

VI ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITO E SAÚDE

JANAÍNA MACHADO STURZA

IARA PEREIRA RIBEIRO

EMERSON AFFONSO DA COSTA MOURA

RENATA CAPRIOLLI ZOCATELLI QUEIROZ

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria - CONPEDI

Presidente - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC - Santa Catarina

Diretora Executiva - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini - UNIVEM/FMU - São Paulo

Vice-presidente Norte - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa - Pará

Vice-presidente Centro-Oeste - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG - Goiás

Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos - Rio Grande do Sul

Vice-presidente Sudeste - Profa. Dra. Rosângela Lunardelli Cavallazzi - UFRJ/PUCRio - Rio de Janeiro

Vice-presidente Nordeste - Profa. Dra. Gina Vidal Marcilio Pompeu - UNIFOR - Ceará

Representante Discente: Prof. Dra. Sinara Lacerda Andrade - UNIMAR/FEPODI - São Paulo

Conselho Fiscal:

Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara - ESDHC - Minas Gerais

Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UCAM - Rio de Janeiro

Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho - Ceará

Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS - Sergipe

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UNIMAR - São Paulo

Secretarias

Relações Institucionais:

Prof. Dra. Daniela Marques De Moraes - UNB - Distrito Federal

Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues - UNIVEM - São Paulo

Prof. Dr. Yuri Nathan da Costa Lannes - Mackenzie - São Paulo

Comunicação:

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho - UPF/Univali - Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Maria Creusa De Araújo Borges - UFPB - Paraíba

Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro - UNOESC - Santa Catarina

Relações Internacionais para o Continente Americano:

Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA - Bahia

Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch - UFSM - Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA - Maranhão

Relações Internacionais para os demais Continentes:

Prof. Dr. José Barroso Filho - ENAJUM

Prof. Dr. Rubens Beçak - USP - São Paulo

Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicritiba - Paraná

Eventos:

Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta - Fumec - Minas Gerais

Profa. Dra. Cinthia Obladen de Almendra Freitas - PUC - Paraná

Profa. Dra. Livia Gaigher Bosio Campello - UFMS - Mato Grosso do Sul

Membro Nato - Presidência anterior Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UMICAP - Pernambuco

D597

Direito e saúde [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Emerson Affonso da Costa Moura; Iara Pereira Ribeiro; Janaína Machado Sturza; Renata Capriolli Zocatelli Queiroz – Florianópolis; CONPEDI, 2023.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5648-732-8

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: Direito e Políticas Públicas na era digital

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Direito. 3. Saúde. VI Encontro Virtual do CONPEDI (1; 2023; Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



VI ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITO E SAÚDE

Apresentação

DIREITO E SAÚDE

O VI Encontro Virtual do Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito (CONPEDI), o maior encontro da pesquisa e pós-graduação jurídica do país, teve como tema “Direito e Políticas Públicas na era digital”. Como de costume, o Encontro Virtual do CONPE-DI promoveu uma ampla integração acadêmica, com a participação de pesquisadores de todas as regiões do país e do exterior.

Neste cenário, o GT Direito e Saúde contou com trabalhos de grande relevância no que concerne às mais diferentes possibilidades de interlocução com as pautas vinculadas à saúde. Foram 24 trabalhos apresentados por pesquisadores de diferentes partes do Brasil – consolidando o quê tradicionalmente vem acontecendo neste GT: discussões e reflexões vislumbrando a saúde como direito universal diante de grandes desafios, com desdobramentos, avanços e retrocessos, em busca de se alcançar um Direito à Saúde mais justo e equitativo.

Para tanto, o GT foi organizado em 4 blocos de apresentação, no sentido de equalizar os debates. No primeiro bloco foram apresentados 6 artigos, dentre os quais: “A SAÚDE PÚBLICA FRENTE A FRATERNIDADE E O BIOTERRORISMO: DA GOVERNAMENTALIDADE BIOPOLÍTICA DA POPULAÇÃO AO DISCIPLINAMENTO /CONTROLE DOS CORPOS PELA SOFISTICAÇÃO DA GUERRA”, de autoria de Janaína Machado Sturza, Gabrielle Scola Dutra e Mariana Chini, o qual teve objetivo fomentar uma reflexão acerca da compreensão da saúde pública enquanto um bem comum da humanidade, frente a temática do bioterrorismo como tecnologia bélica de poder no âmbito da utilização de armas biológicas como escolha de guerra. O segundo artigo, intitulado “SAÚDE E GÊNERO: A DINÂMICA IDENTITÁRIA DAS MULHERES TRANSMIGRANTES SOB AS LENTES TRANSDICPLINARES DA FRATERNIDADE”, de autoria de Janaína Machado Sturza e Gabrielle Scola Dutra, o qual buscou analisar o fenômeno do acesso à saúde e a feminização das migrações que articulam uma diáspora de precariedade ao longo do percurso migratório, fragmentando a potência existencial feminina e cambiando identidades. O próximo trabalho, “A INSEGURANÇA JURÍDICA CAUSADA NA APLICAÇÃO DO TEMA 793 DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL”, de autoria de José Adelar de Moraes, teve por

objetivo analisar a Competência da União, dos estados e dos Municípios, ante a tese firmada no Tema 793. Já o trabalho “A SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE COMO DIREITO FUNDAMENTAL E SUA RELAÇÃO COM O MÍNIMO EXISTENCIAL”, de autoria de Horácio Monteschio e João Marcos Lisboa Feliciano, objetivou examinar e estudar as disposições normativas concernentes à saúde como direito fundamental e humano, em especial e prioritariamente para aqueles indivíduos em formação, como as crianças e os adolescentes. O penúltimo texto do bloco, “APONTAMENTOS SOBRE A TERCEIRIZAÇÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS NO SUS: UMA ANÁLISE SOB A PERSPECTIVA REGULATÓRIA EM PROL DO DIREITO À SAÚDE”, de autoria de Mikaele dos Santos e Ale-jandro Martins Vargas Gomez, buscou demonstrar a viabilidade do uso da atividade privada, a partir de um modelo de regulação estatal levado a sério na terceirização de serviços de especialidades médicas no SUS, para a expansão do acesso ao direito à saúde. Por fim, o último texto apresentado neste primeiro bloco, “AS CÂMARAS PÚBLICAS DE CONCILIAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE ACESSO À JUSTIÇA NA GESTÃO DE CONFLITOS NA ÁREA DA SAÚDE”, de autoria de Guilherme Masaiti Hirata Yendo , Aline Ouriques Freire Fernandes e Gustavo Erlo analisou o papel desempenhado pelas Câmaras Públicas de Conciliação na resolução consensual de conflitos na área da saúde envolvendo cidadãos e a Administração Pública.

O segundo bloco contou com a discussão de diversos temas atuais e relevantes, iniciou-se pela apresentação do artigo “BIG DATA E O DIREITO CONSTITUCIONAL À SAÚDE EM 2022, O ANO EM QUE FINGIMOS QUE A PANDEMIA ACABOU”, dos autores Carlos Alterto Rohrmann, Bárbara Henriques Marques e Maria Eduarda Padinha Xavier, o qual abordou a análise do uso de big data e o tratamento de dados pessoais de pessoas doentes demonstrando que a criação e o uso da big data é uma importante ferramenta a ser validada pelo direito. Na sequência, foi apresentado o artigo “CÉLULAS-TRONCO A LEI DE BIOSSEGURANÇA: PREJUÍZOS OU BENEFÍCIOS PARA O FOMENTO DA SAÚDE PÚBLICA?”, de autoria de Juliana de Andrade e Ana Soares Guidas, o qual teve como objetivo conhecer o uso das células tronco na saúde pública analisando sua importância, chegando a conclusão que a pesquisa e uso de células-tronco na saúde pública deve centrar-se na necessidade e legitimidade em prol da vida e da saúde. Em seguida o artigo “CONSEQUÊNCIAS DE O DIREITO À SAÚDE SER UM DIREITO HUMANO E FUNDAMENTAL”, dos autores Danilo de Oliveira, Carol de Oliveira Abud e Marcelo Lamy apresentou a motivação e justificativa das notas caracterizadoras do direito à saúde como conceitos estruturantes fundamentais concluindo que os preceitos indicativos das notas precisam ser considerados por sua essência originária. Os autores Dandara Trentin Demiranda, Vitor Prestes Olinto e José Ricardo Cartano Costa, autores do artigo “DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE? DEBATES SOBRE A SUA EFETIVAÇÃO A PARTIR DA

ANÁLISE DO ORÇAMENTO PÚBLICO, o qual abordou sobre a importância do SUS e compreender de que modo as restrições orçamentárias podem afetar a efetivação do direito fundamental à saúde. O penúltimo trabalho apresentado neste bloco foi o artigo “DIREITOS HUMANOS, DIREITO À VIDA E À SAÚDE. BASES REFLEXIVAS PARA O DEBATE DO CONTROLE SOCIAL FRENTE À PANDEMIA DA COVID-19”, de autoria Luciano Mamede De Freitas Junior , Cassius Guimaraes Chai, que demonstrou que as normas constitucionais e infraconstitucionais são importantes ferramentas jurídicas na garantia da participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos na área da saúde, nas quais a participação da sociedade na definição da alocação dos recursos destinados às políticas sociais, priorizando o direito social à saúde, configurando-se condição fundamental para a garantia do direito à vida. Por fim, o artigo ESTADO DE COISAS INCONSTITUCIONAL NO DIREITO À SAÚDE, de autoria de Janaina Mendes Barros De Lima, introduziu uma proposta de solução para um problema complexo que envolve o direito fundamental à saúde, possibilitando uma discussão em torno do processo do ECI.

O terceiro bloco foi iniciada com a análise do caso concreto do Estado da Bahia, “GASTOS COM SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA 2015-2019: DIREITO SOCIAL AMEAÇADO”, dos autores Bruno Gil de Carvalho Lima , Alexandre Douglas Zaidan de Carvalho, o qual concluiu que a saúde não ficou imune a contingenciamentos e desvinculações de rubricas, que o investimento por habitante não cresceu na proporção das necessidades, que tem havido uma prevalência dos repasses a prestadores privados à custa do sacrifício dos serviços próprios, com metas e objetivos não atingidos nos planos e pactos de saúde. Na sequência o artigo "GORDO-FOBIA- OS CORPOS OBESOS E UMA HERMENÊUTICA ATENDA AOS DIREITOS FUNDAMENTAIS”, dos autores Tais Martins , Andréa Arruda Vaz , Sérgio Czajkowski Jr, apontou que a obesidade e a saúde são temas de estudo e pesquisa instigantes em diversas searas hermenêuticas. A saúde e o bem-estar devem corporificar a centralidade dos debates. A proteção dos dados pessoais não ficou de fora da discussão do GT, o artigo “LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS NA MEDICINA VETERINÁRIA”, das autoras deixou claro que é necessário que os profissionais da Medicina Veterinária adotem medidas técnicas e organizacionais para garantir a segurança dos dados, como a criptografia e o controle de acesso e que, nos casos de vazamento, o profissional deve comunicar imediatamente as autoridades competentes e os titulares dos dados afetados. O trabalho seguinte, “MARCOS JURÍDICOS E CONCEITUAIS DA SAÚDE: SAÚDE INDIVIDUAL, SAÚDE SOCIAL, SAÚDE AMBIENTAL E SAÚDE SOCIOAMBIENTAL”, dos autores Carol de Oliveira Abud , Danilo de Oliveira , Marcelo Lamy, evidenciou que ao conceituar saúde não se evidencia uma distinção radical entre os conceitos estabelecidos em cada tempo histórico. O combate à COVID 19 foi o assunto

abordado pelos Antonio Ricardo Surita dos Santos , Victor Hugo Tejerina Velázquez no artigo intitulado “O COMBATE À CO-VID-19 NAS VISÕES DO UTILITARISMO E DA JUSTIÇA COMO EQUIDADE DE RAWLS”, que demonstrou que o Utilitarismo e a Teoria de Justiça de John Rawls (justiça como equidade) apresentam respostas distintas para tal conflito, o primeiro privilegiando a satisfação da maioria em detrimento da minoria e a segunda destacando a importância dos interesses da minoria mais desprotegida. Finalizando, o último artigo do bloco três, “O DIREITO DIGITAL E O ACESSO À SAÚDE”, dos autores Joice Cristina de Paula , Lara Paulina Cedro Fraga , Thiago Silva Da Fonseca ressaltou a relevância da abordagem desta temática para melhor reflexão sobre a relevância da utilização dos meios tecnológicos para efetivação do direito à saúde junta-mente com a necessidade de proteção dos dados dos usuários.

Por fim, no quarto e último bloco, o artigo “O FINANCIAMENTO DO DIREITO À SAÚDE E OS EFEITOS DA AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE 5595”, de Urá Lo-bato Martins, os impactos do julgamento pelo STF da ADI 5.595 que teve como a finalidade de obter a declaração de inconstitucionalidade de dois artigos da EC 86/15, o artigo 2º e o 3º que trataram sobre critérios para as alocações de recurso orçamentários. No artigo “O NECESSÁRIO IMPLEMENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA EFETIVAR O DIREITO À SAÚDE EM MOÇAMBIQUE”, Mario Jorge Philocreon De Castro Lima e Augusto Checue Chaimite se debruçam sobre as dificuldades e complexidades que envolvem a criação, promoção, implementação, proteção e execução de políticas públicas de saúde em um país periférico e de modernidade tardia como Moçambique. O artigo “OS CUSTOS DOS DIREITOS SOCIAIS, A JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE E O APELO MEDIÁTICO” de Janaina Mendes Barros De Lima e Ranivia Maria Albuquerque Araújo enfatiza a necessidade de concretização do direito ao acesso à saúde e à vida, principalmente no que se refere aos pacientes que são portadores de deficiência grave e necessitam de medicamentos de alto custo. O autor Orlando Oliveira Da Nóbrega Junior no artigo “OS PROCEDIMENTOS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA À LUZ DOS PLANOS DE SAÚDE: OS PARÂMETROS PARA A FUNDAMENTAÇÃO LEGÍTIMA DA COBERTURA EM FACE DA INDIVIDUALIZAÇÃO DA DEMANDA” analisa a jurisprudência baiana que sistematicamente tem negado o tratamento em reprodução assistida com fundamento apenas no Recurso repetitivo do STJ e no Enunciado 20 do TJ/BA. A atuação do profissional médico em redes sociais de forma não individualizada tema do artigo “RESPONSABILIDADE CIVIL DOS MÉDICOS NO AMBIENTE DIGITAL: AS CONSEQUÊNCIAS JURÍDICAS DA DIVULGAÇÃO PÚBLICA DE ORIENTAÇÕES DE SAÚDE NO AMBIENTE DIGITAL” de Camila Braga da Cunha que se detém na distinção entre conteúdo educativo e indicação de procedimento terapêutica para identificar a ilicitude de conduta que enseja responsabilidade civil. O dever da administração pública de publicizar dados epidemiológicos

foi demonstrado no artigo “SINDEMIA DE SARS-COV-2, TRANSPARÊNCIA E DEMOCRACIA: CONSTITUCIONALISMO COMPROMISSÓRIO E SOCIAL NAS ADPFS 690, 691 E 69”2 de Krishina Day Carrilho Bentes Lobato Ribeiro e Leandro Cavalcante Lima.

Portanto, é possível perceber que o GT Direito e Saúde vêm contribuindo não somente para os debates acadêmicos à partir de suas diferentes abordagens, mas também representa uma grande possibilidade de contribuição para a consolidação e efetivação do direito à saúde como um direito universal e equitativo.

Janaína Machado Sturza – UNIJUI

Iara Pereira Ribeiro – USP

Renata Capriolli Zocatelli Queiroz – Faculdades Londrina

GASTOS COM SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA 2015-2019: DIREITO SOCIAL AMEAÇADO

HEALTH EXPENSES IN THE STATE OF BAHIA 2015-2019: THREATENED SOCIAL RIGHT

Bruno Gil de Carvalho Lima ¹
Alexandre Douglas Zaidan de Carvalho ²

Resumo

O direito à saúde foi elevado à condição de direito social fundamental pela Constituição de 1988, e seu exercício subjetivo foi protegido mediante destinação fixa de proporção de receitas da Administração Pública para manutenção do financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Objetivou-se descrever como o Estado da Bahia tem aplicado as verbas destinadas à saúde e comparar os gastos com pessoal e com serviços de terceiros. Foi realizado levantamento de aspectos doutrinários do reforço constitucional a direitos sociais, foram analisados os gastos estaduais anteriores à pandemia e correlacionadas as cifras com o alcance das metas do setor saúde. Verificou-se que a saúde não ficou imune a contingenciamentos e desvinculações de rubricas, que o investimento por habitante não cresceu na proporção das necessidades, que tem havido uma prevalência dos repasses a prestadores privados à custa do sacrifício dos serviços próprios, com metas e objetivos não atingidos nos planos e pactos de saúde. A produção de leis complementares e ordinárias que completaram o sentido dos dispositivos constitucionais sobre saúde não foi suficiente para que a eficácia das normas, agora plena, se consubstanciasse em serviços efetivos na vida dos cidadãos. A mera judicialização do fornecimento de medicações por uma parcela da população não consegue concretizar o direito social à saúde.

Palavras-chave: Direito à saúde, Judicialização da saúde, Constituição e estatutos, Aplicação da lei, Defesa do paciente

Abstract/Resumen/Résumé

The right to health was elevated to the status of a fundamental social right by the 1988 Constitution, and its subjective exercise was protected through a fixed allocation of a proportion of Public Administration revenues to maintain the financing of public health actions and services. The objective was to describe how the State of Bahia has applied the funds destined to health and to compare the expenses with personnel and third-party services. A survey was carried out on doctrinal aspects of the constitutional reinforcement of social

¹ Livre-Docente de Medicina Legal e Deontologia Médica, Doutor em Saúde Pública, Especialista em Direito Médico, Professor Adjunto da Universidade Federal da Bahia.

² Doutor em Direito, Estado e Constituição, mestre em Direito Constitucional, professor do Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Católica do Salvador, Procurador Federal.

rights, state spending prior to the pandemic was analyzed and the figures correlated with the achievement of health sector goals. It was found that health was not immune to contingencies and cuts, that investment per inhabitant did not grow in proportion to needs, that there has been a prevalence of transfers to private providers at the expense of sacrificing public services, with goals and objectives not achieved in health plans and pacts. The production of complementary and ordinary laws that completed the meaning of the constitutional provisions on health was not enough for the effectiveness of the rules, now full, to be embodied in effective services in the lives of citizens. The mere judicialization of the provision of medication by a portion of the population fails to materialize the social right to health.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Right to health, Health judicialization, Constitution and statutes, Law enforcement, Patient advocacy

1 INTRODUÇÃO

A definição de constituição como lei maior que funda o Estado e limita seu poder, para que não oprima o cidadão, adequava-se bem ao escopo das primeiras cartas constitucionais, com direitos de primeira dimensão (LAUTENSCHLAGER, 2011). A partir do momento em que direitos sociais passaram a compor os textos constitucionais, alguns deles reconhecidos como direitos fundamentais, o Direito Constitucional foi precisando abordar aspectos que vão bem além de técnicas hermenêuticas ou do modo adequado de interpretar dispositivos, imiscuindo-se em detalhes concretos como a execução orçamentária e a real efetivação das garantias prescritas (NEVES, 2022).

O direito à saúde foi um dos direitos sociais que mais se transmutou no Brasil a partir da Constituição de 1988, deixando de ser uma prerrogativa apenas dos empregados formalizados, com cobertura previdenciária do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), para estender-se a todos os cidadãos (princípio da universalidade). O Brasil ainda apostou alto, pois um sistema de saúde universal poderia ser restrito a cuidados básicos, ficando procedimentos mais complexos e dispendiosos relegados ao autofinanciamento por quem deles precisasse, mas a Constituição também abraçou o princípio da integralidade. Dessa forma, não se pretende ofertar tudo a alguns vulneráveis (integralidade sem universalidade) ou somente o básico *erga omnes* (universalidade sem integralidade), mas a ambição brasileira é garantir tudo a todos, desde uma dose de vacina ou curativo com preço unitário de centavos até transplantes de órgãos, órteses e próteses de alto valor agregado (PAIM & SILVA, 2010).

Para assegurar que o direito à saúde não seja um “direito de papel” (LEMOS, 2009), percentuais mínimos da receita dos entes federados precisam ser investidos em ações e serviços públicos de saúde (ASPS), para atender ao disposto no artigo 198 § 2º da Constituição Federal, no artigo 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), nos artigos 6º e 7º da Lei Complementar nº 141/2012, e no artigo 25 § 1º, IV, b da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF).

O objetivo principal do presente estudo foi descrever como o Estado da Bahia tem aplicado as verbas destinadas à saúde. Secundariamente, pretendeu-se comparar os gastos com pessoal e com serviços de terceiros. O artigo será estruturado em três seções, dedicadas a a) levantar aspectos doutrinários do reforço constitucional a direitos sociais, b) analisar os gastos estaduais anteriores à pandemia e c) correlacionar as cifras com o alcance das metas do setor saúde.

2 DIREITO SOCIAL À SAÚDE

2.1 EFICÁCIA DAS NORMAS CONSTITUCIONAIS

A necessidade de endereçar a questão da eficácia das normas constitucionais deriva de se diferenciar quando a norma se aplica desde logo, independentemente de regulamentação por lei ordinária, ou quando ela depende dessa regulamentação. Alguns dispositivos constitucionais são explícitos quanto à necessidade de regulamentação legislativa, e tais dispositivos não têm vigência plena ou eficácia enquanto não regulamentados. Quando, entretanto, a norma não é explícita a respeito, o jurista recorre à sua natureza, estrutura, enunciado e conteúdo para concluir pela auto-aplicabilidade ou não. O caráter social e de compromisso das constituições modernas agudizou o problema. Grande parte dos textos constitucionais demoram ou não chegam a entrar em vigor, à espera das normas complementares que não são produzidas por um Legislativo inerte. Decorre dessa situação que há diferença entre a constituição escrita, a constituição vigente e a constituição aplicada (MEIRELLES-TEIXEIRA, 2011).

José Afonso da Silva ensina que, sob o ponto de vista da eficácia, as normas são coercitivas ou dispositivas. As coercitivas impõem uma ação ou uma abstenção, independentemente da vontade das partes, e podem ser preceptivas ou proibitivas. Já as dispositivas completam outras normas ou ajudam a vontade das partes a atingir seus objetivos legais. Possibilitam uma acomodação particular, mas só serão aplicáveis na inexistência de acordo. São as normas de interpretação e as integrativas ou supletivas. Mas todas são imperativas, porque incidem obrigatoriamente, dadas as condições ou hipóteses previstas (SILVA, 2009).

O que o autor defende é que, essencialmente, normas constitucionais são coercitivas. Como as relações de Direito Constitucional são de poderes entre si ou deles com sujeitos privados, por princípio, elas não deixam margem à atuação da vontade dos agentes constitucionais, sendo irrenunciáveis ou inderrogáveis. Para José Afonso da Silva, as normas constitucionais que aparentam ser facultativas são tão vinculantes como as demais, e não há normas supletivas no Direito Constitucional, ao menos não da forma como se aplica tal adjetivação no direito privado (SILVA, 2009).

Numa constituição como a brasileira de 1988, o caráter de compromisso que o texto constitucional assumiu sinalizava uma amálgama de forças restaurativas, reacionárias e progressistas numa Assembleia Constituinte, de forma que apenas uma parte das reivindicações sociais conseguiu se cristalizar no texto com eficácia plena. Acordos e pactuações foram no sentido de completar o esquema de direitos mediante leis complementares e ordinárias que

“destrinchariam” os detalhes dos desejos ou metas apenas esboçados no texto constitucional (MEIRELLES-TEIXEIRA, 2011).

Mas, para Sarlet (2018), a eficácia dos direitos não se esgota na perspectiva jurídico-subjetiva, mas efeitos na esfera jurídico-objetiva podem ser verificados. Direitos fundamentais a prestações têm por objeto uma conduta positiva, uma prestação de natureza fática ou normativa. São positivados como normas definidoras de fins e tarefas do Estado ou imposições legiferantes de maior ou menor concretude. Por isso, por menor que seja sua densidade normativa, sempre estarão aptos a gerar um mínimo de efeitos jurídicos. Em sentido amplo, são direitos à proteção e participação na organização e procedimento. Em sentido estrito, são direitos a prestações materiais. Ele define direitos sociais prestacionais como aqueles que exigem crescente posição ativa do Estado na esfera econômica e social. Ao invés de conservar uma situação existente, buscam criar ou colocar à disposição uma prestação, que é seu objeto (SARLET, 2018).

2.2 SUBFINANCIAMENTO E DIREITO À SAÚDE

O direito à saúde é, claramente, um direito social prestacional, conforme a tipologia sarletiana. Ocorre que, historicamente falando, a disponibilidade de recursos para investir em direitos sociais muda, inclusive, a posição doutrinária a respeito. Durante as décadas de ouro do século XX, quando se verificava aumento da riqueza das nações, a prevalência dos direitos sociais fundava-se nos postulados de que todos os direitos sociais são direitos *fundamentais* sociais, que eles são plenamente justiciáveis, independentemente da intermediação do legislador, e que se lhes aplicam os princípios de interpretação constitucional. Com a restrição orçamentária, passou-se a defender que direitos sociais não são mais que pretensões legalmente reguladas, de forma que o legislador determina o que é um direito social, mas não está vinculado a eles (TORRES, 2013).

A doutrina abandonou o positivismo sociológico e adotou visão principiológica, segundo a qual se reduz a jusfundamentalidade dos direitos sociais ao mínimo existencial e ao núcleo essencial dos direitos da justiça. Surge a necessidade de implementação de políticas sociais pelo Legislativo e Administração, questões políticas não suscetíveis de controle jurisdicional. Como consequência, vê-se maximização do mínimo existencial e minimização dos direitos sociais em extensão, mas não profundidade, podendo-se superar o princípio da reserva orçamentária em caso de contradição incontornável da dignidade humana (TORRES, 2013).

Ocorre que o Sistema Único de Saúde tem sido subfinanciado de várias formas. O pacto federativo foi alterado pela União mediante redução de impostos cuja distribuição com os estados e municípios é determinada por lei, e priorização de contribuições que ficam concentradas no nível federal (PAIM *et al.*, 2011; CASTRO *et al.*, 2019).

Ainda enfrentando vazios assistenciais em seu vasto território, o Brasil se encontra no dilema de ser a saúde um direito que, quanto mais se assegura, mais demanda gera. Quando uma população está desassistida, toda uma demanda fica reprimida porque os cidadãos sequer suspeitam de quais necessidades têm. A disponibilidade de um médico passará a gerar demanda por exames de laboratório e de imagem, medicamentos, fisioterapia, suporte psicológico, orientação nutricional, cuidados de enfermagem... Os custos podem ser impeditivos, de forma que a integração assistencial em regiões de saúde é uma saída possível, mas ainda esbarra em obstáculos por interesses locais que sabotam a atenção primária à saúde (ALMEIDA *et al.*, 2016).

2.3 CRÍTICA HERMENÊUTICA DO DIREITO

As três perguntas que a Crítica Hermenêutica do Direito se propõe são plenamente respondidas quando o assunto é financiamento da saúde pública. É que há direito fundamental com exigibilidade, o atendimento ao pedido envolvendo ações e serviços públicos de saúde pode e deve ser universalizado e a transferência inconstitucional ou ilegal de recursos fere a igualdade / isonomia (NEVES, 2022).

Que a saúde goza de natureza de garantia fundamental, verifica-se no artigo 6º da Constituição Federal:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Os parágrafos do artigo 198, mormente o § 2º, tentaram assegurar recursos para fazer frente às demandas que desafiam o Sistema Único de Saúde (SUS), vinculando percentuais objetivos da arrecadação para a saúde:

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

I – no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento);

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o artigo 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

III – No caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o artigo 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.

3 GASTOS DO ESTADO DA BAHIA COM SAÚDE

3.1 METODOLOGIA

Coletaram-se dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) para os seis bimestres dos anos de 2015 a 2019, por intermédio da ferramenta disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/siops/indicadores>. Optou-se por interromper a série sem incluir 2020 e 2021, anos cujas despesas com saúde tornaram-se extraordinárias por conta da pandemia de SARS-CoV-2.

Os dados coletados foram sobre despesa total com saúde, sob a responsabilidade do estado, por habitante, participação da despesa com pessoal na despesa total com saúde e participação da despesa com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com saúde, para o estado da Bahia.

Tabulados os dados, foram produzidos gráficos de evolução temporal das três grandezas.

3.2 RESULTADOS

Percebeu-se sazonalidade do parâmetro despesa total com saúde, sob a responsabilidade do estado, por habitante. O Gráfico 1 ilustra a tendência repetitiva no quinquênio estudado de se iniciar o ano com gastos médicos por habitante (em reais) e terminar o ano com um último bimestre que é o maior valor.

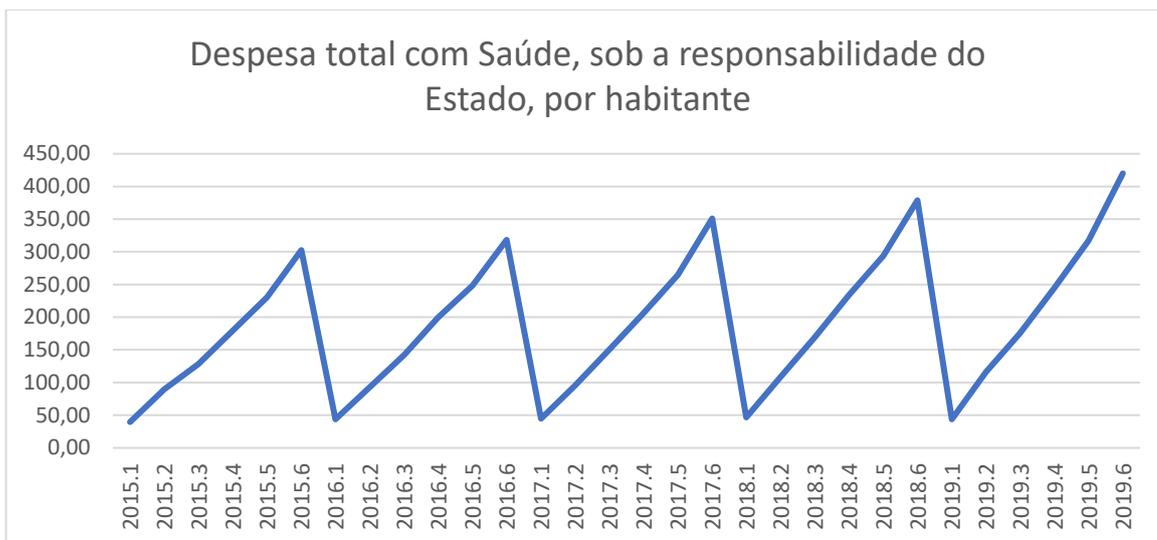


Gráfico 1 – Despesa total com saúde, sob a responsabilidade do estado, por habitante.

Quanto aos gastos com pessoal, começaram a série com 38,5% e terminaram com 19,4%, uma redução para a metade, conforme Gráfico 2.

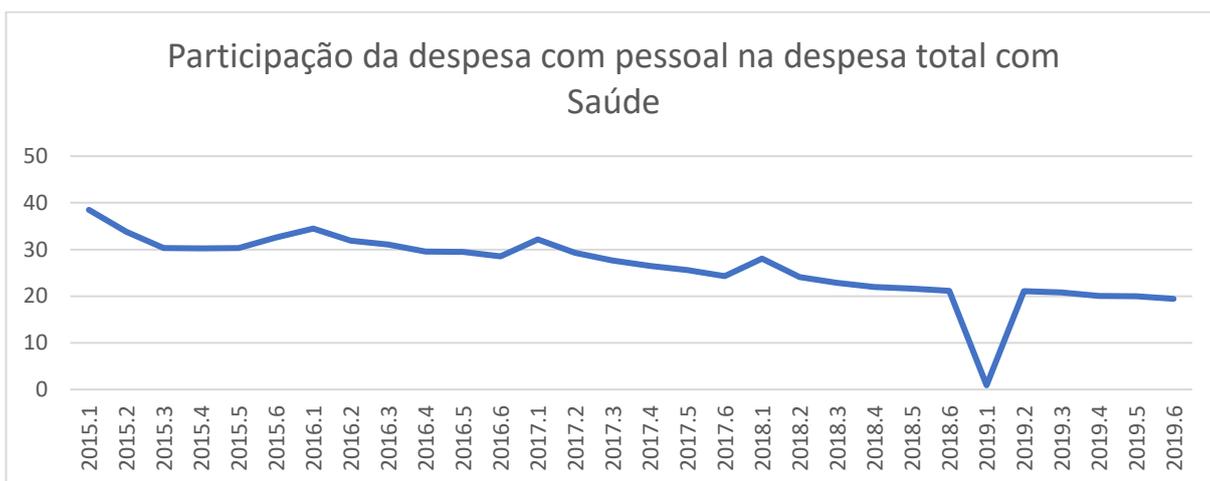


Gráfico 2 – Participação da despesa com pessoal na despesa total com saúde.

Por outro lado, a remuneração de serviços prestados por terceiros também foi sazonal, com concentração nos bimestres finais de cada ano, e tendência à flutuação entre 10 e 40% no período estudado, conforme Gráfico 3.



Gráfico 3 – Participação da despesa com serviços de terceiros – pessoa jurídica na despesa total com saúde

3.3 DISCUSSÃO

Muito embora haja parâmetros constitucionais de eficácia já plenificada pela edição de Lei Complementar definindo percentuais de investimento em saúde pelos três níveis da Administração Pública, tem-se verificado descumprimento do quantitativo de recursos empregados na saúde. A desvinculação das receitas da união foi expediente utilizado para alterar o grau de alocação de recursos em saúde e educação, colocando em risco a consecução dos objetivos e metas estabelecidos para tais áreas e traindo os pactos que tinham sido insculpidos na Constituição Federal precisamente para protegê-las de prioridades ou diretrizes circunstanciais de cada governo de plantão, elevando-as a políticas de Estado (BREYNER, 2006). A vedação ao retrocesso terna de inconstitucionalidade este instrumento já tão empregado no Brasil, por administrações de variados matizes partidários (KOSSMANN & BUFFON, 2021).

Segundo o Conselho Federal de Medicina (2020), o aumento nominal das despesas com saúde esconde o fato de que o investimento não alcança o nível de outros países e que as necessidades da população seguem desatendidas. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, por outro lado, demonstrou que o gasto das famílias com saúde é superior ao do governo, o que se contrapõe frontalmente aos princípios da universalidade e integralidade dos incisos I e II do artigo 7º da Lei nº 8.080/1990. Em 2019, o IBGE constatou que despesas de consumo final com saúde no Brasil somaram R\$711,4 bilhões, o equivalente a 9,6% do PIB. Entretanto, as famílias e instituições a seu serviço responderam por R\$427,8 bilhões, ou 5,8% do PIB, enquanto as despesas de consumo do governo com saúde totalizaram R\$283,6 bilhões, apenas 3,8% do PIB (IBGE, 2022).

As despesas em reais que o estado da Bahia informou ao SIOPS em quase a totalidade dos bimestres levantados de 2015 a 2019 ficou bem abaixo dos níveis tabulados na Figura, demonstrando a insuficiência do investimento no setor pelo ente federado.

FIGURA – Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde, Brasil (2008-2019)

Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde, Brasil (2008 - 2019)					
Ano	Federal	Estadual	Municipal	Total/ano	Total/dia
2008	473,41	301,30	320,15	1.094,87	3,00
2009	538,52	298,27	323,65	1.160,43	3,18
2010	530,98	319,59	349,07	1.199,63	3,29
2011	589,69	338,97	380,84	1.309,50	3,59
2012	613,41	344,08	404,89	1.362,38	3,73
2013	586,17	368,05	428,83	1.383,06	3,79
2014	600,75	373,24	445,09	1.419,08	3,89
2015	587,39	353,98	428,38	1.369,75	3,75
2016	578,58	343,17	431,82	1.353,57	3,71
2017	597,99	358,08	438,83	1.394,91	3,82
2018	588,47	363,70	430,12	1.382,29	3,79
2019	590,43	366,22	441,88	1.398,53	3,83

Fonte: SIOP/SIOPS/MS. Valores corrigidos pelo IPCA

A demanda com saúde não é uma surpresa que se apresenta inesperadamente ao gestor público. Pelo contrário, a Epidemiologia é a ciência que descreve a distribuição da saúde e da doença nas populações humanas e seus determinantes, e deve ter seus resultados e conclusões empregados para fazer planificação em saúde, com previsão na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990):

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

(...)

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

I - perfil demográfico da região;

II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;

III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;

IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;

V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;

VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;

(...)

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

A tendência à sazonalidade que foi verificada, com concentração de investimento de recursos nos bimestres finais de cada ano, não é compatível com o fato de que as necessidades de saúde das populações são contínuas, demandando ações e serviços públicos de saúde o ano inteiro.

Uma explicação possível é o progressivo emprego dos esforços de pessoas jurídicas de direito privado, na forma de organizações sociais (OS) e organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIP) para a efetiva realização das ASPS, numa terceirização que nem sempre entrega ao cidadão as ações pretendidas e demandadas, num verdadeiro processo de privatização do Sistema Único de Saúde (MELLO, 2021). Na prática, grande parte do dispêndio governamental em saúde é para repasses a instituições privadas, até mesmo com fins lucrativos,

O investimento da Bahia em recursos humanos em saúde manteve-se constante, sem oscilação bimestral, porque a folha de pagamento não sofre contingenciamentos nem fica com valores pendentes e restos a pagar para exercício posterior, mas foi reduzida de 38,5% para 19,4% do montante total empregado, o que é consequência direta do enxugamento da máquina

administrativa e da tendência recente a não realizar concursos públicos na área, delegando ao setor privado a execução de atividades de interesse público, inclusive burlando o preceito constitucional do artigo 37, II (OLIVEIRA JÚNIOR, 2002). Este é um bom exemplo dos pactos celebrados precariamente durante a Assembleia Constituinte que foram depois esvaziados, haja vista a cláusula em branco representada pela propositalmente vaga expressão “relevância pública” inserida no artigo 197 da CF 1988, que nem vaticinou pela exclusividade pública da prestação de ações e serviços de saúde nem assumiu logo que se trate de mercadorias e serviços a serem explorados livremente pelo setor comercial.

4 ALCANCE DAS METAS

Os planos de saúde não podem ser vistos como o mero cumprimento formal de regras legais, mas como verdadeiras metas a serem alcançadas. Ainda faltam mais estudos endereçando a questão do atingimento de metas e dos resultados práticos das pactuações que dirigem a destinação de recursos na saúde. A União estimula estados e municípios a aderir a pactos e objetivos mediante condicionantes para repasses, mas a real consecução frequentemente fica sem checagem posterior.

Utilizando-se dados da Pesquisa Nacional de Saúde, já é possível projetar que diversas metas sobre doenças crônicas não-transmissíveis não serão atingidas no Brasil até 2025, pois as prevalências de hipertensão, diabetes, excesso de peso, obesidade e consumo de bebidas alcoólicas aumentaram (MALTA *et al.*, 2022). Pior ainda, entre 2015 e 2017, tendências anteriormente favoráveis foram revertidas para indicadores como consumo de frutas e vegetais, atividade física, estabilização das taxas de uso de tabaco e aumento do consumo de álcool, retrocessos em conquistas que já tinham sido alcançadas (MALTA *et al.*, 2018).

Algumas experiências demonstram que os técnicos da área tateiam em busca de modelos de planificação e gestão e testam possibilidades, ainda sem um arcabouço consolidado de como tais processos devem ser conduzidos (JESUS & TEIXEIRA, 2010). A necessidade de levar em consideração as necessidades percebidas pelos usuários e agregar múltiplos interlocutores pode, por um lado, ser uma forma de planejamento participativo (OLIVEIRA, 2016), mas frequentemente descamba para a dissipação de esforços sem real atingimento dos objetivos.

Se os determinantes e condicionantes de saúde podem ser deixados de lado ao planejar as ASPs (QUEVEDO *et al.*, 2017), com muito mais facilidade se podem escamotear os direitos que o texto constitucional pretendeu resguardar. A necessidade de seguir lutando para que o direito universal à saúde não seja uma norma programática à espera de efetivação e com eficácia precária ilustra bem o grau de risco a que o Brasil expõe o direito social fundamental à saúde

(SOUZA et al., 2019). O direito à saúde não deve ser restrito ao alcance por tutela judicial de bens e serviços (BARBOSA & ALVES, 2019), até porque uma parcela pequena da população tem conhecimento de que a saúde não é um favor estatal, mas uma prerrogativa do cidadão, o que já tende a alijar os mais vulneráveis de qualquer iniciativa de buscar no Poder Judiciário a satisfação das necessidades que o Executivo não preenche.

Almeida & Freire (2018) constataram que o Superior Tribunal de Justiça tem aplicado o entendimento da não “oponibilidade da reserva do possível ao mínimo existencial” em matéria de saúde, o que lhe franqueia determinar ao Poder Executivo a obrigação de fazer, inclusive mediante bloqueio de verbas públicas, sobretudo quando se trata de garantia de acesso a medicamentos. Entretanto, a refutação jurídico-política da ideia de separação de poderes como fator impeditivo à edição de mandamento realizador pelo Poder Judiciário, em matéria de direitos sociais, se bem permita demarcar o conteúdo jurídico do mínimo existencial constitutivo do direito fundamental à saúde, estabelecendo uma extensão das prestações positivas do Estado (ALMEIDA & FREIRE, 2018), precisa se materializar para todos, e não apenas para quem pode buscar o socorro dos tribunais, alcançando pautas com maior impacto sobre a saúde da população do que o acesso individual a medicação específica em casos-limite (SANT’ANA, 2018).

5 CONCLUSÕES

O arcabouço constitucional pretendeu garantir o direito fundamental à saúde mediante travas orçamentárias que mantivessem constante o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, mas mecanismos conjunturais como a desvinculação das receitas da União e gargalos nos processos de planificação e gestão permitiram que o sub-financiamento atingisse o setor, sobrecarregando estados e municípios diante da esquivia federal e onerando as famílias, que direcionam partes crescentes do orçamento doméstico para contratar serviços e adquirir bens que deveriam ser providos pelo SUS.

No estado da Bahia, o gasto *per capita* com saúde se demonstrou instável, sazonal, concentrado nos bimestres finais de cada ano, com progressiva redução dos aportes destinados a recursos humanos e direcionamento de parcela elevada dos recursos para a contratação de ASPs junto ao terceiro setor (OS e OSCIPs), o que pode estar relacionado à falha em atingir as metas pactuadas e os objetivos planejados.

Embora, do ponto de vista da técnica hermenêutica jurídica, o direito à saúde constitua um complexo de normas de eficácia plena (as que eram de eficácia limitada, a princípio, já

foram regulamentadas por legislação infraconstitucional), a sua fruição pelos destinatários segue obstada por arranjos legais que sabotam os acordos a que foi possível chegar durante a tessitura do texto constitucional.

REFERÊNCIAS

1. Almeida, A. O.; Freire, M. V. V.. (2018). Direito à saúde no Brasil: reserva do possível e mínimo existencial nas decisões do Superior Tribunal de Justiça (2010-2016). *Revista de Direito Sanitário* 19(2): 55-77.
2. Almeida, P. F.; Santos, A. M.; Santos, V. P.; Silveira Filho, R. M. (2016). Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. *Saúde & Sociedade* 25(2): 320-335.
3. Barbosa, P. B.; Alves, S. C. M.. (2019). A judicialização de medicamentos no estado da Bahia: os números no período de 2014 a 2017. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário* 8(4): 45-65.
4. Breyner, F. M.. (2006). Inconstitucionalidade da desvinculação das receitas da união (DRU) quanto às contribuições sociais sob a ótica dos direitos prestacionais fundamentais. *Revista do Centro Acadêmico Afonso Pena*, 10(13): 203-222.
5. Castro, M. C.; Massuda, A.; Almeida, G.; Menezes-Filho, N. A.; Andrade, M. V.; Noronha, K. V. M. S. *et al.* (2019). Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *The Lancet Health Policy* 394(10195): 345-356.
6. Conselho Federal de Medicina. (2020). Brasil gasta R\$ 3,83 ao dia com a saúde de cada habitante. *Portal do CFM*, 17/11/2020. Disponível em <https://portal.cfm.org.br/noticias/brasil-gasta-r-383-ao-dia-com-a-saude-de-cada-habitante-2/>.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2022). Despesas com saúde em 2019 representam 9,6% do PIB. *Agência IBGE Notícias*, 14/04/2022. Disponível em <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/33484-despesas-com-saude-em-2019-representam-9-6-do-pib>.
8. Jesus, W. L. A.; Teixeira, C. F.. (2010). Planejamento estadual no SUS: o caso da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva* 15(5): 2383-2393.
9. Kossmann, E. L.; Buffon, M.. (2021). A (in)constitucionalidade da desvinculação de receitas da União (DRU) ante o Princípio da Proibição de Retrocesso. *Revista de Direito Administrativo*, 280(2): 285-315.

10. Lautenschlager, L. (2011). Direitos fundamentais como limites jurídicos ao poder do Estado: conteúdo essencial dos preceitos constitucionais. *Revista Jus Navigandi*, 16(2803).
11. Lemos, M. E. V. B. P. (2009). *Alocação de Recursos em Saúde: Quando a Realidade e os Direitos Fundamentais se Chocam*. Tese. (Doutorado em Direito) - Universidade Federal da Bahia. 425 p.
12. Malta, D. C.; Silva, A. G.; Gomes, C. S.; Stopa, S. R.; Oliveira, M. M.; Sardinha, L. M. V.; Caixeta, R. B.; Pereira, C. A.; Rios-Neto, E. L. G.. (2022). Monitoramento das metas dos planos de enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013 e 2019. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 31(spe1): 1-17.
13. Malta, D. C.; Duncan, B. B.; Barros, M. B. A.; Katikireddi, S. V.; Souza, F. M.; Silva, A. G.; Machado, D. B.; Barreto, M. L.. (2018). Medidas de austeridade fiscal comprometem metas de controle de doenças não transmissíveis no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 23(10): 3115-3122.
14. Meirelles Teixeira, J. H. (2011). *Curso de Direito Constitucional*. São Paulo; Contexto, 714 p.
15. Mello, L. S.. (2021). *Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs): Um Modelo Dissimulado de Privatização na Atenção Básica de Saúde em Porto Alegre*. Monografia. (Bacharelado em Administração) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 64 p.
16. Neves, I. F. (2022). *As três perguntas fundamentais da crítica hermenêutica do direito: a aplicabilidade de uma proposta de limites à atuação do Poder Judiciário no Brasil*. Tese. (Doutorado em Direito) - Universidade do Vale do Rio dos Sinos. 252 p.
17. Oliveira, G. R.. (2016). Demandas municipais e elaboração do Plano de Saúde da Bahia 2012-2015: controle social e planejamento participativo. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Feira de Santana. 115 p.
18. Oliveira Júnior, F. A. A.. (2002). Da ilegalidade de contratação de pessoal por OSCIP: um desafio a ser enfrentado pelos municípios. *Revista do TCE-PE* 13(3): 80-85.
19. Paim, J. S.; Silva, L. M. V. (2010). Universalidade, integralidade, equidade e SUS. *Boletim do Instituto de Saúde* 12(2): 109-114.
20. Paim, J.; Travassos, C.; Almeida, C.; Bahia, L.; Macinko, J. (2011). O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet Brazil (online)*. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_1.pdf.

21. Quevedo, A. L. A., Bagatini, C. L. T.; Bellini, M. I. B.; Machado, R. Z.; Guaranha, C.. (2017). Determinantes e condicionantes sociais: formas de utilização nos planos nacional e estaduais de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde* 15(3): 823-842.
22. Sant'Ana, R. N.. (2018). Saúde, desigualdade e judicialização: vamos ou não vamos dar instrumentos para a insurgência dos excluídos. In: Santos, A.O.; Lopes, L.T. (Org.) *Coletânea direito à saúde: dilemas do fenômeno da judicialização da saúde*. Brasília: CONASS, 76-85.
23. Sarlet, I. W. (2018). *A Eficácia dos Direitos Fundamentais – Uma Teoria Geral dos Direitos Fundamentais na Perspectiva Constitucional* 13ª edição. São Paulo: Livraria do Advogado, 520 p.
24. Silva, J. A. (2009). *Aplicabilidade das Normas Constitucionais* 7ª Ed. São Paulo: Malheiros, 320 p.
25. Souza, L. E. P. F.; Paim, J. S.; Teixeira, C. F.; Bahia, L.; Guimarães, R.; Almeida-Filho, N.; Machado, C. V.; Campos, G. W.; Azevedo-e-Silva, G.. (2019). Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 24(8): 2783-2792.
26. Torres, R. L. (2013). O Mínimo Existencial, os Direitos Sociais e os Desafios de Natureza Orçamentária. In: Sarlet, I. W.; Timm, L. B. (Org.). *Direitos Fundamentais: Orçamento e “Reserva do Possível”* 2ª Ed. São Paulo: Livraria do Advogado, 412 p.

Tabela – Evolução temporal das despesas com saúde por habitante, Bahia, 2015-2019.

bimestre	Despesa total com Saúde, sob a responsabilidade do Estado, por habitante	Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	Participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde	Participação da desp. com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde
2015.1	39,53	38,5	0,19	9,12
2015.2	89,7	33,77	0,96	26,47
2015.3	128,33	30,28	1,61	34,11
2015.4	179,74	30,23	1,07	38,62
2015.5	230,34	30,31	0	41
2015.6	302,75	32,55	3,1	39,98
2016.1	43,5	34,47	0	11,89
2016.2	92,71	31,89	0	27,54
2016.3	141,7	31,08	0	30,88
2016.4	199,63	29,53	0	35,82
2016.5	248,33	29,48	0	37,45
2016.6	318,38	28,5	0	37,55
2017.1	44,56	32,17	0,67	11,13
2017.2	95,56	29,27	1,24	25,06
2017.3	150,02	27,67	1,58	32,36
2017.4	206,33	26,47	1,87	36,21
2017.5	264,66	25,58	1,98	38,12
2017.6	350,9	24,29	2,11	39,51
2018.1	46,77	28,03	0	13,08
2018.2	107,97	24,1	0	33,15
2018.3	169,44	22,85	0	38,57
2018.4	233,54	21,97	0	40,40
2018.5	294	21,65	0	42,07
2018.6	379,06	21,17	1,72	41,11
2019.1	43,81	0,9	0,00	19,83
2019.2	115,8	21,06	1,08	31,02
2019.3	175,83	20,83	0,84	36,13
2019.4	245,06	20,02	0,84	40,49
2019.5	317,11	19,96	0	42,94
2019.6	419,99	19,44	1,31	43,3

Fonte: SIOPS.