

**A CONSTITUIÇÃO FEDERAL E A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: VISÃO
CRÍTICA SOB A ÓPTICA TRIBUTÁRIA E FINANCEIRA. PROPOSTAS¹**

**THE FEDERAL CONSTITUTION AND PUBLIC HEALTH IN BRAZIL:
CRITICAL VIEW FROM THE TAX AND FINANCIAL PERSPECTIVE.
PROPOSALS**

Eduardo Marcial Ferreira Jardim²

RESUMO: O presente estudo preordena-se a avaliar criticamente a saúde pública no Brasil, tema, diga-se de passo, interserto no capítulo da Seguridade Social, consoante o disposto no art. 194 e seguintes da Constituição Federal. Ao demais, a matéria depara-se nimamente disciplinada pela legislação produzida nos múltiplos planos de governo. Quer-se demonstrar o desconcerto entre as normas programáticas proclamadas na Lex Legum e a péssima qualidade da prestação do serviço de saúde pública, revelando, assim, o descumprimento da Constituição no tangente à saúde, o que afronta, também, outros direitos e garantias fundamentais. Ao final, força é concluir pela existência de um caos incompatível com o padrão ético que se espera por parte do Estado em relação ao respeito à cidadania, donde propostas são apresentadas com o fito de repensar o constante aprimoramento do sistema de Saúde Pública.

Palavras-chave: Saúde Pública. Constituição Federal. Direitos e Garantias.

ABSTRACT: The present study preordains to critically evaluate Public Health in Brazil, theme, by the way, interspersed in the chapter of Social Security, according to the provisions of art. 194 et seq. of the Federal Constitution. In addition, the issue is effectively implemented by the legislation produced in the multiple levels of government. We want to demonstrate the disconcert between the programmatic norms proclaimed in Lex Legum and the poor quality of the provision of the public health service, thus revealing the non-compliance with the Constitution in terms of

¹ Trabalho submetido em 28/03/2019 e comunicação aprovada em 27/09/2019.

² Mestre e Doutor pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Professor Titular na Graduação, Mestrado e Doutorado na Faculdade de Direito na Universidade Presbiteriana Mackenzie em São Paulo. Conferencista no Instituto Brasileiro de Direito Tributário/IBET. Autor de estudos e livros jurídicos, entre os quais: Manual de Direito Financeiro e Tributário (Saraiva); Curso de Direito Tributário (Noeses); Dicionário de Direito Tributário (Noeses); Finanças Públicas e Tributação ao lume dos Direitos e Garantias (Noeses). Sócio do Escritório Eduardo Jardim Advogados Associados e Membro da Academia Paulista de Letras Jurídicas, Cadeira n. 62. E-mail: eduardo@eduardojardim.com.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0419-0860>.

health, which also faces other fundamental rights and guarantees. In the end, it is necessary to conclude that there is a chaos that is incompatible with the ethical standard that is expected on the part of the State in relation to respect for citizenship, where proposals are presented with a view to rethinking the constant improvement of the public health system.

Keywords: Public Health. Federal Constitution. Rights and Guarantees.

SUMÁRIO: 1. Introdução. 2. Saúde e Saúde Pública. Noções gerais. 2.1. Breve esboço histórico. 2.2. Seguridade Social. Saúde Pública e Sistema Único de Saúde no Texto Magno. Princípios constitucionais. A saúde no plano legislativo. 2.3. A saúde na Constituição e na Legislação em contraste com a realidade. 3. Orçamento da saúde pública. Receitas tributárias e outras. Gastos com saúde no Brasil e noutros países. 3.1. Distorções orçamentárias. 3.1.1. Desvinculação de Receitas da União/DRU. 3.1.2. Percentual da receita da saúde no orçamento da seguridade social. 3.2. Demais vicissitudes nas políticas públicas de saúde. 3.2.1. Tributação de medicamentos. 3.2.2. Carga tributária elevada e tributação do consumo. 3.2.3. Outras considerações. Gasto com medicamentos ante o imposto de renda e insuficiência da distribuição de medicamentos pela rede pública. Má gestão da despesa pública. Ausência de política demográfica. Deficiências no saneamento básico. Aspectos positivos. 4. Conclusões e propostas. 5. Referências.

1. INTRODUÇÃO

Conforme noção cediça, até meados do século XIX o Estado limitava-se a desempenhar o mínimo possível de atividades, no caso aquelas absolutamente essenciais e pertinentes à justiça, à política, à diplomacia e à segurança, tanto interna quanto externa, deixando tudo mais ao sabor da iniciativa privada. Era o chamado Estado Liberal, instalado sob o influxo do *laissez faire* – *laissez passer*, inspirado no individualismo filosófico e político do século XVIII e da Revolução Francesa.

Em veras, o então liberalismo dos fisiocratas, a exemplo de Quesnay, Mirabeau, Nemours e Turgot, bem assim dos clássicos Adam Smith, David Ricardo, Stuart Mil e J. B. Say, proclamava que tudo era do indivíduo e para o indivíduo, sendo inadmissível, portanto, a intervenção Estado no domínio econômico. Enfim,

esses eram os contornos do período clássico da economia, caracterizado pela neutralidade das finanças públicas e correspondente não-intervencionismo estatal.

O Estado Moderno, ao revés, tem como linha mestra exatamente o contrário, na dimensão em que o intervencionismo é o seu traço peculiar. Deveras, no crepúsculo do século XIX, o Estado deixou de ser um mero espectador da vida social e foi instado a intervir nos inúmeros segmentos da ordem econômica, financeira e social, esta com desdobres na habitação, previdência, assistência social, saúde, educação, ambiente e outras relacionadas ao aprimoramento da qualidade de vida do cidadão.

Logo, em consonância com o aspecto intervencionista, o Estado tem o poder-dever de atuar e interagir em prol da cidadania, onde, nesse espectro, oferecer saúde de qualidade desponta como uma de suas missões primordiais.

No âmbito da saúde, especificamente, o Texto Constitucional abraça o modelo de intervencionismo denominado de redistribuição, conforme as lições de Maurice Duverger (1988, p. 138-139), na dimensão em que uma parcela expressiva da arrecadação tributária seria destinada às classes de reduzida capacidade econômica com o fito de perseguir os ideais altaneiros da igualdade e do bem comum, no qual se insere a saúde para todos.

Assim o é em virtude do disposto nos artigos 6º, 194 usque 200, da Constituição Federal, os quais determinam que a saúde é um dever do Estado e um direito do cidadão, isso sem computar a existência de outros dispositivos que, em uma visão contextual, fazem coro com as referidas disposições contidas na *Lex Legum*.

Não obstante, há censuráveis desvios oficiais de verbas privativas da saúde, tudo agravado com uma péssima gestão por parte dos múltiplos planos de governo, da qual resulta a ausência ou má qualidade do serviço.

Nas dobras deste Estudo serão apontadas algumas questões de índole

tributária que, se fossem objeto de reforma, poderiam contribuir para o esmero da natureza do serviço de saúde pública no Brasil, além de poder instrumentar a camada mais modesta da população a ter acesso alternativo a planos de saúde de natureza particular.

Ao final, serão apresentadas uma série de propostas com o desígnio de contribuir para o debate acerca da saúde, que é um tema de imprescindível relevância para o cidadão de baixa renda e também para os carentes, tudo em obséquio à concretização dos direitos e garantias fundamentais inscritos no Texto Excelso, na busca permanente do chamado Welfare State incumbido de proporcionar o bem-estar dos cidadãos.

2. SAÚDE E SAÚDE PÚBLICA. NOÇÕES GERAIS

Ao consoar de Antônio Houaiss (2001, p. 2.525), o vocábulo saúde exprime o estado de equilíbrio dinâmico entre o organismo e seu ambiente, o qual mantém as características estruturais e funcionais do organismo dentro dos limites normais para a forma particular de vida.

No universo do Direito, a carga semântica da palavra saúde não é diferente, conforme prelecionada por De Plácido e Silva (2010, p. 1.247), ao averbar que o termo reveste o significado de salvação ou conservação da vida, pelo que a expressão ganhou a acepção de bem-estar em face do regular funcionamento dos órgãos e dos sentidos dos seres vivos.

A saúde pública, de seu turno, diz respeito àquela de incumbência do Poder Público e encontra-se partilhada entre as unidades federativas, cabendo, portanto, à União, ao Distrito Federal, aos Estados e aos Municípios o dever de prestar serviços de atendimento à saúde.

Impende observar que, ao lado da previdência e da assistência social, a saúde integra o trinômio da chamada seguridade social que representa dever do

Poder Público e direito do cidadão.

2.1. BREVE ESCORÇO HISTÓRICO

Nos albores de nossa história não havia política pública de saúde, e essa lacuna foi preenchida pela existência das Santas Casas de Misericórdia criadas por movimentos das Igrejas Católica, Protestante, Evangélica, Comunidade Espírita e outras que davam guarida e tratamento em prol de pessoas carentes.

Segundo a Confederação de Santas Casas, o país chegou a contar com 2.100 estabelecimentos de saúde, a exemplo das Santas Casas de Santos (1543), Salvador (1549), Rio de Janeiro (1567), Vitória (1818), São Paulo (1599), João Pessoa (1602) e Belém (1619), dentre outras.

Com efeito, as Santas Casas representavam a única opção para atendimento médico durante os séculos entre o Brasil Colônia e o advento da Constituição Política do Império do Brasil de 1824, que instalou a nação jurídica e politicamente organizada. A bem ver, o artigo 179, inciso XXXI, daquela Constituição, estipulava a *garantia dos socorros públicos*, fato de significativa importância, pois, apesar da vaguidade, não se pode deixar de reconhecer que já naquele tempo a saúde passou a ocupar o ápice da pirâmide normativa.

Ademais, a partir de então houve importantes conquistas, tanto que D. Pedro I criou Faculdades de Medicina, bem como instituiu órgãos destinados a fiscalizar a higiene no país, sobretudo na nova capital, no caso o Rio de Janeiro. Entretanto, inobstante houvesse uma política voltada para os primeiros passos na Medicina, conforme premencionado, o país ressentia-se de saneamento básico e de outras providências relativas à urbanização, o que abria espaço para o surgimento de doenças causadas por essas carências, às quais, por vezes, afiguravam-se recorrentes.

A Constituição Republicana de 1891 denominou o país de Estados Unidos

do Brasil e, ao contrário da Carta Imperial, foi omissa com relação ao tema da saúde pública, embora no plano subconstitucional algumas providências importantes fossem tomadas, a teor de reformas urbanas e sanitárias, merecendo destaque a atuação profícua do médico Oswaldo Cruz, que impôs a vacinação obrigatória contra a varíola, mesmo enfrentando revoltas populares à época.

Ainda no primeiro quartel do século XX, foram criadas entidades voltadas para garantir minimamente a proteção da terceira idade por meio de pensão e consequencial tratamento de doenças. Em exemplo, dentre outras, merecem lembradas as Caixas de Aposentadoria e Pensão/CAPS, bem assim o Instituto de Aposentadorias e Pensões/IAPS. Este, contudo, rendeu margem a desvios de recursos que eram destinados para o financiamento da industrialização, conforme crítica acerba do festejado médico Dr. Drauzio Varella.

A Constituição Federal de 1934, promulgada durante o Governo Vargas, concedia assistência médica ao trabalhador e à gestante, fazendo-o por meio do disposto no artigo 121, § 1º, letra *h*. Valores, diga-se, *à vol d'oiseau*, mantidos e ampliados na Constituição Decretada em 1937, no chamado Estado Novo da chamada Era Vargas.

O mencionado Estado Novo ou Terceira República Brasileira consistiu num regime político instaurado por Getúlio Vargas em 10 de novembro de 1937 e que vigorou até 31 de janeiro de 1946. Em veras, configurava um governo centralizado no poder do Presidente, marcado pela postura exacerbada de nacionalismo, anticomunismo e autoritarismo.

Os direitos cristalizados na Carta de 1934 foram reafirmados na Constituição de 1937, consoante estampado no artigo 137, letra *l*, ao lado de mais 12 preceitos em prol do trabalhador, os quais deveriam ser implementados por legislação integrativa no âmbito trabalhista. Ao lume da referida ordem constitucional sobreveio a Consolidação das Leis do Trabalho de 1943, a qual, entre

outros benefícios, glorificava também o direito à saúde.

A Era Vargas teve o seu ocaso com o advento da Lei Constitucional nº 19, de 31 de dezembro de 1945, que instalou a Assembleia Nacional Constituinte em 1º de fevereiro de 1946, determinando, outrossim, a posse do Presidente da República eleito democraticamente, tendo como ponto culminante a promulgação da Constituição dos Estados Unidos do Brasil em 18 de setembro de 1946.

A Carta de 1946 prescrevia uma série de medidas protetivas à saúde do trabalhador, notadamente a assistência sanitária, inclusive hospitalar e médica preventiva, ao trabalhador e à gestante, conforme o comando contido no artigo 157, inciso XIV, daquele Texto, além de outros direitos que repercutiam positivamente na saúde do trabalhador, a exemplo de repouso semanal remunerado, férias anuais remuneradas e assistência aos desempregados, entre outros.

Sob o fulgor da Constituição Federal de 1946, o governo de então criou o Ministério da Saúde, fato dos mais relevantes, porquanto representou o reconhecimento segundo o qual a saúde haveria de merecer um órgão auxiliar do Executivo com o fito de estabelecer uma política pública incumbida de firmar diretrizes e assumir responsabilidades na gestão da saúde nos múltiplos planos de governo.

A Constituição Federal de 1946 teve vigência fugaz, uma vez que após aproximadamente 18 anos de sua promulgação, seus matizes democráticos foram supressos pelo regime militar instalado em março de 1964, consoante formalizado pelo Ato Institucional nº 1, que investiu a chamada Revolução Vitoriosa com as prerrogativas de Poder Constituinte.

Durante esse regime, foram promulgadas duas Constituições, a primeira em 24 de janeiro de 1967 e a segunda em 17 de outubro de 1969, uma nova Carta com a imprópria designação de simples Emenda Constitucional. Tanto o Texto de 1967, quanto o de 1969, dedicaram um plexo de comandos objetivados a assegurar a



assistência sanitária, médica e hospitalar preventiva, fazendo com a mesma redação, nos termos do disposto no artigo 158, inciso XV, da Carta de 1967, reproduzido de forma semelhante no artigo 165, inciso XV, da ordem constitucional de 1969.

No intertempo do Governo Militar houve inconcebível redução da verba destinada à saúde, que chegou a contar com apenas 1% do orçamento da União, mesmo à época do chamado milagre econômico. É dizer, o país crescendo a velas pandas, enquanto a dotação orçamentária para a saúde afigurava-se manifestamente insuficiente.

Ainda assim, houve avanços, conforme revela o viés social da Medicina, hoje incorporado nas universidades, tendente a pensar no bem-estar além do corpo humano. A partir da década de 1970, as políticas públicas envolveram as secretarias estaduais e municipais que, juntamente com os Ministérios da Previdência Social e da Saúde, assumiram encargos e responsabilidades em relação à saúde.

Ademais, sobrenumeráveis entidades dedicadas à saúde contribuíram para a sua melhoria, a exemplo da Fundação Oswaldo Cruz, o mesmo ocorrendo com o Conselho Nacional de Medicina e a Associação Médica Brasileira, senão também o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, todos concorrendo para a reforma sanitária e para a universalização da saúde encampada pela Constituição Federal de 1988, a qual sucedeu a ordem de antanho e reinstalou a democracia entre nós.

O mencionado regime militar perdurou até 1985, quando se deu a instalação da Assembleia Nacional Constituinte, em novembro de 1985, que teve por apogeu a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, em 5 de outubro de 1988.

2.2. SEGURIDADE SOCIAL. SAÚDE PÚBLICA E SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO TEXTO MAGNO. PRINCÍPIOS CONSTITUCIONAIS. A SAÚDE NO PLANO LEGISLATIVO.

TEXTO MAGNO

A saúde integra a chamada seguridade social, em consonância com a redação impressa no artigo 194 do Código Supremo. Nessa vereda, a propósito, vejamos a lição de Leandro Paulsen ao discorrer sobre o assunto. São suas palavras:

A Seguridade Social é a área de atuação do Poder Público que abrange a saúde, a assistência social e a previdência social. Não se trata, pois, de um órgão da Administração Direta ou Indireta de quaisquer das esferas políticas. Vários são os órgãos e pessoas políticas que se ocupam da seguridade social, como no âmbito federal, a Administração Direta da União, através do Ministério da Saúde, e o INSS (regime geral de previdência social), os Estados e o Municípios (PAULSEN, 2006, p. 496).

Wagner Balera (1989, p. 34), com sua maestria, sintetiza de forma lapidar o conceito de seguridade social, senão vejamos: “conjunto de medidas constitucionais de proteção dos direitos individuais e coletivos concernentes à saúde, à previdência e à assistência sociais”.

Deveras, a saúde traduz uma das subdivisões da seguridade social que representa um dos capítulos da Ordem Social inscrita no art. 193 e seguintes da Constituição da República Federativa do Brasil promulgada em 5 de outubro de 1988. Em realidade, a Magna Carta dedica um expressivo número de normas à saúde, consoante será examinado nos tópicos subsecutivos.

Alexandre de Moraes, em sua obra *Direito constitucional*, nos brinda com o seguinte conceito jurídico de saúde, à luz do Texto Constitucional:

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 a ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CF, art. 196), sendo de relevância



pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou por meio de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (CF, art. 197). (MORAES, 2009, p. 821).

Sobremais, o renomado Professor (MORAES, 2009, p. 821) compendia as diretrizes e os preceitos constitucionais relacionados com a saúde e, nesse sentido, enumera o rol daqueles constantes do artigo 198 da Constituição Federal, a saber:

- Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- Participação da comunidade;
- Financiamento do Sistema Único de Saúde nos termos do artigo 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. A Emenda Constitucional nº 20/98 estabeleceu que a lei definirá os critérios de transferência de recursos para o Sistema Único de Saúde e ações de assistência social da União para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, e dos Estados para os Municípios, observada a respectiva contrapartida de recursos (CF, artigo 195, § 10);
- Liberdade na assistência à saúde para a iniciativa privada;
- Possibilidade de as instituições privadas participarem 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;
- Vedação à destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos;

- Vedação à participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no país, salvo nos casos previstos em lei.

Com efeito, a ordem constitucional categoriza a saúde como um direito social. Sobre considerá-la um direito de todos e um dever do Estado, vejamos, pois, os referidos mandamentos da Lei Fundamental:

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. [...]

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 (BRASIL, 1988, grifos nossos).

Como se vê, os referidos comandos constitucionais reconhecem a relevância da saúde como um dos valores máximos da cidadania e, nesse compasso, versejou a matéria de forma cristalina e objetiva. Ao demais, a saúde mereceu uma seção específica na Lex Legum, compreendendo os artigos 196 usque 200, os quais, a seu turno, abrigam desdobramentos em incisos e parágrafos, totalizando algumas dezenas de mandamentos sobre o assunto.

Cumprido esclarecer que todas as normas contidas nos artigos 194 a 204 da Constituição também dizem respeito à saúde que faz parte da seguridade social, o que, mais uma vez, demonstra a sua dimensão constitucionalizada.

Sistema Único de Saúde

Com fulcro na previsão contida nos arts. 198 e seguintes da Carta Constitucional e por meio da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, dera-se a criação do Sistema Único de Saúde, conhecido pela sua sigla SUS, o qual consiste numa descentralização com direção única em cada esfera de governo, integrando

uma rede regionalizada, com a participação da comunidade.

Na trilha do magistério de Alexandre de Moraes (MORAES, 2009, p. 822), o Sistema Único de Saúde desfruta da competência de realizar a seguintes providências, entre outras:

Ao Sistema Único de Saúde, além de outras atribuições, nos termos da lei, compete:

- Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- Ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde;
- Participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- Incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
- Fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- Participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- Colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Outrossim, o financiamento da seguridade social, nela incluída a saúde pública, traduz dever de toda a sociedade nos exatos termos do caput do artigo 196 da Constituição, o que é efetivado por meio de impostos, contribuições de seguridade e sobre o lucro das pessoas jurídicas, bem como por meio das receitas advindas da arrecadação de loterias, entre outras, o que será analisado no item subsequente de nº 3, o qual versará sobre o orçamento da saúde em particular.

O apontado critério de financiamento por parte de toda a sociedade exprime uma das fórmulas de gestão financeira por parte do Estado intervencionista, no caso aquela designada como redistribuição do produto da arrecadação, consoante a classificação concebida por Maurice Duverger, qual seja:

- a) aumento ou diminuição da carga tributária global, na dimensão em que a elevação da tributação poderia restringir o consumo de produtos, mercadorias e serviços, evitando efeitos inflacionários, enquanto a

diminuição teria o condão de baixar os preços, gerando, assim, o aumento da disponibilidade dos particulares e ocasionando desenvolvimento na atividade particular; b) intervenção mediante discriminação, cujo perfil tipológico seria a seletividade, na medida em que a tributação das atividades, ou produtos ou mercadorias, seria graduada para mais ou para menos conforme sejam mais necessárias ou menos necessárias ou ainda mais vantajosas ou prejudiciais para a população; c) amputação que consistiria em uma tributação mais gravosa sobre o patrimônio e a renda e não o consumo, objetivando reduzir as desigualdades sociais; e d) redistribuição, fórmula pela qual o produto da arrecadação tributária é redistribuído às classes de baixa capacidade econômica, além de instituir isenções ou subsídios com o objetivo de otimizar um tratamento igualitário de um modo geral, incluindo, por óbvio, a saúde pública ou mesmo, por via transversa, possibilitar o acesso à saúde particular. (DUVERGER, 1988, p. 138-139).

Como visto, resta evidente que a saúde pública, como parte da seguridade, afigura-se preponderantemente compatível com a chamada redistribuição, embora, por vezes, possa haver a adoção de qualquer outro critério propugnado pelo festejado jurista, cientista político e sociólogo francês.

Princípios constitucionais

A visão filosófica do Direito pressupõe identificá-lo como um sistema normativo, cuja configuração consiste em um conjunto de normas inter-relacionadas em harmonia e agrupadas em torno de normas-princípios compondo um todo indivisível (JARDIM, 2018, p. 19). Verdade seja, os princípios ora mencionados revestem a significação de supra-normas, vale dizer, aquelas que unem as demais normas como verdadeiras colunas mestras, donde ganham preeminência na realidade sistemática.

Em abono ao asserto trazido à colação, Aurora Tomazini de Carvalho (2010, p. 123) preleciona que a configuração de um sistema não se perfaz com a simples somatória de aspectos comuns, pois requer um arcabouço de elementos relacionados entre si em função de um referencial comum.

No mesmo sentido é a lição abalizada de Juan Manuel Teran (1971, p. 146),

professor de Filosofia da Universidade do México, que, ao discorrer sobre o assunto, assim averbou: “Sistema é um conjunto ordenado de elementos segundo um ponto de vista unitário”.

Ao propósito, Geraldo Ataliba, Mestre dos Mestres, categoriza os princípios como antessupostos para o conhecimento da Ciência do Direito. Ouçamo-lo, pois, no prefácio da obra de Lourival Vilanova Estruturas lógicas e o sistema de Direito Positivo, escrito em 1976 e constante de todas as edições:

O que mais falta a quem pretende conhecer o Direito não é a informação sobre os institutos e as normas, ou sobre as soluções que os problemas vêm tendo na jurisprudência ou na prática do Direito aplicado, mas o domínio dos princípios, a facilidade de compreensão e manuseio das categorias, a visão sistemática global, operacional e funcional do Direito como conjunto, como um todo. (VILANOVA, 2010, p. 23).

Ao lume desses escólios, temos que um Direito nacional, no caso o sistema normativo do Direito brasileiro, é formado por um conjunto de normas entrecruzadas horizontal e verticalmente, tendo como regras diretoras os princípios constitucionais gerais e os específicos de cada quadrante do Direito. Por conseguinte, avultam como tais as normas que definem a forma federal de Estado – princípio federativo, bem como a forma republicana de governo, bem assim, entre outras, os direitos e garantias elencados no artigo 5º e seus incisos.

No tangente aos princípios constitucionais relativos às contribuições de seguridade, envolvendo, portanto, a saúde, merecem destaque os de natureza tributária e outros especificamente entreligados com a saúde, a saber: a) estrita legalidade; b) igualdade; c) anterioridade nonagesimal; d) irretroatividade; e) vedação ao confisco; f) universalidade; g) assistência social; h) uniformidade e equivalência; e i) capacidade contributiva.

Vejam, pois, em estreita síntese, o perfil tipológico dos referidos princípios constitucionais que presidem a tributação, encampando, por consequência, as contribuições de seguridade que geram receitas para a saúde

pública.

a) **Estrita legalidade**

Previsto no artigo 150, inciso I, da Constituição Federal, reafirma a legalidade genérica inscrita no artigo 5º, II, e hospeda o significado pelo qual somente a lei pode instituir, extinguir ou quantificar tributos, incluindo, portanto, as contribuições de seguridade social. Outrossim, importa observar que existe uma legalidade atenuada que permite ao Executivo alterar as alíquotas dos impostos sobre comércio exterior, bem como o IPI e o IOF, nos termos previamente firmados em lei (BRASIL, 1988, art. 153, § 1º).

Em veras, a tributação, antes apanágio dos reis, agora configura função indeclinável dos Parlamentos, em harmonia, aliás, com o constitucionalismo contemporâneo, donde resulta o brocardo *nullum tributum sine lege*.

Juan Carlo Luqui (1989, p. 32) exalta o aspecto axiológico relativo ao consentimento popular na instituição de tributos ao dizer que, em matéria de tributos, a lei deve emanar da Câmara dos Deputados, que representa a vontade popular. Na mesma vereda, é a lição de Pontes de Miranda, para quem o princípio *a priori* significa o povo tributar a si mesmo, podendo ser traduzido também pela expressão “autotributação”, adotada por Alberto Xavier (1981, p. 111), o que lhe impregna de foros de um dos princípios sobranceiros dos Estados Democráticos.

b) **Igualdade**

O postulado da igualdade não se limita à noção comum de acordo com a qual significaria tratar igualmente os iguais ou desigualmente os desiguais, máxime porque a referida afirmação não esclarece como distinguir os iguais ou desiguais, daí a sua incompletude.

Não se pode abordar o assunto sem trazer à colação o magistério de Celso Antônio Bandeira de Mello (2014, 37) que, pioneiramente, deslindou a quintessência do conceito lógico-jurídico da igualdade. Segundo sua concepção, a igualdade se resume na existência de um nexos plausível entre o *discrimen* e a finalidade, tornando, assim, tangível e objetiva a compreensão desse importantíssimo instituto no domínio do Direito.

À guisa de exemplo, poder-se-ia dizer que guarda harmonia com a igualdade a exigência da condição de bacharel em Direito para a participação num concurso de carreira jurídica, assim como delegado de polícia, procurador ou magistrado, dentre outras.

Diversamente, estaria na contramão da igualdade, por exemplo, a exigência de habilidade em artes marciais como requisito para tomar parte num processo seletivo para Delegado de Polícia, até porque aquela condição nada diz com o exercício da referida função. Tal exigência poderia ter cabimento se o Estado cogitasse selecionar candidatos a uma carreira do tipo da *Swat* americana, pois nesse caso, sim, buscar-se-ia um policial dotado de predicados específicos para aperfeiçoar permanentemente o combate ao crime.

Sem embargo, a previsão contida no artigo 195, § 9º, da Constituição Federal não resiste a um contraste com a igualdade, pois estabelece um regime de tributação diferenciada em virtude da atividade da empresa, donde, por exemplo, a alíquota das contribuições de seguridade social em relação aos bancos seria mais elevada do que as demais pessoas jurídicas. Ora, tal regra destoa da relação de pertinência lógica que veda desigualar em face da atividade ou ocupação (BRASIL, 1988, art. 150, II), restando, assim, inconstitucional a aludida disposição criada pela Emenda nº 47/2005.

c) **Anterioridade nonagesimal**

Trata-se de princípio constitucional preceituado no artigo 150, III, letras b e c, conforme o qual, em regra, somente pode ser cobrado em um dado ano-calendário o tributo já existente ou majorado no ano anterior. Tem como pressuposto o chamado princípio da não-surpresa, possibilitando que o contribuinte tenha conhecimento da carga tributária com um mínimo de antecedência.

O citado postulado comporta atenuações e exceções, entre as quais a anterioridade nonagesimal aplicável às contribuições de seguridade social, por força do disposto no artigo 195, § 6º, do Estatuto Político, pelo que somente após 90 dias da majoração ou instituição desses gravames é que pode ser feita a respectiva cobrança, ressalvando tratar-se de dias corridos, desconsiderando o ano-calendário.

d) Irretroatividade

Compreendida nas entrevozes do artigo 5º, inciso XXXVI, da Carta da República e reproduzido no artigo 2º, da Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro, firma que o passado transcende ao império da lei, cujos efeitos projetam-se para o futuro. No dizer de Paul Roubier (1960, p. 22), a irretroatividade integra o patrimônio dos povos civilizados, o que revela a sua magnitude na quadra do Direito.

Conquanto impresso no artigo 5º, inciso XXXVI, o capítulo da tributação e orçamento reafirma a sua latitude, conforme dispõe o artigo 150, inciso III, letra a, da Constituição Federal, que somente autoriza a cobrança de tributos em relação a fatos ocorridos depois da vigência da lei que os tenha instituído ou majorado.

e) Universalidade

A expressão *in casu* sugere, desde logo, o alcance da seguridade e o da saúde imerso em suas dobras, pois, universalidade significa completude, pelo que,

nos termos do disposto no artigo 194, inciso I, o princípio sob exame garante a cobertura e o atendimento de toda a sociedade na busca da consecução do bem-estar e da justiça social.

Aliás, esse é o pensar de Zélia Luiza Pierdoná, que assim atremou:

O princípio da universalidade da cobertura e do atendimento revela a adoção de um sistema protetivo amplo, o único capaz de atingir o bem-estar e a justiça social que são objetivos da ordem social, conforme o art. 193. O princípio em apreço está em consonância com o sistema adotado – seguridade social – uma vez que esta amplia a ideia de seguro social, concebida por Bismark, autor da lei do seguro-doença aprovada na Alemanha em 1883 e considerada a primeira norma previdenciária do mundo. (PIERDONÁ, 2003, p. 53).

Por outro lado, de par com a cobertura e o atendimento, a universalidade encampa, também, o respectivo financiamento, em obséquio ao disposto no caput do artigo 195 da Constituição Federal, que assim estabelece, in verbis:

Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais: [...] (BRASIL, 1988).

Em veras, o postulado da universalidade predetermina-se a realizar os ideais de justiça social em sua plenitude, seja no tocante ao alcance da cobertura e do atendimento, seja no respectivo financiamento a ser suportado por toda a sociedade.

f) **Vedação ao confisco**

O artigo 150, inciso IV, da Constituição Federal veda expressamente a tributação confiscatória, instituto, diga-se de passo, de pouca valia no território do direito tributário. Em verdade, o confisco reveste matizes punitivos em face de cometimento de ato ilícito e, por isso, afigura-se absolutamente incompatível com a natureza do tributo que só pode ter por pressuposto fato lícito, donde emerge a sua fisionomia não sancionatória. Ante essa observação, força é deduzir que a referida disposição constitucional contraria o regime tipificador do tributo.

Com efeito, o vocábulo confisco traduz uma punição substanciada na perda da propriedade de bem ou mercadoria que seja objeto de crime, a exemplo de contrabando ou descaminho ou produto de roubo.

Ante essas ponderações, resta claro que, na esfera da tributação a aludida proibição constitucionalizada representa um *sin sentido*, segundo a linguagem incisiva de Genaro Carrió (1973, p. 14).

g) **Capacidade contributiva**

Prestigiado expressamente no artigo 145, § 1º, da Constituição Federal, cujo comando prioriza a tributação do patrimônio e da renda, porquanto são os que melhor espelham a capacidade contributiva do sujeito passivo de obrigação tributária.

Entrementes, importa reconhecer que, no Direito brasileiro, dá-se exatamente o contrário, uma vez que a tributação do consumo traduz aproximadamente dois terços da arrecadação tributária.

A talho de foice, não se forra de críticas a tributação de contribuições de seguridade incidentes sobre a receita ou faturamento, conforme previsão contida no artigo 195, inciso I, letra *b*, e objeto de farta legislação, caso das contribuições PIS e Cofins.

Ora, a receita ou faturamento não representam grandezas reveladoras de capacidade contributiva, tanto que uma empresa pode estar contabilizando prejuízos ou estar em recuperação judicial, mas, ainda assim, a receita ou o faturamento estarão presentes. Logo, essa reflexão, per se, mostra a afronta ao postulado da capacidade contributiva em relação às mencionadas contribuições de seguridade social, as quais, diga-se de passagem, representam uma das fontes de maior geração de recursos financeiros da União Federal.

Comentos derradeiros

Há outros princípios de matizes gerais que informam a seguridade social como um todo e, por isso, incluindo a saúde, a teor da dignidade da pessoa humana, do bem-estar, da justiça social, bem assim a erradicação da pobreza e da marginalização, senão também o acesso ao trabalho, os quais, indiretamente refletem ou podem repercutir na saúde, o que demonstra a sua inegável relevância no âmbito nos quadrantes da seguridade.

Outrossim, cabe elucidar que no ver deste Estudo a saúde não integra o conceito de assistência social, razão porque as imunidades em prol das entidades com esse perfil não compreendem a saúde propriamente, seja quanto a impostos (BRASIL, 1988, art. 150, VI, letra c), seja no tocante a contribuições de seguridade (BRASIL, 1988, art. 195, § 7º).

O aserto se justifica na medida em que a saúde não se encontra na definição constitucional de assistência social que, à luz do art. 203, incisos I a IV, tem por objeto outros valores, assim como a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência, o amparo às crianças e adolescentes carentes, a promoção da integração ao mercado de trabalho e a habilitação e reabilitação de deficientes e a garantia de um salário-mínimo a deficientes e idosos, conforme determina o art. 203, incisos I a V, da Magna Carta.

Inobstante isso, há entendimentos em sentido diverso, os quais propugnam por considerar a saúde como modalidade de assistência social, contrariando, conforme precitado, o conceito jurídico positivado no artigo 203 e seus incisos da Constituição Federal.

Nesse sentido, invocam que serviços de saúde prestados por hospitais ou clínicas médicas teriam direito à imunidade, a exemplo do posicionamento de Michel Haber Neto (2013, p. 164).

Ademais, cabe ponderar, também, que há precedentes do TRF3 e do TRF4,

inclusive do Supremo Tribunal Federal, que estendem a imunidade de assistência social em prol de entidades de saúde, a exemplo do Recurso Extraordinário RE580264/RS, julgado pelo Pleno daquela Corte no dia 16/12/2010, tendo por Relator o Min. Joaquim Barbosa, o qual se encontra assim ementado:

EMENTA: CONSTITUCIONAL. TRIBUTÁRIO. RECURSO EXTRAORDINÁRIO. REPERCUSSÃO GERAL. IMUNIDADE TRIBUTÁRIA RECÍPROCA. SOCIEDADE DE ECONOMIA MISTA. SERVIÇOS DE SAÚDE. 1. A saúde é direito fundamental de todos e dever do Estado (arts. 6º e 196 da Constituição Federal). Dever que é cumprido por meio de ações e serviços que, em face de sua prestação pelo Estado mesmo, se definem como de natureza pública (art. 197 da Lei das leis). 2. A prestação de ações e serviços de saúde por sociedades de economia mista corresponde à própria atuação do Estado, desde que a empresa estatal não tenha por finalidade a obtenção de lucro. 3. As sociedades de economia mista prestadoras de ações e serviços de saúde, cujo capital social seja majoritariamente estatal, gozam da imunidade tributária prevista na alínea “a” do inciso VI do art. 150 da Constituição Federal. 3. Recurso extraordinário a que se dá provimento, com repercussão geral.

Ao final, retomando uma referência feita no início deste item acerca de imunidade, torna-se necessário esclarecer que embora o artigo 195, § 7º, da Constituição faça referência explícita à isenção, o mandamento em apreço cuida de imunidade, porquanto abriga hipótese de não-tributação constitucionalizada.

Por todas as veras, o asserto exprime a concepção pioneira de Paulo de Barros Carvalho, que assim atremou:

Imunidade é uma classe finita e imediatamente determinável de normas jurídicas contidas no texto constitucional e que estabelecem, de modo expresse, a incompetência das pessoas políticas de direito constitucional interno para expedir regras instituidoras de tributos que alcancem situações específicas e suficientemente caracterizadas. (CARVALHO, 2017, p. 203 e ss).

A saúde no plano legislativo

A legislação sobre a matéria desdobra-se em diplomas de índole nacional que estabelecem normas gerais acerca da matéria, bem como compreende leis específicas, tanto federais quanto nas demais unidades federativas.

Entre as primeiras, temos a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que instituiu o SUS e, nesse sentido dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, na estrita conformidade, aliás, com o preâmbulo do referido texto legal.

No âmbito da legislação nacional, informa o sistema, também, a Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre a organização da seguridade social, encampando, assim, a saúde, situada em sua contextura interior.

Merece citada, ainda, a Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, a qual dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social, cujo texto dá guarida a regras específicas atinentes à saúde.

Ao demais, não se pode olvidar a relevância da legislação trabalhista, no caso a Consolidação das Leis do Trabalho, instituída por meio do Decreto-lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943 que, ao lado de estabelecer normas gerais sobre o Direito do Trabalho, cuida, também, da saúde do trabalhador, fazendo-o tanto de forma direta quanto transversa.

Obviamente, o escopo deste tópico circunscreve-se a fazer alusão às leis básicas de conteúdo nacional, observando que há uma farta legislação pontual nos estados e Distrito Federal, afora a existência de textos legais nos milhares de municípios que se propagam no pacto federativo.

2.3. A SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO E NA LEGISLAÇÃO EM CONTRASTE COM A REALIDADE

Como visto, o Texto Supremo consagra uma dimensão superlativa à saúde, fazendo-a por meio de múltiplos comandos, alguns dos quais dotados da roupagem de princípios, mercê de sua magnitude hierárquica no sistema normativo.

Destarte, confere status de direito social à saúde, consoante o disposto no

art. 6º, bem assim versa o tema por intermédio de dezenas de mandamentos específicos espalhados nos artigos 196 a 200 da Carta Magna, sem computar as demais disposições relativas à seguridade social que indiretamente ressoam no campo da saúde.

No plano legislativo, como visto, há um conjunto de diplomas normativos voltados a efetivar as matrizes constitucionais, sendo lícito reconhecer que o sistema normativo homenageia marcadamente a saúde, assegurando ao cidadão uma qualidade de vida de primeira grandeza. Todavia, não é o que se vê na realidade, lembrando, a propósito, a arguta observação de Konrad Hesse (1991, p. 15 e ss) ao reconhecer a dicotomia entre a Constituição Jurídica e a Constituição Real.

A reflexão *in casu* pode se verificar também nos demais ramos do Direito, assim como ocorre com a saúde que, apesar de exemplarmente positivada na Lei das Leis, bem como na legislação e ainda no patamar infralegal por meio de decretos e atos administrativos, ainda assim a realidade mostra plena dissonância com relação ao modelo normativo cristalizado em normas gerais e abstratas.

Por sem dúvida, a saúde pública não se escoa de revezes de toda a sorte, tanto de caráter normativo quanto de gestão e, por vezes, casos de corrupção, tudo na contramão do figurino constitucional e da legislação, consoante será objeto de análise nos tópicos subsequentes.

Dentre os grandes problemas na saúde pública, podemos assinalar que faltam médicos, hospitais, leitos, medicamentos e atendimento, cabendo observar também que os recursos financeiros são insuficientes para o melhoramento do sistema.

De outra parte, embora a rede não seja objeto deste Estudo, não se pode deixar de apontar alguns de seus contratemplos que podem repercutir na saúde pública, pois a elevação de mensalidades, seus reajustes, amplitude da cobertura e reembolso, não raro, redirecionam parcela dessa população para a saúde pública,



agravando, ainda mais, a sua falta de qualidade.

Com referência ao número de médicos, por exemplo, a Organização Mundial da Saúde indica uma relação desses profissionais da saúde numa proporção de 33,3 por habitante, enquanto o Brasil registra o modesto número de 17,6, ou seja, quase a metade. Já na Europa há países com alto índice de médicos per capita, bem acima daquela média, caso da Áustria, 48; Suíça, 40; Itália, 38; Bélgica, 37; e Alemanha, 36 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

O quadro brasileiro afigura-se ainda mais grave do que os baixos números ora demonstrados, pois há uma enorme desproporção de médicos nas diversas regiões do país, porquanto há Estados no Norte e Nordeste com apenas 0,6 a 1,6 médicos por habitante, enquanto outros no Sul e Sudeste registram um patamar em torno de 2,5, de acordo com pesquisa do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP, 2018).

Na mesma senda insatisfatória, consoante o Fisc Saúde 2016, no ano de 2012 o Brasil apresentou uma média de 2,8 consultas por habitante, diferentemente por exemplo, da Coreia do Sul (14,3) ou do Japão (12,9), ou ainda da Hungria (11,9), isso afora a péssima qualidade do atendimento que frequenta mais o noticiário policial do que as pesquisas científicas (BRASIL, 2018).

Cabe lembrar, ademais, que não basta a presença de médicos para a efetivação do atendimento na área da saúde, pois são necessários, também, outros servidores, assim como fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionistas, biólogos e técnicos em radiologia, dentre outros. Evidentemente, a carência, entre nós, não se circunscreve aos médicos, mas, sim, a toda essa gama de profissionais.

Essas questões, a bem ver, conspiram decididamente contra o interesse público, maculam a cidadania e, sobretudo, desamparam a população carente, fatos, aliás, incompatíveis com os valores consagrados na Constituição e na Legislação.

3. ORÇAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA. RECEITAS TRIBUTÁRIAS E OUTRAS

As principais fontes de receita da saúde pública são as de índole tributária, no caso aquelas provenientes dos impostos e das contribuições de seguridade social, estas, diga-se de passo, representam o maior orçamento de categoria tributária do país, totalizando, por exemplo, o montante de R\$ 698 bilhões no ano de 2016.

Compõem as respectivas fontes de arrecadação para o financiamento da saúde pública outras receitas, assim como as oriundas das loterias – Mega-sena, Loteria Federal, Quina e semelhantes – além de contar também com doações, donativos, multas, emolumentos, taxas, preços públicos e outras, objeto de arrecadação do SUS e previstas no artigo 32 da lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

No âmbito federal cabe à União destinar à saúde o mínimo de 15% da receita corrente líquida de cada exercício financeiro, ao passo que nos estados o repasse para a saúde importa em 12% da arrecadação dos impostos, enquanto os municípios devem destinar a percentagem de 15% em relação à arrecadação dos seus impostos, nos termos da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Convém assinalar, ainda, que o Distrito Federal deve investir na saúde o percentual de 12% da arrecadação dos impostos estaduais e de 15% em relação aos municipais.

Gastos com saúde no Brasil e noutros países

Embora existam múltiplas fontes de recursos para o financiamento da saúde, mesmo assim os gastos nessa seara afiguram-se insuficientes e não atendem minimamente à demanda da população que depende do atendimento médico ou hospitalar e afins por parte do Poder Público.

O gasto com saúde em nosso país representa 8% do Produto Interno Bruto (PIB), percentual aparentemente razoável e equivalente com inúmeros países

altamente desenvolvidos, a exemplo da Finlândia, 8,6%; do Reino Unido, 8,5%; da Noruega, 8,9%; da Espanha, 8,8%; e da Austrália, 8,8%. Verdade seja, tais patamares estão muito aquém aos de outros países, caso da Alemanha, 11%; da Áustria, da Bélgica e do Canadá, 10,1%; dos Estados Unidos, 16,4%; ou, ainda, da Suécia e da Suíça, com 11% (OECD, 2015).

Todavia, a perspectiva da percentagem do valor investido na saúde em relação ao PIB não revela toda a dimensão da despesa governamental com a saúde, pois mostra apenas um lado e não o contexto.

O que tem o condão de demonstrar a verdadeira medida da despesa pública na saúde não é a percentagem, mas o valor em moeda nacional efetivamente aplicado nesse setor da seguridade. Assim, a Eslováquia, por exemplo, mesmo destinando 7,6% do PIB à saúde, ainda assim gastou US\$ 2.010 per capita, ou seja, mais que o dobro em relação ao Brasil, que gastou apenas US\$ 970 por habitante.

Há países com gasto per capita sobremodo elevado, caso dos Estados Unidos, US\$ 8.414; da Alemanha, US\$ 4.819; da Áustria, US\$ 4.553; da Bélgica, US\$ 4.256; e do Canadá, US\$ 4.351, dentre outros.

Por conseguinte, o dispêndio com saúde no Brasil mostra-se indubitavelmente insatisfatório, representando, portanto, uma das razões de suas vicissitudes e o consequencial desamparo da população de baixa renda, que somente pode contar com o Estado em face de não dispor de recursos para utilizar a rede particular de saúde.

Afora o descaso oficial no tangente ao investimento e ao gasto na saúde pública, desde a construção de hospitais, centros médicos, postos de saúde, atendimento e tudo o mais atinente ao assunto, não se pode olvidar a presença de outros infortúnios, conforme será demonstrado na sequência deste Estudo.

3.1. DISTORÇÕES ORÇAMENTÁRIAS

Em que pese à existência de dezenas e dezenas de normas constitucionais versando sobre a saúde pública, fazendo-o exemplarmente, e apesar da vasta legislação que dispõe sobre a matéria e mesmo contando com um Sistema Único de Saúde, há descompassos orçamentários que tendem a comprometer a realização dos desígnios positivados no Texto Excelso e na Legislação.

A mais disso, é preciso considerar que o Brasil congrega um Governo Federal, 27 governos regionais – estados e Distrito Federal – e aproximadamente 5.670 municípios, todos comprometidos com o financiamento, administração, cobertura e atendimento médico e hospitalar, mas, conforme sabido e ressabido, a saúde pública se ressentida de um mínimo de eficiência e de respeito ao cidadão.

Uma das causas decorre de uma série de desvirtuamentos orçamentários no tocante à verba da saúde pública, conforme será analisado no item seguinte.

3.1.1. DESVINCULAÇÃO DE RECEITAS DA UNIÃO/DRU

As contribuições de seguridade social têm por nexos de causalidade o binômio consubstanciado em gerar recursos para o financiamento da previdência, saúde pública e assistência social.

É dizer, diferentemente dos tributos codificados que produzem receitas genericamente orçamentárias, as contribuições de seguridade, ao contrário, são instituídas com o objetivo de financiar a seguridade. Logo, o produto de sua arrecadação encontra-se lógica e ontologicamente afetado com a seguridade social, fato, aliás, inequívoco na doutrina e na jurisprudência.

Entretanto, no mês de março do ano de 1994 foi criado um mecanismo com o nomen juris de Fundo Social de Emergência, posteriormente denominado de Fundo de Estabilidade Fiscal e, ao depois designado como Desvinculação de Receitas da União/DRU, todos com vigência temporária, mas prorrogada até os dias atuais.

Tais Fundos e também a DRU têm por substrato a transferência de um percentual da arrecadação de tributos federais para o Executivo Federal, 20% nos primeiros tempos e 30% a partir de 1º de janeiro de 2016, tudo com fulcro no disposto no artigo 76-B do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias que foi modificado pela Emenda nº 93, de 8 de setembro de 2016. Cumpre notar que a arrecadação das contribuições de seguridade social é redirecionada para a mencionada Desvinculação de Receitas Federais, o que é um rematado dislate.

Ressalta à evidência tratar-se de uma teratologia inconcebível em face do ilogismo dessa bizarra figura atualmente chamada de DRU, pois, não demasia reafirmar que a Constituição somente autoriza a criação dessas contribuições em face do objetivo de financiar a seguridade social e não o Poder Executivo Federal!

Claro que esse desvio reduz o orçamento da seguridade social e privilegia o Executivo, em flagrante desconcerto com o Texto Supremo e na contramão do direito à seguridade social, incluída a saúde, culminando por afrontar a população de baixa renda que tem como única opção o serviço de saúde pública.

3.1.2. PERCENTUAL DA RECEITA DA SAÚDE NO ORÇAMENTO DA SEGURIDADE SOCIAL

Como prefalado, o orçamento da seguridade social é tão elevado que ocupa o primeiro lugar no ranking de uma das arrecadações mais altas do mundo, que é a brasileira.

Por oportuno, lembremos que o total do ano-calendário de 2016 fez aproximadamente R\$ 700 bilhões. A título de comparação, por exemplo, no mesmo período a seguridade foi seguida pelo ICM que gerou R\$ 412 bilhões, ao passo que o Imposto sobre a Renda das Pessoas Jurídicas gerou R\$ 131 bilhões e o das Pessoas Físicas totalizou R\$ 28 bilhões.

Com efeito, se é verdade que na saúde faltam hospitais, médicos,

atendimento e respeito à cidadania, não menos verdade é também que não faltam recursos financeiros, ao menos em tese, uma vez que o orçamento da seguridade deveria destinar os valores necessários para a concretização de uma saúde de boa qualidade, o que, decididamente, não ocorre.

De conseguinte, o grande problema é que os recursos financeiros não chegam à saúde no montante estipulado pelo Diploma Magno, seja em face da DRU, seja pelo descumprimento do percentual mínimo de 30% firmado pelo art. 55 do ADCT, assim expresso:

Art. 55. Até que seja aprovada a lei de diretrizes orçamentárias, trinta por cento, no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, serão destinados ao setor de saúde. [...] (BRASIL, 1988).

Como se vê, mais uma vez nos deparamos com o desconcerto em entre a Constituição jurídica e a real, consoante a arguta lição de Hesse (1991, p. 15). Tanto é verdade que na composição das despesas da seguridade social do ano de 2018, coube à saúde tão somente 12% do orçamento da seguridade conforme estampado na página 12 do respectivo Balanço divulgado pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BRASIL, 2017).

Ora, a circunstância pela qual a norma da Carta Constitucional estabelece o mínimo de 30% do orçamento da seguridade social para a saúde até o advento da Lei de Diretrizes Orçamentárias, pressupõe que o legislador subconstitucional poderia alterar aquela percentagem para mais, nunca para menos, sob pena de infirmar e esvaziar a determinação constitucional.

A bem da verdade, convém trazer à baila uma reflexão oportuna de Kiyoshi Harada, constante no prefácio da 26^a edição e constante da 27^a edição de seu livro *Direito Financeiro e Tributário*, assim expressa:

Em mãos de governantes ímprobos e incompetentes, não há receita capaz de satisfazer os fins do Estado. A contrario sensu, em mãos de estadistas probos, uma receita modesta é capaz de implementar os serviços públicos básicos, com eficiência e qualidade (HARADA, 2018, p. XI).

Sobremais, além da letra da norma sub examen que já bastaria para vedar qualquer redutor do percentual de 30%, importa assinalar, também, que a Carta da República dimensionou a saúde como um valor superlativo, donde merece afastada a possibilidade de comportar redutores no plano legislativo.

Lembremos a arguta lição de Michel Temer (2017, p. 25) ao atremer que a interpretação da norma constitucional deve levar em conta todo o sistema, com ênfase para os princípios valorizados pelo constituinte.

Assim, segundo o abalizado magistério do renomado constitucionalista em apreço, é forçoso admitir que numa visão contextual da Constituição, o valor atribuído em prol da saúde ao longo do Texto Excelso haverá de assegurar o mínimo estipulado no comando ora questionado e imerso no artigo 55 do ADCT, motivo pelo qual as disposições em sentido contrário merecem acoimadas como inconstitucionais.

3.2. DEMAIS VICISSITUDES NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Afora as reflexões feitas e as apreciações apresentadas, há inúmeros outros contrapassos que circundam as políticas públicas na saúde. Uma delas consiste em uma elevada tributação incidente sobre os medicamentos, fato censurável por todas as luzes, conforme será analisado com detença nos desdobres deste item.

Não se pode olvidar, também, a existência de impropriedades com relação à tributação do imposto sobre a renda das pessoas físicas, porquanto a legislação específica não autoriza que a despesa com medicamento seja deduzida da composição do rendimento tributável!

A ausência de política demográfica ao longo do tempo também concorre para o caos da qualidade de vida da população de baixa renda e inevitável comprometimento na prestação do serviço de saúde pública.

Ademais, as graves deficiências no saneamento básico contribuem

igualmente para o agravamento do quadro da saúde de expressivo percentual da população brasileira.

Assim, esses tópicos que não são exaustivos serão analisados a breve trecho neste item com algumas considerações objetivas e mediante comparações com países desenvolvidos.

3.2.1. TRIBUTAÇÃO DE MEDICAMENTOS

A tributação de medicamentos no Brasil é das mais elevadas do mundo, o que, além de não traduzir os ditames constitucionais e legais, antes os afronta. A média importa em 34%, diferentemente de quaisquer outros países, assim como os seguintes: Austrália, 0%; Canadá, 0%; França, 7%; Japão, 5%; Reino Unido, de 0 a 5%; e Estados Unidos, onde os medicamentos sujeitos à prescrição são graduados com alíquota 0 – Zero – na maioria dos Estados, enquanto aqueles que não requerem prescrição oscilam entre 0 e 10% (PERILLO; AMORIM, BRITTO, 2012, p. 47-74).

O Instituto Brasileiro de Planejamento e Tributação, por sua vez, aponta uma incrível contradição, na medida em que a tributação de medicamentos para humanos é gravada com a carga média de 34%, conforme dito anteriormente, enquanto os medicamentos veterinários são tributados com a média de 11% (MORAIS, 2018).

Outra absurdidade seria a comparação entre os tributos incidentes sobre os medicamentos – 34% – enquanto as revistas eróticas, por exemplo, não estão sujeitas a impostos, mercê da imunidade prevista no art. 150, inciso VI, letra d, da Carta da República.

O problema é que as desventuras entre nós não terminam nesse ponto, porquanto além de tributar os medicamentos de forma exacerbada, o gasto por habitante com a saúde no Brasil, como já visto, importa em apenas em U\$ 970 ao

ano, enquanto os países supra citados, ao lado da baixa tributação, revelam um dispêndio per capita de U\$ 3.856 a U\$ 8.414.

Em suma, a qualquer título seja, ou por qualquer prisma, resta evidente que a elevadíssima tributação dos medicamentos no Brasil descumpre a determinação constitucional contida no artigo 196 ao proclamar que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado.

3.2.2. CARGA TRIBUTÁRIA ELEVADA E TRIBUTAÇÃO DO CONSUMO

Carga tributária X PIB

A carga tributária no Brasil alcançou o patamar de 32,66% do PIB no ano de 2015, o que representou bem mais do que os cidadãos de países ricos pagaram no mesmo lapso temporal, a exemplo dos Estados Unidos, 26,2%; da Suíça, 26,7%; do Canadá, 30,2% e do Reino Unido, 32,6% (IBPT, 2018).

Tal fato se agrava se considerarmos que essa alta tributação é suportada pelo grupo menos aquinhado da população, pela simples razão de haver predominância da incidência sobre o consumo, em sentido diametralmente oposto às políticas adotadas nos países ricos e desenvolvidos.

Sob um ponto de vista genérico, essa realidade é visível por todas as luzes, pois torna-se perceptível, de logo, perceber que a população de baixa renda paga a maior parcela da despesa pública por arcar com o encargo dos tributos embutidos nos preços de bens e serviços.

Nada obstante, a verdade é ainda mais perversa se fizermos uma análise mais verticalizada, pois nos Estados Unidos, por exemplo, somente 2,7% da população ganha o salário mínimo de US\$ 1.160, importância equivalente a aproximadamente R\$ 4.500,00 (quatro mil e quinhentos reais) enquanto, entre nós, quase metade dos brasileiros ganha um salário mínimo de R\$ 954,00 (novecentos e

cinquenta e quatro reais) algo em torno de US\$ 242,00 (duzentos e quarenta e dois dólares), ou seja, quatro vezes menos.

Assim, desponta à evidência o grau do quão injusta é a tributação no Brasil, notadamente, não demasia dizer, para a população de baixa renda. Ante essas observações de caráter geral, passemos ao exame de aspectos pontuais acerca da intensa e anacrônica tributação sobre o consumo no Estado brasileiro.

Tributação do consumo

Destarte, em consonância com levantamento realizado pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), a tributação no Brasil incide preponderantemente sobre o consumo que representa 65% da arrecadação do país. Esse modelo contraria frontalmente o comando impresso no artigo 145, § 1º, da Constituição Federal, que determina como prioridade a tributação da renda e da propriedade e não do consumo.

Por evidente, a carga tributária intensa sobre o consumo afigura-se injusta e desigual, até porque os que têm menos pagam mais, suportando os tributos embutidos no preço de produtos, mercadorias e serviços.

A bem ver, uma publicação da Receita Federal denominada Carga Tributária no Brasil indica uma tributação de 50% sobre o consumo no ano de 2015 (BRASIL, 2015, p. 8). Com semelhantes critérios, a OCDE assinala número próximo em igual período, no caso 49,7%, no qual mostra que a tributação sobre o consumo nos Estados Unidos, por exemplo, importa em 17%, enquanto na Alemanha soma 27,8%, no Japão perfaz 21% e assim avante, todos muito aquém do Brasil. (OCDE, 2018).

Entrementes, uma análise da Tabela do mesmo site (BRASIL, 2015, p. 15) e também referente ao ano de 2015, a qual discrimina em pormenor a arrecadação por tributos, nos conduz a outra conclusão, pois, em um total de R\$ 2,7 trilhões do

total de receita tributária, após deduzidos os gravames não incidentes sobre o consumo, no caso o Imposto sobre a Renda das Pessoas Físicas, IPVA, IPTU, IPTR, ITCMD e ITBI, os demais recaem sobre o consumo e são repassados no preço de bens e serviços, totalizando R\$ 2,5 trilhões, representando efetivamente 92% da arrecadação tributária.

Destarte, por qualquer ótica seja, depara-se inegável que a elevada tributação do consumo caminha na contramão da modernidade e da justiça social, repercutindo negativa e gravosamente na saúde da população de baixa renda que, não raro, se ressentem de condições de adquirir medicamentos, comprometendo, por vezes, o próprio direito à vida, exemplarmente positivado no caput do artigo 5º da Constituição Federal.

3.2.3. OUTRAS CONSIDERAÇÕES

Ao lado dos graves problemas já anotados nos tópicos precedentes, há outros inúmeros contratempos que obstam a qualidade do serviço de saúde pública, a exemplo da tributação do imposto sobre a renda, bem assim as deficiências no saneamento básico, ou a péssima gestão da despesa pública e, também, a inexistência de uma política demográfica, aspectos, aliás, a serem analisados em estreita síntese neste item derradeiro do presente Estudo.

Gasto com medicamentos ante o imposto de renda e insuficiência da distribuição de medicamentos pela rede pública

Por incrível que pareça, a legislação pátria compendiada no Regulamento do Imposto de Renda contida no Decreto nº 3.000, de 26 de março de 1999, republicado em 17 de junho do mesmo ano-calendário, qualifica a despesa com medicamento como renda do contribuinte. Oh my God!, diriam os ingleses.

O asserto não é um exagero, mas uma inferência lógica do seu conteúdo,

pois, se considerarmos que a legislação proíbe a dedução de despesa com medicamento da renda sujeita à tributação, resta evidente que a referida despesa é tributada como se fosse renda líquida. Realmente, é mais um dos sobrenumeráveis absurdos desta Terra de Santa Cruz.

Demais disso, uma das diretrizes da mesma legislação prevê como dedutível toda despesa ou custo necessário à existência da pessoa jurídica, não o fazendo em relação à pessoa física, mostrando, assim, como corolário inexorável que no âmbito da lei do imposto sobre a renda a empresa é mais importante que o cidadão.

Nessa vereda, preconiza o magistério autorizado de Roque Carrazza (2005, p. 110) ao atremar que a base de cálculo do referido imposto haveria de comportar a dedução de todas as despesas necessárias à vida do contribuinte, incluindo à saúde, sob pena de afrontar a capacidade contributiva, o postulado da igualdade, porquanto estaria tratando do mesmo modo um universo de pessoas que se encontram em situação econômica claramente diferenciada.

Por conseguinte, a vedação em proibir a dedução do gasto com medicamento na apuração do imposto sobre a renda configura mais uma adversidade com referência à saúde, principalmente em relação aos menos favorecidos economicamente.

Outrossim, as políticas de assistência farmacêutica afiguram-se insuficientes para atender à demanda na distribuição de medicamentos, notadamente em relação à população de baixa renda, o que redimensiona esse relevante componente na prestação de serviço de saúde pública.

Má gestão da despesa pública. Ausência de política demográfica. Deficiências no saneamento básico

Em despeito dos reproches expendidos ao longo deste Estudo com

referência aos equívocos concernentes ao orçamento da saúde, torna-se necessário, também, reconhecer que as políticas públicas cometem absurdos e extravagâncias com os recursos do Estado e não priorizam a saúde conforme seria de mister.

Conforme noção cediça, multiplicam-se os supersalários diretos e indiretos, tanto que agentes políticos custam para a sociedade algo em torno de centenas de milhares de reais ao mês, sem contar, por exemplo, os elevados gastos de dezenas de bilhões de reais com Jogos Olímpicos, Copa do Mundo e incontáveis desperdícios desse jaez.

Criticável, também, a compra do obsoleto navio-aeródromo em 2001 ao custo de US\$ 12 milhões, ou a compra de submarino nuclear com custo total estimado em R\$ 31 bilhões, o qual só pode utilizar armas convencionais e não atômicas, porquanto o Brasil abriu mão dessa prerrogativa.

E o que não dizer da corrupção generalizada que é de conhecimento público, mercê da operação lava-jato e outras, afora aquela constatada especificamente nas áreas da saúde, importando em 2,3 bilhões de reais entre 2001 e 2011, segundo apurado pelo Tribunal de Contas da União. A lista não tem finitude, mas os tristes exemplos mostram a forma equivocada como os governantes gastam o dinheiro público.

Por outro lado, o que se vê é um total descaso com o tema da saúde pública, que é relegada a um plano secundário, seja no tocante ao orçamento, seja no saneamento básico que não contempla dezenas e dezenas de brasileiros, tudo conjugado com a ausência de debate público nos Parlamentos e na mídia, faltando diagnóstico no sentido de revelar que a saúde está doente e que precisa de UTI.

Ao demais, o país sempre se mostrou omissos em relação à adoção de uma política demográfica, o que ensejou um crescimento populacional em flagrante descompasso com a possibilidade de expandir e compatibilizar a educação, o transporte, a habitação e a saúde para todos.

Essas observações são um mero exemplo acerca do destino dos recursos financeiros compulsoriamente cobrados do cidadão, de forma direta e indireta, os quais deveriam ser aplicados na consecução do bem comum, mas, como visto, o Brasil ainda vive os resquícios da Casa Grande e Senzala.

Aspectos positivos

A despeito dos problemas apontados, não se pode deixar de enaltecer os pontos positivos no âmbito das políticas públicas na seara da saúde, sobretudo nos múltiplos campos da vacinação, compreendendo uma diversidade de endemias, merecendo encômios, também, o esforço, a dedicação e o comprometimento de expressivo contingente de profissionais que fazem da saúde uma profissão de fé.

4. CONCLUSÕES E PROPOSTAS

Consoante visto, o presente Estudo empreendeu comentários críticos, por vezes acerbos em relação ao problema tematizado, compreendendo algumas digressões a aspectos contidos nas dobras do assunto abordado, razão porque, por coerência lógica e metodológica serão apresentadas as conclusões tendentes a compendiar as razões expostas, bem como propostas com sugestões que na percepção do trabalho poderiam afugentar as adversidades da saúde no Brasil e, sobretudo, aprimorá-la.

CONCLUSÕES

I

Ante o exposto, força é depreender que o caos na saúde pública tem como ponto de partida a alocação insuficiente de recursos financeiros em cotejo com o cenário internacional, fato agravado pelo desvio de receitas da seguridade para o Executivo Federal por meio da DRU. Outrossim, tem como agravante a omissão

legislativa que no orçamento da seguridade culmina por privilegiar a previdência em detrimento da saúde, tendo como estação de chegada uma gestão incompetente que não consegue concretizar os ideais de justiça social no tocante à saúde pública.

II

Outras vicissitudes decorrem de desconcertos constantes da elevada carga tributária que incide no consumo, incluindo os medicamentos, bem como da legislação do imposto sobre a renda segundo a qual a despesa com medicamentos não pode ser deduzida do rendimento sujeito à tributação.

III

O país é omissos com política demográfica e gasta muito com dispêndios inúteis ou equivocados, deixando ao sabor do acaso, dentre outras, determinadas prioridades como o saneamento básico que não atende mais da metade da população.

PROPOSTAS

I

Produzir legislação que atribua à saúde um percentual específico do orçamento da seguridade, pois a percentagem atual de 12%, ao talante da lei orçamentária, afigura-se absolutamente inaceitável e incompatível com as necessidades do serviço de saúde pública no Brasil.

II

Reformular a DRU prevista no artigo 76 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, de tal sorte que as receitas das contribuições do artigo 195 da Constituição Federal sejam integralmente aplicadas no orçamento da seguridade social, contemplando, portanto, a saúde pública.

III

Instituir legislação que reduza a tributação de medicamentos, bem como torne dedutível a despesa com medicamentos na composição do rendimento

tributável das pessoas físicas.

IV

Expandir e dar qualidade ao saneamento básico com urgência, como forma de oferecer um mínimo de qualidade à saúde da população de baixa renda, além de adotar uma política demográfica, afora aprimorar a gestão da saúde no plano administrativo.

5. REFERÊNCIAS

BALERA, Wagner. **A seguridade social na Constituição de 1988**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1989.

BANDEIRA DE MELLO, Celso Antônio. **O conteúdo jurídico do Princípio da Igualdade**. 3. ed., 23ª tiragem. São Paulo: Malheiros, 2014.

BRASIL. **Constituição Política do Império do Brasil**, de 24 de março de 1824. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Negócios. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao24.htm>. Acesso em: 25 set. 2018.

BRASIL. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**, de 24 de fevereiro de 1891. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao91.htm>. Acesso em: 25 set. 2018.

BRASIL. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**, de 16 de julho de 1934. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm>. Acesso em: 25 set. 2018.

BRASIL. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil**, de 10 de novembro de 1937. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao37.htm>. Acesso em: 25 set. 2018.

BRASIL. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil**, de 18 de setembro de 1946.



Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao46.htm>. Acesso em: 25 set. 2018.

BRASIL. **Constituição do Brasil**, de 24 de janeiro de 1967. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao67.htm>. Acesso em: 25 set. 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 17 de outubro de 1969. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc_anterior1988/mc01-69.htm>. Acesso em: 25 set. 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Legislação Federal. Senado Federal. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 19 set. 2018.

BRASIL. Decreto-lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. **Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452.htm>. Acesso em: 19 set. 2018.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 19 set. 2018.

BRASIL. Lei nº. 8.212, de 24 de julho de 1991. **Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18212cons.htm>. Acesso em: 19 set. 2018.

BRASIL. Lei n. 8.213, e 24 de julho de 1991. **Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213cons.htm>. Acesso em: 19 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. **Informações de Saúde Tabnet**. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/LivroIDB/2edrev/f01.pdf>>. Acesso em 20 jun. 2019.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Balanco da seguridade social**. Brasília, 14 de março de 2017. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/apresentacoes/2017/2017-03-14_seguridade-social.pdf>. Acesso em: 22 set. 2018.

BRASIL. Receita Federal. **Carga Tributária no Brasil**. 2015. Disponível em: <<https://idg.receita.fazenda.gov.br>>. Acesso em: 22 set. 2018.

CARRAZZA, Roque. **Imposto sobre a renda**. São Paulo: Malheiros, 2005.

CARVALHO, Aurora Tomazini de. **Curso de Teoria Geral do Direito**. 2. ed. São Paulo: Editora Noeses, 2010.

CARVALHO, Paulo de Barros. **Curso de Direito Tributário**. 28. ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Sobre**. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br>>. Acesso em 25 set. 2018.

DE PLÁCIDO E SILVA. **Vocabulário jurídico**. Atualizadores: Nagib Slaibi Filho e Gláucia Carvalho. Rio de Janeiro: Gen e Forense, 28. ed. 2ª tiragem, 2010.

DUVERGER, Maurice, **Finances publiques**. 11. ed. Paris: Presses Universitaires de France, 1988.

HABER NETO, Michel. **Tributação e Financiamento da Saúde Pública**. São Paulo: Quartier Latin, 2013.

HARADA, Kiyoshi. **Direito financeiro e tributário**. 27. ed. São Paulo: Gen/Atlas, 2018, p. XI.

HESSE, Konrad. **A força normativa da Constituição**. Tradução Gilmar Ferreira



Mendes. Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris Editor, 1991.

HOUAISS, Antônio. **Dicionário HOUAISS da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

INSTITUTO Brasileiro de Planejamento e Tributação. Disponível em: <<https://ibpt.com.br>>. Acesso em 22 set. 2018.

JARDIM, Eduardo Marcial Ferreira. **Compendium de Direito Tributário**. São Paulo: Mackenzie, 2018.

LUQUI, Juan Carlo. **La obligación tributaria**. Buenos Aires: Depalma, 1989.

MIRABEAU, Marquês de. **Théorie de l'impôt**, 1760. Alemanha: Scientia Verlag, 1972.

MILL, John Stuart. **Principles of political economy**, 1848. Canadá: Kobo, 2015.

MORAES, Alexandre de. **Direito constitucional**. 24. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MORAIS, RAQUEL. **Mudança na Constituição pode retirar impostos sobre medicamentos**. **A Tribuna**. Disponível em: <<https://ibpt.com.br/noticia/2638/Mudanca-na-constituicao-pode-retirar-impostos-sobre-medicamentos>>. Acesso em: 22 set. 2018.

NEMOURS, Dupont. **Physiocrates**. Paris: Guillaumin, 1846.

PAULSEN, Leandro. **Constituição e código tributário à luz da doutrina e da jurisprudência**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora e Esmafe, 2006.

PERILLO, Eduardo; AMORIM, Maria Cristina Sanches; BRITTO, Antônio (org). **Tributos e medicamentos**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012. Disponível em: <<https://www.interfarma.org.br/public/files/biblioteca/17-Livro%20Tributos%20e%20Medicamentos%20-%20site.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2018.

PIERDONÁ, Zélia Luiza. **Contribuições para a seguridade social**. São Paulo:

LTR, 2003.

QUESNAY, François. **François Quesnay & La Physiocratic**. Paris: Institut National d'Etudes Demographiques, 1958, 2 v.

RICARDO, David. **Principles of political economy and taxations**, 1817. Estados Unidos da América do Norte: Dover Publications, 2004.

ROUBIER, Paul. **Le droit transitoire**. 2. ed. Paris: Dalloz/Sirey, 1960.

SAY, J.B. **Traité d'économie politique**. 8. ed. 1876. Estados Unidos da América do Norte: Ebooklib, 2015.

SMITH, Adam. **Wealth of nations**, 1776. Estados Unidos da América do Norte: Bantam Books, 2003.

TEMER, Michel. **Elementos de Direito constitucional**. 24. ed. 4ª tiragem. São Paulo: Malheiros, 2017.

TERAN, Juan Manuel. **Filosofia del derecho**. México: Porrúa, 1971.

THE ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). **Health Statistics 2015**. Disponível em: <<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>>. Acesso em: 22. set. 2018.

TURGOT, Anne Robert Jacques. **Reflexões acerca da formação e distribuição de riquezas**. São Paulo: Global, 1978.

VILANOVA, Lourival. **As estruturas lógicas e o sistema do direito positivo**. 4. ed. São Paulo: Noeses, 2010.

XAVIER, Alberto. **Manual de Direito Fiscal**. Lisboa: Faculdade de Direito de Lisboa, 1981.

WORD HEALTH ORGANIZATION. **Sobre**. Disponível em: <<http://www.who.int/>>. Acesso em 25 set. 2018