

**PROCESSOS ESTRUTURAIS E O PAPEL DO STF NO
FINANCIAMENTO DO SUS: UMA ANÁLISE
CONSTITUCIONAL DO ESTADO DE COISAS
INCONSTITUCIONAL**

**STRUCTURAL PROCESSES AND THE ROLE OF THE
SUPREME FEDERAL COURT IN SUS FINANCING: A
CONSTITUTIONAL ANALYSIS OF THE
UNCONSTITUTIONAL STATE OF AFFAIRS**

Thiago Lopes Cardoso Campos¹

Resumo

Este artigo analisa o papel dos processos estruturais no contexto do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), com enfoque na atuação do Supremo Tribunal Federal (STF) para enfrentar omissões estruturais e assegurar a efetivação do direito à saúde. São examinadas três ações principais — a ADI 5595, a Reclamação Constitucional 30.696 e a ADPF 866 — que expõem a resposta do STF aos desafios impostos pelas limitações orçamentárias e pelo princípio da vedação ao retrocesso social no financiamento da saúde pública. As decisões judiciais abordadas revelam os limites e as potencialidades da intervenção judicial em questões de políticas públicas, especialmente diante do pedido de reconhecimento de um estado de coisas inconstitucional no SUS e defende que o Judiciário continue sendo instado a proteger direitos fundamentais, promovendo uma atuação que possa corrigir falhas estruturais e manter o diálogo com os demais Poderes em prol da sustentabilidade e universalidade do SUS.

Palavras-chave: Financiamento da saúde; Sistema Único de Saúde; processos estruturais; estado de coisas inconstitucional.

Abstract

¹ Advogado Sanitarista, especialista em direito sanitário pelo IDISA-Sírio Libanês e mestrando em Saúde Coletiva na Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP. Vice-Presidente do Instituto de Direito Sanitário Aplicado - IDISA e Consultor Jurídico da Ebserh. E-mail: thiago.lccampos@ebserh.gov.br

This article analyzes the role of structural processes in the context of funding the Brazilian Unified Health System (SUS), focusing on the Supreme Federal Court's (STF) actions to address structural omissions and ensure the realization of the right to health. Three main cases are examined — ADI 5595, Constitutional Complaint 30.696, and ADPF 866 — which expose the STF's response to challenges imposed by budgetary limitations and the principle of prohibition of social regression in public health funding. The judicial decisions discussed reveal the limits and potential of judicial intervention in public policy matters, especially regarding the request to recognize an unconstitutional state of affairs in SUS and argues that the Judiciary should continue to be called upon to protect fundamental rights, promoting actions that can correct structural failures and maintain dialogue with other Powers in favor of SUS's sustainability and universality.

Keywords: Health funding; Unified Health System; structural processes; unconstitutional state of affairs.

1 INTRODUÇÃO

Os processos estruturais, como instrumentos jurídicos destinados a enfrentar violações sistêmicas de direitos fundamentais, têm se mostrado essenciais em contextos de falhas institucionais profundas. Diferentemente dos processos tradicionais, que buscam resolver disputas entre partes individuais, o processo estrutural é voltado para a reestruturação de instituições, de modo a garantir que direitos fundamentais sejam efetivados de maneira duradoura e ampla. Seu objetivo é erradicar as causas do conflito e não apenas mitigar suas consequências². Essa perspectiva é particularmente relevante em contextos de vulnerabilidade, como o da saúde pública brasileira.

O conceito de “estado de coisas inconstitucionais” (ECI) foi formulado inicialmente pela Corte Constitucional da Colômbia, em 1997, para descrever situações de violação massiva e contínua de

² FISS, Owen. As bases políticas e sociais da adjudicação. In: FISS, Owen. Um novo processo civil: estudos norte-americanos sobre jurisdição, constituição e sociedade. São Paulo: RT, 2004. pp. 105-120

direitos fundamentais devido à ineficácia ou omissão estatal³. No contexto brasileiro, o Supremo Tribunal Federal (STF) declarou o estado de coisas inconstitucional no sistema prisional na ADPF 347 (Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 347), julgada em 2015. Nessa ação, o STF reconheceu que as condições do sistema prisional configuravam uma violação sistêmica e contínua dos direitos fundamentais dos detentos, atribuindo ao Estado a responsabilidade de corrigir falhas estruturais.

No Brasil, o dever estatal de garantir a saúde, previsto no art. 196 da Constituição Federal, pressupõe não apenas a formulação de políticas públicas sociais e econômicas, mas também a garantia de financiamento adequado e constante. O Sistema Único de Saúde (SUS), desde a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), enfrenta constantes desafios para cumprir sua missão constitucional de acesso universal e atendimento integral, sofrendo com restrições fiscais e cortes orçamentários que afetam diretamente sua capacidade de prover serviços essenciais, e produzem, propositadamente, a negação do direito pela via da inanição orçamentária. Esse quadro de restrições financeiras e a persistente violação do dever estatal de assegurar financiamento adequado refletem características de um estado de coisas inconstitucional.⁴

A persistente e sistemática violação do dever de assegurar financiamento adequado ao SUS evidencia a existência de um estado de coisas inconstitucional, assim como foi discutido no âmbito da ADI 5595⁵ e da ADPF 866⁶. Embora o estado de coisas inconstitucional não tenha sido formalmente declarado no âmbito da saúde pública, o subfinanciamento crônico do Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta

³ RODRÍGUEZ-GARAVITO, César; FRANCO, Diana Rodríguez. Corte Constitucional y cambio social: evaluación del impacto de la jurisprudencia de la Corte Constitucional Colombiana, 1992-2004. Bogotá: Editorial Universidad de los Andes, 2006.

⁴ PINTO, Élica Graziane. Estado de coisas inconstitucional na saúde: crise fiscal e o financiamento do SUS. Revista Jurídica, Curitiba, v. 21, n. 145, p. 23-45, 2021.

⁵ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 5595. Requerente: Procuradoria Geral da República. Requerido: Presidente da República e Congresso Nacional. Relator: Ministro Ricardo Lewandowski. Brasília, DF: STF, 2016. Disponível em: <www.stf.jus.br>. Acesso em: 19 out. 2024.

⁶ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 347. Requerente: Partido Socialismo e Liberdade (PSOL). Requerido: Presidente da República e Congresso Nacional. Relator: Ministro Marco Aurélio. Brasília, DF: STF, 2015. Disponível em: <www.stf.jus.br>. Acesso em: 19 out. 2024.

características semelhantes que se amoldam à hipótese de declaração em situações semelhantes, como no caso do sistema prisional⁷. às encontradas nos casos mencionados. A incapacidade de garantir financiamento adequado e políticas públicas coerentes evidencia a necessidade de uma intervenção judicial mais incisiva.

A adaptação do ECI pelo STF representa uma resposta à complexidade dos problemas sociais e estruturais enfrentados pelo Estado brasileiro. Como lembra Vitorelli, "os litígios estruturais exigem uma reestruturação da instituição para eliminar a causa do problema, o que é feito por meio de processos estruturais"⁸. No contexto da saúde, a aplicação do ECI no financiamento do SUS pode ser instrumento jurídico adequado para reconhecer que os problemas são crônicos e exigem uma transformação abrangente, na qual o Judiciário pode exercer um papel de monitoramento e garantia de uma destinação eficiente dos recursos públicos.

Em suma, a aplicação do conceito de ECI no financiamento da saúde pública destaca a importância dos processos estruturais como ferramenta crítica para corrigir disfunções que comprometem a capacidade do Estado em assegurar direitos fundamentais. Ao reconhecer que o subfinanciamento do SUS representa uma violação sistêmica dos direitos à saúde, o Judiciário fortalece seu papel na promoção de políticas mais equitativas e integradas, exigindo que o Legislativo e o Executivo adotem medidas concretas para superar essas barreiras e garantir que os recursos destinados ao SUS sejam aplicados com planejamento e coerência.

⁷ O caso da ADPF 347, proposta pelo Partido Socialismo e Liberdade (PSOL), com o pedido de reconhecimento do "estado de coisas inconstitucional" quanto ao sistema penitenciário brasileiro, para que fossem determinadas, pelo STF, providências estruturais diante da "inexistência de outro meio eficaz de sanar a lesividade" da superlotação e das condições degradantes do sistema prisional, que, "configuram cenário fático incompatível com a Constituição Federal, presente a ofensa de diversos preceitos fundamentais consideradas a dignidade da pessoa humana, a vedação de tortura e de tratamento desumano, o direito de acesso à Justiça e os direitos sociais à saúde, educação, trabalho e segurança dos presos". Sustenta que o quadro resulta de uma multiplicidade de atos comissivos e omissivos dos Poderes Públicos da União, dos Estados e do Distrito Federal, incluídos os de natureza normativa, administrativa e judicial.

⁸ VITORELLI, Edilson. O Devido Processo Legal Coletivo: Quatro Princípios Pragmáticos de Implementação. Revista do Ministério Público do Estado de Goiás, 2023, p. 205-226.

2 A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E O FINANCIAMENTO DO SUS

O financiamento da saúde pública no Brasil, especialmente do Sistema Único de Saúde (SUS), enfrenta desafios complexos e históricos, que vão desde a distribuição das fontes de custeio até os impactos de decisões políticas recentes. Criado pela Constituição de 1988 e fundamentado na universalidade e equidade, o SUS depende de um financiamento compartilhado entre União, estados e municípios. A Constituição incluiu a saúde no orçamento da seguridade social, junto com a previdência e a assistência social, garantindo fontes de custeio próprias oriundas das contribuições sociais, com o objetivo de proporcionar um financiamento mais estável e contínuo, essencial para um sistema de saúde que visa atender a toda a população brasileira.

Apesar dessa base de financiamento teórica, o SUS nunca recebeu o financiamento pleno previsto na Constituição, em parte devido a mecanismos de desvinculação de receitas, como a Desvinculação de Receitas da União (DRU)⁹. Desde 1994, a DRU permite que o governo redirecione até 30% das receitas de contribuições sociais para outros setores, o que enfraquece o orçamento da seguridade social, incluindo a saúde. Esse redirecionamento dos recursos dificulta o cumprimento dos pisos de financiamento da saúde, aumentando a pressão sobre estados e municípios para que cubram as lacunas deixadas pela União.

Investimento Per Capita no SUS ao Longo dos Anos (em Reais)

⁹ FUNCIA, Francisco R.; SANTOS, Lenir. "Histórico do financiamento do SUS: evidências jurídico-orçamentárias do desinteresse governamental federal sobre a garantia do direito fundamental à saúde". São Paulo: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2020.

PROCESSOS ESTRUTURAIS E O PAPEL DO STF NO FINANCIAMENTO DO SUS: UMA ANÁLISE CONSTITUCIONAL DO ESTADO DE COISAS INCONSTITUCIONAL

Ano	União	Estados	Municípios	Total
2015	553	324	410	1.287
2016	550	335	430	1.315
2017	565	348	445	1.358
2018	570	360	460	1.390
2019	558	372	475	1.405
2020	585	380	480	1.445
2021	590	390	495	1.475
2022	592	400	500	1.492
2023	610	415	510	1.535

Fonte: Adaptado com base nos dados de relatórios do Ministério da Saúde e Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).

Em 2012, após ampla mobilização popular, o Projeto de Iniciativa Popular intitulado Saúde+10, culminou com a promulgação da Lei Complementar 141, que buscou organizar o financiamento do SUS e fixou percentuais mínimos para gastos em saúde: 15% da receita corrente líquida para os municípios, 12% para os estados e uma média de 13,2% da Receita Corrente Bruta para a União, ainda que, na prática, esses valores nem sempre sejam cumpridos.¹⁰

Percentual Mínimo de Aplicação em Saúde pela União, Estados e Municípios

Período	União (%)	Estados (%)	Municípios (%)
2000-2011 (EC 29)	7 a 10*	12	15
2012-2015	13,2	12	15
2016-2019 (EC 86)	13,2**	12	15
2020 em diante	Piso mínimo calculado com base no valor de 2017, corrigido pela inflação (EC 95)	12	15

*Percentual variável da União, calculado sobre a variação do PIB do ano anterior.

**A EC 86/2015 introduziu o orçamento impositivo para emendas parlamentares,

¹⁰ PINTO, Élica Graziane. "Subfinanciamento da saúde pública e descumprimento pela União do regime de gasto mínimo fixado pela LC 141/2012". Revista Jurídica, 2021.

obrigando que metade das emendas individuais fosse destinada à saúde.

Fonte: Baseado nas Leis Complementares nº 141/2012, Constituição Federal (EC 29, EC 86 e EC 95), e dados do Ministério da Saúde.

A Emenda Constitucional 86, de 2015, trouxe mudanças significativas para o financiamento da saúde no Brasil, mas acabou introduzindo também novos desafios. Conhecida como a "Emenda do Orçamento Impositivo," a EC 86 determinou que metade das emendas parlamentares individuais fossem direcionadas obrigatoriamente para ações e serviços públicos de saúde. Isso ampliou a parcela de recursos destinados à saúde, mas não garantiu necessariamente a estabilidade desses investimentos, pois o orçamento impositivo sujeita-se às intempéries políticas e das decisões alocativas dos parlamentares, que nem sempre seguem critérios de necessidade ou planejamento técnico.

Além disso, a EC86 retirou a autonomia da legislação infraconstitucional para definir o piso de gastos da União em saúde, estabelecendo um patamar fixo de alocação de recursos que não acompanha as necessidades reais do sistema. Embora a EC 86 tenha previsto um aporte adicional pela União para a saúde, esta fixou parâmetros progressivos que se iniciavam em patamar inferior ao de alocação no ano anterior a sua promulgação, causando desfinanciamento do SUS durante a sua vigência.

Outro fator agravante foi a Emenda Constitucional (EC) 95/2016, que congelou os gastos federais, incluindo os da saúde, por vinte anos, corrigindo-os apenas pela inflação. O congelamento estabelecido pela EC 95 fixou os valores de 2017 como base de cálculo, ignorando o crescimento populacional e o envelhecimento da população brasileira, que aumentam a demanda por serviços de saúde a cada ano. Isso resultou em uma queda no investimento per capita em saúde. Em 2017, o gasto per capita federal era de R\$ 565, e, em 2019, caiu para R\$ 558, o que evidencia um descompasso entre o financiamento e as necessidades crescentes da população. Esse congelamento tem gerado críticas por colocar em risco a sustentabilidade do SUS e a sua capacidade de cumprir seu papel constitucional de assegurar o direito à saúde a todos os brasileiros.¹¹

Além da insuficiência no financiamento, as emendas parlamentares têm se tornado uma fonte de recursos importante, mas também instável, para o SUS. De acordo com dados do Instituto de

¹¹ Idem.

Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)¹², o valor das emendas parlamentares destinadas ao financiamento de ações e serviços públicos de saúde aumentou 371% entre 2014 e 2023, passando de R\$ 4,9 bilhões para R\$ 23 bilhões. Apesar de ampliar o montante de recursos disponíveis, as emendas parlamentares introduzem um fator de instabilidade, pois, ao contrário dos repasses regulares, são altamente variáveis e dependem de decisões individuais dos parlamentares, que nem sempre seguem critérios técnicos ou regionais de necessidade. Isso gera desigualdades na distribuição dos recursos e pode dificultar o planejamento de longo prazo, essencial para a manutenção de um sistema público de saúde.

Comparativamente, o Brasil investe menos em saúde pública em relação aos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Em média, os países da OCDE destinam cerca de 6% a 8% do PIB para a saúde pública, enquanto o Brasil investe aproximadamente 4%. Esse investimento reduzido reflete-se na infraestrutura do SUS e na capacidade de atendimento, especialmente em áreas de alta complexidade. Países como o Reino Unido e o Canadá, que também possuem sistemas de saúde universais, alocam proporcionalmente mais recursos, garantindo uma cobertura mais robusta e com menos desigualdades regionais. No Reino Unido, o sistema de saúde (NHS) é financiado em grande parte por impostos gerais, enquanto no Brasil, a dependência das contribuições sociais sujeitas à DRU enfraquece o financiamento e torna o sistema mais vulnerável a crises econômicas.

Desde a criação do SUS, houve várias tentativas de fortalecer o financiamento da saúde. Em 2000, a Emenda Constitucional 29 estabeleceu pisos mínimos para os gastos em saúde nos diferentes níveis de governo. Contudo, a falta de regulamentação sobre o que constituía gastos em saúde permitiu que despesas como saneamento e ações indiretas fossem contabilizadas, desviando recursos do atendimento direto à população. Somente em 2012, com a regulamentação da EC 29 pela Lei Complementar 141, houve uma definição mais clara sobre os serviços e ações financiáveis, mas a implementação desses pisos permanece limitada pela DRU e pela EC 95.

¹² VIEIRA, Fabiola Sulpino. "Financiamento federal de ações e serviços públicos de saúde por emendas parlamentares e suas implicações para a regionalização da saúde". Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2024.

O impacto dessas restrições financeiras é evidente na qualidade dos serviços oferecidos. A falta de recursos afeta principalmente as regiões mais vulneráveis e com menor arrecadação própria, onde o SUS é a única opção de atendimento para a maioria da população. A situação é agravada pelo aumento da demanda por serviços de saúde em razão do envelhecimento da população e pela transição epidemiológica, que requer cada vez mais cuidados de alta complexidade. Enquanto isso, a escassez de recursos impede a expansão e a melhoria desses serviços, resultando em filas de espera e em um atendimento insuficiente, especialmente em locais mais afastados dos grandes centros urbanos.

A desigualdade no financiamento é também reforçada pela distribuição das emendas parlamentares, que nem sempre beneficiam as áreas de maior necessidade. Estudos indicam que as regiões Norte e Nordeste recebem menos investimentos per capita em média e alta complexidade em comparação com outras regiões. Mesmo com a introdução de programas para reorientação de financiamento, como o Previne Brasil, a dependência de emendas gera instabilidade e compromete a continuidade dos programas de saúde, o que pode ser particularmente prejudicial em áreas de atenção especializada.

Para reverter esse quadro, especialistas recomendam a revisão do modelo de financiamento do SUS, com a criação de fontes de recursos menos voláteis e menos dependentes da DRU. Além disso, há propostas para flexibilizar o teto de gastos da EC 95 para setores essenciais, como saúde e educação, permitindo que esses setores possam crescer de acordo com a demanda. A criação de um fundo específico e blindado para o financiamento da saúde pública é uma das propostas que ganha força entre gestores e especialistas, com o objetivo de proteger os recursos de cortes e de desvios para outras áreas, o que permitiria uma gestão mais eficaz e previsível dos recursos.

Por fim, a experiência dos países da OCDE oferece exemplos valiosos de como um sistema de saúde universal pode ser mais sustentável quando baseado em financiamento sólido e protegido de crises econômicas. A realidade brasileira indica que o SUS precisa de reformas estruturais em seu financiamento, que garantam a continuidade e expansão dos serviços e que estejam em consonância com os princípios constitucionais de universalidade e integralidade. Sem essas mudanças, o sistema permanece sob o risco de colapso e incapaz de cumprir plenamente sua função social, comprometendo o

direito fundamental à saúde.

3 O DEBATE JUDICIAL ESTRUTURAL CONSTITUCIONAL: ESTADO DE COISAS INCONSTITUCIONAL NO FINANCIAMENTO DA SAÚDE

O Supremo Tribunal Federal (STF) tem desempenhado um papel central na proteção e na interpretação dos direitos fundamentais no Brasil, inclusive quanto à garantia do direito à saúde, garantido pela Constituição de 1988. Nesse contexto, a judicialização do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) ganhou destaque, à medida que emendas constitucionais e decisões administrativas começaram a impor restrições orçamentárias que comprometem a viabilidade do SUS. Três ações judiciais importantes — a ADI 5595, a Reclamação Constitucional 30.696 e a ADPF 866 — abordam questões cruciais sobre o financiamento adequado do SUS e evidenciam o papel do Judiciário na garantia da eficácia desse direito.

Essas ações trazem à tona diferentes aspectos da relação entre as limitações orçamentárias e o direito fundamental à saúde. Enquanto a ADI 5595 questiona a Emenda Constitucional 86 e seu impacto no financiamento mínimo de saúde pela União, a Reclamação Constitucional 30.696 trata das dificuldades em assegurar a efetividade das decisões judiciais voltadas ao atendimento de saúde em um contexto de orçamento restrito. Por sua vez, a ADPF 866 apresenta o pedido inédito de reconhecimento de um “estado de coisas inconstitucional” (ECI) no financiamento do SUS, sustentando que o subfinanciamento persistente viola o princípio constitucional de proteção à vida e à saúde de todos os brasileiros.

A análise dessas ações oferece uma perspectiva abrangente sobre os limites e as possibilidades de intervenção judicial em políticas públicas, especialmente quando há omissões ou ações legislativas que dificultam a execução de políticas de saúde. Além de discutir a constitucionalidade de medidas orçamentárias e a necessidade de supervisão judicial, essas ações mostram a complexidade de se equilibrar o direito à saúde com os limites institucionais do Judiciário, evidenciando um Judiciário que, ao mesmo tempo, precisa atuar como garantidor de direitos e observar a autonomia dos outros Poderes.

3.1 A ADI 5595 e o Desfinanciamento Progressivo da Saúde

A ADI 5595, ajuizada pela Procuradoria-Geral da República (PGR), visava questionar a constitucionalidade dos artigos 2º e 3º da Emenda Constitucional 86/2015, que alteraram os critérios para o piso de financiamento federal em ações e serviços de saúde, introduzindo um novo piso progressivo e permitindo que recursos provenientes da exploração de petróleo e gás natural fossem contabilizados no montante mínimo de financiamento da União. Segundo a inicial, esses dispositivos representam um “grave retrocesso” no financiamento da saúde, comprometendo a implementação adequada do SUS e violando “direitos fundamentais à vida e à saúde” protegidos pela Constituição.

Na análise do pedido de medida cautelar, o ministro Ricardo Lewandowski, relator da ação, acatou o argumento da PGR ao apontar que a redução dos aportes federais poderia comprometer gravemente a efetividade do SUS. Ele destacou que a Constituição exige um financiamento suficiente para garantir a saúde como um direito universal, afirmando: “A Constituição de 1988 protege o direito à saúde de forma ampla, e qualquer alteração que reduza seu financiamento ameaça a própria estrutura do SUS.” Em seu voto, Lewandowski ressaltou ainda a “proibição de retrocesso social” e a importância de o Judiciário agir para impedir a descontinuidade no financiamento da saúde pública.

O Instituto de Direito Sanitário Aplicado (IDISA) e a Associação Nacional do Ministério Público de Contas (AMPCON) foram admitidos como *amici curiae* na ADI 5595, produzindo análises jurídico-técnicas que enriqueceram a compreensão da ação e das implicações financeiras da emenda para o SUS. Em sua manifestação, o IDISA destacou o impacto do cenário pandêmico como um fator agravante das dificuldades já impostas ao SUS pelo teto de gastos e pela fragilidade estrutural no financiamento da saúde pública. A entidade argumentou que a reforma implementada pela Emenda Constitucional nº 86/2015 introduz um estado de “proteção insuficiente,” comprometendo a estabilidade e eficácia das ações de saúde pública.

No julgamento liminar, o Ministro Ricardo Lewandowski deferiu parcialmente o pedido da PGR, suspendendo os artigos 2º e 3º da emenda. Lewandowski fundamentou a decisão na necessidade de proteger o financiamento progressivo do SUS, argumentando que o novo cálculo impedia a cobertura orçamentária mínima para a

manutenção dos serviços essenciais do SUS. A interpretação do relator enfatizou que a modificação introduzida pela Emenda nº 86/2015 limitava recursos, expondo a saúde pública ao risco de insuficiência financeira e afetando o princípio constitucional de vedação ao retrocesso em direitos fundamentais.

A análise dos votos do colegiado demonstrou uma divisão nas interpretações. A maioria dos ministros alinhou-se com Lewandowski, considerando que a reforma imposta pela emenda violava o núcleo essencial dos direitos à saúde, ao passo que ministros divergentes, liderados pelo Ministro Gilmar Mendes, defenderam a autonomia do Legislativo para definir critérios orçamentários, contanto que respeitado o núcleo essencial dos direitos sociais. Com uma diferença de 6 votos a 5, a decisão final do STF manteve a cautelar e suspendeu os efeitos dos dispositivos, condicionando-os à análise de seu impacto sobre o financiamento do SUS.

A decisão final na ADI 5595 ilustra a posição cautelosa do STF diante dos complexos desafios impostos pelas limitações orçamentárias no financiamento da saúde pública. Embora reconhecendo o impacto negativo que a Emenda Constitucional 86/2015 poderia ter sobre o custeio do SUS, a Corte optou por não adotar uma interpretação expansiva do princípio da vedação ao retrocesso social, mantendo-se restrita aos limites técnicos da ação e evitando estabelecer um precedente que determinasse obrigações adicionais para o financiamento federal em saúde. Essa opção evidencia uma leitura conservadora do papel do Judiciário, centrada na preservação das atribuições do Legislativo em matéria orçamentária.

Ao não estender a discussão ao reconhecimento de um estado de coisas inconstitucional (ECI) no financiamento da saúde, o STF reafirmou a necessidade de cautela em intervenções judiciais que impliquem reorganizações estruturais de políticas públicas, especialmente quando estas dependem de decisões orçamentárias.

A Corte indicou, assim, que, apesar de suas funções como guardiã dos direitos constitucionais, o Judiciário deve ponderar seus limites ao lidar com temas de grande impacto financeiro e orçamentário, preservando o equilíbrio entre os Poderes e respeitando as competências legislativas. A ADI 5595, portanto, revela uma postura moderada do STF, que privilegia o diálogo interinstitucional e a atuação do Legislativo e do Executivo na busca por soluções mais sustentáveis para o financiamento da saúde pública no Brasil, mantendo-se atento à

necessidade de proteger os direitos fundamentais sem ultrapassar os limites de sua competência.

3.2 Reclamação Constitucional 30.696

A Reclamação Constitucional 30.696 foi ajuizada após o Tribunal de Contas da União (TCU), por meio do Acórdão nº 1048/2018, considerar válido o percentual de 13,2% da Receita Corrente Líquida (RCL) da União aplicado no financiamento da saúde em 2016, sem prever medidas compensatórias para os déficits orçamentários acumulados nessa área. Essa decisão foi baseada em uma representação formulada pela procuradora Élide Graziane Pinto, do Ministério Público de Contas do Estado de São Paulo, e pelo economista Francisco Rózsa Funcia, que alegaram que a União não estava cumprindo integralmente o piso constitucional para ações e serviços públicos de saúde. O ponto central da representação incluía a falta de compensação para os restos a pagar cancelados, fator que impactou diretamente a execução orçamentária do SUS no exercício seguinte.

A representação encontrou respaldo no Conselho Nacional de Saúde (CNS), que havia previamente desaprovado as contas do Ministério da Saúde em 2016, de acordo com o seu Relatório Anual de Gestão (RAG). No parecer, o CNS apontou o descumprimento do piso constitucional mínimo, assim como uma execução orçamentária inadequada em áreas essenciais, destacando a ausência de compensação dos valores cancelados e a queda real das transferências para estados e municípios. O parecer ressaltou que “houve um descumprimento na aplicação mínima constitucional em ações e serviços públicos de saúde” e mencionou ainda a “inexistência de critérios para a escolha das despesas não executadas” em decorrência do contingenciamento, além da “queda real dos valores das transferências fundo a fundo para estados e municípios”.

No âmbito do Supremo Tribunal Federal (STF), a Reclamação Constitucional 30.696 sustentava que a decisão do TCU violava a cautelar proferida na ADI 5595, pela qual o STF havia suspenso dispositivos da Emenda Constitucional 86 que permitiam o redirecionamento de recursos para fora do piso constitucional mínimo. O ministro relator, Ricardo Lewandowski, destacou a importância de preservar a “efetividade dos direitos fundamentais”, determinando a

suspensão dos efeitos do acórdão do TCU e restabelecendo o percentual de 15% da RCL como o piso mínimo de financiamento. Ele reforçou ainda que a ausência de compensação dos valores devidos nos anos seguintes comprometeria a sustentabilidade do SUS, violando o princípio da vedação ao retrocesso social e reduzindo a eficácia das políticas públicas de saúde.

Lewandowski ressaltou, ainda, que o descumprimento da decisão na ADI 5595, ao ignorar a compensação dos déficits orçamentários, enfraquecia “a efetividade dos direitos fundamentais da população” e alertou que o papel do Judiciário, nesse contexto, é essencial para assegurar o cumprimento de decisões que garantem o financiamento mínimo necessário à saúde. Os “*amici curiae*” envolvidos, incluindo o Instituto de Direito Sanitário Aplicado (IDISA) e a Associação Nacional do Ministério Público de Contas (AMPCON), enfatizaram que garantir a aplicação mínima em saúde era “essencial para a integridade do SUS” e que omissões nesse cumprimento representavam “riscos à saúde pública e à vida dos cidadãos”.

3.3 Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 866

A Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 866, ajuizada pela Associação Nacional do Ministério Público de Contas (AMPCON), visava obter do Supremo Tribunal Federal (STF) o reconhecimento de um “estado de coisas inconstitucional” (ECI) no financiamento da saúde pública no Brasil, em razão do subfinanciamento crônico do Sistema Único de Saúde (SUS). A AMPCON argumentou que a limitação de recursos imposta por sucessivas emendas constitucionais, especialmente pela Emenda Constitucional 95 — que instituiu o teto de gastos — resultava em “violações massivas e contínuas dos direitos fundamentais à saúde e à dignidade da pessoa humana”. Na petição inicial, sustentou-se que o quadro de precariedade estrutural comprometia a efetividade do SUS e o cumprimento do dever estatal de assegurar o direito à saúde, conforme estabelecido pela Constituição de 1988.

A AMPCON defendeu que o ECI seria necessário diante da inação do Estado, considerando o histórico de subfinanciamento do SUS e os impactos da restrição fiscal imposta pela EC 95. Na inicial, apontou que “a manutenção desse regime fiscal revela um quadro de

insuficiência orçamentária estrutural e contínua, que se traduz em um descumprimento sistemático dos preceitos constitucionais de universalidade e integralidade da saúde”. A entidade argumentou ainda que, com a diminuição relativa das contribuições da União, os estados e municípios vêm sendo forçados a cobrir a lacuna financeira, comprometendo suas finanças e limitando a eficácia das políticas públicas de saúde.

A ADPF 866 representa uma tentativa marcante de obter, pelo Supremo Tribunal Federal (STF), o reconhecimento do Estado de Coisas Inconstitucional (ECI) no financiamento da saúde pública brasileira.

A AMPCON fundamentou a ADPF em estudos que evidenciam a redução das contribuições federais ao SUS, agravada pelas sucessivas emendas constitucionais que restringiram os gastos públicos em saúde, como a Emenda Constitucional 95, que estabeleceu o teto de gastos.

A tese do ECI foi apresentada como um instrumento excepcional, justificável apenas diante de situações em que há uma violação generalizada de direitos fundamentais, causada por falhas institucionais que se prolongam e se aprofundam com o tempo. A petição inicial destacou que a crise no financiamento da saúde não é episódica, mas, ao contrário, reflete uma deterioração progressiva e alarmante dos recursos alocados ao SUS, o que impede a prestação de serviços de saúde de forma universal e integral. A AMPCON ressaltou que as limitações financeiras têm resultado em uma situação insustentável, na qual os municípios e estados são obrigados a aumentar suas participações orçamentárias para tentar suprir as demandas da população, enquanto a União reduz seu financiamento relativo. A argumentação se baseia no fato de que tal cenário configura um descumprimento sistemático e estrutural dos preceitos constitucionais de acesso à saúde e à dignidade da pessoa humana.

A decisão de não entrar no mérito reflete uma postura cautelosa do STF quanto ao uso do ECI em políticas orçamentárias, o que alguns ministros consideram uma intervenção delicada em questões de governança e equilíbrio federativo. No entanto, a própria apresentação da ADPF 866 reforça a relevância contínua do debate sobre o papel do Judiciário na proteção de direitos fundamentais em contextos de subfinanciamento estrutural. A pertinência da questão é evidente, dado que os desafios no financiamento da saúde permanecem

atuais, especialmente em momentos de crise sanitária e aumento das demandas sobre o SUS.

A ADPF 866 permanece como uma importante referência no debate jurídico sobre o ECI e a judicialização do financiamento da saúde no Brasil. Mesmo sem uma análise de mérito, o pedido de reconhecimento do ECI no SUS demonstra que a preocupação com a sustentabilidade e a adequação do financiamento da saúde é um tema perene e que desafia continuamente os limites da atuação do Judiciário. A ação sinaliza a possibilidade de o STF, futuramente, enfrentar essa discussão e, talvez, tomar uma decisão de maior impacto sobre o financiamento do SUS, caso considere necessário intervir para garantir que o Estado cumpra plenamente seu papel na proteção da saúde pública e na efetivação dos direitos fundamentais previstos na Constituição.

4 CONCLUSÃO

A aplicação dos processos estruturais ao financiamento do SUS destaca o papel do Judiciário em contextos de violação estrutural de direitos fundamentais. As ações analisadas — ADI 5595, ADPF 866 e Reclamação Constitucional 30.696 — ilustram como a judicialização pode contribuir para corrigir falhas institucionais que ameaçam a continuidade e a qualidade dos serviços de saúde pública. A discussão do conceito de estado de coisas inconstitucional (ECI) na ADPF 866 e a decisão do STF de não julgar seu mérito mostram que a judicialização permanece um caminho aberto para debate. A Reclamação Constitucional 30.696 reforça essa questão, abordando a execução orçamentária de decisões judiciais frente às limitações financeiras, e a ADI 5595 expõe os desafios de assegurar um financiamento progressivo e ininterrupto.

Esse conjunto de ações revela a importância de o Judiciário ser instado a intervir em questões orçamentárias, especialmente quando direitos fundamentais estão em risco. A continuidade desse debate no STF, por meio de novas provocações, poderá fortalecer a efetividade dos processos estruturais, reforçando o compromisso com a proteção dos direitos sociais previstos na Constituição.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 mar. 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm. Acesso em: 20 out. 2024.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 dez. 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 20 out. 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 5595. Relator: Ministro Ricardo Lewandowski. Brasília, DF: STF, 2017. Disponível em: <https://www.stf.jus.br>. Acesso em: 20 out. 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 866. Relator: Ministro Gilmar Mendes. Brasília, DF: STF, 2020. Disponível em: <https://www.stf.jus.br>. Acesso em: 20 out. 2024.

FUNCIA, Francisco R. Desfinanciamento do SUS em tempos de pandemia: a Emenda Constitucional 95 em ação. In: SANTOS, Lenir (Org.). Desfinanciamento do SUS: evidências e implicações jurídicas. São Paulo: Ed. Cortez, 2024.

FUNCIA, Francisco R.; SANTOS, Lenir. Histórico do financiamento do SUS: evidências jurídico-orçamentárias do desinteresse governamental federal sobre a garantia do direito fundamental à saúde. São Paulo: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2020. Disponível em: <http://idisa.org.br>. Acesso em: 20 out. 2024.

PROCESSOS ESTRUTURAIS E O PAPEL DO STF NO FINANCIAMENTO DO SUS: UMA ANÁLISE CONSTITUCIONAL DO ESTADO DE COISAS INCONSTITUCIONAL

MORETTI, Bruno; MELO, Gustavo; SANTOS, Lenir. A luta pelo financiamento adequado do sistema universal de saúde no Brasil. *Revista de Políticas Públicas*, v. 15, n. 1, p. 1-21, 2021. Disponível em: <https://www.revistapoliticaspUBLICAS.com.br>. Acesso em: 20 out. 2024.

PINTO, Élidea Graziane. Subfinanciamento da saúde pública e descumprimento pela União do regime de gasto mínimo fixado pela LC 141/2012. *Revista Jurídica*, 2021.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Financiamento federal de ações e serviços públicos *de* saúde por emendas parlamentares: crescimento recente e desafios para o Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ipea, 2023. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br>. Acesso em: 20 out. 2024.