, a celebração do casamento (art. 226, §1º)<sup>386</sup>, o transporte coletivo urbano aos maiores de 65 (sessenta e cinco) anos de idade (art. 230, §2º).<sup>387</sup>

Outrossim, a Assembleia Nacional Constituinte analisou um substituto para positivar expressamente a gratuidade dos serviços de saúde, entretanto, foi rejeitado. Isso confirma a lacuna de interesse ou finalidade normativa de atribuí-la obrigatoriamente para todos os indivíduos e serviços do então novel sistema. Em outras palavras, a recusa em estender a gratuidade às prestações de saúde deve ser compreendida como um silêncio eloquente.<sup>388</sup>

Por isso, é possível cravar apenas com base nos métodos interpretativos tradicionais – literal, sistemático, teológico e histórico – a irrazoabilidade da tese da regra da gratuidade em sede constitucional. Portanto, a gratuidade no máximo é um princípio jurídico, implícito, o que é corroborado pela diferenciação entre tais espécies normativas e pela classificação doutrinária dos tipos de restrição, além da omissão/indeterminabilidade do texto constitucional nacional.

Sendo um princípio, por definição, a gratuidade resulta num mandamento de otimização. As circunstâncias fáticas e jurídicas condicionam a incidência dessa norma, estando suscetível à ponderação em face de outros interesses jurídicos igualmente relevantes. Com isso, deve ser gradualmente efetivada ou, em situações muito excepcionais, inaplicada se justificado o eventual sacrifício.

Por conseguinte, é incongruência jurídica aceitar um princípio absoluto ou ilimitado. Por mais que se pretenda atribuir a máxima efetividade à gratuidade, como corolário do direito fundamental a prestações de saúde, isso resvala nas

---

<sup>385</sup> “IV - gratuidade do ensino público em estabelecimentos oficiais;

(...)

I - educação básica obrigatória e gratuita dos 4 (quatro) aos 17 (dezessete) anos de idade, assegurada inclusive sua oferta gratuita para todos os que a ela não tiveram acesso na idade própria;

(...)

II - progressiva universalização do ensino médio gratuito;

(...)

§ 1º O acesso ao ensino obrigatório e gratuito é direito público subjetivo.”

<sup>386</sup> “§ 1º O casamento é civil e gratuita a celebração.”

<sup>387</sup> “§ 2º Aos maiores de sessenta e cinco anos é garantida a gratuidade dos transportes coletivos urbanos.”

<sup>388</sup> VIANNA, Solon Magalhães; PIOLA, Sérgio Francisco; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Gratuidade no SUS: Controvérsia em Torno do Co-Pagamento. **Planejamento e Políticas Públicas**. Set., 1998. Pág. 123.

técnicas da unidade, concordância prática, força normativa e proporcionalidade. Afinal, acatar a absolutização do princípio da gratuidade implica subverter toda lógica sobre a qual desenvolveu-se o direito constitucional contemporâneo.

Isso fica bem ilustrado no confronto da gratuidade (e universalidade), com outros princípios que reduzem o seu raio de incidência, haja vista as cedências recíprocas entre essas normas.

O princípio da eficiência determina ao poder público a maximização dos recursos escassos, bem como dos demais bens e interesses jurídicos protegidos normativamente. O copagamento é um instrumento propulsor da eficiência, pois objetiva racionalizar o consumo, tanto o sobreutilizado quanto o subutilizado. Em outras palavras, sem a conjugação entre gratuidade e copagamento é inatingível um seguro ótimo de saúde, em infringência ao mandamento constitucional da eficiência.

O princípio da isonomia também encoraja o tratamento diferenciado para promover a igualdade substancial, justificando estratégias de focalização como o copagamento. Este instrumento, em suas heterogêneas formas, pode reduzir a desigualdade social, desde que devidamente estruturado, pressupondo um sofisticado, equânime e eficiente sistema de isenções/dispensas de pagamento para ser compatível com a universalidade. Portanto, o copagamento não infringe fatalmente a isonomia, pois, ao reverso, tem o condão de aliviar a regressividade que assola o sistema de saúde nacional.

O conjunto dos princípios orçamentários vistos – orçamento republicano, equilíbrio orçamentário, sustentabilidade financeira e equidade intergeracional – concretiza a eficiência e isonomia por intermédio de um processo político que, à luz dos recursos escassos, “tragicamente” precisa selecionar racionalmente os beneficiários e prestações devidos pelas políticas públicas. Isso porque existe um limite financeiro estatal que não pode ser ignorado, sob pena de gerar efeitos deletérios no mercado econômico e social, tanto no presente quanto no futuro. Daí a urgência do orçamento público sustentável, conectado às transformações contemporâneas, em que é crescente, cada vez mais, a comparticipação dos usuários no financiamento dos serviços públicos. Negar esta realidade pode

lesar as gerações futuras, tendo elas que arcar com um gasto maior ou desfrutar de serviços de qualidade inferior em prejuízo da própria saúde.

O amálgama de princípios da seguridade social aludidos – universalidade de cobertura e atendimento, seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços, solidariedade, equidade na participação de custeio, base de cálculo diversificada e subsidiariedade – forma uma relação triangular entre universalização, focalização e justiça securitária. Embora admissíveis múltiplas conjugações, é indispensável um equilíbrio entre elas, sob pena de acarretar disfuncionalidades à seguridade social e aos subsistemas que o integram. Desse modo, é inadmissível descartar todo influxo principiológico da seguridade social à saúde, pois, uma vez que não está apartada dele, deve respeito ao sistema jurídico do qual deriva.

A outro giro, na redação originária da constituição portuguesa, que previa literalmente a “gratuidade”, os respectivos órgãos incumbidos pela interpretação constitucional atribuíram a natureza de norma principiológica. Ademais, ensina a doutrina portuguesa que a gratuidade, além de plena, pode ser progressiva ou tendencial, com atributos inequivocamente principiológicos. Considerando a falta de menção no texto da constituição brasileira, ou seja, tratando-se de “gratuidade omissa”, é um contrassenso conferir-lhe uma natureza absoluta e ilimitada, típica de uma regra, sendo bem mais lógico e coerente admitir uma maior liberdade de conformação do legislador.

Ainda, outros países com sistema universal de saúde, como a Espanha, Itália e Inglaterra – a mesma cujo NHS é tão aplaudido pelos integrantes do movimento da reforma sanitária e que fortemente inspirou a criação do SUS – admitem o copagamento. Desconhece-se algum outro país, além do Brasil, que adote tal gratuidade irrestrita, cuja pretensa generosidade esconde a ineficiência e desigualdade do sistema público.

O exposto nesse trabalho sinaliza à importância e validade da focalização nas políticas públicas de saúde. O copago é tão somente uma das formas de execução dessa estratégia, estimulando a racionalidade, eficiência, equidade e sustentabilidade no âmbito do SUS.

Não se defende a mudança da universalidade pela focalização no sistema de saúde nacional. O que se apregoa é a substituição da tradicional concepção de universalidade ilimitada/absoluta por uma universalidade moderada, de modo a inserir pontuais elementos de focalização como o copagamento em situações específicas e determinadas. O que significa, em outros termos, uma combinação otimizada entre a gratuidade e o copago.

Conforme a abordagem realizada, essa é a conclusão mais consentânea com a ordem constitucional vigente. Isso porque, uma vez admitida, ainda que excepcionalmente, a flexibilização da gratuidade, conforme restou demonstrado, é imperativo reconhecer a compatibilidade do copagamento com a Constituição Federal de 1988, como válido instrumento para formulação de políticas públicas de saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a estratégia de focalização por meio do copagamento é compatível com a Constituição Federal de 1988, não havendo razões normativas para desconsiderá-lo, *a priori*, como um instrumento adicional na formulação das políticas públicas de saúde. Desde que seja devidamente estruturado e sem a pretensão de resolver todos os males dessa seara, pode ser útil para introjetar racionalidade, eficiência, equidade e sustentabilidade no sistema de saúde.

Conforme demonstrado, à luz das técnicas tradicionais e contemporâneas da Hermenêutica Jurídica, além das lições doutrinárias prevalentes sobre teoria da constituição, principalmente com as distinções entre regras e princípios e a restringibilidade de direitos, o fundamento da constitucionalidade recai sobre os princípios da eficiência, isonomia, do orçamento público e da seguridade social, incluindo a própria universalidade, além do influxo de outras normas constantes do texto constitucional que contribuem com a coerência sistêmica.

O reconhecimento da possibilidade jurídica é o primeiro passo para que pesquisas sejam levadas a sério para compreender as formas adequadas de estruturação do copagamento, bem como os potenciais impactos e usos nas políticas públicas de saúde. Ilustrativamente, o copagamento pode impulsionar o mercado de genéricos, fomentando o direito fundamental a medicamentos a preços acessíveis, bem como acarretar desdobramentos sobre o fenômeno da judicialização e os programas públicos como o Farmácia Popular, dentre outros.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHAM, Marcus. **Governança fiscal e sustentabilidade financeira**: os reflexos do Pacto Orçamental Europeu em Portugal como exemplos para o Brasil. Belo Horizonte: Fórum, 2019.

ABREU, Mafalda de Castro e Souza Maló de. **Taxas Moderadoras e a Racionalização da Procura de Cuidados de Saúde**. Tese (Mestrado em Gestão em Saúde). Universidade Nova de Lisboa. Dezembro, 2012. Disponível em: <<https://run.unl.pt/bitstream/10362/9630/3/RUN%20-%20Disserta%20a7%20a3o%20de%20Mestrado%20-%20Mafalda%20Abreu.pdf>>. Acesso em: 13/08/2020.

AGUIAR, Zenaide Neto. **Antecedentes históricos do Sistema Único de Saúde**: Breve História da Política de Saúde no Brasil. *In*: \_\_\_\_\_ (Org.). SUS : Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. 2ª edição. São Paulo: Martinari, 2015.

ALEXY, Robert. Trad. Virgílio Afonso da Silva. **Teoria dos direitos fundamentais**. 2ª edição. Malheiros Editores, 2017.

ALMEIDA, Célia. **Reforma de Sistemas de Saúde**: tendências internacionais, modelos e resultados. *In*: GIOVANELLA, Lígia *et al* (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Livro eletrônico (Kindle). 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

ARISTÓTELES. Trad. NASSETTI, Virgílio. **Ética a Nicômaco**. São Paulo : Martin Claret, 2004.

ARON-DINE, Aviva; EINAV, Liran; FINKELSTEIN, Amy. **The RAND Health Insurance Experiment, Three Decades Later**. Stanford Institute for Economic Policy Research. Dez., 2012. Disponível em: <[https://siepr.stanford.edu/sites/default/files/publications/12-007\\_8.pdf](https://siepr.stanford.edu/sites/default/files/publications/12-007_8.pdf)>. Acesso em 26/07/2020.

ARROW, Kenneth J. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. **The American Economic Review**. Vol. 53, dez., 1963. Disponível em: <[http://web.stanford.edu/~jay/health\\_class/Readings/Lecture01/arrow.pdf](http://web.stanford.edu/~jay/health_class/Readings/Lecture01/arrow.pdf)>. Acesso em 21/10/2020.

ASKIN, Elisabeth; MOORE, Nathan. **The Health Care Handbook**: A Clear and Concise Guide to the United States Health Care System. Livro eletrônico (Kindle). 2ª edição. Washington University: St. Louis, 2014.

ÁVILA, Humberto. Moralidade, razoabilidade e eficiência na atividade administrativa. **Revista Eletrônica de Direito**. Núm. 4, out., nov., dez., 2005. Disponível em: <<http://www.direitodoestado.com.br/codrevista.asp?cod=67>>. Acesso em 25/10/2024.

\_\_\_\_\_. **Teoria dos princípios** : da definição à aplicação dos princípios jurídicos. 13ª edição. Editora Malheiros, 2012.

BAHIA, Ligia. **O SUS e os Desafios da Universalização do Direito à Saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro.** In: LIMA, Nísia Trindade et al (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

BAICKER, Katherine; GOLDMAN, Dana. Patient Cost-Sharing and Healthcare Spending Growth. **Journal of Economic Perspectives.** Vol. 25, núm. 2, nov., 2011. Disponível em: <<https://pubs.aeaweb.org/doi/pdfplus/10.1257/jep.25.2.47>>. Acesso em: 20/08/2020.

BALERA, Wagner; FERNANDES, Thiago D'Avila. **Fundamentos da seguridade social.** São Paulo : LTr, 2015.

BANCO MUNDIAL. **Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro.** 2018. Disponível em: <<http://pubdocs.worldbank.org/en/545231536093524589/Propostas-de-Reformas-do-SUS.pdf>>. Acesso em 25/10/2019.

\_\_\_\_\_. **Um Ajuste Justo:** Análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil. Nov., 2017. Disponível em: <<http://documents1.worldbank.org/curated/en/884871511196609355/pdf/121480-REVISED-PORTUGUESE-Brazil-Public-Expenditure-Review-Overview-Portuguese-Final-revised.pdf>>. Acesso em: 20/10/2020.

BARCELLOS, Ana Paula de. **A eficácia jurídica dos princípios constitucionais:** O princípio da dignidade da pessoa humana. 3ª edição. Rio de Janeiro: Renovar, 2011.

BARCELLOS, Ana Paula de. **Ponderação, racionalidade e atividade jurisdicional.** Rio de Janeiro : Renovar, 2005.

BARNIEH, Lianne *et al.* A Systematic Review of Cost-Sharing Strategies Used within Publicly Funded Drug Plans in Member Countries of the Organization for Economic Co-Operation and Development. **PLOS ONE.** Vol. 9, 11 de mar., 2014. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/profile/Cam\\_Donaldson/publication/260717539\\_A\\_Systematic\\_Review\\_of\\_Cost-Sharing\\_Strategies\\_Used\\_within\\_Publicly-Funded\\_Drug\\_Plans\\_in\\_Member\\_Countries\\_of\\_the\\_Organisation\\_for\\_Economic\\_Co-Operation\\_and\\_Development/links/5409a12e0cf2822fb73a8657/A-Systematic-Review-of-Cost-Sharing-Strategies-Used-within-Publicly-Funded-Drug-Plans-in-Member-Countries-of-the-Organisation-for-Economic-Co-Operation-and-Development.pdf?origin=publication\\_detail](https://www.researchgate.net/profile/Cam_Donaldson/publication/260717539_A_Systematic_Review_of_Cost-Sharing_Strategies_Used_within_Publicly-Funded_Drug_Plans_in_Member_Countries_of_the_Organisation_for_Economic_Co-Operation_and_Development/links/5409a12e0cf2822fb73a8657/A-Systematic-Review-of-Cost-Sharing-Strategies-Used-within-Publicly-Funded-Drug-Plans-in-Member-Countries-of-the-Organisation-for-Economic-Co-Operation-and-Development.pdf?origin=publication_detail)>. Acesso em 21/10/2020.

BARRÍA, Cecília. **Brasil só perde para Cuba na lista de países da América Latina que mais pagam impostos.** BCC. 25 de março, 2019. Disponível em:

<<https://www.bbc.com/portuguese/internacional-47693085>>. Acesso em 21/07/2020.

BARROS, Pedro Pita. **Economia da saúde**: conceitos e comportamentos. 3ª edição. Editora Almedina, 2019.

BARROSO, Luís Roberto. **Curso de direito constitucional contemporâneo** : os conceitos fundamentais e a construção de um novo modelo. 5ª edição. São Paulo : Saraiva, 2015.

\_\_\_\_\_. **Interpretação e aplicação da Constituição** : fundamentos de uma dogmática constitucional transformadora. 6ª edição. São Paulo : Saraiva, 2004.

BATISTA JÚNIOR, Onofre Alves. **Princípio constitucional da eficiência administrativa**. 2ª edição. Belo Horizonte : Fórum, 2012.

BAUMAN, Zygmunt. Trad. Marcus Penchel. **Globalização**: as consequências humanas. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

BIANCHI, André Luiz. **Direito Social à Saúde e Fornecimento de Medicamentos**. Porto Alegre : Núria Fabris Ed., 2012.

BISPO JÚNIOR, José Patrício; MESSIAS, Kelly Leite Maia de. Sistemas de serviços de saúde: principais tipologias e suas relações com o sistema de saúde brasileiro. **Rev.Saúde.Com**. Vol. 1, núm. 1, 2005. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/26428560\\_Sistemas\\_de\\_servicos\\_d\\_e\\_saude\\_principais\\_tipologias\\_e\\_suas\\_relacoes\\_com\\_os\\_sistema\\_de\\_saude\\_brasileiro](https://www.researchgate.net/publication/26428560_Sistemas_de_servicos_d_e_saude_principais_tipologias_e_suas_relacoes_com_os_sistema_de_saude_brasileiro)> . Acesso em 25/10/2019.

BOBBIO, Norberto. Trad. Marco Aurélio Nogueira. **Liberalismo e democracia**. São Paulo: Editora Brasiliense, 2005.

\_\_\_\_\_. Trad. Carlos Nelson Coutinho. **Liberdade e igualdade**. Rio de Janeiro : Ediouro, 1997.

BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. Trad. Carmen C. Varriale *et al.* **Dicionário de política**. Vol. 1 e 2. 13ª edição. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2007.

BODENHEIMER, Thomas S.; GRUMBACH, Kevin. **Understanding health policy**: a clinical approach. 5ª edição. McGraw-Hill, 2009.

BORGES, Danielle da Costa Leite. **EU Health Systems and Distributive Justice**: Towards New Paradigms for the Provision of Health Care Services? Livro eletrônico (Kindle). Oxon, New York: Routledge Research in EU Law, 2017.

BRAITHWAITE, R. Scott *et al.* Can Broader Diffusion of Value-Based Insurance Design Increase Benefits from US Health Care without Increasing Costs? Evidence from a Computer Simulation Model. **PLoS Medicine**. Vol. 7, 16 de fev., 2010. Disponível em:

<<https://journals.plos.org/plosmedicine/article/file?id=10.1371/journal.pmed.1000234&type=printable>>. Acesso em: 28/08/2020.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Dados Gerais** – Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil 2014-2024). Disponível em: <<https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-gerais>>. Acesso em 01/12/2024.

\_\_\_\_\_. IBGE. Conta – **Satélite de Saúde**. Brasil 2010 – 2015. 2017. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101437.pdf> . Acesso em 25/10/2019.

\_\_\_\_\_. IBGE. Conta – **Satélite de Saúde** 2010 – 2017. 2019. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101690\\_informativo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101690_informativo.pdf) . Acesso em 21/07/2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde**. 1986. Relatório Final. 1986. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_sau\\_relatorio\\_final.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_sau_relatorio_final.pdf) . Acesso em 25/10/2019.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. **Relatório de Acompanhamento Fiscal**. 4. Tópico Especial: a carga tributária no Brasil e nos países da OCDE. 2018. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/551026/RAF23\\_DEZ2018\\_TopicoEspecial\\_CargaTributaria.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/551026/RAF23_DEZ2018_TopicoEspecial_CargaTributaria.pdf) . Acesso em 21/07/2020.

\_\_\_\_\_. Tesouro Nacional. **Aspectos fiscais da saúde no Brasil**. 2018. Disponível em: <<http://www.tesouro.fazenda.gov.br/documents/10180/318974/AspectosFiscaisSa%C3%BAde2018/a7203af9-2830-4ecb-bbb9-4b04c45287b4>>. Acesso em 25/10/2019.

BROOK, Robert H. *et al.* Does Free Care Improve Adult's Health? Results From a Randomized Controlled Trial. **New England Journal**. Vol. 309, núm. 23, dez., 1983. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/16840142\\_Does\\_Free\\_Care\\_Improve\\_Adults%27\\_Health\\_Results\\_from\\_a\\_Randomized\\_Controlled\\_Trial](https://www.researchgate.net/publication/16840142_Does_Free_Care_Improve_Adults%27_Health_Results_from_a_Randomized_Controlled_Trial)>. Acesso em: 29/07/2020.

CALABRESI, Guido; BOBBITT, Philip. **Tragic Choices** : the conflicts society confronts in the allocation of tragically scarce resources. New York : W. W. Norton & Company, 1978.

CAMPOS, António Correia de; SIMÕES, Jorge. **O percurso da saúde** : Portugal na Europa. Coimbra : Almedina, 2011.

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

\_\_\_\_\_. Trad. Francisco J. Astudillo Polo. Metodología “fuzzy” e “camaleões normativos” en la problemática actual de los derechos económicos, sociales y culturales. Derechos y libertades – **Revista del instituto Bartolomé de Las Casas**. Disponível em: <https://e-archivo.uc3m.es/rest/api/core/bitstreams/98fec823-d0dc-499d-aed6-cdc851c31dc6/content>>. Acesso em 24/10/2024.

CARNEIRO, Cláudio. **Neoconstitucionalismo e austeridade fiscal**: confronto constitucional-hermenêutico dos cortes constitucionais do Brasil e de Portugal. Salvador: Juspodivm, 2017.

CHALKLEY, Martin; ROBINSON, Ray. **Theory and evidence on cost sharing in health care**: an economic perspective. Office of Health Economics. Dez, 1997. Disponível em: <<https://www.ohe.org/publications/theory-and-evidence-cost-sharing-health-care-economic-perspective>>. Acesso em: 03/08/2020.

CHANDRA, Amitabh; HANDEL, Benjamin; SCHWARTZSTEIN, Joshua. **Behavioral Economics and Health-Care Markets**. In: BERNHEIN, Douglas B; DELLAVIGNA, Stefano; LAIBSON, David (Org.). Handbook of Behavioral Economics: Applications and Foundations. North-Holland, 2018. Disponível em: <[https://www.hbs.edu/faculty/Publication%20Files/Handbook\\_InsuranceForPosting\\_f0d1865b-b044-4b26-900d-6d4c74b857fa.pdf](https://www.hbs.edu/faculty/Publication%20Files/Handbook_InsuranceForPosting_f0d1865b-b044-4b26-900d-6d4c74b857fa.pdf)>. Acesso em: 06/09/2020.

CHERNEW, Michael E.; NEWHOUSE, Joseph P. What Does the RAND Health Insurance Experiment Tell Us About the Impact of Patient Cost Sharing on Health Outcomes? **The American Journal of Managed Care**. Vol. 14, núm. 7, jul., 2018. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/5241894\\_What\\_Does\\_the\\_RAND\\_Health\\_Insurance\\_Experiment\\_Tell\\_Us\\_about\\_the\\_Impact\\_of\\_Patient\\_Cost\\_Sharing\\_on\\_Health\\_Outcomes](https://www.researchgate.net/publication/5241894_What_Does_the_RAND_Health_Insurance_Experiment_Tell_Us_about_the_Impact_of_Patient_Cost_Sharing_on_Health_Outcomes)>. Acesso em 25/07/2020.

CHERNEW, Michael E.; ROSEN, Allison B.; FENDRICK, A. Mark. Value-Based Insurance Design. **Health Affairs**. Vol. 26, núm. 2, 30 de jan., 2007. Disponível em: <<https://www.healthaffairs.org/doi/pdf/10.1377/hlthaff.26.2.w195>>. Acesso em 09/09/2020.

COHN, Amélia. O jogo de varetas e a desconstrução da cidadania. **MaisSUAS**. 10 de set., 2016. Disponível em: <<https://maissuas.org/2016/09/10/o-jogo-de-varetas-e-a-desconstrucao-da-cidadania-por-amelia-cohn/>>. Acesso em 25/10/2019.

\_\_\_\_\_. Cavalo de pau nas políticas sociais. **Le Monde Diplomatique Brazil**. 6, jun., 2016. Disponível em: <<https://diplomatique.org.br/cavalo-de-pau-nas-politicas-sociais/>>. Acesso em 25/10/2019.

COOKSON, Richard *et al.* Using Cost-Effectiveness Analysis to Address Health Equity Concerns. **Value in Health**. Vol. 20, 1 de fev., 2017. Disponível em: <<https://www.valueinhealthjournal.com/action/showPdf?pii=S1098-3015%2816%2934167-5>>. Acesso em 06/09/2020.

COSTA, Nilson do Rosário. Austeridade, predominância privada e falha de governo na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 22, núm. 4, abr., 2017. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002401065&lng=pt&nrm=iso](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401065&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 12/11/2020.

CUNHA, Sérgio Sérvulo da. **Fundamentos de direito constitucional**. Vol. 2. São Paulo: Saraiva, 2008. Pág. 300-301.

CUNHA JÚNIOR, Dirley da. **Curso de direito constitucional**. 5ª edição. Bahia : Editora Juspodivm, 2011.

CUTLER, David M.; ZECKHAUSER, Richard J. The Anatomy of Health Insurance. **National Bureau of Economic Research**. Jun., 1999. Disponível em: <<https://www.nber.org/papers/w7176.pdf>>. Acesso em 21/06/2020.

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

DANIELS, Norman. **Just health: meeting health needs fairly**. New York: Cambridge University Press, 2012.

DEBER, RAISA B. **Treating health care: how the system works and how it could work better**. Livro eletrônico (Kindle). University of Toronto Press, 2018.

DRAIBE, Sônia Miriam. **O welfare state no Brasil: características e perspectivas**. UNICAMP. Caderno de pesquisa nº 8, 1993. Disponível em: <<https://www.nepp.unicamp.br/upload/documents/publicacoes/91f362d4e9d6a6d2e36d701e238198a6.pdf>>. Acesso em 05/12/2024.

DRUMMOND, Michael; TOWSE, Adrian. Is it time to reconsider the role of patient co-payments for pharmaceuticals in Europe? **The European Journal of Health Economics**. 26 de out., 2011. Disponível em: <<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10198-011-0353-8.pdf>>. Acesso em: 26/08/2020.

DWORKIN, Ronald. Trad. Jussara Simoes. **A virtude soberana : a teoria e a prática da igualdade**. São Paulo : Editora WMF Martins Fontes, 2011.

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flavio Coelho. **As Origens da Reforma Sanitária e do SUS**. In: LIMA, Nísia Trindade et al (<Org.>). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

ESPANHA. Ministério de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. **Health care systems in the European Union countries: Health characteristics and indicators** 2019. 2020. Disponível em: <[https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/presentacion\\_en.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/presentacion_en.pdf)>. Acesso em: 24/08/2020.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. Trad. Simone Rossi Pugin. O futuro do welfare state na nova ordem mundial. **Lua Nova**. Núm. 35, 1995. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ln/n35/a04n35.pdf>>. Acesso em 03/12/2020.

\_\_\_\_\_. Trad. Dinah de Abreu Azevedo. As três economias políticas do welfare state. **Lua Nova**. Núm. 24, set. de 1991. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ln/n24/a06n24.pdf>>. Acesso em 03/12/2020.

EWBANK, Leo *et al.* **The rising cost of medicines to the NHS: What's the story?** The King's Fund, 2018. Disponível em: <[https://assets.kingsfund.org.uk/f/256914/x/063e13bd4d/rising\\_cost\\_of\\_medicines\\_april\\_2018.pdf](https://assets.kingsfund.org.uk/f/256914/x/063e13bd4d/rising_cost_of_medicines_april_2018.pdf)>. Acesso em 20/11/2024.

FAGNANI, Eduardo. Política social e pactos conservadores no Brasil: 1964/92. **Economia e Sociedade**. Vol. 6, núm. 1, jun, 1997. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/ecos/article/view/8643175/10721>>. Acesso em 25/10/2019.

FARIA, José Eduardo. **O Estado e o direito depois da crise**. 2ª edição. São Paulo: Saraiva, 2017.

FAVRETE FILHO, Paulo; OLIVEIRA, Pedro Jorge de. A Universalização Excludente: Reflexões sobre as Tendências do Sistema de Saúde. **Planejamento e Políticas Públicas**. Núm. 3, jun., 1990. Disponível em: <[http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7358/1/ppp\\_3\\_Universalizacao.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7358/1/ppp_3_Universalizacao.pdf)>. Acesso em 24/10/19.

FELDSTEIN, Martin S. The Welfare Loss of Excess Health Insurance. **The Journal of Political Economy**. Vol. 82, núm. 1, mar./abr., 1973. Disponível em: <[http://public.econ.duke.edu/~hf14/teaching/socialinsurance/readings/Feldstein73\(3.11\).pdf](http://public.econ.duke.edu/~hf14/teaching/socialinsurance/readings/Feldstein73(3.11).pdf)>. Acesso em 21/10/2020.

FIGUEIREDO, Juliana Oliveira *et al.* Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. **Saúde Debate**. Vol. 42, núm. especial 2, out., 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe2/0103-1104-sdeb-42-spe02-0037.pdf>>. Acesso em 25/10/2019.

FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Direito à saúde**. 5ª edição. Bahia : Editora Juspodivm, 2018.

\_\_\_\_\_. **Direito fundamental à saúde** : parâmetros para sua eficácia e efetividade. Porto Alegre : Livraria do Advogado Editora, 2007.

FLEURY, Sonia; OUVENEY, Assis Mafort. **Política de Saúde**: uma política social. *In*: GIOVANELLA, Lígia *et al* (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Livro eletrônico (Kindle). 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

FLUMINHAN, Vinícius Pacheco. **A judicialização do direito à saúde no SUS** : limites e possibilidades. Tese (Mestrado em Direito). Universidade Metodista de

Piracicaba, 2014. Disponível em: <[https://www.unimep.br/phpg/bibdig/pdfs/docs/11112014\\_105628\\_vinicius.pdf](https://www.unimep.br/phpg/bibdig/pdfs/docs/11112014_105628_vinicius.pdf)>. Acesso em 20/06/2018.

FLYNN, Sean Masaki. **The Cure That Works**: How to Have the Best Healthcare – at a Quarter of the Price. Livro eletrônico (Kindle). Regnery Publishing. 2019.

FOLLAND, Sherman; GOODMAN, Allen C.; STANO, Miron. **The Economics of Health Care**. 7ª edição. Pearson, 2013.

FONTELES, Samuel Sales. **Hermenêutica Constitucional**. Bahia : Editora Juspodivm. 2018.

FREITAS, Juarez. **Direito fundamental à boa administração**. 3ª edição. Malheiros Editores, 2014.

FUENTES, André. **Em ranking sobre eficiência dos serviços de saúde, Brasil fica em último lugar**. Veja. 23, abr., 2014. Disponível em: <<https://veja.abril.com.br/blog/impavido-colosso/em-ranking-sobre-a-eficiencia-dos-servicos-de-saude-brasil-fica-em-ultimo-lugar>>. Acesso em 25/10/2019.

**FUNDO MONETÁRIO INTERNACIONAL**. Disponível em: <<https://pt.countryeconomy.com/paises/grupos/fmi>>. Acesso em 31/10/2019.

GALDINO, Flávio. **O Custo dos direitos**. In: BARCELLOS, Ana Paula de et al (Org.). Legitimação dos Direitos Humanos. Rio de Janeiro : Renovar, 2002. Disponível em: <[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/286635/mod\\_resource/content/1/Aula%2012.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/286635/mod_resource/content/1/Aula%2012.pdf)>. Acesso em 18/11/2024.

GARCÍA, Alberto NAVARRO. **El Copago Como Mecanismo de Financiación de los Servicios del Estado Social: Problemas Jurídicos**. Tese (Doutorado em Turismo, Derecho y Empresa). Universitat de Girona. 2013. Disponível em: <<https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/129632/tanq.pdf?sequence=5&isAllowed=y>>. Acesso em: 09/03/2020.

GARLAND, David. **The Welfare State: A Very Short Introduction**. Livro eletrônico (Kindle). Oxford University Press, 2016.

GERTLER, Paul J.; HAMMER, Jeffrey S. **Strategies for Pricing Publicly Provided Health Services**. Mar., 1997. Disponível em: <[https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=615024](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=615024)>. Acesso em 31/07/2020.

GIACOMONI, James. **Orçamento governamental: teoria, sistema, processo**. São Paulo: Atlas, 2019.

GIMENO, Juan A.; RUBIO, Santiago; TAMAYO, Pedro. **Economía de la salud: fundamentos**. Editora Díaz de Santos. Livro eletrônico (Kindle). Madrid: Díaz de Santos, 2012.

GIOVANELLA, Lígia; STEGMÜLLER, Klaus. The financial crisis and health care systems in Europe: universal care under threat? Trends in health sector reforms in Germany, the United Kingdom, and Spain. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. Nov., 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v30n11/0102-311X-csp-30-11-2263.pdf>>. Acesso em 21/10/2020.

GLADWELL, Malcolm. **The Moral-Hazard Myth** : The bad idea behind our failed health-care system. 22 de ago., 2005. Disponível em: <<https://www.newyorker.com/magazine/2005/08/29/the-moral-hazard-myth>>. Acesso em 19/10/2020.

GOMES, Emerson Cesar da Silva. **O direito dos gastos públicos no Brasil**. São Paulo: Almedina, 2015.

GRAY, Muir *et al.* **How To Get Better Value Healthcare**. Livro eletrônico (Kindle). 3ª edição. Offox Press: Oxford. 2017.

GREENBERG, Stanley. **Understanding Obamacare**: The Simplified Guide to Making Sense of the New Insurance Policy. Livro eletrônico (Kindle).

GUEDES, Jefferson Carús. **Igualdade e desigualdade** : introdução conceitual, normativa e histórica dos princípios. São Paulo : Editora Revista dos Tribunais, 2014.

HABER NETO, Michel. **A tributação e o financiamento do direito à saúde no Brasil**. Tese (Mestrado em Direito Econômico, Financeiro e Tributário). Universidade de São Paulo. 2012. Disponível em: <[https://teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2133/tde-14062013-132237/publico/Michel\\_Haber\\_Neto\\_ME.pdf](https://teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2133/tde-14062013-132237/publico/Michel_Haber_Neto_ME.pdf)>. Acesso em: 24/10/2019.

HEMERIJCK, Anton. 21st Century Welfare Provision is more than the “social insurance state”: A replay to Paul Pierse. **ZeS-Arbeitspapier**. Núm. 3, 2011. Disponível em: <<https://www.econstor.eu/bitstream/10419/52138/1/67165358X.pdf>>. Acesso em 03/12/2020.

HESSE, Konrad. Trad. Gilmar Ferreira Mendes. **A força normativa da constituição**. Porto Alegre : Sérgio Antonio Fabris Editor, 1991.

HOLMES, Stephen; SUNSTEIN, Cass R. **The Cost of Rights** : Why liberty depends on Taxes. Cambridge : Harvard University Press, 2000.

HOLST, Jens; GIOVANELLA, Lígia; ANDRADE, Gabriella Carrilho Lins de. Porque não instituir copagamento no Sistema Único de Saúde: efeitos nocivos para o acesso a serviços e a saúde dos cidadãos. Rio de Janeiro : **Saúde**

**Debate.** Vol. 40., dez., 2016. Disponível em:<<https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40nspe/0103-1104-sdeb-40-spe-0213.pdf>>. Acesso em 21/10/2020.

HORVATH JÚNIOR, Miguel. **Direito Previdenciário**. 10 edição. São Paulo : Quartier Latin, 2014.

HOUGH, Douglas E. **Irrationality in health care**: what behavioral economics reveals about what we do and why. Standford University Press, 2013.

HOWLETT, Michael; RAMESH, M; PERL, Anthony. Trad. Francisco G. Heidemann. **Política pública**: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integradora. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

IBAÑES, Nelson. **Análise comparada de Sistemas de Saúde**. In: INAÑES, Nelson; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon; SEIXAS, Paulo Henrique D'Ângelo (Org.). Política e Gestão Pública em Saúde. São Paulo: Hucitec Editora: Cealag, 2011.

INGLATERRA. National Health Services. **The NHS constitution** : the NHS belongs to us all. Disponível em: <[https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/170656/NHS\\_Constitution.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/170656/NHS_Constitution.pdf)>. Acesso em 17/11/2024.

JUNOY, Jaume Puig. **Los Mecanismos de Copago en Servicios Sanitarios: Cuando, Cómo y Porqué**. Hacienda Publica Española, 2001. Disponível em:<<https://jaumepuigjunoy.cat/wp-content/uploads/2017/11/Copagos.pdf>>. Acesso em 21/10/2020.

KHAMIS, Renato Braz Mehanna. **Da proporcionalidade à razoabilidade**: entre a técnica e a norma jurídica. Tese (Doutorado em Direito do Estado – Direito Constitucional). PUC-SP. 2013.

LADEIRA, Fernando de Oliveira Domingues. **Regulação estatal e assistência privada à saúde**: liberdade de iniciativa e responsabilidade social na saúde suplementar. Belo Horizonte: Fórum, 2012.

LE GRAND, Julian. **The strategy of equality**: redistribution and the Social Services. Livro eletrônico (Kindle). Londres: Routledge, 1982.

LEAL, Rogério Gesta. **Impactos econômicos e sociais das decisões judiciais** : aspectos introdutórios. Brasília : ENFAM, 2010. Disponível em: <[https://www.enfam.jus.br/wp-content/uploads/2014/04/Impactos-Economicos\\_site.pdf](https://www.enfam.jus.br/wp-content/uploads/2014/04/Impactos-Economicos_site.pdf)>. Acesso em 29/11/2024.

LIMAVERDE, Daniel Ferreira; SANTOS JUNIOR, Gildo dos; KHAMIS, Renato Braz Mehanna. A Vedação de Retrocesso e a Limitação de Gastos com a Saúde pela Emenda Constitucional N. 95/2016. **Anais do Encontro Nacional de Pós-Graduação – Unisanta**. Vol. 1, núm. 1, 2017. Disponível em:

<<http://periodicos.unisanta.br/index.php/ENPG/article/view/1153/1084>>. Acesso em 25/10/2019.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígia. **Sistemas de saúde**: origens, componentes e dinâmica. *In*: GIOVANELLA, Lígia *et al* (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Livro eletrônico (Kindle). 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

LOHR, Kathleen N. *et al*. **Use o Medical Care in the Rand Health Insurance Experiment**: Diagnosis-and Service-specific Analyses in a Randomized Controlled Trial. The RAND Corporation. Dez., 1986. Disponível em: <<https://www.rand.org/pubs/reports/R3469.html>>. Acesso em: 28/07/2020.

LOUREIRO, João Carlos. Direito à (proteção) da saúde. **Revista da Defensoria Pública**. Ano 1., n. 1, jul./dez., 2008.

LUSTOSA, Helton Kramer. **Eficiência administrativa e ativismo judicial**: escolhas orçamentárias, políticas públicas e o mínimo existencial social. Curitiba : Íthala, 2015.

MAHONEY, John J. Value-Based Benefit Design: Using a Predictive Modeling Approach to Improve Compliance. **Journal of Managed Care Pharmacy**. Jun., 2008. Disponível em: <[https://pdfs.semanticscholar.org/2ba5/214bc06211f70cdc0c4c1c6c8dcb88f5fa97.pdf?\\_ga=2.201368851.308025981.1599635354-1046032941.1557705903](https://pdfs.semanticscholar.org/2ba5/214bc06211f70cdc0c4c1c6c8dcb88f5fa97.pdf?_ga=2.201368851.308025981.1599635354-1046032941.1557705903)>. Acesso em: 09/09/2020.

MANNING, Willard G *et al*. Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment. **The American Economic Review**. Jun., 1987. Disponível em: <[http://public.econ.duke.edu/~hf14/teaching/socialinsurance/readings/Manning\\_etal87\(3.13\).pdf](http://public.econ.duke.edu/~hf14/teaching/socialinsurance/readings/Manning_etal87(3.13).pdf)>. Acesso em 26/07/2020.

MAPELLI JÚNIOR, Reynaldo. **Judicialização da saúde** : regime jurídico do SUS e intervenção na administração pública. 1ª edição. Rio de Janeiro : Atheneu, 2017.

MARTINS, Sérgio Pinto. **Fundamentos de direito da Seguridade Social**. 16ª edição. São Paulo : Editora Atlas, 2015.

MATTOS, Ruben Araujo de. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Comunicação, Saúde e Educação**. Vol. 13, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a28v13s1.pdf>>. Acesso em 24/10/2019.

MAXIMILIANO, Carlos. **Hermenêutica e aplicação do direito**. 20ª edição. Rio de Janeiro : Forense, 2011.

MEDEIROS, Marcelo. **Princípios de justiça na alocação de recursos em saúde**. Rio de Janeiro : IPEA, 1999. Disponível em:

<[https://site.mppr.mp.br/sites/hotsites/arquivos\\_restritos/files/migrados/File/Biblioteca/justica\\_e\\_alocacao\\_de\\_recursos.pdf](https://site.mppr.mp.br/sites/hotsites/arquivos_restritos/files/migrados/File/Biblioteca/justica_e_alocacao_de_recursos.pdf)>. Acesso em 20/11/2024.

MEDICI, André Cezar. **Do Global ao Local: os desafios de saúde no limiar do século XXI**. Belo Horizonte : Coopmed, 2011.

MELLO, Celso Bandeira de. **O conteúdo jurídico do princípio da isonomia**. 3ª edição. São Paulo : Editora Malheiros, 2010.

MENEZES, Vitor Hugo Mota de. **Direito à saúde e reserva do possível**. Curitiba : Juruá, 2015.

MOREAU, Pierre. **O financiamento da Seguridade Social na União Europeia e no Brasil**. São Paulo : Quartier Latin, 2005.

MOSSIALOS, Elias; DIXON, Anna. **Funding health care in Europe: weighing up the options**. In: MOSSIALOS, Elias *et al* (Org.). European Observatory on Health Care Systems Series. Funding health care: options for Europe. 2002. Disponível em: <[https://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0003/98310/E74485.pdf?ua=1](https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/98310/E74485.pdf?ua=1)>. Acesso em: 03/08/2020.

MOTA, Paulo. **Austeridade expansionista: como matar uma ideia zombi?** Editora Almedina, 2017.

MÜLLER, Friedrich. Trad. Peter Naumann. **Metodologia do Direito Constitucional**. 4ª edição. São Paulo : Revista dos Tribunais, 2010.

MUÑOZ, Jaime Rodríguez-Arana. Trad. Daniel Wunder Hachem. **Direito fundamental à boa administração pública**. Belo Horizonte : Editora Fórum, 2012.

MUSGRAVE, Philip. **Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns**. Banco Mundial. 1996. Disponível em: <<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/13656/292900Musgrove0public1private1whole.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em 20/10/2020.

NABAIS, José Casalta. Crise e sustentabilidade do Estado fiscal. **Meritum**. Belo Horizonte. Vol. 13, núm. 2, jul./dez. de 2018. Disponível em: <<https://revista.fumec.br/index.php/meritum/article/view/7013>> Acesso em: 20/11/2024.

\_\_\_\_\_. Estabilidade financeira e o Tratado Orçamental. **Jurismat. Revista Jurídica do Instituto Superior Manuel Teixeira Gomes**, Portimão, núm. 6, mai. 2015. Disponível em: <<https://revistas.ulusofona.pt/index.php/jurismat/article/view/7862/4646>>. Acesso em 04/11/2024.

\_\_\_\_\_. **Da sustentabilidade do Estado Liberal.** In: NABAIS, José Casalta; SILVA, Suzana Tavares da (Org.). Sustentabilidade fiscal em tempos de crise. Coimbra : Almedina, 2011. Disponível em: <[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4909060/mod\\_folder/content/0/NABAIS.%20Da%20Sustentabilidade%20do%20Estado%20Fiscal.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4909060/mod_folder/content/0/NABAIS.%20Da%20Sustentabilidade%20do%20Estado%20Fiscal.pdf)> Acesso em 04/11/2024.

NASCIMENTO, Tupinambá Miguel Castro do. **A ordem social e a nova Constituição.** Rio de Janeiro : Aide Ed, 1991.

NETTO, Luísa Cristina Pinto e. **O princípio de proibição de retrocesso social.** Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2010.

NEVES, Marcelo. **A constitucionalização simbólica.** 3ª edição. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2011.

NEWHOUSE, Joseph P. **Free for All?: lessons from the RAND Health Insurance Experiment.** Harvard University Press: Cambridge, Massachusetts, 1996.

NEWHOUSE, Joseph P.; SINAIKO, Anna D. **What We Know and Don't Know about the Effects of Cost Sharing on the Demand for Medical Care – and So What?** In: SLOAN, Frank A.; KASPER, Hirschel (Org.). Incentives and Choice in Health Care. Massachusetts Institute of Technology. 2008.

NEWHOUSE, Joseph P. *et al.* Attrition in the RAND Health Insurance Experiment: A Response to Nyman. **Journal of Politics, Politics and Law.** 31 de mar., 2008. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/586d/a80e137653451fa68b8355eb7cf7c64e24c3.pdf>>. Acesso em 21/10/2020.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **Crêterios de Justiça Distributiva em Saúde.** IPEA. Mar., 2011. Disponível em: <[https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td\\_1591.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1591.pdf)>. Acesso em 25/10/2020.

NORONHA, José Carvalho; GIOVANELLA, Lígia; CONILL, Eleonor Minho. **Sistemas de saúde da Alemanha, do Canadá e dos EUA:** uma visão comparada. In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar de (Org.). Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

NOVAIS, Jorge Reis. Constituição e serviço nacional de saúde. **Direitos Fundamentais e Justiça.** Núm. 11, abr./jun., 2010. Disponível em: <<https://dfj.emnuvens.com.br/dfj/article/view/441/327>>. Acesso em 02/11/2024.

\_\_\_\_\_. **Princípios estruturantes de estado de direito.** Coimbra : Almedina, 2019.

NOVELINO, Marcelo. **Direito constitucional.** 4ª edição. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2010.

NUNES, André. As teorias de justiça e a equidade no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**. Núm. 37, jul./dez., 2011. Disponível em: <[https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9189/1/ppp\\_37\\_teorias.pdf](https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9189/1/ppp_37_teorias.pdf)>. Acesso em 21/11/2024.

NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. **A Cidadania Social na Constituição de 1988** – Estratégias de Positivação e Exigibilidade Judicial dos Direitos Sociais. São Paulo : Editora Verbatim, 2009.

NUSSBAUM, Martha C. **Creating capabilities**: the human development approach. Livro eletrônico (Kindle). The Harvard University Press. 2011.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **SUS**: o desafio de ser único. Rio de Janeiro : Editora FIOCRUZ, 2012.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; SILVEIRA, Fernando Gaiger. O Mercado de planos de saúde: uma criação do Estado? **Rev. econ. contemp.** Vol. 10, núm. 1, jan./mar., 2006. Disponível em: <<https://revistas.ufjr.br/index.php/rec/article/view/19977>>. Acesso em 25/10/2019.

OLIVEIRA, Fernando Fróes. **Direitos Sociais, mínimo existencial e democracia deliberativa**. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2013.

OLIVEIRA, Rafael Carvalho Rezende. **Curso de direito administrativo**. 10 edição. Rio de Janeiro : Método, 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **The World Health Report 2000**: health: improving performance. 2000. Disponível em: <[https://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf?ua=1](https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 25/10/2019.

\_\_\_\_\_. **World Health Statistics 2015**. Part II. Global health indicators. Disponível em: <[https://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/EN\\_WHS2015\\_Part2.pdf?ua=1](https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2015_Part2.pdf?ua=1)>. Acesso em 25/10/2019.

\_\_\_\_\_. **Current health expenditure (CHE)**. Data by country. Disponível em: <<http://apps.who.int/gho/data/node.main.SDGCHEPERCAPITA?lang=en>>. Acesso em 29/10/2019.

PAIM, Jairnilson Silva. **A Reforma Sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão crítica. Livro eletrônico (Kindle). Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

\_\_\_\_\_. **O que é o SUS**. Livro eletrônico (Kindle). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PAVOLINI, Emmanuele; Österle, August. **The Performance of European Health Care Systems**. In: PAVOLINI, Emmanuele; GUILLÉN, Ana M. (Org.).

Health Care Systems in Europe under Austerity: Institutional Reforms and Performance. Palgrave Macmillan, 2013.

PAULY, Mark V. **The Truth about Moral Hazard and Adverse Selection**. Syracuse University. Núm. 36, 2007. Disponível em: <<https://surface.syr.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1006&context=cpr>>. Acesso em 20/10/2020.

\_\_\_\_\_. The Economics of Moral Hazard: Comment. **The American Economic Review**. Vol. 58, núm. 3, jun., 1968. Disponível em: <[http://static.stevereads.com/papers\\_to\\_read/the\\_economics\\_of\\_moral\\_hazard.pdf](http://static.stevereads.com/papers_to_read/the_economics_of_moral_hazard.pdf)>. Acesso em 21/10/2020.

PEREIRA, Jane Reis Gonçalves. **Interpretação constitucional e direitos fundamentais**. 2ª edição. São Paulo : Saraiva, 2018.

PINTO, Ana Sofia Carvalho Marques. **Análise da evolução do mercado do medicamento em Portugal**. Tese (Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde). Universidade do Porto. 2014. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/143394927.pdf>>. Acesso em 29/04/2021.

PISCITELLI, Tathiane. **Direito Financeiro esquematizado**. 4ª edição. Rio de Janeiro : Forense, São Paulo : MÉTODO, 2014.

PIERSON, Paul. **Coping with permanent austerity, Welfare State restructuring in affluent democracies**. In: \_\_\_\_\_. (Org.) *The new politics of the Welfare State*. Oxford : Oxford University Press, 2001. Disponível em: <<https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=4677459&forceview=1>>. Acesso em 30/11/2024.

\_\_\_\_\_. The New Politics of the Welfare State. **World Politics**. Vol. 48, núm. 2, jan. de 1996. Disponível em: <<http://www.people.fas.harvard.edu/~iversen/PDFfiles/Pierson1996.pdf>>. Acesso em 04/12/2020.

PORTUGAL. **Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde**: Relatório Final. Fev., 2007. Disponível em: <<http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/050CB0A2-7ACC-4975-A1E4-4312A1FBE12D/0/RelatorioFinalComissaoSustentabilidadeFinanciamentoSNS.pdf>>. Acesso em 20/08/2020.

QUAGLIO, GianLuca *et al.* Austerity and health in Europe. **Health Policy**. 25, set., 2013. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851013002303?via%3Dihub>>. Acesso em 19/11/2024/

RIBEIRO, Ricardo Lodi. **Desigualdade e Tributação na Era da Austeridade Seletiva**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019.

RICE, Thomas; MATSUOKA, Karen Y. The Impact of Cost-Sharing on Appropriate Utilization and Health Status: A Review of the Literature on Seniors. **Medical Care Research and Review**. Vol. 61, núm. 4, dez., 2004. Disponível em: <<https://www.kff.org/wp-content/uploads/2013/01/the-impact-of-cost-sharing-on-appropriate-utilization-and-health-status-a-review-of-the-literature-on-seniors.pdf>>. Acesso em: 20/08/2020.

ROA, Alejandra Carrillo. **Financiamento dos sistemas de saúde na América do Sul**. In: MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sérgio Francisco; ROA, Alejandra Carrillo (Org.). Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrEs; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento; OPAS/OMS no Brasil, 2016. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema\\_saude\\_brasil\\_organizacao\\_financiamento.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude_brasil_organizacao_financiamento.pdf)>. Acesso em 25/10/2019.

ROBINSON, Ray. **User charges for health care**. In: European Observatory on Health Care Systems Series. Funding health care: options for Europe. Elias Mossialos et al (Org.). 2002. Disponível em: <[https://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0003/98310/E74485.pdf?ua=1](https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/98310/E74485.pdf?ua=1)>. Acesso em: 03/08/2020.

RODRIGUES, Eduardo Azeredo. **O princípio da eficiência à luz da teoria dos princípios**. Rio de Janeiro : Editora Lumen Juris, 2012.

RODRIGUES, Paulo Henrique. **Apocalipse não: o estado do bem-estar social sobrevive à onda neoliberal**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2003. Disponível em:<[http://www.bdtu.uerj.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=8656](http://www.bdtu.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=8656)>. Acesso em 03/12/2020.

RODRÍGUEZ, Marisol. **Los copagos en atención médica y su impacto sobre la utilización, el gasto y la equidad**. In: JUNOY, Jaume Puig. La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria. Barcelona: Fundació Rafael Campalans. 2007. Disponível em: <<https://fcampalans.cat/images/noticias/Capitol%204.pdf>>. Acesso em: 27/07/2020.

ROSA, Paulo Jorge Ferreira. **A tributação da saúde em Portugal**. Tese (Mestrado em Ciências Jurídico-Políticas. Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2014. Disponível em: <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/34957?locale=en>. Acesso em 21/10/2024.

ROSENTHAL, Elisabeth. **An American sickness**: how healthcare became a big business and how you can take it back. Livro eletrônico (Kindle). New York: Penguin Press, 2017.

RUPRECHT, Alfredo J. **Direito da Seguridade Social**. São Paulo : LTr, 1996.

SALDANHA, Nelson. **O Estado Moderno e a Separação de Poderes**. 2ª edição. São Paulo: Quartier Latin, 2010.

SANTOS, Isabela Soares. Evidências sobre o mix público-privado em países com cobertura duplicada: agravamento das iniquidades e da segmentação em sistemas nacionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/hHrVb98BZYcY7v68cFhtqJ/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 20/11/2024.

\_\_\_\_\_. **O Mix Público-Privado no Sistema de Saúde Brasileiro**: elementos para a regulação da cobertura duplicada. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. 2009. Disponível em: <[http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/premio2010/doutorado/trabalho\\_isabelasantosantos\\_mh\\_d.pdf](http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/premio2010/doutorado/trabalho_isabelasantosantos_mh_d.pdf)>. Acesso em 05/11/2020.

SANTOS, Marisa Ferreira dos. **O princípio da seletividade das prestações de seguridade social**. São Paulo : LTr, 2003.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde**: algumas aproximações. *In*: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti; BARCELOS, Ana Paula de (Org.). **Direitos fundamentais: orçamento e "reserva do possível"**. 2ª edição. Porto Alegre : Livraria do Advogado Editora, 2013.

SARMENTO, Daniel. **Dignidade da pessoa humana**: conteúdo, trajetórias e metodologia. Belo Horizonte : Fórum, 2016.

SCAFF, Fernando Facury. **Equilíbrio orçamentário, sustentabilidade financeira e justiça intergeracional**. *In*: CUNHA, Luís Pedro; QUELHAS, José Manuel. ALMEIDA, Teresa (Org.). **Boletim de Ciências Econômicas – Homenagem ao Prof. Doutor António José Avelãs Nunes**. Vol. LVII, Tomo III. Coimbra, 2014.

\_\_\_\_\_. **Orçamento Republicano e Liberdade Igual**: Ensaio sobre Direito Financeiro, República e Direitos Fundamentais no Brasil. Belo Horizonte: Fórum, 2018.

SCHOKKAERT, Erik; VOORDE, Carine Van de. **User Charges**. *In*: GLIED, Sherry; SMITH, Peter C. **The Oxford Handbook of Health Economics**. Oxford University Press. 2012. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/285359772\\_User\\_Charges](https://www.researchgate.net/publication/285359772_User_Charges)>. Acesso em 15/08/2020.

SEN, Amartya. Trad. Laura Teixeira Motta. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SEN, Amartya; KLIKSBURG, Bernardo. Trad. Bernardo Ajzenberg e Carlos Eduardo Lins da Silva. **As pessoas em primeiro lugar** : a ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado. São Paulo : Companhia das Letras, 2010.

SERAPIONI, Mauro. Impacto da crise no sistema de saúde da Itália. *Cescontexto. Ciências sociais e saúde* : Desafios e temas críticos dos Sistemas de Saúde. Núm. 7, out./2014. Disponível em: <<https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/81007>>. Acesso em 17/11/2024.

SERRANO, Mônica de Almeida Magalhães. **O Sistema Único de Saúde e suas diretrizes constitucionais**. 2ª edição. São Paulo : Editora Verbatim, 2012.

SHAMPANIER, Kristina; MAZAR, Nina; ARIELY, Dan. Zero as a Special Price: The True Value of Free Products. *Marketing Science*. Vol. 26, núm. 6, nov./dez., 2007. Disponível em: <<https://www.2.rotman.utoronto.ca/facbios/file/ZeroPrice.pdf>>. Acesso em 27/07/2020.

SILVA, Suzana Tavares da. **Direitos Fundamentais na Arena Global**. 2ª edição. Universidade de Coimbra, 2014.

\_\_\_\_\_. **O princípio (fundamental) da eficiência**. IIIº Encontro de Professores de Direito Público. Porto. 30 de jan., 2009. Disponível em: <<https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/12441/1/O%20princ%c3%adpio%20a%20efici%c3%aancia.pdf>>. Acesso em 25/10/2024.

SILVA, Virgílio Afonso da. **Direitos fundamentais**: conteúdo essencial, restrições e eficácia. 2ª edição. Malheiros Editores, 2011.

SILVEIRA, André Bueno da. **Análise econômica do direito e teoria dos jogos**: consequentialismo nas decisões judiciais e a nova interpretação das consequências. São Paulo : Editora Juspodivm, 2022.

SOLANKI, Geetesh, SCHAUFFLER, Helen Halpin, MILLER, Leonard S. The Direct and Indirect Effects of Cost-Sharing on the Use of Preventive Services. *Health Services Research*. Fev., 2000. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1089084/pdf/hsresearch00023-0075.pdf>>. Acesso em 04/08/2020.

SOUZA NETO, Cláudio Pereira de; SARMENTO, Daniel. **Direito constitucional**: teoria, história e método de trabalho. 2ª edição. Belo Horizonte: Fórum, 2014.

STADHOUDERS, Niek *et al.* Effective healthcare cost-containment policies: A systematic review. *Health Policy*. Vol. 123, jan., 2019. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851018306341?via%3Dihub>>. Acesso em 04/11/2024.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de; PAIM, Jairnilson Silva. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. *In*: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar de (Org.). Saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

THALER, Richard H.; SUNSTEIN, Cass R. Trad. Ângelo Lessa. **Nudge**: como tornar melhores decisões sobre saúde, dinheiro e felicidade. 1ª edição. Rio de Janeiro: Objetiva, 2019.

THOMSON, Sarah; FOUBISER, Thomas; MOSSIALOS, Elias. Can user charges make health care more eficiente? **BMJ Clinical Research**. Vol. 341, 4 de set., 2010. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/259840453\\_HEALTH\\_SYSTEMS\\_PERSPECTIVES\\_Can\\_user\\_charges\\_make\\_health\\_care\\_more\\_efficient](https://www.researchgate.net/publication/259840453_HEALTH_SYSTEMS_PERSPECTIVES_Can_user_charges_make_health_care_more_efficient)>. Acesso em 21/08/2020.

THOMSON, Sarah; MOSSIALOS, Elias. **Influencing demand for drugs through cost sharing**. In: MOSSIALOS, Elias; MRAZEK, Monique; WALLEY, Tom (Org.). Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality. European Observatory on Health Care Systems Series. Open University Press. 2004. Disponível em: <[https://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0008/98432/E83015.pdf](https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/98432/E83015.pdf)>. Acesso em 22/08/2020.

UNIÃO EUROPEIA. Comissão Europeia. **Defining value in “value-based healthcare”**. 2019. Disponível em: <[https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/expert\\_panel/docs/024\\_defining-value-vbhc\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/expert_panel/docs/024_defining-value-vbhc_en.pdf)>. Acesso em 21/10/2020.

UNIÃO EUROPEIA. Comissão Europeia. ESPÍN, Jaime; ROVIRA, Joan. **Analysis of differences and commonalities in pricing and reimbursement systems in Europe**. Final Report. Jun., 2007. Disponível em: <<https://ec.europa.eu/docsroom/documents/7605?locale=en>>. Acesso em: 05/11/2024.

VALE, Luís António Malheiro Meneses do. **As Taxas Moderadoras e o Financiamento do Serviço Nacional de Saúde**: Elementos para uma Perspectiva Constitucional. Org. In: CABRAL, Nazaré da Costa; AMADOR, Olívio Mota; MARTINS, Guilherme Waldemar D’Oliveira (Org.) A Reforma do Sector da Saúde: Uma Realidade Iminente? Núm. 11. Coimbra : Almedina, 2010.

VIANA, Emilio de Medeiros. **Políticas públicas e controle judicial: ponderação econômica como critério de decisão, para uma atuação judicial social e economicamente responsável**. Tese (Mestrado em Direito Constitucional). Universidade Federal do Paraná. 2010. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/teste/arqs/cp143638.pdf>>. Acesso em 25/10/2024.

VIANNA, Solon Magalhães; PIOLA, Sérgio Francisco; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Gratuidade no SUS: Controvérsia em Torno do Co-Pagamento. **Planejamento e Políticas Públicas**. Set., 1998. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/109/111>>. Acesso em 19/08/2020.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e. Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do sistema único de saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. **IPEA**. Núm. 28, set., 2016. Disponível em:

<[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota\\_tecnica/160920\\_nt\\_28\\_disoc.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160920_nt_28_disoc.pdf)>. Acesso em 24/10/2019.

VIEIRA JUNIOR, Ronaldo Jorge Araujo. **As inconstitucionalidades do “Novo Regime Fiscal” instituído pela PEC nº 55, de 2016 (PEC nº 241 de 2016, na Câmara dos Deputados)**. 1, nov., 2016. Disponível em:

<<https://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/boletins-legislativos/bol53>>. Acesso em 25/10/2019.

WEICHERT, Marlon Alberto. **Saúde e Federação na Constituição Brasileira**. Rio de Janeiro : Editora Lumen Juris, 2004.

WERNER, Patrícia Ulson Pizarro. O Direito Social e o Direito Público Subjetivo à Saúde – O Desafio de compreender um direito com Duas Faces. **Revista de Direito Sanitário**. Vol. 2, núm. 9, jul./out. de 2008. Disponível em: <<https://revistas.usp.br/rdisan/article/view/13119/14922>>. Acesso em 17/11/2024.