



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Jorge Mathias do Nascimento

**O direito à saúde no Brasil exercido através da judicialização da
saúde: do subfinanciamento crônico ao desfinanciamento progressivo**

Rio de Janeiro

2019

Jorge Mathias do Nascimento

O direito à saúde no Brasil exercido através da judicialização da saúde: do subfinanciamento crônico ao desfinanciamento progressivo

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. George Edward Machado Kornis

Rio de Janeiro

2019

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

N244	<p>Nascimento, Jorge Mathias do</p> <p>O direito à saúde no Brasil exercido através da judicialização da saúde: do subfinanciamento crônico ao desfinanciamento progressivo / Jorge Mathias do Nascimento – 2019.</p> <p>296 f.</p> <p>Orientador: George Edward Machado Kornis</p> <p>Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.</p> <p>1. Direito à saúde – Teses. 2. Judicialização da saúde – Teses. 3. Sistema Único de Saúde – Teses. 4. Financiamento da assistência à saúde – Teses. 5. Controle de custos – Teses. I. Kornis, George Edward Machado. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.</p> <p>CDU 342.72/73:61</p>
------	--

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Jorge Mathias do Nascimento

O direito à saúde no Brasil exercido através da judicialização da saúde: do subfinanciamento crônico ao desfinanciamento progressivo

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 20 de março de 2019.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. George Edward Machado Kornis (Orientador)

Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. Felipe Dutra Asensi

Instituto de Medicina Social - UERJ

Profa. Dra. Rosângela Caetano

Instituto de Medicina Social - UERJ

Profa. Dra. Fabiola Sulpino Vieira

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Prof. Dr. João Boaventura Branco de Matos

Agência Nacional de Saúde Suplementar

Rio de Janeiro
2019

DEDICATÓRIA

Ao meu pai, José Raimundo do Nascimento. A você que me alfabetizou quando pequenino e compartilhamos alegrias, tristezas e desafios até setembro de 2015, dedico este trabalho. Guardo na memória suas palavras de incentivo quando iniciei essa empreitada. Sua generosidade e companheirismo vão me acompanhar para sempre. Ficam impregnado n'alma o amor e a dedicação que teve comigo por todos os anos de sua vida. Onde estiver, acolha esta singela homenagem.

AGRADECIMENTOS

Ao término de um longo trabalho como este, é natural o cansaço. O que produziu uma fadiga, ao seu término, também é motivo de contentamento. Não encontro palavras, talvez a emoção cubra os pensamentos como um véu e deixa filtrar apenas a luz necessária para sair das sombras. Dessa forma são os meus agradecimentos, eles pretendem iluminar as sombras das dificuldades próprias dessa empreitada com a gratidão que compartilho com todos que fizeram parte dessa caminhada.

Aos professores do IMS, digo que saí das sombras e vi um pouco de luz à medida que seus ensinamentos e exemplos tornaram o meu caminho mais seguro. Registro assim a gratidão que tenho por todos. Não cito nomes, pois declarar o nome de um por um tornaria este texto muito extenso. O respeito e a admiração que tenho por todos ficarão registrados oficialmente na conclusão desta tese e oficiosamente em meu coração. A influência de vocês não está assentada somente nesta tese. A marca do IMS e seus docentes acompanharão esse discente. A gratidão, uma das mais nobres virtudes, não se restringe ao corpo docente dessa Instituição. Agradeço a todos os funcionários, dos diferentes setores: secretaria, biblioteca, laboratório de informática, recepção e serviços diversos, pela grandeza de suas respectivas atividades e a importância de todos na trajetória de quem escreve uma tese. Volto a afirmar que não declaro nomes para não estender o texto.

Certamente, nestas poucas linhas que tenho para agradecer, uma pessoa deve ser alvo de um agradecimento especial. Posso afirmar que fui em busca de uma orientação para realizar este trabalho e encontrei uma amizade. George Kornis, em excelentes manhãs ou tardes e até mesmo dias inteiros, não só orientou as pesquisas e a condução dos trabalhos inerentes a tese, como despertou a curiosidade desse aluno sobre o campo das artes. Professor Kornis, suas orientações regadas a um bom café “cortado” e bolos permitiram-me avançar em campos do conhecimento além do que eu previa. Esse agradecimento é extensivo a Mônica, com inigualável simpatia a receber seus orientandos.

Agradeço ainda a Ana Silvia Gesteira, por sua importante revisão de texto, tornando o texto mais apreciável ao leitor.

Por fim, não encerraria sem agradecer especialmente a minha família. Aos meus filhos, dos quais me orgulho profundamente. Vou chamá-los aqui pelos apelidos de infância: Juninho, as discussões filosóficas com você são sempre bem-vindas e me ajudam a interpretar

melhor esse mundo líquido, como diz Bauman. Discutir com você a filosofia de Nietzsche e Foucault faz dos nossos encontros um dos momentos mais aguardados pelo seu pai. E você, Segundinho, o mago dos números. Não discutimos sobre filosofia, não precisa, você usa a racionalidade que há por detrás das Exatas e mostra a simplicidade das coisas.

Sheila, a gratidão é a recompensa a uma boa ação. Mas no seu caso ela transborda isso. Não seria possível ter chegado aqui sem sua cumplicidade. Os desafios só foram superados porque você estava ao meu lado e as lutas travadas tornaram-se vitórias a partir dessa união.

O caminho foi difícil, a estrada tinha buracos e curvas, mas a iluminação de todos transformou a sombra em luz. O percurso era desafiador e turbulento, no entanto com a presença de todos em algum lugar dessa estrada, meu caminhar nela se tornou mais seguro.

Todo aquele que não deseja depender das opiniões que a sorte
lhe trouxe, mas se empenha em procurar a verdade, sempre
encontrará nessa busca alguma satisfação; e por muito pouco
que venha a obter, nunca dirá que perdeu o seu tempo.

John Locke

RESUMO

NASCIMENTO, Jorge Mathias do. *O direito à saúde no Brasil exercido através da judicialização da saúde: do subfinanciamento crônico ao desfinanciamento progressivo*. 2019. 296 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB-88), ao considerar o direito à saúde como parte integrante do direito à vida para todos os cidadãos, está na base do conjunto de reflexões e debates sobre o processo de judicialização da saúde em curso no país desde a segunda metade dos anos 1990. Esse processo se intensificou desde então e ampliou seu impacto sobre o financiamento do sistema de saúde universal e integral adotado. A expansão dos gastos em saúde passou a ter impacto crescente sobre o orçamento público e, nesse sentido, a Emenda Constitucional nº 95 (EC-95), orientada para conter a expansão dos gastos públicos e, conseqüentemente, reduzir o impacto do processo de judicialização derivado do direito universal e integral à saúde, assumiu uma centralidade no tocante ao debate em torno dos direitos de cidadania dispostos na CRFB-88. Este estudo parte da premissa do direito constitucional à saúde e constrói um percurso com outros elementos essenciais para o debate do tema, entre eles, os conflitos entre os Poderes de Estado que surgem durante o fenômeno da judicialização da saúde, e a importância da economia e de temas correlatos, como orçamento público e equilíbrio fiscal. Trata-se de estudo exploratório e qualitativo que buscou qualificar o debate sobre a judicialização da saúde em contexto de austeridade e restrições orçamentárias para os gastos sociais e que tem a intenção de mostrar que as condições atuais de financiamento para o SUS configuram prováveis cenários pessimistas no futuro. Foram realizadas revisão bibliográfica, em vários artigos acadêmicos e documentos oficiais, e análises de cenários prospectivos de alguns estudos, o que permitiu traçar perspectivas futuras quanto ao financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a judicialização da saúde. Ao fim do estudo exploratório e das análises dos cenários prospectivos, verifica-se que a EC-95 é incompatível com a necessidade de financiamento do SUS, condição que atinge a garantia constitucional ao efetivo exercício do direito à saúde. Haverá um impedimento de ordem orçamentária para o cumprimento do preceito constitucional de elevada significância para a sociedade e, nesse sentido, o direito à saúde colide com a possibilidade financeira de poder exercê-lo.

Palavras-chave: Brasil. Sistema Único de Saúde. Judicialização. Direito à saúde.
Financiamento. Emenda Constitucional 95.

ABSTRACT

NASCIMENTO, Jorge Mathias do. *The right to health in Brazil performed through the judicialization of health: from chronic underfinancing to progressive non-financing*. 2019. 296 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

The Brazilian Constitution of 1988 (CRFB-88), regarding the right to health as an integral part of the right to life for all citizens, is the basis of a series of reflections and debates on the process of judicialization of health since the second half of the 1990s. This process has intensified since then and expanded its impact on the financing of the universal and comprehensive health system adopted. The health spending expansion has had growing impact on the public budget and, in this sense, Constitutional Amendment 95 (EC-95), aimed at containing the expansion of public spending and, consequently, reducing the impact of the process of judicialization derived from the universal and integral right to health, assumed a central role in the debate on the rights of citizenship set forth in CRFB-88. This study starts from the premise of the constitutional right to health and builds a path with other essential elements for the debate of the theme, among them, conflicts between the State powers that arise during the phenomenon of health judicialization, and the importance of economy and related issues, such as public budget and fiscal balance. It is an exploratory and qualitative study that sought to qualify the debate on the judicialization of health in the context of austerity and budget constraints for social expenditures and which intends to show that the current financing conditions for the SUS are likely to create pessimistic scenarios in the future. A bibliographic review was carried out in several academic articles and official documents, and analyzes of prospective scenarios of some studies, which allowed for future perspectives on the financing of the Unified Health System (SUS) and on the judicialization of health. At the end of the exploratory study and analysis of the prospective scenarios, it is verified that the EC-95 is incompatible with the need for financing of the SUS, a condition that reaches the constitutional guarantee to the effective exercise of the right to health. There will be a budgetary impediment to the fulfillment of the constitutional precept of great significance for society and, in this sense, the right to health collides with the financial possibility of being able to perform it.

Keywords: Brazil. Unified Health System. Judicialization. Right to health. Financing. Constitutional Amendment 95.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 –	Variação do Produto Interno do Brasil (1967-2016).....	120
Gráfico 2 –	Carga Tributária Brasil e Países OCDE – 2014.....	122
Gráfico 3 –	Gasto Público Primário Federal em Saúde e Educação, em % do PIB (2006-2015)	127
Gráfico 4 –	Orçamento Anual da Saúde (LOA 2012-2017)	128
Gráfico 5 –	Evolução dos gastos do MS com ações judiciais (2010-2016)	130
Quadro 1 –	Estrutura tributária dos entes federativos e o total da carga tributária brasileira (2002-2015)	121
Quadro 2 –	Participação dos entes da federação na arrecadação – 2002-2015.....	123
Quadro 3 –	Tipos de base e % da arrecadação de tributos no Brasil (2002-2015)....	125
Tabela 1 –	LOA 2017 e despesas dos blocos de financiamento: Ministério da Saúde	129

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACP	Ação Civil Pública
ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
ARO	Antecipação de Receita Orçamentária
ALFOB	Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais do Brasil
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANFIP	Associação Nacional dos Auditores da Receita Federal
AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (em inglês)
AF	Assistência Farmacêutica
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
AP	Audiência Pública
ATS	Avaliação de Tecnologias em Saúde
BEPA	Boletim Epidemiológico da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAP	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CEIS	Complexo Econômico Industrial da Saúde
CAMEDIS	Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CESAF	Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
CRLS	Câmara de Resolução de Litígios de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CES	Conselho Estadual de Saúde
CITEC	Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde

CIDH	Comissão Internacional de Direitos Humanos
CODES	Coordenação das Demandas Estratégicas do SUS da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação Tecnológica no SUS
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CONJUR-MS	Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CNI	Confederação Nacional da Indústria
CNM	Confederação Nacional dos Municípios
CIDE	Contribuição de Intervenção no Domínio Econômico
COFINS	Contribuição para o financiamento da Seguridade Social
CSLL	Contribuição Social sobre o Lucro Líquido
CRFB-88	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CTDS	Câmara Técnica de Direito Sanitário
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
DEMANDE	Núcleo de Ação das Demandas Especiais da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo
DIEESE	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
DDR	Declaração de Detentor de Registro
DP	Defensoria Pública
DPRJ	Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro
DPU	Defensoria Pública da União
DPGE-RJ	Defensoria Pública Geral do Estado do Rio de Janeiro
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DRU	Desvinculação de Receitas da União
EC	Emenda Constitucional
ENFAM	Escola Nacional de Formação e Aperfeiçoamento de Magistratura
ESF	Estratégia de Saúde da Família

FAT	Fundo de Amparo ao Trabalhador
FDA	Food and Drug Administration
FIESP	Federação das Indústrias do Estado de São Paulo
FGV	Fundação Getúlio Vargas
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMI	Fundo Monetário Internacional
FSE	Fundo Social de Emergência
FEF	Fundo de Estabilização Fiscal
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
FPE	Fundo de Participação dos Estados
HIV	Vírus da imunodeficiência humana (em inglês)
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INESC	Instituto de Estudos Socioeconômicos
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
IRPF	Imposto sobre Renda de Pessoa Física
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBRE-FGV	Instituto Brasileiro de Economia da Fundação Getúlio Vargas
INSPER	Instituto de Ensino e Pesquisa
IDE	Investimento Direto Estrangeiro
IPMF	Imposto sobre Movimentação Financeira
LAPPIS	Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde
LOS	Lei Orgânica da Saúde
LOA	Lei Orçamentária Anual
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LDO	Lei de Diretriz Orçamentária

LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MAC	Média e Alta Complexidade
MP	Ministério Público
MDB	Partido Político do Movimento Democrático Brasileiro
MPF	Ministério Público Federal
MPRJ	Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro
MS	Ministério da Saúde
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
NAT	Núcleo de Apoio Técnico
NATS	Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde
NATJUS	Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário
NT	Nota Técnica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OSS	Orçamento da Seguridade Social
OGU	Orçamento Geral da União
PGE-RJ	Procuradoria Geral do Estado do Rio de Janeiro
PAEG	Programa de Ação Econômica de Governo
PIB	Produto Interno Bruto
PIS	Programa de Integração Social
PASEP	Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PNAB	Política Nacional de Assistência Básica
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PGM	Procuradoria Geral do Município do Rio de Janeiro
PE	Poder Executivo
PJ	Poder Judiciário

PL	Poder Legislativo
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PLC	Projeto de Lei Complementar
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PROADI-SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS
PTC	Parecer Técnico-Científico
PLOA	Projeto de Lei Orçamentária Anual
PSL	Partido Social Liberal
PDT	Partido Democrático Trabalhista
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PT	Partido dos Trabalhadores
PODEMOS	Partido Político
RCL	Receita Corrente Líquida
RE	Recurso Extraordinário
REDE	Partido Político Rede Sustentabilidade
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
REVALIDA	Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos
RGPS	Regime Geral da Previdência Social
RMV	Renda Mensal Vitalícia
SAS-MS	Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SciELO	Scientific Eletronic Library Online
S-CODES	Sistema de Informação da Coordenação das Demandas Estratégicas do SUS
SES-SC	Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina
SES-MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SES-RJ	Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro
SMS-RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

SMS-JF	Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora
SES-SP	Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo
SMS-SP	Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SIOP	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
STF	Superior Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
STA	Suspensão de Tutela Antecipada
STN	Secretaria do Tesouro Nacional
SPE-MF	Secretaria de Política Econômica do Ministério da Fazenda
TCU	Tribunal de Contas da União
TJ	Tribunal de Justiça
TRF	Tribunal Regional Federal
TJRJ	Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
TSE	Tribunal Superior Eleitoral
TJSC	Tribunal de Justiça de Santa Catarina
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	18
1	METODOLOGIA	26
2	A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	31
2.1	Os primeiros textos sobre o tema: 1996-2009	32
2.2	Os textos da segunda década do século XXI: 2010-2018	37
2.3	Documentos oficiais e notícias da imprensa oficial – uma abordagem específica e importante	61
2.4	Consensos e dissensos a partir da análise da revisão bibliográfica	67
3	A JUDICIALIZAÇÃO DA POLÍTICA E O PAPEL DO PODER JUDICIÁRIO	72
3.1	Judicialização da saúde como judicialização da política e o neoconstitucionalismo	76
3.2	O conflito intra-Estado e o debate entre os atores institucionais	84
3.3	Consequências dos conflitos intra-Estado e sociedade-Estado no fenômeno da judicialização da saúde	98
3.4	Síntese dos consensos e dissensos sobre a judicialização da saúde no capítulo 3	104
4	A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: ELEMENTOS PARA UMA ANÁLISE PROSPECTIVA DA QUESTÃO	109
4.1	O financiamento do SUS: o que foi planejado, o executado e o futuro	111
4.2	Carga tributária e os gastos com ações e serviços públicos de saúde...	119
4.3	Lei de Responsabilidade Fiscal: início do estabelecimento de um Estado mínimo	132
4.4	Crises fiscais brasileiros recentes: 1993-1997 e 2014-2018	137
4.5	A Emenda Constitucional 95/2016: o que representa o Novo Regime fiscal para o SUS?	148
5	PERSPECTIVAS PARA O SUS DE ACORDO COM OS PLANOS ECONÔMICO, SOCIAL E POLÍTICO	165
5.1	A economia brasileira: do nacional-desenvolvimentismo à inserção	

	periférica	166
5.2	Austeridade: o debate de ideias nos campos político e econômico	175
5.3	As perspectivas para a Reforma Previdenciária e Social e consequentes desafios para o SUS	182
5.4	O SUS e os programas dos partidos políticos que participaram do processo eleitoral para a Presidência da República nas eleições de 2018.....	190
5.5	Vitória democrática da direita e a reafirmação do projeto neoliberal: diminuição de direitos e o desfinanciamento progressivo como forma de inviabilizar uma política social inclusiva	198
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	214
	REFERÊNCIAS	225
	ANEXO A – Recomendação nº 31, de 30 de março de 2010	246
	ANEXO B – Resolução nº 107, de 3 de abril de 2010	250
	ANEXO C – Recomendação nº 36, de 12 de julho de 2011	253
	ANEXO D – Judicialização da Saúde no Brasil: desafios para a mediação.....	256
	ANEXO E – Judicialização da Saúde no Brasil: principais projetos desenvolvidos pela Coordenação de Assuntos Judiciais	265
	ANEXO F – Judicialização da Saúde no Âmbito da União em Números: recursos extraordinários 566471 e 657718	286
	ANEXO G – Acórdão nº 1787/2017 – TCU – Plenário	293

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal promulgada em 1988 (CRFB-88) estabeleceu direitos civis e sociais ao conjunto da população do Brasil, expressando como direito de cidadania o acesso universal e integral às ações e aos serviços de saúde. Foi um fato político inédito. O Estado brasileiro assumiu a tarefa de prover o direito social à saúde, que implicava acesso pleno de todos os cidadãos aos serviços de saúde. Portanto, a judicialização da saúde está lastreada em dispositivos constitucionais vinculados à afirmação de cidadania, como direito universal e integral à saúde.

A CRFB-88 é o fundamento dos direitos individuais da pessoa humana. É a condição singular que ela confere aos direitos civis e sociais que asseguram a todos os brasileiros a saúde como direito de forma integral e equânime. Pois, numa nação democrática, a Constituição é a representante dos direitos de cidadania. São direitos fundamentais assegurar ao cidadão o acesso aos bens e serviços de saúde de que necessita.

O esforço de garantir esses direitos sociais repousa no seio da sociedade brasileira e das instituições de Estado que a representam. São de inegável relevo o respeito e a garantia dos direitos sociais inscritos na CRFB-88. Na supremacia da ordem constitucional, o direito à saúde faz parte do núcleo essencial desses direitos.

Este fato político inédito e ousado merece ser destacado. Inédito porque, até então, a saúde não era direito do cidadão brasileiro de forma universal e integral. Ousado, porque essa política social relevante foi implantada no Brasil em um contexto no qual o Estado de bem-estar social já sofria ataques, de inspiração neoliberal, nas economias capitalistas centrais. Também é ousado porque a população brasileira aumentou consideravelmente na virada do século, alcançando o número expressivo de mais de 200 milhões de pessoas. Nessa perspectiva, implantar no Brasil, desde o final do século passado, um sistema de saúde universal, integral, com controle social, representava um compromisso com a redução das desigualdades sociais e, em especial, com a ampliação do acesso aos serviços de saúde enquanto direito de cidadania.

É importante salientar que o Brasil, tardiamente, assumiu um compromisso estabelecido quando em 1948 assinou a Declaração Universal dos Direitos do Homem, em Paris. Esse documento enumera a saúde como uma das condições necessárias para uma vida digna, relacionando-a a um padrão de vida capaz de assegurar o bem-estar. Nesse caso, a saúde deixa de ser somente ausência de doenças e passa a integrar um contexto mais amplo de

condição de vida, estando ligada aos outros direitos sociais, como habitação, alimentação, educação, etc.

Vale ressaltar que essa iniciativa estava na contracorrente da onda neoliberal, claramente contrária a qualquer modelo de proteção social com perfil próximo do Estado de bem-estar social.¹ Cabe também mencionar que essa iniciativa redistributiva necessitava de estabilidade monetária e crescimento do produto interno bruto e da renda, o que, certamente, não era um quadro de uma economia devastada por uma alta e renitente inflação e ainda por um baixo dinamismo econômico, tal como o verificado no Brasil no final dos anos 1980 e início dos anos 1990.

A judicialização da saúde nasce do direito à saúde, pois deriva de um dispositivo constitucional inscrito na CRFB-88, assim disposto:

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).

Ainda no texto constitucional, o artigo 198 diz de que forma se darão a prestação dos serviços e ações de saúde e sua forma de organização:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; (BRASIL, 1988)

Nesse contexto, com o Sistema Único de Saúde (SUS), houve a promulgação das Leis Orgânicas da Saúde, a Lei nº 8080/90 – regulamentando o SUS –, e a Lei nº 8142/90 – estabelecendo o controle social (conferências e conselhos de saúde nos três níveis de gestão do sistema). Ao estabelecer no texto constitucional o direito à saúde, e mais tarde na LOS, além de garantir esse direito, estipular a forma como será efetivado foi um avanço considerável nas relações entre Estado e sociedade. O direito à saúde foi alçado à condição de direito fundamental a vida e, a partir de então, sua violação passou a ser entendida como uma

¹ *Welfare State* (Inglaterra), *État Providence* (França) e *Social Staat* (Alemanha): doutrina político-econômica na qual o Estado tem a responsabilidade de planejar, implantar e executar políticas sociais para garantir o bem-estar comum. Nesse caso, o Estado é dito intervencionista porque as atividades estatais se entrelaçam com o papel do mercado e da família em termos de provisão social. E mais: os direitos sociais adquirem o *status* legal e prático de direitos de propriedade, quando são invioláveis, e quando são assegurados com base na cidadania (ESPING-ANDERSEN, 1990).

ação direta contrária à vida. Então, o entendimento que consagrou o direito à saúde na CRFB-88 e na LOS viabilizou o surgimento das ações judiciais, quando esse direito não é assegurado pelo Estado.

A judicialização da saúde é fortemente lastreada pela interpretação dos textos que estipulam como as ações e serviços de saúde serão disponibilizados pelo Estado. O capítulo II, art. 7º, da Lei nº 8.080/90, preconiza como as ações e serviços de saúde devem ser prestados no país:

- I – Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II – Integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

A instituição do SUS representa para a sociedade brasileira a conquista do direito à saúde, e mais, uma vitória de movimentos sociais do campo da saúde, como o Movimento da Reforma Sanitária. Depois de muitos anos de sua implantação em todo o território brasileiro, o SUS representa um dos mais altos valores de cidadania. A garantia de acesso aos serviços de saúde pública disponibilizados aos cidadãos com o advento do SUS representa a diminuição da desigualdade que pairava no seio da sociedade, quando grande parte da população era excluída de qualquer acesso aos bens e serviços de saúde.

O direito social conquistado com a promulgação da CRFB-88 e a LOS sempre necessitou de defesa para sua efetivação, mas o momento é mais desafiador que os anos do passado. E agora, a defesa desse direito social se torna mais essencial. Lembrando o grande jurista italiano Norberto Bobbio, “o problema atual em relação aos direitos sociais não é tanto justificá-los, mas protegê-los.”

Um dos argumentos centrais da tese é a força normativa da CRFB-88. A CRFB-88 é a alma do Estado de bem-estar social brasileiro implantado pós-1988, é a obediência aos preceitos constitucionais relacionados aos direitos sociais. Nela residem os direitos fundamentais, entre eles, o direito à saúde. E mais, na CRFB-88 repousam a cidadania e o respeito as liberdades e aos interesses democráticos, sendo o ponto de referência para a sociedade brasileira.

A judicialização não é um fenômeno restrito à saúde. Acontece em vários campos do conhecimento e da atividade humana, não estando circunscrita ao Brasil: trata-se de um processo observado em todas as nações democráticas, em maior ou menor intensidade. No caso brasileiro, pesquisas apontam que o objeto de maior concentração nas ações judiciais está relacionado à solicitação de medicamentos, mas existem também ações solicitando

próteses, exames e procedimentos como internações e cirurgias. Como os medicamentos são os itens mais solicitados, e as despesas com a aquisição dos mesmos são as que mais crescem, o estudo foi realizado a partir dessa provocação.

Além disso, as revisões bibliográficas anteriores mostraram que a judicialização para fornecimento de medicamentos era a mais estudada no meio acadêmico. Este estudo se concentra nessa categoria de judicialização e fica restrito ao âmbito do SUS, pois nesse tipo de judicialização da saúde há relação entre o direito à saúde estabelecido na CRFB-88, sua garantia e o efetivo exercício através de fontes adequadas de financiamento, ao contrário das ações judiciais contra a Saúde Suplementar, que têm caráter mercadológico, tendo em vista a elaboração de contratos para a prestação de serviços de saúde.

No capítulo 2, “A judicialização da saúde no Brasil: uma revisão bibliográfica”, encontra-se a seleção de 30 artigos acadêmicos, e documentos oficiais, assim distribuídos: o item 2.1, “os primeiros artigos sobre o tema”, compreende um período que vai de 1996 a 2009, com oito artigos acadêmicos. O item 2.2, “os textos da segunda década do século XXI”, apresenta a seleção de 22 produções acadêmicas de 2010 a 2018. O terceiro item do primeiro capítulo apresenta “documentos oficiais e notícias da imprensa oficial”, ou seja, notícias dos sites de órgãos dos poderes de Estado que se debruçam sobre o tema da judicialização da saúde. E no final do capítulo 2, o item 2.4 traz alguns “consensos e dissensos a partir da análise da revisão bibliográfica”.

O capítulo 3, “Judicialização da política e o papel do Poder Judiciário”, parte dos vários consensos e dissensos verificados na revisão de bibliografia realizada no capítulo 2. A judicialização da saúde no Brasil, por ser um fenômeno complexo, polarizou a discussão entre duas correntes predominantes: uma que vê o direito à saúde condicionado à condução das políticas sociais e econômicas, como previsto no art. 196 da CRFB-88; e outra, que tem a judicialização da saúde como promotora de cidadania, ao efetivar um direito legítimo inscrito na CRFB-88. Ou seja, para as duas correntes de interpretação, a CRFB-88 é o norte para entender o complexo fenômeno da judicialização e como ele acontece.

Assim, o capítulo 3 traz de início a judicialização da política e o papel do sistema de justiça na judicialização da saúde, no qual várias instituições do Poder Judiciário (PJ) atuam na configuração do fenômeno, em resposta a um direito constitucional. Devido a isso, o capítulo 3 abre um parênteses sobre a presença do neoconstitucionalismo pós-CRFB-88, demonstrando que isso só foi possível por causa da nova postura do PJ. Porém, tal ativismo do PJ provoca um conflito entre as instituições de Estado e um intenso debate entre os agentes institucionais, que é discutido no item 3.2. O conflito baseado na injúria ao direito

constitucional, o direito à saúde, torna-se um fenômeno que alcança visibilidade entre os atores institucionais e por isso provoca reações nos mais variados campos do Estado. Como resultado, ações interinstitucionais são postas em prática, envolvendo diversos campos do conhecimento, como o direito e a medicina, além é claro, da sociologia.

Tais consequências na busca de diálogo e entendimento da judicialização da saúde são descritas no item 3.3, e evidentemente foram selecionadas as ações estratégicas mais importantes postas em prática pelo PJ, através do Conselho Nacional de Justiça (CNJ): a criação dos Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATS) e os Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NAT-JUS).

Uma das consequências mais importantes da proeminência do PJ na definição do direito à saúde, no caso da judicialização, foi a definição de estratégias com predominância no diálogo entre as instituições e a busca de consenso. Nessa perspectiva, a juridicização, resultado construído consensualmente com a sociedade civil, passou a fazer parte do novo quadro de exercício do direito à saúde. Entre outras ações estratégicas para o enfrentamento da judicialização, o Ministério da Saúde, através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), estabeleceu práticas mais efetivas para o licenciamento de novas substâncias e medicamentos no Brasil, e criou a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS (Conitec). O item 3.4, no fim do capítulo, faz uma síntese dos consensos e dissensos sobre a judicialização da saúde.

Como o título do capítulo 4 diz, “A judicialização da Saúde: elementos para uma análise prospectiva da questão”, a busca por elementos para uma análise prospectiva é uma questão sensível na tese. O capítulo reúne elementos do passado e atuais que permitem realizar uma análise para o futuro, e por sua importância para a judicialização, o financiamento e as despesas com saúde pública são itens de discussão essenciais – sem esquecer a questão fiscal e a carga tributária, que são questões fundamentais para o orçamento público, e por sequência, os investimentos disponíveis para aplicação nas áreas sociais.

O item 4.1 discute o financiamento do SUS, desde a criação do Orçamento da Seguridade Social, instituído na CRFB-88, do qual a saúde fazia parte, mas que não foi cumprido no setor saúde. Desde então, o subfinanciamento é um desafio a ser enfrentado com a criação do SUS, e a execução orçamentária passou a ser realizada sempre aquém das necessidades. Por isso, a busca por uma legislação que garantisse os investimentos necessários à saúde é tema recorrente entre os especialistas em Economia da Saúde. O desafio se torna maior com as projeções futuras a partir da implantação do Novo Regime Fiscal e eventuais mudanças no financiamento das despesas obrigatórias do governo.

Assim, o item 4.2 traz a carga tributária do Brasil dos últimos anos, comparando-a com a de outros países; as despesas com ações e serviços de saúde e a dotação orçamentária de todo o MS; e os gastos do MS com ações judiciais em período recente, mostrando um crescimento considerável com o processo de judicialização da saúde. E o item 4.3 apresenta a Lei de Responsabilidade Fiscal, promulgada em 2000, o ajuste fiscal do início do século XXI e as consequências dessa lei para os orçamentos públicos.

As crises fiscais brasileiras recentes (1993-1997 e 2014-2018) são discutidas no item 4.4, mostrando as semelhanças e, mais que isso, as muitas diferenças entre elas e seu enfrentamento: a primeira resultou na Lei de Responsabilidade Fiscal, e a segunda, na Lei do Teto dos Gastos (EC-95). Analisam-se, ainda, o efeito da crise fiscal de 1993-1997 no subfinanciamento do SUS e o da crise fiscal de 2014-2018 no desfinanciamento progressivo do SUS.

O item 4.5 encerra o capítulo fazendo uma prospecção para o SUS depois da aprovação da EC-95: o que é o Novo Regime Fiscal, e o que ele representa para o financiamento das áreas sociais. Mais que um Novo Regime Fiscal, o que está demonstrado na discussão é que houve uma reforma do Estado com a nítida intenção de estrangular financeiramente as áreas sociais. O desfinanciamento progressivo é demonstrado através de estudos citados de vários autores sobre o tema.

O capítulo 5, “Perspectivas para o SUS de acordo com os planos econômico, social e político”, toma por base os elementos prospectivos para o financiamento do SUS, como o aumento da Desvinculação de Recursos da União (DRU) de 20% para 30%, o estabelecimento do Novo Regime Fiscal e a Emenda Constitucional 95. Comenta os cenários prospectivos de Vianna e Vianna (2015) e conclui que o quadro atual para a economia brasileira é mais grave que o cenário mais pessimista descrito pelos autores.

O item 5.1 trata a economia brasileira a partir da visão nacional-desenvolvimentista que dominou a condução da macroeconomia por mais de 50 anos, sendo abandonada nos anos 1990. Faz um retrospecto rápido sobre a estrutura econômica do Brasil antes do nacional-desenvolvimentismo e a importância que o sistema econômico adquiriu em seguidos governos, dos democráticos aos autoritários. Houve um revés com a globalização da economia e a mudança de estratégias promovidas a partir de Collor de Mello e Fernando Henrique, especialmente o segundo, que iniciou um processo de desmonte do velho sistema. O efeito dessa escolha foi um processo acentuado de desindustrialização e reprimarização das exportações. A submissão ao mundo globalizado posicionou o Brasil como uma economia de periferia, ou seja, eterno exportador de produtos minerais e agrícolas. Em razão disso, há um

processo de crescente desemprego em áreas urbanas industrializadas, porque a indústria nacional começou a operar com mais ociosidade. O comércio mundial se apresenta interessante para as *commodities*, situação que faz do Brasil um grande produtor agrícola e de minérios para exportação e importador de produtos manufaturados com valor agregado. É uma inserção por baixo no comércio mundial, que torna o país mais dependente de tecnologia importada. A escolha a partir dos anos 1990 tem o efeito de não dinamizar a economia interna do Brasil.

O item 5.2 debate a austeridade fiscal nos campos das ideias políticas e econômicas, e para isso examinou os programas dos candidatos à Presidência da República, para conhecer as opiniões dos postulantes ao cargo sobre o ajuste fiscal e a EC-95. Este item também descreve como surgiram os ideais do neoliberalismo nas economias centrais e como ele se expandiu mundialmente. Com o neoliberalismo, a austeridade foi elevada ao patamar da solução única a todos os males das economias nacionais, e neste item há um debate entre os economistas de tendências liberais ortodoxas e outros com viés keynesianos. Apesar de ser breve, sinaliza que muitos economistas são contrários à austeridade como medida saneadora das contas públicas. Finaliza este item com importante estudo da Comissão Econômica para América Latina e Caribe (CEPAL) sobre igualdade e desenvolvimento sustentável.

O item 5.3, dedicado à importância da Reforma da Previdência Social para as políticas sociais, descreve resumidamente a criação do sistema de previdência brasileiro e depois a criação do sistema de proteção social, inaugurado na CRFB-88. Aponta consensos entre especialistas sobre a Reforma da Previdência e que o representa em perdas não só para o setor, como para todas políticas sociais. A seguir, o item 5.4 tem a intenção de verificar as propostas dos candidatos às eleições presidenciais de 2018, quanto ao sistema público de saúde. Dessa forma, não só procurou nos programas partidários as propostas para o setor de saúde, como também usou do meio jornalístico para colher informações das propostas dos partidos políticos para o SUS.

Por fim, o item 5.5 se dedica a comentar a vitória democrática da direita na eleição presidencial de 2018 e o que isso representa para os direitos sociais. Através da leitura do programa do partido vencedor da eleição e das condições econômicas herdadas, a escolha pelo liberalismo econômico ortodoxo é uma condição presente no quadro atual com muitas chances de fortalecimento nos próximos anos. Aproveitando o quadro estabelecido a partir de 2015 com uma virada liberal ortodoxa da economia nacional, o item aborda “Uma Ponte Para o Futuro”, do PMDB de Temer, e debatem-se a travessia dessa ponte, segundo a visão de vários economistas, e as estratégias adotadas na “Ponte”. O texto neoliberal do IPEA,

“Desafios da Nação”, também é objeto de discussão, pois representa a afirmação de “Uma Ponte Para o Futuro” e a continuidade do projeto liberal ortodoxo. O governo de Bolsonaro é discutido a partir de uma visão prospectiva e da configuração de cenários, de natureza política, econômica e social. Um dos destaques deste item são os cenários previstos pelo economista Reinaldo Gonçalves para o governo de Bolsonaro. A confecção de cenários prospectivos tem a intenção de mostrar que a condução de política macroeconômica e a arena política são essenciais para o futuro do financiamento do SUS e, especialmente, para a manutenção de um direito social que é o direito à saúde.

As considerações finais desta tese traduzem a preocupação legítima com o futuro da política pública de saúde. O modelo universal e integral adotado no Brasil através do SUS sofre constrangimentos de ordem financeira com a condição atual e, especialmente, futura do financiamento público para o setor. Tal fato coloca a judicialização da saúde em posição de destaque nesse cenário.

1 METODOLOGIA

O fenômeno da judicialização da saúde é um dos temas mais debatidos no campo da Saúde Coletiva. Tal fato, visto como resultado do direito à saúde estabelecido pela CRFB-88, passa a ser influenciado pelas condições econômicas e, conseqüentemente, pelo poder de investimentos sociais direcionados a esse fim. Por sua relevância para a sociedade e a Saúde Coletiva, o tema foi escolhido como objeto desta tese.

A judicialização da saúde é um fenômeno multifatorial, multidisciplinar e, portanto, complexo. Este estudo, que se dedica a estudar o tema no âmbito do SUS, escolheu também concentrar o debate sobre a judicialização para fornecimento de medicamentos, e mesmo ciente dos diversos fatores que interagem na compleição do fenômeno, optou pelo segmento do financiamento.

Dada a necessidade de entender melhor o objeto a ser estudado, o recurso de uma revisão bibliográfica será a escolha de partida, já que a pesquisa descritiva exige do investigador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar, pois pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade (TRIVIÑOS, 1987).

A fim de alcançar o objetivo geral desta tese, de mostrar como o direito à saúde inscrito na CRFB-88 e sua aplicação pelo sistema de justiça acentuaram o processo de judicialização da saúde, a pesquisa qualitativa se mostrou uma boa opção, pois se preocupa com aspectos da realidade, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais.

O objetivo da pesquisa exploratória é proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses (GIL, 2007), condições essenciais na construção de cenários prospectivos, uma das tarefas a serem construídas ao longo do estudo.

A grande maioria dessas pesquisas envolve: (a) levantamento bibliográfico; (b) entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; e (c) análise de exemplos que estimulem a compreensão (GIL, 2007). Essas pesquisas podem ser classificadas como pesquisa bibliográfica e estudo de caso (GIL, 2007).

Segundo Fonseca:

A pesquisa bibliográfica é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou

sobre o assunto. Existem, porém, pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta (FONSECA, 2002, p. 32).

Os exemplos mais característicos desse tipo de pesquisa são investigações sobre ideologias ou aquelas que se propõem a análise das diversas posições acerca de um problema (GIL, 2007, p. 44), o que foi determinante na escolha da revisão bibliográfica como partida para estudar o tema. Para continuar a estudar a “judicialização da saúde”, conhecer o estado da arte e compreender melhor as relações mantidas com diferentes campos do conhecimento, foi realizado um levantamento para saber se havia revisões bibliográficas anteriores sobre o tema.

Duas revisões anteriores foram examinadas. Na primeira, publicada em 2015 na *Revista Saúde em Debate*, “Judicialização da saúde: para onde caminham as produções científicas?” (OLIVEIRA et al., 2015), os autores avaliaram as produções acadêmicas entre 2009 e 2013 em língua portuguesa. Usando o descritor “judicialização da saúde”, foram analisados 20 artigos a partir de informações coletadas nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e da Scientific Electronic Library Online (SciELO). Realizou-se pesquisa de caráter analítico, a fim de aprofundar o referencial teórico-conceitual sobre a judicialização da saúde. Dos 47 artigos pesquisados, foram analisados 20 oriundos de teses, dissertações e monografias. Como resultado, observou-se que a produção científica é mais centrada na judicialização da saúde para requisição de medicamentos, sejam os presentes nas listas oficiais do SUS, ou mesmo aqueles que ainda não foram incorporados.

Outro dado revelado na mesma revisão é que a produção acadêmica se concentra nos estados de Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Pernambuco. E as revistas que mais publicam sobre o tema são: *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, *Revista de Saúde Pública*, *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, *Cadernos de Saúde Pública*, *Revista Panamericana de Salud Publica* e *Revista Salud Publica*.

A segunda revisão bibliográfica foi publicada em 2016, nos *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*: “O estado da arte da produção acadêmica sobre o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil” (BITTENCOURT, 2016). Analisou 35 produções acadêmicas, compreendidas entre 2010 e 2014, a partir das informações obtidas nos bancos de dados BVS e SciELO, utilizando os descritores “judicialização” e “saúde”. Como na revisão bibliográfica anterior, também observou que a judicialização da saúde requisitando medicamentos é a mais estudada no meio acadêmico. O autor salientou, ainda, a forma

polarizada vista nas produções: uma corrente de pensamento vê a judicialização da saúde como empecilho para efetivação do direito à saúde, enquanto direito coletivo; e outra acredita ser a judicialização da saúde uma forma de ampliação da cidadania e fortalecimento da democracia. Como esperado, não há pensamento hegemônico na produção acadêmica.

A partir dos resultados descritos nas duas revisões bibliográficas anteriores, empreendeu-se a revisão bibliográfica de que trata o capítulo 2 desta tese. A metodologia utilizada foi a descritivo-analítico-reflexiva, que permite, por meio de embasamento em referências bibliográficas, realizar a análise reflexiva do tema proposto no modo descritivo (MARCOLINO; MIZUKAMI, 2008).

Com a utilização da revisão bibliográfica, é possível entender a dinâmica do processo social a ser destacado. A linha do tempo mais longa permite grande quantidade de fontes e dados sobre o tema. Incluindo os documentos oficiais, fontes jornalísticas, tanto oficiais quanto privadas, e programas de TV, pode-se ampliar em muito o leque de conhecimento sobre a discussão do tema.

O objetivo específico importante a ser alcançado é demonstrar que a escassez de recursos públicos destinados às áreas sociais depois da promulgação da EC-95 inviabiliza o exercício do direito à saúde como inscrito na CRFB-88. Também pretende mostrar que o automatismo do uso da via judicial se tornou comum para atender ao direito à saúde e pode encontrar-se corrompido devido à confluência de interesses financeiros envolvendo a indústria farmacêutica, médicos e advogados. Trata-se da ocorrência de dois fatores: um interno ao processo da judicialização da saúde (os agentes que participam dela); e outro, de características políticas e econômicas com grande prejuízo ao social, o Novo Regime Fiscal.

A fim de realizar essa tarefa, pesquisa de cunho qualitativo é necessária para delimitar o objeto social. A subjetividade inerente ao fenômeno estudado qualifica a proposta. Ou seja, além da revisão de bibliografia, realizou-se uma análise documental que trata do fenômeno da judicialização no Brasil.

Segundo Fonseca:

A pesquisa documental trilha os mesmos caminhos da pesquisa bibliográfica, não sendo fácil por vezes distingui-las. A pesquisa bibliográfica utiliza fontes constituídas por material já elaborado, constituído basicamente por livros e artigos científicos localizados em bibliotecas. A pesquisa documental recorre a fontes mais diversificadas e dispersas, sem tratamento analítico, tais como: tabelas estatísticas, jornais, revistas, relatórios, documentos oficiais, cartas, filmes, fotografias, pinturas, tapeçarias, relatórios de empresas, vídeos de programas de televisão, etc. (FONSECA, 2002, p. 32).

Tais escolhas metodológicas ajudam a compreender a complexidade do fenômeno

social. O contexto em que acontece o fenômeno social da judicialização é observado através da releitura de artigos acadêmicos, na leitura de documentos oficiais e notícias na imprensa oficial e privada. A pesquisa foi conduzida com a intenção de enfatizar o subjetivo e, assim, compreender e interpretar as experiências relatadas na revisão bibliográfica e demais métodos utilizados.

Para tanto, esta tese foi estruturada em cinco capítulos, como forma de tentar aproximar o leitor dos elementos importantes na configuração do objeto. Nessa perspectiva, vamos considerar um fenômeno complexo e interdisciplinar, e com crescente presença no âmbito da produção acadêmica brasileira, sobretudo nas duas primeiras décadas do século XXI. A intenção desta revisão bibliográfica foi selecionar, apresentar e comentar um conjunto de textos que têm em comum o fato de serem marcos da pesquisa, reflexão e debate sobre o tema. Assim, foi feito um exame histórico das ideias sobre o processo de judicialização da saúde – um exame pessoal e criteriosamente seletivo. Além de utilizar fontes mencionadas nas revisões anteriores, a presente revisão fez uma seleção de textos a serem comentados, desde sua relevância no processo de reflexão e debate sobre a judicialização em saúde, e sua importância para as análises desenvolvidas nos capítulos que se seguem.

O critério utilizado obedece à produção divulgada nas principais revistas de Saúde Pública no Brasil, mas com uma característica importante, que é a utilização de documentos oficiais, para oficiais e notícias veiculadas na imprensa oficial. Esta singularidade permite aumentar o escopo das informações, trazendo aspectos novos para reflexão, e realizar uma revisão bibliográfica atualizada, o que contribui para a qualificação do debate da judicialização da saúde.

Outra característica desta revisão bibliográfica é realizar um recorte temporal amplo, desde 1996 até 2018, dividindo tal temporalidade em dois segmentos: um que seleciona textos de 1996 a 2009, e uma segunda seleção, que engloba textos de 2010 a 2018.

O corte temporal como critério de periodização facilitou a observação de mudanças que aconteceram na produção acadêmica. Depois de 2010, com o crescimento do número de ações judiciais e, conseqüentemente, aumento das despesas com a judicialização, houve maior preocupação da produção acadêmica com o financiamento do setor. É também aí que surgem os documentos oficiais e para oficiais que debatem o tema, o que se traduz como uma diferenciação das outras duas revisões bibliográficas mencionadas.

Os documentos oficiais elaborados pelos sistemas de saúde e justiça que ajudarão a construir esta tese são encontrados nos sites oficiais do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Justiça. Os dados sobre as despesas do Ministério da Saúde com ações judiciais

estão no portal eletrônico do órgão. Além desses ambientes virtuais, outros como o do Tribunal de Contas da União e da Organização Pan-Americana de Saúde fornecem dados importantes sobre a judicialização da saúde, quanto ao quesito “despesas para fornecimento de medicamentos e gestão da Assistência Farmacêutica”. Além dos gastos das famílias com o item saúde disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Por ser uma tese que entende o dinamismo do fenômeno social estudado, no decurso do trabalho, as fontes do Tribunal Superior Eleitoral também serão consultadas para incluir o debate político-eleitoral no que compete às proposições das políticas públicas, especialmente a de saúde, além de notícias vinculadas na imprensa escrita e de televisão.

Através desse amplo leque de fontes, tanto acadêmicas quanto documentais, espera-se contribuir para um debate mais detalhado do tema, estabelecendo, por fim, a tese de incompatibilidade entre as necessidades de financiamento do SUS e a Emenda Constitucional nº 95/2016. E demonstrar, ainda, que o direito à saúde no Brasil exercido através da judicialização da saúde partiu do subfinanciamento crônico do passado para o desfinanciamento progressivo no futuro.

2 A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O objetivo da presente revisão bibliográfica é realizar um balanço da reflexão passada com a sinalização de novos rumos para reflexão presente e futura. Realizou-se uma releitura de artigos acadêmicos, documentos oficiais e para-oficiais, além de notícias veiculadas na imprensa oficial, abordando um tema tão relevante para o sistema de saúde brasileiro.

As duas revisões de bibliografia anteriores, “Judicialização da saúde: para onde caminham as produções científicas?” (OLIVEIRA et al., 2015), e “O estado da arte da produção acadêmica sobre o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil” (BITTENCOURT, 2016) mostraram que o tema mais tratado pelos pesquisadores é o da judicialização da saúde para requisição de medicamentos. De acordo com os achados nas revisões, as ações judiciais tratam do processo de cura, medicamento ou tratamento específico, não havendo ações que busquem o segmento preventivo da saúde pública.

O principal critério de escolha das produções acadêmicas é a publicação em periódicos indexados. Dos 30 artigos selecionados, 15 também fazem parte das duas revisões anteriores, sendo seis artigos da revisão bibliográfica realizada em 2015 e nove que também foram abordados na revisão bibliográfica de 2016. Os outros 15 artigos, além de produções acadêmicas (artigo, dissertação, trabalho apresentado em congresso), também selecionaram a produção de uma organização não governamental, devido a sua concisão de dados e contribuição ao debate do tema.

O corte temporal compreendido entre 1996 e 2009 apresenta oito artigos, e de 2010 a 2018, vinte e dois artigos. A seleção 22 artigos do segundo corte temporal apresenta o trabalho de uma organização não governamental, o Instituto de Estudos Socioeconômicos (INESC). O maior número de pesquisas a partir de 2010 foi devido à maior dinâmica na produção acadêmica sobre o tema. Tal critério permitiu fazer uma pequena historicização do tema. A datação é o período coberto na busca.

No fim da revisão, estão os comentários a respeito dos documentos oficiais. Estes revelam o interesse que o tema desperta em vários órgãos dos Poderes: Executivo, Legislativo e Judiciário. Entre eles, o Ministério da Saúde (MS) e a Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde (CONJUR-MS), o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e o Tribunal de Contas da União (TCU).

Também foram selecionadas notícias da imprensa oficial, veiculadas através dos órgãos estatais, nos quais a judicialização da saúde foi tema de debate entre autoridades institucionais dos Três Poderes. Essa bibliografia selecionada e comentada tem a intenção de

fazer uma reflexão sobre o debate, qualificando-o com as produções revisitadas. São textos selecionados por sua evidente contribuição ao tema estudado e de importância no desenvolvimento desta tese nos capítulos três, quatro e cinco.

No final do capítulo 2, serão apresentadas algumas reflexões sobre o tema a partir da revisão à bibliografia selecionada. E são examinados os principais consensos e alguns dissensos verificados na releitura dos textos.

2.1 Os primeiros textos sobre o tema: 1996-2009

Esta revisão começa com o artigo: “Advocacia em saúde no Brasil contemporâneo” (DALLARI et al., 1996). publicado na *Revista de Saúde Pública*. O texto apresenta o conceito de advocacia em saúde, daí sua importância para o conjunto do tema. Apenas oito anos separavam a promulgação da CRFB-88 da publicação do artigo e menos de seis anos da legislação que criou o SUS. A ênfase é centrada na participação social, assegurada na CRFB-88, como construção de cidadania relacionada à conquista do direito à saúde.

A partir de demandas em saúde da sociedade na cidade de São Paulo, o texto discute e conceitua o papel da advocacia na área da Saúde Pública. A advocacia em saúde reúne um conjunto de estratégias políticas visando a promover direitos não respeitados, e desenvolve ações que procuram influenciar autoridades e particulares, sensibilizando-os para carências e necessidades sanitárias diversas. O trabalho, além de realizar ampla discussão sobre o direito à saúde, sinaliza as bases de como esse direito deve ser conduzido.

Há também uma sinergia com os futuros trabalhos acadêmicos, que coloca o Poder Judiciário como preposto na indução de políticas públicas. “O Judiciário provocado adequadamente pode ser um instrumento de formação de políticas públicas [...]. Pela sua natureza, o debate judicial permite o avanço da democracia ao permitir as discussões de temas relevantes [...] (DALLARI et al., 1996, p. 598). “Não resta dúvida de que para o alcance do direito à saúde a ação dos poderes públicos é fundamental. Por isso, são nas instituições de Estado que desembocam as ações do advogado.” (idem, p. 599).

É um artigo muito interessante, porque expressa as primeiras inquietações sobre o tema do direito à saúde pós-Constituição de 88. Cabe mencionar que o ano de 1996 é um divisor de águas, já que naquele ano foi promulgada a Lei nº 9.313/96, que assegura aos portadores do HIV e doentes com Aids o tratamento gratuito na rede pública de saúde.

(BRASIL, 1996). Tal fato foi consequência da luta da sociedade civil contra o Estado, luta essa travada com a participação dos operadores do direito.

A advocacia em saúde pública passou, a partir de então, a fazer parte do fenômeno da judicialização. Esse fato é muito importante, pois toda a compreensão sobre o direito à saúde como conhecemos se tornou elemento essencial para que as pessoas começassem a reivindicá-lo legalmente. A Lei nº 9.313/96 passou a ser a expressão do direito de fato. Abriu-se caminho para que ações judiciais requisitassem diversos tratamentos, e não somente o tratamento da patologia que gerou a lei. Dentre várias contribuições para o debate, o texto de Dallari et al. (1996) destaca a ênfase política concedida à atuação da advocacia em saúde, o que confere ao texto sua relevância e atualidade.

A partir dos anos 2000, o crescimento do número de ações judiciais começou a chamar a atenção da Academia, gerando mais trabalhos sobre o tema, inclusive a publicação, nos *Cadernos de Saúde Pública*, da pesquisa “Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil” (MESSEDER; OSÓRIO-DE-CASTRO; LUIZA, 2005).

A característica importante desse artigo é o recorte temporal longo. O estudo analisou os dados relativos às ações judiciais contra o Estado do Rio de Janeiro entre 1991 e 2002, o que permitiu aos pesquisadores verificarem a mudança do perfil das ações judiciais de uma década para a outra. Na década de 1990, as demandas judiciais eram relacionadas a patologias decorrentes das infecções causadas pelo HIV. E a partir dos anos 2000, as ações judiciais se pulverizaram, cobrindo uma variedade de indicações patológicas, que vão desde doenças crônicas degenerativas a tratamentos de última geração para doenças virais, como a hepatite C.

O estudo de Messeder, Osório-de-Castro e Luiza (2005) observou o início das solicitações para fornecimento de medicamentos sem registro na Anvisa, assim como de medicamentos de uso contínuo, de dispensação obrigatória na atenção básica. Outra contribuição importante do estudo foi mostrar que, a partir de 2000, há relação entre o aumento dos pedidos de medicamentos por via judicial e sua posterior inclusão nas listas oficiais do SUS. E ainda, o artigo apontou outra característica das ações judiciais: a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro (DP-RJ) representava os usuários do SUS, em grande parte pacientes em tratamento nos hospitais universitários, vinculados ao sistema público de saúde. Vale ressaltar a participação da DP-RJ no processo de judicialização da saúde, situação característica do fenômeno judicial no estado fluminense.

Em virtude do crescimento das ações judiciais em saúde requisitando medicamentos, a

produção acadêmica passou a investigar e descrever com mais frequência essa modalidade. A *Revista de Saúde Pública* publicou a pesquisa “Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo” (MARQUES; DALLARI, 2007), o trabalho analisa os processos judiciais para fornecimento de medicamentos contra o Estado de São Paulo entre os anos de 1997 e 2004. Trata-se de um período de transição entre décadas, e os resultados do estudo são reveladores. Além do alto índice de condenação do Estado de São Paulo e da concessão de liminar com tutela antecipada, chama atenção no artigo a representação de advogados particulares em 70% das ações judiciais. E desses advogados, quase 25% estavam ligados a associações de portadores de doenças, fato também observado nos estudos de Vieira e Zucchi (2007) e de Chieffi e Barata (2010), que descreveram a judicialização da saúde no Estado de São Paulo. Isso demonstra que a advocacia em saúde pública, tema do estudo de Dallari et al. (1996), se tornou muito atuante.

A pesquisa de Marques e Dallari (2007) apontou também a possível influência de laboratórios farmacêuticos na judicialização por medicamentos, o que caracteriza *lobby* da indústria, interessada em ver as inovações terapêuticas sendo comercializadas. Isso também será observado nos estudos de Vieira e Zucchi (2007) e de Chieffi e Barata (2010).

O segundo artigo do ano de 2007 foi publicado na *Revista de Saúde Pública*: “Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil.” (VIEIRA; ZUCCHUI, 2007). A pesquisa analisou os processos para fornecimento de medicamentos no ano de 2005, na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP), e suas observações ratificam o achado da pesquisa de Marques e Dallari (2007).

Cento e setenta ações foram impetradas contra a SMS-SP. As doenças mais relatadas nos pedidos foram diabetes e câncer, sendo que a associação de diabetes e hipertensão arterial aparece em 46% de todas as ações judiciais. Confirmando os achados de Marques e Dallari (2007), advogados particulares representaram os pacientes em 54% das ações judiciais. Outro dado importante da pesquisa de Vieira e Zucchi (2007) é que apenas 27% dos itens pedidos não tinham alternativa terapêutica na Relação Municipal de Medicamentos. Tal situação sugere uma possível interferência da indústria farmacêutica – *lobby* – no processo. Pode significar descumprimento da Relação Municipal de Medicamentos.

E finalizando, um consenso importante das duas pesquisas selecionadas e comentadas acima é que as decisões do Poder Judiciário desconsideram a Política Nacional de Medicamentos do SUS.

Conforme citado em vários trabalhos acadêmicos, a interferência do Poder Judiciário na Política Nacional de Medicamentos (PNM) é nociva às políticas públicas de saúde, e um

dos artigos mais críticos a essa condição é: “Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial” (BARROSO, 2008). As decisões judiciais obrigam o sistema nacional de saúde a fornecer medicamentos experimentais, sem registro na Anvisa. O artigo faz severa crítica ao fenômeno da judicialização da saúde, pois sinaliza a falta de critério de qual ente federativo é responsável por cada tipo de medicamento. Para o autor, isso representa superposição de esforços e de defesas, além, claro, de aumento de gastos não previstos na elaboração das políticas públicas.

O artigo de Barroso (2008) evidencia que o Poder Judiciário só deveria intervir quando o direito fundamental à saúde estivesse sendo descumprido. Ressalta que o art. 196 da CRFB-88 é claro ao afirmar que “a garantia do direito à saúde se dará por meio de políticas sociais e econômicas, não através de decisões judiciais.” E mais: “a possibilidade de o Poder Judiciário concretizar, independentemente de mediação legislativa, o direito à saúde, encontra forte obstáculo no modo de positivação do art. 196, que claramente defere a tarefa aos órgãos executores de políticas públicas” (BARROSO, 2008, p. 23).

O autor considera que o Poder Judiciário (PJ), ao determinar a entrega de medicamentos, mais serviria à classe média do que os usuários mais pobres, pois o acesso à justiça é mais qualificado para os que têm posses. Além disso, o PJ não tem o conhecimento científico necessário para determinar ou instituir política pública na área de saúde, mesmo que instruído por laudos técnicos. A relevância do artigo de Barroso (2008) continua pertinente e até muito atual, eventualmente, se as proposições nele descritas forem usadas como polo contrário à concessão de sentenças favoráveis aos demandantes judiciais.

A interferência do PJ nas políticas de Assistência Farmacêutica (AF) é uma das principais críticas feitas pelos pesquisadores do fenômeno da judicialização da saúde. A partir das produções de 2008, começa a ganhar espaço na discussão a diretriz da equidade do SUS, outro item destacado como ameaçado com a crescente judicialização. A publicação da *Revista Médica de Minas Gerais*, “A judicialização da saúde e a política nacional de assistência farmacêutica no Brasil: gestão da clínica e medicalização da justiça” (ANDRADE et al., 2008), problematiza a medicalização generalizada e como ela interfere nas políticas públicas de saúde a partir do fenômeno da judicialização. Andrade et al. (2008) afirmam que as decisões judiciais visam a garantir o atendimento ao direito à saúde, mas remete ao gestor a responsabilidade da decisão de alocação de recursos, o que muitas vezes contradiz o princípio da equidade.

As produções bibliográficas de 2008 sinalizam a preocupação com a equidade e

consideram a interferência do PJ na saúde pública nociva ao sistema público de saúde. A obrigação do fornecimento de medicamentos por via judicial, ao contrário de promover equidade, pode servir de acesso aos mais qualificados economicamente, produzindo assim iniquidade dentro do sistema de saúde. Mais uma vez, a medicalização com apoio do PJ estaria interferindo na Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF).

Em continuidade a essa linha de pensamento, há dois artigos de 2009 que tecem severas críticas ao possível comprometimento do princípio da equidade a partir do fenômeno da judicialização. A equidade, importante diretriz filosófica do SUS, começa a ser mencionada na produção acadêmica de forma mais enfática, como a publicação dos *Cadernos de Saúde Pública* – “Judicialização da política de assistência farmacêutica e equidade” (CHIEFFI; BARATA, 2009) –, abordando o fenômeno da judicialização na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo em 2006.

Há evidente preocupação, no texto de Chieffi e Barata (2009), sobre a interferência do PJ nas políticas de saúde, sobretudo em relação à política da AF. Além disso, afirma-se que tal interferência do PJ estaria rompendo princípios básicos do SUS, especialmente a equidade no acesso a bens e serviços de saúde. As pesquisadoras analisaram 3.007 processos referentes ao ano de 2006, somente do município de São Paulo. Foi constatado a maciça representatividade de advogados particulares nas ações; e mais, 77% dos medicamentos solicitados não pertenciam a nenhum programa da assistência farmacêutica do SUS. Essa concentração de advogados particulares foi verificada nas pesquisas de Vieira e Zucchi (2007) e de Marques e Dallari (2007).

Conclui a pesquisa de Chieffi e Barata (2009) que as decisões judiciais acabam por aumentar o fosso da desigualdade social, pois privilegiam as classes sociais mais favorecidas, que podem arcar com as despesas de pagamento de um advogado. Além disso, das receitas que originaram as ações, 47% eram oriundas da saúde suplementar, o que denota mais ainda a desigualdade no atendimento a esse tipo de pleito. Pode-se dizer que a interpretação dos direitos sociais apenas na dimensão individual estaria desconsiderando o coletivo, e assim, ferindo o princípio da equidade do sistema público de saúde.

O segundo artigo do ano de 2009, além da preocupação de que as decisões judiciais estariam interferindo nas políticas de saúde e, conseqüentemente, abalando o princípio da equidade, traz uma nova preocupação para o tema: a escassez de recursos. O artigo “Direito à saúde, Recursos escassos e Equidade: Os Riscos da Interpretação Judicial Dominante” (FERRAZ; VIEIRA, 2009), publicado na *DADOS – Revista de Ciências Sociais*, tem a clara intenção de mostrar ao leitor que há um descompasso entre o PJ e os técnicos da saúde. Os

juízes proferem sentenças contrárias ao SUS, mas desconhecem a realidade técnica na alocação de recursos, como dito a seguir:

A atenção à saúde depende, portanto, de políticas multissetoriais abrangentes que vão muito além dos serviços médicos e do fornecimento de medicamentos. De outro lado, o Judiciário parte da premissa de que a saúde (e a própria vida) foi (foram) erigida(s) ao status de direitos fundamentais pela CRFB-88. Diante da irrefutável importância desses valores e da força normativa que a Constituição lhes empresta, o problema da escassez de recursos é colocado em plano secundário. (FERRAZ; VIEIRA, 2009, p.224).

O artigo de Ferraz e Vieira (2009) critica o financiamento inadequado para prover os bens e serviços de saúde, principalmente para um sistema universal como o brasileiro. O estrangulamento financeiro impõe severas restrições a um sistema de saúde universal, com assistência integral e com equidade na prestação de bens e serviços à população.

O descompasso entre as necessidades de saúde da população, sempre crescentes, e os custos para atendê-las, cada vez maiores, torna o problema da escassez de recursos ainda mais complexo e difícil, e a determinação do conteúdo do direito à saúde, mais delicada. Como bem apontou um estudioso anglo-saxão, “oferta e demanda em saúde nunca chegarão a um equilíbrio; ao contrário, a demanda continuará a exceder a oferta e o debate sobre direitos a cuidados de saúde se intensificará” (NEWDICK, 2005, p. 235; tradução do autor).

O artigo é mais um que, no final da década passada, conclui que as consequências da interpretação judicial dominante do direito à saúde são um fator de incremento para a iniquidade do sistema. A interferência do Judiciário acaba por privilegiar os que têm melhores condições de acesso ao sistema judicial, prejudicando ainda mais as classes menos favorecidas, historicamente vítimas de iniquidades sociais (FERRAZ; VIEIRA, 2009).

Apesar do sistema de saúde universal, a população encontra diversas barreiras para acessá-lo, o que levou vários pesquisadores que debatem o tema da judicialização da saúde a discutirem a questão. Como observado nas produções selecionadas e comentadas até aqui, a iniquidade do sistema ganha destaque e a questão do acesso aos bens e serviços de saúde se torna essencial nos debates posteriores.

2.2 Os textos da segunda década do século XXI: 2010-2018

Em 2010, houve muitas publicações de textos referentes ao tema. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, publicou “Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde” (VENTURA et al., 2010), cujo objetivo era analisar os vínculos entre o acesso à justiça e a efetividade de um dos direitos à saúde: o acesso a medicamentos. O texto resultou da análise dos processos judiciais que reivindicavam medicamentos, entre julho de 2007 e junho de 2008, no Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (TJRJ). O artigo faz um pequeno histórico do fenômeno, situando a gênese do mesmo a partir da luta de portadores do HIV e seus familiares para o fornecimento gratuito dos antirretrovirais.

Destacam-se, no artigo, três posições sobre o debate do direito à saúde: a primeira afirma que o direito à saúde é restrito aos insumos e serviços disponíveis no SUS, tese compatível com o argumento de Barroso (2008). Uma segunda posição aponta as deficiências e insuficiências do sistema público de saúde, e do sistema de justiça para responder de forma satisfatória às novas e crescentes demandas de saúde, em um contexto normativo que atribui obrigações legais amplas ao Estado brasileiro (MESSEDER et al., 2005). E a terceira defende que a eficácia do direito à saúde necessita ser a mais ampla possível, devendo o Judiciário ponderar direitos, bens e interesses em jogo, para fixar o conteúdo da prestação devida pelo Estado. É uma análise criteriosa do fato, em que direitos, bens e interesses estão em jogo.

A terceira posição é a que se revela mais adequada à compreensão da sinergia entre saúde e direito, na garantia do cidadão ao acesso à justiça e acesso à saúde (LEIVAS, 2006). O artigo de Ventura et al. (2010) é fruto da preocupação com o crescente número de ações judiciais, e que essa modalidade de acesso esteja sendo usada para a incorporação de tecnologia no SUS. Considera-se que isso decorra em grande parte do fato de os medicamentos requisitados não constarem dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) nem da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), o que leva a considerar a possibilidade de *lobby* da indústria farmacêutica sobre os médicos.

Importante é a afirmação de que a ampliação do sistema de justiça tem repercussões sobre a assistência à saúde. O texto menciona Barroso (2008), que aponta o risco de a via judicial tornar-se o principal meio para garantir o acesso a medicamentos, trazendo prejuízos à efetividade individual e coletiva do direito à saúde. Ventura et al. (2010) analisaram 289 processos, 277 dos quais indicavam hipossuficiência dos autores das ações, pois foram representados pela DP-RJ. Outra característica nos processos foi a concessão de liminar com antecipação de tutela. Tais características das ações judiciais serão encontrados no estudo de caso sobre Saquarema-RJ, de autoria de Nascimento e Kornis (2013).

Como visto nos estudos acima mencionados, o perfil da judicialização da saúde no

Estado do Rio de Janeiro difere daquele apresentado nos estudos sobre o tema no Estado de São Paulo. O acesso à justiça e, conseqüentemente, o acesso a medicamentos no Estado do Rio de Janeiro, é qualificado pela atuação da DP-RJ.

Como descrito nas revisões bibliográficas anteriores, os estudos sobre a judicialização de saúde enfatizam bastante a AF, porque grande parte das demandas dizem respeito à solicitação de medicamentos. Em 2010, foi publicado na *Revista Ciência e Saúde Coletiva* o estudo “A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica” (PEPE et al., 2010). Trata-se de uma revisão narrativa das pesquisas em estados e municípios, na qual são discutidos os principais elementos de interferência da judicialização de medicamentos.

O perfil das ações judiciais descritas no estudo confirma as características que o fenômeno adquiriu, ações individuais para fornecimento de medicamentos. A prescrição médica é o documento necessário para propor a ação. As prescrições médicas tanto podem ter medicamentos incorporados pelo SUS, ou não. E muitos dos medicamentos solicitados ainda não possuem registro na Anvisa. As decisões são contrárias aos gestores do SUS, com concessão de liminares (tutela antecipada).

O estudo de Pepe et al. (2010) sinalizou o aumento considerável das demandas judiciais e uma elevação dos gastos com medicamentos no SUS. Nos estados de Minas Gerais (MG), Santa Catarina (SC) e Espírito Santo (ES), a origem das receitas médicas eram serviços privados de saúde. Já nos estados do Rio de Janeiro (RJ) e Ceará (CE), assim como no município de São Paulo e no Distrito Federal, as receitas eram procedentes do SUS, ou seja, quanto a este critério não existe um padrão único nacional. O artigo traz um achado muito importante: a maioria dos medicamentos solicitados fazia parte das listas oficiais, porém no Rio de Janeiro, 80% das ações continham pelo menos um componente fora da lista.

Em RJ, MG e ES, a insulina *glargina* estava entre os medicamentos mais solicitados via judicial, porém sua eficácia ainda não havia sido comprovada, fato que não justificava sua inclusão nas listas oficiais. Pepe et al. (2010) consideraram a situação como uma pressão para incorporação do medicamento no SUS. Existe um perfil nas ações judiciais para aquisição de medicamentos: a prescrição médica é soberana, e a participação da DP é fundamental para as pessoas de poucos recursos financeiros. Estas são características marcantes para o crescimento do número de ações judiciais e conseqüente aumento dos gastos em medicamentos pelo SUS, visto nesse estudo.

No entanto, diferentemente do artigo de Pepe et al. (2010), existe um artigo também publicado em 2010, na *Revista de Saúde Pública*, que demonstra o estabelecimento da relação

entre escritórios de advocacia, médicos e indústria farmacêutica no processo da judicialização. Trata-se de “Ações Judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos” (CHIEFFI; BARATA, 2010), artigo muito citado por outros pesquisadores, que encontraram resultados semelhantes em suas pesquisas. Sua relevância é mostrar a concentração de ações judiciais por escritórios de advocacia e a presença de determinado medicamento, de alto custo, na prescrição médica que gera a ação judicial.

O artigo de Chieffi e Barata (2010) afirma que foram gastos 65 milhões de reais pelo Estado de São Paulo com o cumprimento das decisões judiciais para atender cerca de 3.600 pessoas, no ano de 2006. O estudo analisou 2.927 ações, ajuizadas por 565 agentes, dos quais 549 eram advogados particulares; 35% das ações foram representadas por 1% dos advogados. Mais de 70% das ações ajuizadas para certos medicamentos são de responsabilidade de um advogado, o que pode sugerir estreita relação entre o advogado e o fabricante do medicamento. As liminares concedidas têm como objetivo atender à prescrição de produtos de alto custo, muitos deles recém-lançados em outros países e ainda não disponíveis no Brasil.

O *lobby* da indústria e do comércio de produtos farmacêuticos com associações de portadores de doenças crônicas, e o intenso trabalho de propaganda com os médicos, fazem com que tanto usuários quanto prescritores passem a considerar imprescindível o uso de medicamentos novos. Em regra, esses produtos são de altíssimo custo, mas nem sempre são mais eficazes que outros de custo inferior, indicados para a mesma doença (CHIEFFI; BARATA, 2010).

A maioria dos processos destina-se a garantir o acesso a medicamentos caros, de introdução recente na prática médica e, portanto, com pouco acúmulo de experiência no uso. Observou-se ainda nesse estudo que 36 advogados foram responsáveis pela apresentação de 765 dos processos. Chieffi e Barata (2010) apontaram a acentuada especialização ligando advogado e produto. E mais, um médico representava 66% das solicitações para o medicamento *erlotinibe*. Assim, esse estudo reforça a tese de que a interferência do PJ estaria servindo para aumentar a desigualdade dentro do sistema de saúde, privilegiando individualmente os usuários que demandam judicialmente através de escritórios de advocacia.

O crescimento do número de ações judiciais levou a Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo (SES-SP) a implantar a Coordenação das Demandas Estratégicas do SUS (Codes), órgão vinculado ao gabinete do secretário de Saúde. Esse órgão implantou um sistema informatizado que cadastra todas as ações judiciais impetradas contra o gestor estadual do SUS. Tal instrumento é descrito no trabalho “*S-Codes: um novo sistema de informações sobre ações judiciais da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo*” (NAFFAH FILHO; CHIEFFI;

CORREA, 2010).

O estudo se reveste de importância porque o *S-Codes* é uma plataforma usada por outros órgãos do sistema de saúde e de justiça na avaliação e condução do processo de judicialização da saúde. Em 2009, ante a necessidade de implantar mecanismos de apoio às áreas responsáveis pela aquisição e dispensação de medicamentos e materiais, a SES-SP optou por desenvolver e implantar esse novo aplicativo para gerenciamento das ações judiciais. Batizado de *S-Codes*, o novo sistema foi implantado em todo o estado de São Paulo em 2010, cadastrando todas as ações judiciais ativas impetradas contra a Secretaria de Saúde, à exceção daquelas envolvendo o tratamento da saúde mental.

O estudo de Naffah Filho, Chieffi e Correa (2010) analisou as informações disponibilizadas por esse novo sistema. Das 23.003 ações judiciais ativas, verificou-se que 56,2% dos pacientes demandantes eram do sexo feminino. A idade não foi mencionada nos arquivos do sistema, e os advogados foram responsáveis por 88,8% das ações, sendo que 27 estavam presentes em mais de cem processos. Quanto à patologia referida nas ações judiciais, diabetes *mellitus* era o diagnóstico principal em 30% dos processos por solicitação de medicamentos.

As 23.003 demandas judiciais ativas envolveram o fornecimento de 66.060 itens, com valor mensal estimado em R\$ 42.712,559,81, média de R\$ 1.856,82 por mês por ação judicial e estimativa anual de R\$ 512.550.717,72. Esse valor representava 4,5 vezes o gasto total anual com internações para transplantes de órgãos e tecidos, e cerca de 90% do gasto anual do SUS com diagnóstico em laboratório clínico, contemplando mais de 123 milhões de exames em residentes no Estado de São Paulo. Esse estudo demonstra o inegável aumento de alocação de recursos para enfrentar as despesas advindas com a judicialização da saúde naquele estado.

Dando continuidade ao estudo dos artigos acadêmicos publicados em 2010, é relevante citar um estudo de caso sobre a judicialização no Estado de Santa Catarina, “Análise das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004” (PEREIRA; NASCIMENTO JUNIOR; SCHENKEL, 2010), publicado na *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. O estudo analisou os processos judiciais contra a Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina (SES-SC) solicitando o fornecimento de medicamentos nos anos de 2003 e 2004, que representou percentuais de gastos de 7,5% e 11%, respectivamente, dos valores totais gastos com medicamentos pela SES-SC nos anos pesquisados. O artigo menciona a ocorrência de 622 processos no período selecionado, dos quais 59% eram representados por advogados, 35% pela DP e 6% por escritórios modelos de universidades de Santa Catarina.

O estudo também verificou a presença de pedidos de medicamentos fora das listas oficiais do SUS, mesmo sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), fato frequentemente comentado em quase todos os estudos selecionados. As demandas judiciais se relacionavam ao tratamento de hepatite viral C, oncologia, artrite reumatoide, espondilite anquilosante e osteoporose, e se observou elevado predomínio de prescrições de serviços privados de saúde. Segundo os autores, o fenômeno da judicialização da saúde era recente em Santa Catarina (PEREIRA; NASCIMENTO JUNIOR; SCHENKEL, 2010).

Esse estudo demonstra que o perfil da judicialização, embora tenha suas especificidades locais, vem tomando um padrão nacional. Ou seja, escritório de advocacia que representa portadores de doenças crônicas solicitava medicamentos recém-lançados em outros países, e fora das listas oficiais do SUS, muitos dos medicamentos sem registro na Anvisa. Outro fato característico observado é a indicação de que há um elo entre o médico e a indústria farmacêutica, compatível com os achados em São Paulo por Chieffi e Barata (2010), Marques e Dallari (2007) e Vieira e Zucchi (2007).

Citado por vários pesquisadores, o artigo “Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1ª instância nas ações individuais contra o Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 2005” (BORGES; UGÁ, 2010), publicado nos *Cadernos de Saúde Pública*, é um estudo exploratório, documental, que comprovou a existência de 2.245 ações judiciais no ano de 2005, contra o Estado do Rio de Janeiro, no fórum da Comarca da Capital do Estado. O objeto das ações judiciais era o fornecimento de medicamentos, em 89% dos casos, os pedidos foram julgados totalmente procedentes, sendo 7% parcialmente procedentes. Em 1% dos casos, o estado e/ou município réu da ação reconhece que o medicamento é devido ao autor da ação. E finalmente, os 3% restantes são casos em que houve desistência do autor ou falecimento do mesmo. O estudo demonstrou que não há casos de negativa das solicitações de medicamentos.

O artigo de Borges e Ugá (2010) fez uma verificação importante, pois encontrou ações propostas contra o estado e também contra o município onde reside o autor da ação. Tal fato denota duplicidade das demandas, o que acarreta sobrecarga de esforços para solução do litígio, tanto ao PJ, quanto para a gestão em saúde. As decisões judiciais afirmavam ser os entes federativos solidários no dever de fornecer os medicamentos aos cidadãos, ferindo o princípio da descentralização do SUS; ou seja, agindo assim, o PJ não reconhece um dos principais eixos da PNM, obrigando todos os entes a serem responsáveis por qualquer medicamento solicitado, seja do componente básico, do componente estratégico ou do componente especializado da AF.

O último artigo selecionado de 2010, “Indo além da judicialização: o Ministério Público e o direito à saúde” (ASENSI; PINHEIRO, 2010), foi publicado na *Revista Confluências*. Os autores realizaram uma pesquisa qualitativa, de caráter empírico-analítica, com entrevistas, observação do cotidiano e análise documental, com o objetivo de analisar práticas e estratégicas dos atores que participavam do processo de fiscalização, formulação e execução das políticas de saúde no Município de Porto Alegre, no período de 2004 a 2005.

A importância desse trabalho foi a abordagem peculiar que os pesquisadores empreenderam. Foi o único artigo selecionado na busca bibliográfica que abordou as relações entre Ministério Público (MP) e o Conselho Estadual de Saúde (CES) no processo de judicialização da saúde. A dificuldade em encontrar bibliografia com esse perfil de discussão sobre o tema é expressa pelos autores no trabalho, daí sua relevância. A pesquisa documental nas atas do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, entre os anos de 2000-2004, possibilitou aos autores organizar um quadro inicial da relação entre os Conselhos, o MP e a gestão. Assim, foi possível, segundo Asensi e Pinheiro (2010), identificar as questões mais debatidas e os pontos de conflitos, consensos e dissensos, que depois serviram de base para a elaboração do roteiro de entrevistas.

Ainda segundo os autores, a saúde se apresenta de forma multifacetada, na medida em que passa a comportar critérios sociais, políticos, jurídicos e, até mesmo, psicológicos. (ASENSI; PINHEIRO, 2010, p. 38). E para os membros do MP de Porto Alegre, a saúde não se reduz à ausência de doença, pois o bem-estar físico, mental e social depende de vários aspectos, que tornam a saúde um bem complexo e composto por uma gama de variáveis que vão além da classificação simplista de ausência de doenças.

Aspecto relevante do texto é trazer o tema da juridicização para discussão, mostrando que esse caminho passa pelo diálogo e pela negociação. É uma forma de promover e garantir a execução das políticas públicas na área da saúde, envolvendo vários atores da sociedade civil, do sistema de justiça e de gestão em saúde. A juridicização é resultado da participação coletiva e da formação de consenso no processo, fruto de uma arena de conflitos, o que a credencia para a implantação de políticas de saúde na localidade, pois o pacto que gerou tal política foi efetuado a partir da interpretação constitucional referendada pelos atores que participaram do processo.

A juridicização aqui tratada tem a ver com o estabelecimento de uma nova ordem, que afasta o poder proeminente do Judiciário para resolução de demandas e coloca em seu lugar a sociedade civil, em parceria com o MP e os gestores em saúde. Isso possibilitou, no caso estudado, a solução de demandas que observaram os preceitos constitucionais, e mais que

isso, incorporou um novo ingrediente na formulação de políticas públicas na área da saúde, que foi o entendimento entre os atores envolvidos.

O estudo de Asensi e Pinheiro (2010) demonstra a importância da participação do controle social na formulação e execução das políticas públicas de saúde, e vai além, pois considera esse controle social relevante para a solução de conflitos na área da saúde. A participação do controle social, junto ao MP e à gestão em saúde local, foi providencial para encontrar soluções de forma administrativa para as demandas em saúde (juridicização), evitando que os usuários do SUS fossem atendidos através de sentenças judiciais.

Outro aspecto importante referente à prestação de serviços de saúde, especialmente, no tocante à AF, é a essencialidade dos medicamentos prescritos. Uma assistência farmacêutica de qualidade só pode ser oferecida mediante a obediência as diretrizes da Política Nacional de Medicamentos (PNM). Tratando deste tema foi publicado na *Revista Panamericana de Salud Pública*, o artigo “Essencialidade e assistência farmacêutica: considerações sobre o acesso a medicamentos mediante ações judiciais no Brasil” (SANT’ANA et al., 2011). O texto mostra a importância de os gestores promoverem as ações estruturantes de AF em obediência aos parâmetros delineados na PNM, a fim de que os princípios da universalidade, integralidade e equidade, fixados na LOS sejam observados.

Para atender aos princípios do SUS em sua plenitude, é necessário adotar a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), um dos eixos estratégicos da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF). É o instrumento de racionalização no âmbito da AF, porque sua prestação se dá nos três níveis de complexidade do sistema de saúde, da atenção básica até a alta complexidade.

O estudo de Sant’Ana et al. (2011) salienta que a RENAME é um instrumento orientador das ações de planejamento, seleção de medicamentos e de organização da AF, em todos os níveis de atenção. E mais, assinala alguns fatores que poderiam contribuir para a mitigação do fenômeno da judicialização, tais como a atualização das listas oficiais do SUS e a expansão da cobertura para os casos não previstos nas listas. O artigo é relevante porque aborda o aspecto da essencialidade e do uso racional de medicamentos. Afirma que o PJ, ao determinar o fornecimento do medicamento, poderia sugerir o acompanhamento do usuário, a fim de que seja observado o uso racional e adequado do medicamento. O PJ pode contribuir de forma mais efetiva para a gestão da AF, fortalecendo os princípios doutrinários do SUS, como a equidade no acesso a medicamentos.

Mais um estudo de caso sobre a judicialização da saúde para aquisição de medicamentos foi publicado na *Revista de Saúde Pública*: “Judicialização do acesso a

medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil” (MACHADO et al., 2011), cujo objetivo foi analisar o perfil dos requerentes nas ações judiciais e quais os medicamentos requisitados no biênio 2005/2006 no Estado de Minas Gerais. Foram analisados 827 processos judiciais, com 1.777 pedidos de medicamentos. Verificou-se que 70% dos autores das ações foram atendidos no sistema privado de saúde e 60,3% foram representados por advogados particulares. O diagnóstico médico relatado com mais frequência foi artrite reumatoide, e 5% dos medicamentos solicitados não eram registrados na Anvisa. O que chama atenção no estudo é que dos medicamentos requisitados fora das listas oficiais, 53,9% apresentavam alternativa terapêutica no SUS.

O estudo de Machado et al. (2011) tem resultados semelhantes aos realizados em Santa Catarina (PEREIRA; NASCIMENTO JUNIOR; SCHENKEL, 2010), e São Paulo (VIEIRA; ZUCCHUI, 2007; MARQUES; DALLARI, 2007; CHIEFFI; BARATA, 2009; CHIEFFI; BARATA, 2010), tanto a respeito da origem dos serviços privados de saúde na maior parte das ações, quanto a presença marcante de advogados particulares representando os autores das ações. Outra semelhança entre os estudos mencionados acima é que uma pequena quantidade de médicos e advogados solicitam quase sempre o mesmo medicamento, geralmente recém-lançado em outros países, sem registro na Anvisa e, portanto, fora da lista do SUS. É a novidade terapêutica que acaba sendo assimilada na lista oficial. No decurso da pesquisa, o medicamento solicitado para tratar artrite reumatoide foi incorporado ao sistema de saúde pública.

O estudo de Machado et al. (2011) sobre a judicialização da saúde no Estado de Minas Gerais é mais uma produção acadêmica que verifica o abandono da essencialidade no fornecimento de medicamentos contemplados pela PNAF. Este fato, causado pela judicialização da saúde, funciona como uma pressão sobre a gestão do sistema de saúde para incorporação das novidades terapêuticas. Novidades incorporadas à rotina desta forma podem não atender aos critérios de eficácia, efetividade, segurança e prioridades da população.

A seguir, um estudo mais abrangente sobre o mesmo problema visto no artigo anterior, ou seja, a incorporação de tecnologias realizadas mediante o processo de judicialização, “Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais” (CAMPOS NETO et al., 2012), foi publicado na *Revista de Saúde Pública*. O trabalho fez uma análise dos processos judiciais em MG entre 1999 e 2009, portanto com um recorte temporal maior. Os pesquisadores usaram os bancos de dados da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) e selecionaram 2.412 ações, com as seguintes características: um beneficiário, um médico, um advogado e um pedido de medicamento.

O estudo de Campos Neto et al. (2012) verificou os resultados da pesquisa e constatou que cinco doenças foram as mais citadas nas ações: artrite reumatoide, espondilite anquilosante, diabetes e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Houve predomínio de receitas médicas do setor privado de saúde e a maior parte da representação jurídica foi feita por advogados particulares. As especialidades médicas que mais solicitaram medicamentos foram: reumatologia, endocrinologia, cardiologia, psiquiatria, pneumologia e oncologia. Observou-se associação entre o escritório de advocacia A e o médico X, que foi responsável por cerca de 44% das ações do escritório. Achados semelhantes foram relatados nos estudos de Chieffi e Barata (2009) e Vieira e Zucchi (2007) em São Paulo.

Quatro escritórios de advocacia concentraram 687 pedidos de medicamentos. Três reumatologistas particulares concentravam os pedidos de medicamentos em suas especialidades. Apesar de as prescrições serem coerentes com as patologias relatadas, não eram racionais, pois os medicamentos solicitados não são a primeira linha no tratamento. Messeder et al. (2005) observaram que o aumento de solicitação de determinada substância ocorria antes e logo assim que a substância era incorporada ao SUS. A pesquisa de Campos Neto et al. (2012) concluiu que há concentração de médicos e advogados na judicialização de medicamentos novos e mais caros, e citam Vidotti et al. (2008, p. 785).

[...] dos 109 medicamentos registrados na Anvisa entre 2000 e 2004, aproximadamente 40% não apresentavam inovação em relação aos medicamentos disponíveis, segundo classificação da Food and Drug Administration (FDA). Nenhum deles estava incluído na RENAME e menos de 10% eram indicados para condições consideradas estratégicas pelo MS.

O estudo também faz referência ao PJ como indutor de incorporação de medicamentos, geralmente caros, fora dos PCDTs estabelecidos pelo SUS. Como em outros estudos analisados nesta revisão, os autores concluem que a associação de poucos médicos e advogados na judicialização sinalizam que a justiça pode ser utilizada para atender aos interesses da indústria farmacêutica.

A acessibilidade continua presente nos debates entre os pesquisadores. O acesso a medicamentos é o principal item de discussão no artigo “Aspectos jurídicos e sanitários condicionantes para o uso da via judicial no acesso aos medicamentos no Brasil” (PANDOLFO; DELDUQUE; AMARAL, 2012), publicado na *Revista de Salud Publica*, denunciando os aspectos sanitários que mais contribuem para o aumento das demandas judiciais. Os autores citam estudo realizado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em diferentes regiões do Brasil, que demonstrou a porcentagem de medicamentos

efetivamente dispensados aos usuários. A dispensação varia de 55 a 81% dos medicamentos prescritos, nas unidades de atenção primária, o que indica uma cobertura ineficiente e um dos principais problemas de saúde da população. Mesmo os tratamentos contemplados em programas de atenção à saúde pública podem enfrentar dificuldades de acesso, devido à falta de sistemas estáveis de suprimento de medicamentos. A disponibilidade média percentual em unidades de saúde pública brasileira de um conjunto dos principais medicamentos varia de 46,9% a 75%, e o tempo médio de desabastecimento nas unidades de saúde é de 84 dias (OPAS, 2005).

Outro problema mencionado no artigo de Pandolfo, Delduque e Amaral (2012) é a solicitação de medicamentos não padronizados, citado em vários estudos, inclusive no trabalho de Pepe et al. (2010), no qual 80% das ações contra o Estado do Rio de Janeiro continham solicitação de medicamentos não padronizados. Isso ratifica o que vários estudos concluíram sobre o aspecto jurídico da situação: a indústria farmacêutica parece se utilizar da judicialização como forma de pressionar a incorporação das “novidades terapêuticas”. Por fim, o artigo afirma que é necessário aproximar o sistema de justiça da área da Saúde Coletiva. O direito à saúde deve ser assegurado sem a interferência excessiva do PJ, em concordância com outros autores, como Barroso (2008), Vieira e Zucchi (2007) e Chieffi e Barata (2009).

A judicialização da saúde e a formulação e implementação de políticas públicas de saúde é o tema do estudo “Judicialização das Políticas de Saúde no Brasil” (DELDUQUE; MARQUES; CIARLINI, 2013), publicado no *Caderno Direito Sanitário em Perspectiva*, em Brasília, da Escola Superior do Ministério Público da União (ESMPU) em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

O texto traz ao leitor a compreensão de que o fenômeno da judicialização da saúde interfere na formulação e implementação das políticas públicas do setor. E que: “as excessivas demandas judiciais de caráter individual em desfavor do sistema de saúde inviabilizarão sua racionalidade coletiva, conforme previsto constitucionalmente”. (DELDUQUE; MARQUES; CIARLINI, 2013, p. 185).

O artigo descreve de forma sucinta o liame entre o jurídico e a execução das políticas públicas, sob responsabilidade dos órgãos governamentais, com o objetivo de concretizar um direito estabelecido. Afirma: “mas compreendemos que judicializar excessivamente e em desfavor das políticas públicas de saúde e, em especial, ao atender de maneira individual as ações judiciais desestrutura o setor de saúde” (DELDUQUE; MARQUES; CIARLINI, 2013, p. 197).

Faz referência, ainda, à questão do direito e do custo desse direito. A disponibilidade financeira do Estado deve ser levada em conta, face ao aumento da demanda por ações e serviços públicos. E que a judicialização da saúde, caracteristicamente, uma ação individual estaria prejudicando a coletividade, para quem as políticas públicas de saúde foram pensadas. Afirma também que os juízes devem fazer um exame detalhado de cada ação judicial, observando suas peculiaridades jurídicas, técnicas e políticas.

Diante do crescimento da judicialização da saúde e do aumento dos gastos com a aquisição de medicamentos, os pesquisadores começaram a se preocupar com o item “orçamento”. Assim, a condição orçamentária passou a fazer parte mais constante das pesquisas. Nesse contexto, o artigo: “Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa” (WANG et al., 2014), publicado na *Revista de Adm. Pública*, estudou os efeitos da judicialização no orçamento de saúde de um município de grande porte como São Paulo.

Segundo a pesquisa de Wang et al. (2014), a taxa de sucesso do autor da ação contra o sistema público de saúde do município de São Paulo é de 85%. A estimativa mais recente do gasto da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP) com demandas judiciais girava em torno de R\$ 513 milhões/ano. Os dados mostram aumento considerável de ações, seguida de expressivo aumento dos gastos na SMS-SP. O comprometimento do orçamento público da saúde para atender a ações judiciais está longe de ser insignificante. No caso de São Paulo, estima-se que o gasto total com judicialização em 2011 representava 10% do que o município gastou com fornecimento de medicamentos, material ambulatorial, hospitalar e odontológico.

O fato relevante do artigo de Wang et al. (2014) é expor que o aumento das ações judiciais contra as secretarias municipais de Saúde, de grandes ou pequenos municípios pode afetar os orçamentos da saúde. Por isso, a gestão procura enfrentar o fenômeno da judicialização estabelecendo estratégias, como a adotada pela SMS-SP, que criou o Núcleo de Ação das Demandas Especiais (DEMANDE), que centraliza todas as ações judiciais contra a SMS-SP e as compras dos medicamentos solicitados.

A revelação feita por Wang et al. (2014) é muito preocupante para a gestão em saúde, especialmente nos municípios pequenos. São Paulo é o município mais rico do país, mas se vê em uma situação desconfortável com os gastos efetuados na saúde, especialmente os procedentes da judicialização para aquisição de medicamentos. O que dizer de gestões municipais pequenas e médias, que compõem a maior parte dos municípios brasileiros?

A maior participação do PJ no fenômeno da judicialização da saúde levou o mesmo a

procurar estratégias e soluções, frente ao crescimento do número de ações em todo o país. Em resposta à convocação do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), foi publicada a pesquisa “Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência” (ASENSI; PINHEIRO, 2015). Trata-se de um estudo multicêntrico, desenvolvido nos anos de 2013 e 2014, sobre as relações entre sociedade, gestão e Judiciário na efetivação do direito à saúde. Foi realizado e divulgado em parceria com o Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS/IMS/UERJ).

Asensi e Pinheiro (2015) analisaram o cenário da judicialização da saúde e a política judiciária de saúde no Brasil, com foco na saúde pública e na saúde suplementar. Os autores realizaram a pesquisa quantitativa com base nos *sites* dos Tribunais de Justiça, com o objetivo de constituir um perfil dos litígios em saúde pública e suplementar, buscando categorizá-los com base nos seguintes dados: autor, réu, existência de antecipação de tutela, pedido principal, causa de pedir, existência de recursos, principais argumentos do autor e do réu, ações coletivas e individuais, além de outros previstos nos questionários de análise, referentes aos anos de 2010 e 2011 (ASENSI; PINHEIRO, 2015, p. 14). A pesquisa qualitativa analisou a política judiciária de saúde e algumas experiências inovadoras de efetivação do direito à saúde no Brasil, a saber: Araguaína (TO), Lages (SC) e Brasília (DF).

A primeira experiência é Araguaína, cidade situada no norte do Estado de Tocantins, que possui a segunda maior população do estado. É uma referência macrorregional, servindo inclusive como polo para municípios de outros estados, como Maranhão e Pará. Para Asensi e Pinheiro (2015), a gestão municipal de Araguaína foi bastante receptiva ao projeto, resultado dos esforços individuais de uma juíza e do secretário de Saúde, em um primeiro momento. Essa característica empreendedora foi propulsora de mudanças culturais nas instituições, trazendo os atores do campo jurídico para o seio das políticas públicas de saúde. No caso de Araguaína, as funções do Núcleo de Apoio Técnico (NAT) foram além do aspecto consultivo, englobando também aspectos de prevenção e de gestão.

Em Araguaína, são diferenciais da atuação do NAT: a articulação direta com os programas de saúde locais, a integração com a Ouvidoria Municipal e o papel de acompanhamento de decisões judiciais, mesmo após terem transitado em julgado. Isto contribuiu para a constituição de um ambiente de efetivação do direito à saúde eminentemente preventivo, aproximando o contato com os cidadãos e estimulando a solução administrativa de conflitos. Como resultado, observam-se a democratização das ações e serviços de saúde, e maior celeridade no atendimento de demandas que potencialmente seriam objeto de novas ações judiciais (ASENSI; PINHEIRO, 2015, p. 58).

O estudo assinala a expressiva resolução administrativa nos procedimentos encaminhados pela Defensoria Pública (95,56%) e pelo Ministério Público (82,43%). Isto revela a redução da judicialização em saúde em Araguaína desde a criação do NAT e da Ouvidoria. A experiência relatada mostra a possibilidade de estratégias inovadoras para diminuir o número de ações judiciais. O entendimento interinstitucional, que se iniciou com a vontade política de dois agentes públicos, foi capaz de instituir a operação de uma nova modalidade para a efetivação do direito à saúde que não fosse a ação judicial (ASENSI; PINHEIRO, 2015).

A segunda experiência de relato é sobre o município de Lages, em Santa Catarina. Os autores concluíram que os arranjos institucionais lá constituídos permitiram o investimento dos atores políticos e jurídicos no diálogo institucional cotidiano. Isso consolidou diversos projetos voltados para a efetivação do direito à saúde. Segundo Asensi e Pinheiro (2015), a litigiosidade em matéria de saúde não acabou, mas os atores políticos e jurídicos puderam desenvolver estratégias para efetivar o direito à saúde, independentemente da existência de processos judiciais. As principais estruturas que permitiram o alcance desta parceria foram o Consórcio Intermunicipal e o Núcleo de Conciliação de Medicamentos, tendo funcionado também como mecanismos de fomento ao diálogo institucional. Outra característica da experiência de Lages, relatada pelos pesquisadores, foi a participação do juiz local, com grande poder de interferência na gestão em saúde do município.

A terceira experiência relatada na pesquisa de Asensi e Pinheiro (2015) é o caso de Brasília, que apresenta deficiências na rede pública de saúde na oferta de ações e serviços de que a população necessita. A cidade cresceu muito, e os serviços públicos, como um todo, não acompanharam esse aumento demográfico, o que torna Brasília carente em vários aspectos de infraestrutura. Porém, a gestão em saúde local desenvolveu estratégias formais e informais, como modo de efetivar o direito à saúde. Entre os arranjos institucionais desenvolvidos, chama atenção o papel da Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde (CAMEDIS).

Na questão saúde e sistema de justiça, a DP possui um núcleo especializado em saúde pública. Isto auxilia o cidadão na busca de um medicamento ou procedimento na rede pública. Tal fato levou a DP e a Secretaria de Saúde a manterem diálogo constante para atender com eficiência as demandas. O Núcleo de Judicialização, localizado no interior da secretaria, foi ampliado não somente em função das demandas judiciais crescentes, mas sobretudo por conta do diálogo institucional promovido com a DP.

As experiências de Araguaína, Lages e Brasília demonstraram que o PJ pode interferir nas políticas públicas de saúde de outras formas. O PJ pode estabelecer diálogo, formação de

pactos e acordos entre os atores institucionais para resolver as questões de saúde sem litígios jurídicos; valorizar as ferramentas extrajudiciais e diminuir o modelo adversarial. Tais ações devem ser mais constantes e duradouras, a fim de desenvolver maior aproximação interinstitucional que favorecesse o diálogo institucional. O resultado dessas experiências conduz a uma proposição em saúde pública que engloba, além do modelo curativo, as ações e serviços essenciais para a efetivação do direito à saúde em toda sua extensão, como a promoção e a prevenção em saúde.

A pesquisa de Asensi e Pinheiro (2015) é de extrema relevância para o debate porque pontua ações estratégicas entre órgãos de diferentes Poderes da República, com a finalidade de estabelecer parcerias. É a maneira dialógica de enfrentar o desafio da judicialização, pois reúne ao mesmo tempo, para reflexão, debate e propostas de soluções: a gestão em saúde, o sistema judiciário e o controle social.

A gestão do SUS, enfrentando o desafio de buscar soluções que diminuam o processo de judicialização, estimula a pesquisa sobre o tema. Então, na série “Para entender a gestão do SUS – *Direito à saúde*”, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) publicou o artigo “Judicialização em saúde no Estado de São Paulo” (SIQUEIRA, 2015). Logo no início, o texto traz uma discussão pertinente sobre o sentido da integralidade da assistência, citando Santos:

A integralidade da assistência no SUS deverá pautar-se por regulamentos técnicos e científicos, protocolos de condutas, limites para incorporação de tecnologia, protocolos farmacológicos. A integralidade da assistência, sob esse ponto de vista, não é um conceito que admite toda e qualquer terapêutica existente ou demandada por um paciente ou profissional de saúde. Há que se ter critérios científicos e técnicos, atualizados cientificamente para a embasar a incorporação desta ou daquela tecnologia, desta ou daquela terapêutica ou medicamento. (SANTOS, 2001, p. 142).

A partir dessa citação, Siqueira (2015), afirma que a discussão sobre integralidade da assistência é acrescida de outras questões, não menos importantes para o debate, como a cláusula da reserva do possível e do mínimo existencial. Construções doutrinárias do direito alemão, que também são defendidas por Barroso (2008). Siqueira (2015) diz: “mesmo depois da Lei nº 12.401/2011, do Decreto nº 7.508/2012, e do Decreto nº 7.646/2011, que expressamente definem e delimitam os contornos da AF e da incorporação tecnológica no SUS, a judicialização da saúde continua crescendo.”

O artigo de Siqueira (2015) cita o sistema de informações para gerenciamento das demandas judiciais no Estado de São Paulo (*S-Codes*) como ferramenta necessária e inovadora. O mesmo foi vencedor no concurso nacional de práticas exitosas no manejo da judicialização e da gestão do acesso aos bens de saúde, promovido por MS e Fundação

Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) em 2011. O estudo mostra que depois da edição da Recomendação nº 31/2010, do CNJ, há mais encaminhamentos administrativos, apesar do número sempre crescente de ações judiciais. A solução dos casos via administrativa tem proporcionado uma redução do elenco de medicamentos a serem adquiridos. Em 2013, 32.000 pacientes atendidos via administrativa correspondiam a 611 medicamentos diferentes, enquanto as 42.000 demandas judiciais representavam 3.524 medicamentos. A via administrativa para solução do conflito é uma estratégia adotada pela gestão em saúde com a finalidade de diminuir as ações judiciais. Procura-se, no atendimento às demandas de forma administrativa, evitar o recurso judicial.

A pesquisa de Siqueira (2015) analisou os processos contra o estado de São Paulo. E concluiu que é precária a informação do manejo clínico e a indicação do medicamento solicitado judicialmente. E também, há insuficiência de provas de que o arsenal terapêutico oferecido pelo SUS não atende ao tratamento da patologia referida na petição judicial do medicamento. Há ainda um estudo comparativo entre as regiões de saúde de São Paulo. As regiões carentes e socialmente desfavorecidas pouco judicializam em comparação com a média do Estado. Tal fato contribui para afastar do SUS o princípio da equidade, o que é lamentável em termos de assistência à saúde (SIQUEIRA, 2015).

O estudo de Siqueira (2015) encontrou 42.000 demandas judiciais no Estado de São Paulo, quase 70% delas referentes a fornecimento de medicamentos. E mais, 69% das receitas são originárias da rede privada de saúde. Além disso, 30% dos medicamentos solicitados são de determinada marca comercial, o que confirma os estudos realizados em Minas Gerais (CAMPOS NETO, 2012), Santa Catarina (PEREIRA et al., 2010) e São Paulo (CHIEFFI; BARATA, 2010; WANG, 2014).

Finalizando a análise do texto de Siqueira (2015), é importante frisar a questão das despesas com as ações judiciais. Em 2013, o Estado de São Paulo gastou quase um bilhão de reais com AF, de fundos provenientes do tesouro estadual e federal. Naquele ano, para atender a 38.578 demandas judiciais para fornecimento de medicamentos, o Estado de São Paulo gastou 400 milhões de reais. Esse valor foi o dobro do gasto em 2010 com a judicialização, e representa 40% do gasto total da AF. Em se tratando de São Paulo, o peso desse gasto já é difícil de suportar, o que esperar da mesma situação em todo o Brasil?

O artigo conclui que são evidentes os impactos negativos da judicialização em saúde na gestão do SUS em São Paulo. Fato semelhante foi destacado no estudo de Nascimento e Kornis (2013) sobre os impactos da judicialização na gestão local de Saquarema-RJ, o que permite especular sobre uma possível dimensão nacional do problema. Siqueira (2015) expõe

as dificuldades a serem superadas, mas enfatiza que há um dinamismo no debate do tema, como várias ações como câmaras técnicas para subsidiar as decisões judiciais, que estão sendo implantadas em parcerias com órgãos da Justiça e a gestão do SUS. Enfatiza ainda a importância de fortalecimento da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC) como preditora das políticas públicas em AF.

Outro artigo publicado em 2015 pelo CONASS, na série “Para entender a gestão do SUS – Direito à saúde”, intitulado “Medidas adotadas para enfrentar a judicialização na Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro e a experiência da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde” (GUIMARÃES; PALHEIRO, 2015), trata do aumento do volume das ações judiciais que levou à necessidade premente de as secretarias de Saúde se organizarem para enfrentar a situação.

A pesquisa realizada por Pepe et al. (2010) constatou que em 80% das ações ajuizadas contra o Estado do Rio de Janeiro e julgadas na segunda instância, havia a solicitação de pelo menos um medicamento não presente na lista pública estadual. Estudos mais recentes têm demonstrado que predominam os medicamentos não pertencentes às listas públicas oficiais, como no Espírito Santo, Minas Gerais, São Paulo e Rio de Janeiro. Isso significa que o perfil de demandas judiciais requisitando medicamentos vem tomando um padrão nacional, com a solicitação de medicamentos que não foram incorporados ao SUS, de alto custo, sem registro na Anvisa e geralmente novidade da indústria farmacêutica.

Vale observar a diferença entre os estados do Rio de Janeiro e São Paulo e Minas Gerais. No caso do Rio de Janeiro, 70% das ações judiciais impetradas são efetivadas através da DP. Em municípios médios e pequenos, essa participação da DP-RJ pode chegar a 100%, como apontado no estudo de Nascimento e Kornis (2013).

O estudo de Guimarães e Palheiro (2015) comenta a criação da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (CRLS) em 2012. Uma parceria interinstitucional, com a participação da Procuradoria Geral do Estado (PGE-RJ), Secretaria de Estado de Saúde (SES-RJ), Defensoria Pública Geral do Estado (DPGE-RJ) e o Tribunal de Justiça do Estado (TJRJ), todos órgãos do estado do Rio de Janeiro. O município do Rio de Janeiro é representado pela Procuradoria Geral do Município (PGM) e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS); e a União se faz representar pela Defensoria Pública da União (DPU).

A CRLS busca inserir ou reinserir o assistido no SUS, evitando sempre que possível a propositura de ação judicial. Também é um espaço de avaliação de incorporação tecnológica, propondo a ampliação ou modificação dos PCDTs estaduais. O texto de Guimarães e Palheiro (2015) apresenta a CRLS como uma instituição formada por equipe multiprofissional,

afirmando que, em um ano de existência, 31,17% das demandas encaminhadas foram solucionadas pela via administrativa.

O estudo de Guimarães e Palheiro (2015) mostrou que 54,53% das demandas judiciais referiam-se a pedidos de medicamentos, e embora os medicamentos sejam os responsáveis por mais da metade das ações, a resolução administrativa neste caso foi de apenas 26,31%. Isso porque grande parte dos medicamentos solicitados não fazia parte das listas oficiais. Nestes casos, a CRLS passou a retornar as prescrições aos médicos, junto com um parecer técnico, realizado pela equipe da CRLS, no qual se solicita ao profissional a substituição terapêutica disponível no SUS. Essa estratégia vem obtendo bons resultados, pois cerca de metade dos pacientes retornam com a solicitação atendida (GUIMARÃES; PALHEIRO, 2015).

Em 2016, o artigo “O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado” (VIEIRA; BENEVIDES, 2016), publicado na *Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas*, teve o mérito de discutir as mudanças recentes no modelo de financiamento da saúde pública brasileira. O texto é muito relevante porque debate os efeitos do Novo Regime Fiscal e a promulgação da EC-95 sobre a garantia do direito à saúde no Brasil. Os autores apresentam o Novo Regime Fiscal como uma reforma implícita do Estado para reduzir gastos sociais.

Segundo Barros e Piola (2016), o Brasil é o único país do mundo que dispõe de sistema universal em que o gasto público é menor que o gasto privado (VIEIRA; BENEVIDES, 2016, p. 9). Os gastos em saúde no Brasil ficam abaixo dos países que têm sistemas de saúde universais, e mesmo daqueles em que a saúde não é dever do Estado. Os Estados Unidos gastaram em 2012, 16,4% do PIB em saúde, sendo que 7,9% são gastos públicos. O Reino Unido, que tem sistema de saúde universal, gastou 8,5%, dos quais 7,0% foram gastos públicos. (OCDE, 2015). No item “gasto *per capita*”, enquanto Estados Unidos, que não têm sistema de saúde universal, gastaram US\$ 8.414, o Brasil gastou somente US\$ 970 (OCDE, 2015).

Vieira e Benevides (2016) afirmam que, nos anos 1990, empréstimos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) foram usados para honrar as despesas com saúde. Nos anos 2000, com a EC-29, o Governo Federal aplicava a verba do ano anterior corrigida pela variação nominal do PIB; os estados, 12%; e os municípios, 15%, com regra de transição para a União em 2000, e estados e municípios em 2004. No caso da União, houve aumento de 149% dos gastos em saúde no período de 1993 a 2015. No entanto, nos anos 2000, as execuções orçamentárias anuais do Governo Federal, na área da saúde, foram sempre muito

próximas ao mínimo constitucional. Em 2013, o gasto das famílias com saúde foi superior ao gasto do governo: 4,4% contra 3,6% do PIB (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

Vieira e Benevides (2016) concluíram que os gastos em saúde aumentaram nas três esferas de governo, desde a vinculação pelas regras da EC-29, de cerca de 3,0% do PIB, para 3,9% em 2015. No entanto, a regra da EC 95 estipula o valor equivalente ao mínimo de 2017 (15% da RCL do ano) corrigido apenas pela inflação até 2036. Com isso, o SUS teria redução de sua participação no PIB por não partilhar dos ganhos decorrentes do crescimento econômico durante vinte anos (VIEIRA; BENEVIDES, 2016). E mais, com a EC-95, os recursos que deixarão de ser aplicados na saúde poderão chegar a R\$ 400 bilhões em vinte anos, no cenário de um crescimento médio de 2.0% do PIB.

A situação orçamentária continua influenciando os trabalhos sobre a judicialização da saúde. Sendo assim, foi selecionado o trabalho apresentado por Vieira no IX Congresso de Gestão Pública, em junho de 2016, com o título “Garantia do direito à saúde, judicialização e o mito de que os recursos não são escassos: desafios atuais e futuros do Estado brasileiro”. O trabalho de Vieira (2016) estimou os gastos federais com ações judiciais, principalmente com a projeção para o caso do uso de insulinas análogas às ofertadas atualmente no SUS. O gasto do Governo Federal com ações judiciais foi de R\$3,4 bilhões de reais entre 2009 e 2015. As despesas com medicamentos por via judicial foram de 8% do total gasto com medicamentos. Caso se decidisse incorporar as insulinas *glargina* e *asparte* em substituição às insulinas NPH e regular, o gasto poderia ser de até 333% maior, com despesa adicional de R\$ 4,1 bilhões.

Para apoiar a discussão sobre o impacto das tecnologias em saúde quanto ao uso de recursos, a pesquisadora elaborou uma estimativa de gasto caso as insulinas ofertadas pelo SUS fossem substituídas por insulinas análogas. O gasto adicional estimado de 4,1 bilhões de reais seria maior que a soma das despesas liquidadas pelo MS para a compra de vacinas e insumos para a prevenção e controle de doenças em todo o país (2,5 bilhões de reais). E também maior que a parcela de financiamento federal para a compra de medicamentos usados na atenção básica em saúde, de 998,5 milhões de reais (VIEIRA, 2016, p. 18). O texto faz críticas ao entendimento do conceito de integralidade, usado para justificar os pedidos de tratamentos e medicamentos que não se encontram disponibilizados no SUS:

[...] integralidade diz respeito à garantia de atendimento nos diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde, incluindo ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Portanto, não diz respeito ao acesso a toda e qualquer tecnologia que exista no mercado porque esta não é uma estratégia racional, econômica e terapêuticamente falando. Daí a importância de critérios técnico-científicos para a seleção e incorporação das tecnologias que serão ofertadas no sistema de saúde. (VIEIRA, 2016, p. 21-22).

Vieira (2016) cita o professor francês Philippe Meyer (2002, p. 26-27): “o esforço de ajuda mútua não pode servir para financiar fantasias de um médico que receita, mas também não pode favorecer as de um doente que pretende aliviar quimeras e fantasmas com o dinheiro do vizinho”.

A presente revisão bibliográfica destaca o trabalho publicado pela organização não governamental Instituto de Estudos Socioeconômicos (INESC): “Direito a medicamentos: avaliação das despesas com medicamentos no âmbito federal do Sistema Único de Saúde entre 2008 e 2015” (DAVID; ANDRELINO; BEGHIN, 2016). A importância desse texto está no fato de ser produto de uma instituição não oficial, mas que se debruçou sobre dados e informações técnicas dos órgãos oficiais. É um estudo exploratório, com base nos dados referentes aos orçamentos dos medicamentos entre 2008 e 2015, utilizando o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), o Sistema de Informações sobre Orçamento Público (SIOP) e o Siga Brasil.

O trabalho de David, Andreelino e Beghin (2016) detalha o orçamento da União, que é composto pelo orçamento fiscal e pelo OSS. O orçamento da saúde, por meio de dispositivo constitucional, art. 194, está inserido no OSS. As autoras definem a Desvinculação de Receitas da União (DRU), que atinge 20% da Seguridade Social, como grande obstáculo para o financiamento das ASPS, fato que pode piorar com a PEC nº 87/2105, que amplia a desvinculação de receitas para 30%, e ainda mais com a PEC nº 143/2015, que propõe a desvinculação de receitas na ordem de 25% para estados e municípios.

David, Andreelino e Beghin (2016) realizam uma avaliação dos oito anos de crescimento do PIB – 27,5%. Com crescimento do OSS – 42,5%; Orçamento da Previdência Social – 41,5%; da Assistência Social – 70,4%; e da Saúde – 36,7%. Os dados mostram que o setor Saúde teve o menor crescimento entre os três componentes da Seguridade Social. Realiza-se então uma excelente abordagem sobre a mudança na aplicação de recursos feita pela União no transcorrer de 2015. A Lei nº 141/2012, que acrescia ao empenhado no exercício anterior a variação nominal do PIB, se perde com a alteração constitucional. A promulgação da EC nº 86/2015 muda os percentuais a serem aplicados pela União em saúde, que ficam assim estabelecidos: 13,2% da receita corrente líquida em 2016; 13,7% da receita corrente líquida em 2017; 14,1% da receita líquida em 2018; 14,5% da receita líquida em 2019; 15% da receita líquida em 2020.

As autoras alertam que: 13,2% da receita corrente líquida em 2016 resultam em valores inferiores aos aplicados em 2015, o que representa mais um retrocesso e agrava o

quadro de subfinanciamento do SUS. A perda estimada com a EC- 86 é de 10 bilhões de reais, segundo a Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa demonstra a perda de receitas com a edição das emendas constitucionais, ao mesmo tempo que os gastos do MS com medicamentos cresce. É evidente o risco que a saúde pública corre com o subfinanciamento e, conseqüentemente, o direito à saúde no Brasil e o direito a medicamentos. Em 2015, o MS gastou R\$ 14,8 bilhões com medicamentos, o que correspondeu a 13,7% do seu orçamento. Entre 2008 e 2015, teve crescimento de 74% dos gastos com medicamentos, o dobro do crescimento do gasto total em saúde, que foi de 36,6%. A elevação dos gastos com medicamentos teve início em 2011.

O estudo analisou os gastos com AF nos três blocos que a compõem: a) componente básico da AF (CBAF), destinado à aquisição de medicamentos e insumos da AF no âmbito da atenção básica em saúde; b) componente especializado da AF (CEAF), destinado à aquisição de medicamentos estabelecidos nos PCDT; e c) componente estratégico da AF (CESAF), usado na aquisição dos programas de saúde, como tuberculose, hanseníase e outros. A partir da análise efetuada, o CEAF foi o componente com maior crescimento de gastos, chegando a R\$ 6 bilhões em 2015, contra R\$ 1,8 bilhão do CESAF. O componente estratégico atende mais usuários que o componente especializado. Outra observação foi o aumento dos gastos do Programa Farmácia Popular, de R\$ 527,9 milhões em 2011 para R\$ 2,86 bilhões em 2015.

Sobre os números acima, dos gastos efetuados por componente da AF, o componente especializado teve o maior aumento de gastos entre os outros componentes da AF. O CEAF é responsável pelas compras de medicamentos de alto custo, alguns para tratamento de doenças raras. É nesse componente que se inserem os gastos com a judicialização da saúde, em geral medicamentos caros e inovações tecnológicas (DAVID; ANDRELINO; BEGHIN, 2016).

No que concerne à judicialização da saúde, as despesas com medicamentos passaram de R\$ 103 milhões em 2008 para R\$ 1,1 bilhão em 2015. Comparado ao orçamento total para aquisição de medicamentos, o percentual passou de 1% para 8%. Houve crescimento real de 1.006 % das demandas judiciais atendidas por compra direta e depósito. Como o crescimento real do orçamento de medicamentos foi de 74% e o da judicialização superior a 1.000%, pode-se concluir que um pequeno número de demandantes é atendido, com medicamentos de alto custo, enquanto a coletividade pode ser penalizada com a falta de medicamentos essenciais (DAVID; ANDRELINO; BEGHIN, 2016).

Nesse trabalho, David, Andreilino e Beghin (2016) propõem ações que permitam à gestão do SUS, especialmente a União, ter maior controle sobre o fenômeno da judicialização da saúde. Por exemplo, a incorporação de novas tecnologias em saúde deve ter sua segurança

comprovada e seguir as melhores práticas de evidência científica. Os órgãos de controle, como a ANVISA, devem analisar previamente a inclusão de novos medicamentos, e sua incorporação ao SUS deve seguir critérios técnicos e científicos.

A atual revisão bibliográfica selecionou a dissertação de mestrado de Rogério Pinheiro Nunes (2016), intitulada “*Judicialização no âmbito do SUS: um estudo descritivo sobre o custo das ações judiciais na saúde pública de Juiz de Fora-MG*”. Trata-se de um estudo de caso sobre o município de Juiz de Fora, Minas Gerais, polo de média e alta complexidade em sua região. É interessante análise do tema da judicialização, diga-se regional, que descreve os gastos com a judicialização de saúde no município de Juiz de Fora, embora nem sempre o que está judicializado se refira a sua competência administrativa.

O estudo de Nunes (2016) analisou 575 ações judiciais contra a Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora, de setembro de 2014 a março de 2015. O perfil dos autores das ações é de pessoas idosas, aposentadas e moradoras de Juiz de Fora e adjacências. A participação da DP de Minas Gerais acontece em quase 45% das ações, o que denota a hipossuficiência de recursos da maioria dos autores. A segunda participação, com quase 21%, é proveniente de escritórios de advogados. O MP participa com pouco mais de 17% de representação jurídica.

O estudo mostra que as patologias mais citadas nas ações judiciais são as do aparelho circulatório, seguidas das neoplasias. Chama atenção também o fato de que os pedidos de internação (288) são maiores que os de medicamentos (211). Esse fato se deve, talvez, por ser o município de Juiz de Fora polo da região para Média e Alta Complexidade (MAC). Embora o maior número de processos seja para internações, o gasto com medicamentos judicializados superou o das internações. As despesas com internações representaram um quarto dos gastos totais com a judicialização da saúde. As especialidades mais solicitadas para internações foram: cirurgia vascular, traumatologia-ortopedia e neurocirurgia – sendo esta última a que mais consumiu recursos (NUNES, 2016).

Dentre os medicamentos mais solicitados, está a *ranibizumabe*, para o tratamento da degeneração macular senil, condição patológica que também foi a mais verificada nos estudos de Nascimento e Kornis (2013). A *ranibizumabe* (nome comercial Lucentis) tem registro na Anvisa, porém ainda não foi incorporada ao SUS. Dentre os 118 diferentes medicamentos solicitados via judicial, quase 90% não estavam padronizados para distribuição pela Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora (SMS-JF). Os 575 processos judiciais analisados no período de seis meses tiveram custo médio de R\$ 3.506.701,95. O custo médio mensal de cada processo foi de R\$ 1.016,44. (NUNES, 2016).

Duas situações chamam a atenção na pesquisa de Nunes (2016). Primeiro, é o gasto total do município de Juiz de Fora com a judicialização de medicamentos fora de sua competência administrativa. A segunda é o relato do ajuizamento de ações pela Procuradoria Geral do Município de Matias Barbosa, que alegava a regionalização do SUS e as pactuações intermunicipais para a garantia de transferência de pacientes internados em sua unidade de pronto-atendimento. É um fato peculiar no fenômeno da judicialização da saúde – município contra município.

O fato mencionado acima torna o estudo de Nunes (2016) relevante. Dentre as revisões bibliográficas citadas no início deste trabalho, e também na atual, foi o único caso encontrado dessa forma de judicialização. As diversas pesquisas até aqui selecionadas e comentadas mostram uma gama de variedades sobre o fenômeno da judicialização da saúde, entre elas, a solicitação de medicamentos que ainda não foram avaliados nem incorporados ao sistema de saúde público.

O MS conta com um órgão específico para realizar a análise, avaliação e posterior incorporação de tecnologias na área da saúde, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS (CONITEC). Há excelente texto sobre o tema: “Incorporação de novos medicamentos pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS, 2012 a junho de 2016” (CAETANO et al., 2017), publicado na *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. O texto sobre a CONITEC, órgão estatal de evidente importância e cuja atuação é essencial na discussão da judicialização para aquisição de medicamentos, aborda tema pertinente mas pouco explorado. Trata-se de estudo exploratório, descritivo, retrospectivo, de abordagem quali-quantitativa, relativo às demandas apresentadas a CONITEC, entre 1º de janeiro de 2012 e 30 de junho de 2016. A principal fonte de dados foram as informações públicas presentes no *website* da CONITEC (CAETANO et al., 2017).

A CONITEC foi criada através da Lei nº 12.401, em abril de 2011, visando regulamentar o conceito de integralidade e dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do SUS. Sua função é assessorar o MS nas decisões relativas a incorporação, exclusão ou alteração de novos medicamentos, produtos e procedimentos, na constituição ou alteração de protocolos clínicos ou diretrizes terapêuticas e nas atualizações da RENAME. Sua criação representou passo importante no desenvolvimento e institucionalização da Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) no país. A ATS apoia o sistema de saúde nas decisões de financiamento, aquisição e uso apropriado das tecnologias e também no desinvestimento de tecnologias obsoletas ou ineficazes, e pode contribuir para aumentar a transparência e a responsabilização do processo de decisão, auxiliando no

desenvolvimento de políticas baseadas em evidências (CAETANO et al., 2017).

Caetano et al. (2017) afirmam que, no período analisado, houve a incorporação de noventa e três novos medicamentos para tratamento de doenças infecto-parasitárias e osteomusculares (48,4% das demandas de medicamentos com parecer positivo). Junto a esses dois grupos, neoplasias, transtornos mentais, doenças do aparelho respiratório somaram 64,5% dos medicamentos incorporados, com destaque para os medicamentos relacionados à saúde mental, doenças infecto-parasitárias e antineoplásicos. O estudo salienta que a incorporação de medicamentos é mais representativa entre as tecnologias avaliadas e incorporadas ao SUS devido ao seu impacto financeiro, pois as despesas com medicamentos equivalem a 1,6% do PIB e mais de 20% das despesas finais com bens e serviços de saúde, segundo dados da Conta Satélite da Saúde 2010-2013, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015).

Segundo balanço sobre a atuação da CONITEC publicado em 2014, mais de cem novas tecnologias foram incorporadas no SUS até aquela época, volume este que correspondia a cerca de três vezes a média anual de incorporação do período anterior à criação da CONITEC. A mudança ocorrida na forma e no processo de incorporação de tecnologias a partir da constituição da CONITEC foi significativa, alterando a dinâmica e a qualidade da entrada de novos produtos no SUS. (CAETANO et al., 2017).

O recente aumento de gastos da União com a compra de medicamentos de ordens judiciais demonstra a crescente presença de medicamentos de alto custo, que ainda não foram incorporados ao SUS. Para isso, números recentes são importantes. Um estudo que buscou, na qualidade das fontes de informações, apresentar números recentes sobre a questão é o Texto para Discussão 2.356, do Ipea, “Evolução do gasto com medicamento do SUS no período de 2010 a 2016” (VIEIRA, 2018). Este apresenta os gastos com medicamentos no SUS no período de 2010 a 2016 sob a perspectiva orçamentária. O importante aumento de gastos com medicamentos nos últimos anos ocorreu devido ao esforço do MS para a aquisição dos componentes especializados e estratégicos, assim como o Programa Farmácia Popular do Brasil. Também salientou a incorporação de novos medicamentos e a judicialização da saúde, como aumento de despesas no item do CEAF. Esse resultado é o mesmo encontrado no trabalho de David, Andreilino e Beghin (2016). A participação do gasto federal com medicamentos no gasto com ações e serviços públicos de saúde subiu de 11% em 2010 para 16% em 2016. (VIEIRA, 2018).

O gasto com medicamentos passou de R\$ 14,3 bilhões em 2010 para quase R\$ 20 bilhões em 2015 (crescimento de 40%). Entre 2010 e 2016, essa despesa do SUS cresceu

30%. Vieira (2018) afirma em seu estudo que, entre 2010 e 2016, houve redução das transferências do MS para estados e Distrito Federal (-79%), bem como para os municípios (-32%). O aumento das aplicações diretas do MS e a redução das transferências, especialmente para os estados, revelam reversão do processo de descentralização da aquisição de medicamentos do período de 2005 a 2009, particularmente no tocante ao CEAF.

O gasto com o Programa Farmácia Popular e com o componente estratégico destacou-se pela magnitude do seu crescimento entre 2010 e 2016 – 580% e 53%, respectivamente. No mesmo período, o componente especializado cresceu 36% e o componente básico sofreu redução de 25% em termos reais.

O aumento do gasto com o Programa Farmácia Popular pode ser explicado em grande medida pela ampliação do credenciamento de estabelecimentos farmacêuticos privados, com a criação da vertente Aqui Tem Farmácia Popular, em 2006, e especialmente, pela introdução da gratuidade na dispensação de medicamentos para tratamento da hipertensão, diabetes e asma, em 2011. Essa iniciativa foi chamada de Saúde Não Tem Preço, o que aumentou a demanda pelo programa.

Os dez produtos farmacêuticos de maior gasto do MS com a compra direta consumiram R\$ 4,7 bilhões em 2016, o que corresponde a aproximadamente 30% dos gastos com medicamentos (R\$ 15,5 bilhões) do ministério. Entre eles, constam um medicamento que foi adquirido devido a ações judiciais (*eculizumabe* – R\$ 376,6 milhões); dois produtos incorporados ao SUS recentemente (*sofosbuvir* – R\$ 510,5 milhões; e a vacina anti-HPV – R\$ 288,4 milhões); três medicamentos utilizados principalmente no tratamento da artrite reumatoide (*adalimumabe* – R\$ 621,9 milhões; *etanercepte* – R\$ 322 milhões; e *infiximabe* – R\$ 298,5 milhões); e um hemoderivado (fator VIII – R\$ 471,5 milhões).

A participação do gasto com medicamentos no gasto com ASPS do Governo Federal aumentou de 11% para 16% entre 2010 e 2016. O gasto com medicamentos do MS cresceu, em termos reais, 52,9% (de R\$ 10,2 bilhões para R\$ 15,5 bilhões), e seu gasto com ASPS aumentou 6,3% (de R\$ 93,3 bilhões para R\$ 99,2 bilhões) no mesmo período. Assim, o gasto com medicamentos poderá comprometer parcelas mais significativas do orçamento do MS, o que possivelmente reduzirá a disponibilidade de recursos para a oferta de outros bens e serviços de saúde à população, dada a vigência do teto de gasto no Governo Federal.

2.3 Documentos oficiais e notícias da imprensa oficial – uma abordagem específica e importante

A pesquisa bibliográfica selecionou cerca de uma dúzia de documentos. São produtos disponíveis nos sites oficiais de órgãos do PE, PJ e PL. O critério utilizado na seleção é a importância desses órgãos na atuação da judicialização da saúde. O CNJ e a CONJUR/MS são os órgãos com mais publicações sobre a judicialização da saúde, até porque se situam na linha de frente do processo, representando os sistemas de Saúde e Justiça. Os trabalhos da CONJUR/MS (Anexos D, E, F), algumas publicações do CNJ (Anexos A, B, C) e do TCU (Anexo G) sobre a judicialização da saúde encontram-se nos Anexos desta tese. Imprensa oficial, aqui entendida como algumas notícias das agências do MS e do CNJ, e outros textos sobre o tema serão abordados. Especificamente eles ajudam a realizar um diagnóstico do fenômeno da judicialização da saúde e de como as instituições públicas atuam diante do crescimento desse processo.

Em 2015, o CNJ publicou em seu sítio de notícias as ações que o Estado do Rio de Janeiro implementava para enfrentar a situação. A informação que chamava atenção era o fato de o Estado do Rio de Janeiro gastar por ano R\$ 11,8 milhões no tratamento de 13 pacientes com doença de Pompe, resultado das ações judiciais para garantia do fornecimento do medicamento pelo SUS. O aumento do número de ações judiciais contra a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), de 12.208 em 2007, para 29.970 processos em 2014, levou o governo do estado a criar uma estrutura para agilizar e otimizar recursos. Somente em 2014, a estrutura criada pela SES-RJ para as demandas judiciais da saúde custou R\$ 71 milhões, atendendo cerca de 39 mil pessoas. O valor correspondeu a 1,5% do orçamento da Saúde. No mesmo ano, para atender 120 mil pacientes/ano numa Unidade de Pronto-Atendimento (UPA), o governo gastou R\$ 21 milhões. (FERNANDES, 2015).

Em outubro de 2015, o TCU promoveu o evento “Diálogo Público: Judicialização da Saúde no Brasil”, com a presença dos presidentes do STF, Ricardo Lewandowski, do Senado Federal, Renan Calheiros, do vice-presidente do TCU, Raimundo Carneiro, além do ministro da Saúde, Marcelo Castro. Este afirmou no evento que houve aumento de 500% nos gastos do MS com ações judiciais em cinco anos, e que nesse período os gastos ultrapassaram R\$ 2,1 bilhões (COSTA, 2015). E ainda:

[...] muitas ações judiciais solicitam tratamento que já contam com opção terapêutica no SUS. E que o MS tem buscado a interlocução com o sistema de justiça para fornecer informações a respeito dos tratamentos oferecidos pelo SUS, além de manter um diálogo com os atores da justiça envolvidos no tema. (COSTA, 2015, s/p.).

Finalizando, o ministro da Saúde fez um balanço da atuação da CONITEC, essencial para a avaliação de novas tecnologias, pois assessora o MS em suas decisões de incorporação tecnológica no SUS. Esse fato permitiu ao MS aumentar a oferta de medicamentos no SUS: as compras cresceram 78% em quatro anos, passando de R\$ 6,9 bilhões em 2010, para R\$ 12,4 bilhões em 2014 (COSTA, 2015).

Em 11 de dezembro de 2017, o CNJ realizou Audiência Pública sobre a judicialização da saúde, na qual 32 entidades foram habilitadas para se pronunciarem sobre a judicialização da saúde na Audiência Pública. O secretário de Controle Externo da Saúde do TCU, Marcelo André B. da Rocha Chaves, afirmou que os gastos da União e dos Estados cresceram 1.300%, entre 2008 e 2015, devido às demandas judiciais para fornecimento de medicamentos.

O representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Mauro Junqueira, citou a obrigação dos municípios arcarem com despesas para fornecimento de medicamentos, que nem sequer fazem parte de listas oficiais e não são parte de suas obrigações. (CNJ, 2017).

O juiz federal Clenio Jair Schulze, coordenador do Comitê Gestor de Saúde no Tribunal de Justiça de Santa Catarina (TJ-SC), afirmou nessa audiência que a judicialização se tornou um negócio muito lucrativo. E mais, há uma interpretação inadequada de que os juízes devem ser reféns dos atos médicos e observar de forma absoluta a prescrição desses profissionais. O juiz finalizou sua participação afirmando que os municípios passaram a suportar praticamente toda a carga da judicialização da saúde. (CNJ, 2017). O último dado do painel CNJ informava que havia 131.535 processos judiciais novos, referentes à saúde, no ano de 2016 (CNJ, 2017). Dados do Relatório Justiça em Números 2018 – ano base 2017 – produzido pelo CNJ, mostra a existência de 1.346.931 processos com o tema saúde tramitando no Judiciário (CNJ, 2018).

A preocupação do MS com a judicialização da saúde é pertinente, tendo em vista que os gastos totais saltaram de pouco mais de R\$124 milhões em 2009 para mais de R\$ 1,1 bilhão em 2015. Em sete anos, a pasta desembolsou R\$ 4,5 bilhões para atender às demandas judiciais, um incremento de 1.010% entre 2010 e 2016. Em 2016, os dez medicamentos mais caros custaram ao MS R\$ 1,1 bilhão, o que representou 90% dos gastos totais dos 790 itens comprados (PENIDO; ROCHA, 2017).

Há várias iniciativas para enfrentar o fenômeno da judicialização. Em 2017, o MS criou o Núcleo de Judicialização, uma forma de atender e acompanhar as ações judiciais. E no mesmo ano adquiriu cerca de 700 itens, entre medicamentos e outros insumos para

atendimento das demandas. O percentual gasto pelo MS para a compra de apenas 11 medicamentos chega a 92% do valor total de gastos do MS com as ações judiciais. Somados os gastos de estados e municípios com a judicialização da saúde em 2017, o valor chega a R\$7 bilhões (PENIDO; ROCHA 2017).

Em decorrência do processo de judicialização da saúde, o MS e o CNJ lançaram no início de 2018 o projeto “e-NatJus”, ferramenta com subsídios técnicos para apoiar o Judiciário nas decisões relacionadas à saúde em todo o país. O objetivo é fornecer subsídios, com base em evidências científicas, para a solução de demandas analisadas pelos magistrados. Todos os medicamentos e procedimentos incorporados ao SUS estarão disponíveis e servirão para uma consulta voluntária do magistrado dentro de sua autonomia (PENIDO; ROCHA, 2017).

A medida é resultado de uma parceria entre o CNJ, o Hospital Sírio-Libanês, por meio do Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi), com a coordenação do MS. A plataforma e-NatJus, além de ficar disponível no portal eletrônico do CNJ para consultas por magistrados, poderá ser utilizada pelos Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATS) e Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NAT-JUS). Os magistrados poderão ter acesso às bases de dados para análises de evidências científicas, inclusive a Biblioteca Cochrane (Centro Cochrane do Brasil), instituição sem fins lucrativos, e outros acervos científicos, se for o caso (PENIDO; ROCHA, 2017).

O TCU é outro órgão institucional muito presente na discussão sobre a judicialização da saúde, realizando relatórios e pareceres técnicos. É um órgão de controle externo do governo federal e auxilia o Congresso Nacional na missão de acompanhar a execução orçamentária e financeira do país, contribuindo com o aperfeiçoamento da administração pública em benefício da sociedade.

Segundo o TCU, os estados de São Paulo, Minas Gerais e Santa Catarina gastaram juntos, entre 2013 e 2014, R\$ 772 milhões com ações judiciais em saúde, valor superior ao gasto da União no mesmo período (TCU, 2017). O TCU divulgou, através do Acórdão 1.787, de 2017 (Anexo G), que a maior parte dos gastos com medicamentos judicializados do MS refere-se a itens não incorporados ao SUS. Entre os tribunais estaduais com maior número de processos, estão São Paulo, Rio Grande do Sul e Minas Gerais (TCU, 2017).

O ministro do TCU, Benjamin Zymler, relator do Processo nº 032.624/2013-1, aponta a judicialização da saúde como tema relevante no contexto de gastos do MS e dos entes federados. Cita a Recomendação nº 31 do CNJ (Anexo A), com o objetivo de subsidiar os magistrados nas soluções de litígios em saúde. Também mencionou os estudos realizados pela

CONJUR-MS, que sinalizaram o aumento de gastos do MS com a judicialização da saúde, que segundo Zymler, é motivo de grande preocupação para a gestão federal do SUS.

O relatório do ministro ainda cita o exemplo do Estado de São Paulo, que em 2008 gastou R\$ 400 milhões com ações judiciais. Esse gasto foi 567% maior que o observado em 2006, que foi de R\$ 60 milhões. Em 2010, os gastos do estado com a judicialização chegaram a quase R\$ 700 milhões; na União seus gastos pularam de R\$ 1.572.540,00, em 2006, para mais de R\$ 22.106.700,00 em 2011.

Serão transcritas a seguir as conclusões do voto do ministro relator Benjamim Zymler, no Acórdão 693-9/14-P-2014:

- a) A insuficiência de medicamentos e insumos foi observada no presente trabalho. Por outro lado, a restrição na realização de procedimentos devido à falta de insumos era pouco frequente.
- b) Também foi relatada a substituição de medicamentos e insumos, em especial, a utilização de materiais de alto custo para substituir aqueles de baixo custo que se encontravam em falta na unidade.
- c) Falhas no processo de licitação e compra foram os motivos mais apontados pelos gestores de hospitais entrevistados para a falta de medicamentos e insumos.
- d) Outro motivo relevante para esse problema era o desperdício de medicamentos e insumos, que foi confirmado em 39% das unidades visitadas.
- e) A carência de instrumentos de gestão na área de medicamentos e insumos foi levantada por 53% dos gestores dos hospitais visitados.
- f) A falta de instrumentos e mobiliários básicos foi relatada por 48% das unidades visitadas.
- g) Por fim, cabe destacar que muitos gestores demonstram preocupação com a elevada quantidade de ações judiciais cujo objeto foi a aquisição de medicamentos.

Os relatórios e os pareceres técnicos do TCU, assim como seus acórdãos, são peças importantes para o acompanhamento do fenômeno da judicialização da saúde. É bom salientar ainda o aspecto de controle sobre os gastos da União com o processo de judicialização e a compra de medicamentos, e ainda serve como orientação à gestão, mostrando onde estão os possíveis vazios assistenciais e as deficiências de organização da AF.

Tema tão relevante como a judicialização da saúde não ficaria ausente dos debates realizados na FIOCRUZ/BRASÍLIA que realizou, em 24 de janeiro de 2018, o seminário “A Judicialização da Política Pública em Saúde nos Municípios Brasileiros”, no qual o secretário-executivo do MS, Antônio Carlos Nardi, afirmou que: “a judicialização, que antes era uma

excepcionalidade, passou a ser parte do cotidiano do gestor, alcançando as gestões municipais”. Em resposta ao processo crescente de judicialização, Nardi disse que houve a revisão da RENAME, com aumento de 25% na oferta de medicamentos, de 869 em 2017, para 1.098 medicamentos em 2018. Também houve a padronização da oferta nacional de medicamentos oncológicos e hospitalares, e a resolução do MS que obrigará médicos a justificar no receituário a indicação de medicamentos que não estão disponíveis no SUS (FIOCRUZ/BRASÍLIA, 2018).

Nesse evento, foram apresentados dados de mais de oito mil processos (de 2012 a 2017) junto aos tribunais de todo o país, e segundo as informações extraídas, a maior parte dos demandantes são pacientes do SUS. Nas regiões Sul e Sudeste, a maior parte das ações procede de escritórios de advocacia, enquanto nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, as ações são movidas pelos defensores públicos. Além disso, as principais argumentações são o risco eminente de morte e a hipossuficiência de recursos. Segundo o estudo, em 80% dos processos o pedido é deferido automaticamente, e raramente trazem a comprovação da demanda e uso pelo paciente, ou mesmo o comprovante de entrega do medicamento (FIOCRUZ/BRASÍLIA, 2018).

Foi destacado ainda o caso de São Paulo, que tem atualmente 51 mil ações judiciais em atendimento, mais de 35 mil demandas administrativas e investiu em um sistema de informação específico para a coleta de dados, o *S-Codes*. A pesquisadora Paula Siqueira, da SES-SP, apresentou o perfil da judicialização no estado: 58% das ações judiciais vêm da prescrição de um médico particular, 65% é referente a medicamentos, 78% deles não são padronizados pelo SUS, 2% são produtos importados sem registro na Anvisa, e em 22% das ações, se pede uma marca comercial específica do medicamento. É interessante notar também que 22% dos medicamentos judicializados já são fornecidos regularmente pelo SUS. Os pesquisadores observaram ainda que, nas decisões judiciais, não são consideradas as recomendações do CNJ e não se evidenciam as necessidades epidemiológicas regionais (FIOCRUZ/BRASÍLIA, 2018).

A pequena amostra dos documentos – no Anexo a esta tese – e de algumas notícias das agências oficiais na revisão bibliográfica sobre o tema denota a natureza complexa do fenômeno, e suas dimensões para a política nacional de saúde. A participação do sistema de justiça através do CNJ, elaborando recomendações à magistratura, é a melhor evidência de que o PJ procura se apropriar de conhecimento técnico-científico para julgar as ações.

O MS instituiu uma consultoria jurídica para tratar da judicialização da saúde, estratégia de enfrentamento do conflito que produziu alguns trabalhos com base em pesquisas

acadêmicas, e dados dos órgãos de governo, que indicam um crescimento considerável dos gastos do MS nos últimos anos com a judicialização da saúde. E a participação do TCU no debate, órgão com grande reconhecimento na área técnica em questão de orçamento público, qualifica a discussão sobre a judicialização da saúde. Suas produções em resposta ao fenômeno estudado enriquecem o debate e auxiliam os gestores do SUS e pesquisadores em saúde pública no entendimento mais amplo sobre a ocorrência da judicialização da saúde.

2.4 Consensos e dissensos a partir da análise da revisão bibliográfica

A revisão da bibliografia ora apresentada mostrou que o fenômeno da judicialização da saúde é discutido sobre três prismas importantes pelos acadêmicos. O primeiro é aquele que o direito à saúde é visto como direito fundamental à vida, sendo a CRFB-88 norteadora para o pleito judicial na questão do fornecimento de medicamentos, e também, para os mais variados tipos de tratamentos. Para muitos pesquisadores, a Saúde é dever do Estado, conforme assegura a CRFB-88, e seu cumprimento deve ser garantido. “No contexto democrático brasileiro, a judicialização pode expressar reivindicações e modelos de atuação legítimos de cidadãos e instituições” (VENTURA, 2010, p. 77). Ou seja, a judicialização da saúde é vista como uma forma de ampliação da cidadania, em que a atuação do PJ seria percebida como uma ação vocalizadora, intercedendo em favor dos cidadãos na realização das políticas públicas voltadas ao bem-estar da população. E mais, a ação do PJ garantindo, individualmente, o direito à saúde, é vista como essencial na preservação do núcleo essencial dos direitos fundamentais.

O segundo prisma sobre o debate em torno da judicialização da saúde não afasta a necessidade de se garantir esse direito. No entanto, o mesmo deve ser garantido através de políticas públicas, tendo o Executivo a função de promover condições sociais e econômicas para a implantação das políticas sociais, preferencialmente, sem a ingerência do PJ. Nesse entendimento o direito à saúde não é ilimitado, ou seja, o próprio artigo 196 da Constituição diz como se dará esse direito: “através de políticas sociais e econômicas”. Nesta visão, a saúde faria parte de um contexto social mais amplo; e as ações e serviços de saúde, responsabilidade do PE, seriam garantidas mediante a promoção de condições econômicas e sociais que permitissem a execução de políticas públicas inclusivas. Além disso, para

execução das políticas sociais, deve-se observar o princípio da razoabilidade: “aquilo que se deve exigir do Estado e aquilo que o Estado deve realizar” (BARROSO, 2008).

Não é uma terceira via, mas recentemente vem ganhando força o movimento de mediação de conflitos; uma estratégia válida para o enfrentamento da judicialização da saúde. A mediação de conflitos é posta como um instrumento possível e necessário para a solução das reivindicações em saúde. Os elementos essenciais dessa estratégia são o diálogo e a participação da sociedade civil. A pluralidade constrói o consenso, evitando-se as ações judiciais e tomando as demandas uma forma administrativa. Tal estratégia é verificada nos trabalhos de Asensi e Pinheiro (2015), Siqueira (2015) e Guimarães e Palheiro (2015).

Os estudos mostram dois modos de percepção do fenômeno da judicialização. Embora as visões distintas sobre o entendimento do direito à saúde surjam nos estudos realizados, os eventuais consensos que se formalizam são muito evidentes.

O primeiro consenso é que o fornecimento de medicamentos constantes nas listas oficiais do SUS e os tratamentos previstos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes de Tratamento (PCDT) devem ser assegurados a todos os cidadãos. Se o cidadão não conseguir acessar os serviços e os bens de saúde, a via judicial pode e deve ser utilizada. Todos os estudos concordam com a premissa de que o direito à saúde deve ser garantido, disponibilizando à população os meios necessários à sua efetivação, preferencialmente sem a necessidade de suporte judicial.

O segundo consenso reside na necessidade de aperfeiçoamento da gestão pública, principalmente na área de assistência farmacêutica, por ocasião do grande número de ações judiciais para o fornecimento de medicamentos. E também a oferta de exames e tratamentos de média e alta complexidade, grande gargalo da assistência à saúde. Tais serviços têm uma deficiência acentuada em várias regiões do Brasil, não escapando nem mesmo os grandes centros do Sudeste. No caso da AF, a prevalência de acesso a medicamentos no setor público dos usuários cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF) varia de 37,2% na Região Norte a 48,1% na Região Sul (IBGE/PNAD, 2008). Esse fato denota a iniquidade do sistema nacional de saúde, pois a assistência farmacêutica não consegue sequer fornecer medicamentos que constam nas listas oficiais do SUS a menos da metade dos usuários do sistema de saúde, cadastrados na ESF. Tal situação torna a solicitação de medicamentos por via judicial a única alternativa viável para a sociedade.

Um terceiro consenso está construído em torno do subfinanciamento das ações e serviços públicos de saúde, sendo um item recorrente nas pesquisas do campo da Saúde Coletiva. Há a concordância de que os recursos destinados no orçamento geral da União são

insuficientes para manter e expandir os serviços e ações de saúde de que a sociedade brasileira necessita. Quando da promulgação da CRFB-88 e o estabelecimento de direitos sociais, a saúde fazia parte de um arcabouço financeiro robusto que incluía a Previdência e a Assistência Social, financiadas por contribuições criadas para atender às necessidades financeiras dos três setores. No entanto, isso nunca foi cumprido, o que gerou uma instabilidade financeira que acarreta uma deficiência crônica da gestão do sistema público de saúde.

A instabilidade e a frustração da receita pública são velhos traumas não superados, presentes na fundação do SUS, na construção do Orçamento da Seguridade Social (OSS), na apropriação da folha de salários como base exclusiva pela Previdência, no não cumprimento das disposições transitórias do OSS e na não fidelização de receita fiscal de financiamento do sistema universal de saúde (DAIN, 2007).

Ainda segundo Dain (2012, p. 210):

A não solução dos problemas de financiamento do sistema público de saúde no Brasil impede o avanço efetivo da universalização, manifesto nas dificuldades de acesso, na má qualidade dos serviços, na falta de equidade alocativa, na ausência de integralidade de suas ações e no descrédito da população quanto à viabilidade e efetividade do SUS.

Países que não têm o acesso à saúde de forma universal em seus programas nacionais de saúde, e sua garantia postada constitucionalmente, investem mais no setor saúde que o Brasil. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), sistemas de cobertura universal, como o brasileiro, demandam 6,5%, do PIB. Entretanto, a consolidação dos gastos nas três esferas de governo soma apenas 3,7%, do PIB, contrastando com Estados Unidos (7,8%), Canadá (7,5%), México (4,9%), Argentina (4,6%), Chile (4,0%) e Uruguai (9%). (DAIN, 2012). No início dos anos 2000, a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) e a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) mantiveram praticamente os mesmos sinais de comprometimento da renda dos mais pobres com saúde. E no final da década passada, a POF (2008/2009) mostrou um acréscimo no comprometimento de renda para as classes mais pobres da população com a saúde, sendo que os medicamentos continuam impactando severamente esses gastos (IBGE, 2010).

Os dissensos também são encontrados nesta revisão, especialmente sobre o acesso ao sistema de justiça. As ações judiciais individuais são usadas por aqueles que detêm as melhores condições financeiras e mais facilidade de acesso ao PJ. Para alguns pesquisadores, a interferência do PJ não é promotora de cidadania, e sim de aumento de desigualdade. Além disso, muitos estudos concluíram que o princípio da equidade estava sendo descumprido pelas

sentenças judiciais, ao privilegiarem o direito individual em detrimento das ações coletivas em saúde pública (VIEIRA; ZUCCHI, 2007; MARQUES; DALLARI, 2007; ANDRADE, 2008; BARROSO, 2008; CHIEFFI; BARATA, 2009).

Outro dissenso é sobre o uso da via judicial para atender ao fornecimento de medicamentos, contrariando as políticas públicas de saúde. Para alguns autores, a forma de atendimento de demandas individuais prejudica a racionalidade coletiva do SUS. Ou seja, judicializar excessivamente fragiliza o SUS (DELDUQUE; MARQUES; CIARLINI, 2013).

A questão do financiamento também gera dissenso: alguns estudos sinalizam a importância de se ater às possibilidades orçamentárias para o cumprimento das ASPs. Mesmo reconhecendo o direito à saúde, afirmam que todo direito tem custo (DELDUQUE; MARQUES; CIARLINI, 2013; SIQUEIRA, 2015).

Diante do exposto, existem muitos consensos nos estudos realizados sobre a judicialização da saúde no Brasil. Mesmo que tais estudos abordem e sigam linhas diferentes de condução nas pesquisas, as sinergias são, em princípio, mais robustas que os dissensos. E todos concluem que o conflito entre Estado e Sociedade tende a aumentar nos próximos anos. É líquido e certo o ganho de uma ação judicial por medicamentos/tratamentos, fato que torna a judicialização da saúde um tema a ser muito debatido.

Ao relatar alguns consensos e dissensos observados na revisão bibliográfica, não se esgotam as possibilidades de mais análises que podem ser efetuadas nessa releitura. A pequena apresentação de alguns pontos em comum quando se faz a releitura de textos acadêmicos e de alguns documentos demonstra a importância da realização dessa tarefa. A atualização da bibliografia acadêmica e o levantamento documental é a grande contribuição dessa revisão bibliográfica. Ela trouxe elementos novos para o debate, sem desprezar as contribuições históricas das pesquisas mais antigas. Ao dividir sua apresentação e comentário em dois momentos, proporcionou observar algumas mudanças no transcorrer da ocorrência da judicialização e também confirmar a presença de alguns aspectos que permanecem até hoje na discussão do tema.

Não há, na história da judicialização das políticas públicas no Brasil, uma judicialização tão presente quanto a da saúde. Por isso mesmo ela é muito estudada e debatida. Pelos motivos citados anteriormente, a opção por uma revisão bibliográfica sobre a produção acadêmica, e também, de documentos elaborados por instituições que se debruçam sobre o tema, foi uma escolha que auxiliou a entender o panorama passado, investigar o panorama presente e fazer considerações parciais como esta. Além disso, a revisão bibliográfica permite, a partir de análises do quadro atual, tecer considerações de caráter,

sobretudo prospectivo, ao final desta tese.

3 A JUDICIALIZAÇÃO DA POLÍTICA E O PAPEL DO PODER JUDICIÁRIO

Como visto no capítulo anterior, existem vários consensos e dissensos nos estudos realizados sobre a judicialização da saúde no Brasil, fenômeno complexo e que polarizou a discussão entre duas correntes predominantes. Uma entende que o direito à saúde deve ser exercido mediante as políticas sociais e econômicas, como previsto no art. 196 da CRFB-88. A segunda corrente acredita ser a judicialização da saúde um meio legítimo para efetivar o direito à saúde. A CRFB-88 é a base de ambas as correntes de pensamento.

Além disso, a diversidade de órgãos públicos e entidades civis – e seus agentes – que atuam no processo, compondo um universo considerável de elementos a serem examinados, eleva a judicialização da saúde a uma categoria especial de conflito entre o Estado e a sociedade. Segundo Pepe, “a judicialização da saúde é um fenômeno multifacetado, expõe limites e possibilidades institucionais estatais e instiga a produção de respostas efetivas pelos agentes públicos, do setor de saúde e do sistema de justiça” (PEPE et al., 2010, p. 246).

O fenômeno da judicialização da saúde faz parte de um contexto que só é possível porque a CRFB-88 estabeleceu direitos sociais, até então ausentes nos modelos de Constituições anteriores. A judicialização como processo político é inerente à contemporaneidade, existindo sobretudo nas democracias ocidentais que ampliaram os direitos de cidadania. Esse acontecimento no Brasil foi possível depois da promulgação da CRFB-88, inaugurando a era do neoconstitucionalismo no país.

A CRFB-88 é o fundamento dos direitos individuais dos cidadãos brasileiros. É a condição singular que ela confere aos direitos civis e sociais que assegura a todos os brasileiros a saúde como direito de forma integral e equânime. Numa nação democrática, a Constituição é a representante dos direitos de cidadania, e são direitos fundamentais assegurar ao cidadão o acesso aos bens e serviços de saúde de que necessita.

O esforço de garantir esses direitos sociais repousa no seio da sociedade e das instituições de Estado que representam o povo brasileiro. São de inegável relevo o respeito e a garantia dos direitos sociais inscritos na CRFB-88, importante passo à frente no tocante à consolidação dos direitos de cidadania. No caso específico do Brasil, a expansão do PJ é fator de fortalecimento da democracia, depois de um longo período autoritário, que foi o regime militar que perdurou no país de 1964 a 1985.

Resultado da redemocratização brasileira, o acesso aos serviços da justiça melhorou, permitindo que mais indivíduos utilizem seus serviços. Com os melhores desempenhos da

Defensoria Pública (DP) e do Ministério Público (MP), as solicitações ao PJ referentes aos direitos sociais inscritos na Carta Constitucional aumentaram, por deficiência ou ineficiência na prestação desses direitos pelo Poder Executivo (PE) e seus órgãos administrativos, tornando o PJ executor de políticas públicas. E até o órgão máximo do sistema de Justiça, o Superior Tribunal de Justiça (STF), realiza julgamentos de ações em saúde, formando jurisprudência sobre o tema, o que é seguido por todas as cortes no país.

A jurisprudência tornou o fenômeno da judicialização da saúde constante. Além dos magistrados que julgam as ações, há os defensores públicos nos estados, uns dos agentes públicos mais atuantes no fenômeno da judicialização. E os promotores de justiça, responsáveis pelas ações coletivas em saúde, quando o descumprimento ou agravo à ordem constitucional é observado. O PJ autônomo e independente conta ainda com a participação importante do STF e do CNJ, órgãos máximos do sistema de justiça. O STF, guardião da Carta Constitucional, tem atuação essencial na garantia dos direitos fundamentais.

O PJ no Brasil pós-CRFB-88 deixou de ser uma instituição com pouco ou nenhum desempenho no campo da saúde pública para exercer papel de destaque nessa área. Além dos elementos assinalados, outra contribuição para que isso ocorresse foi a própria legislação da saúde, “quanto mais vaga a lei e mais imprecisos os elementos do direito, mais amplo se torna também o espaço deixado à discricionariedade nas decisões judiciais” (VIANNA et al., 1999, p. 27). E ainda: “a lei é um mito, que deve ser interpretada e completada para traduzir-se em ação real e que a interpretação judiciária, mesmo tendo por objeto a lei, em certa medida é sempre criativa do direito” (CAPPELLETTI, 1993, p. 102).

A sociedade brasileira encontrou um arcabouço jurídico robusto na questão dos direitos sociais formulados na nova Constituição, além de um sistema de justiça fortalecido pela CRFB-88. Essa combinação permitiu maior exercício da cidadania, e a reivindicação de direitos sociais que não são atendidos pelos governos passou a ser uma forma expressiva de democracia. Na prática, a CRFB-88 criou direitos subjetivos: políticos, sociais ou difusos que são exigíveis de forma direta, do poder público, pois são ações constitucionais contempladas. O PJ passou a desempenhar papel decisivo e ativo na concretização do texto constitucional, ou seja, o que está na Constituição é para ser cumprido; no plano jurídico atribui-se à Constituição normatividade plena, e a mesma passa a ter aplicabilidade direta e imediata, tornando-se fontes de direitos e obrigações. E mais: “não há hierarquia entre os direitos fundamentais” (BARROSO, 2018).

No PJ, dentro de uma estrutura republicana – que adota o modelo de repartição de poderes, segundo Montesquieu –, é natural que os magistrados usem a Norma Constitucional

para o julgamento das ações. E ainda, seguindo a máxima do filósofo francês, “no governo republicano, é de natureza da Constituição que os juízes sigam a letra da lei. Não há cidadão contra quem se possa interpelar uma lei quando se trata de seus bens, de sua honra, ou de sua vida” (MONTESQUIEU, 1996, p. 87).

No caso brasileiro, as estruturas da República, então combalidas pelo longo período de exceção (1964-1985), dão lugar a estruturas renovadas e ao fortalecimento de órgãos da administração republicana pós-CRFB-88. São trinta anos de normalidade democrática e respeito às garantias constitucionais.

O PJ passou por uma reformulação com a criação do CNJ, a atuação do Ministério Público Federal (MPF) e de suas instâncias locais para fiscalizarem o cumprimento da CRFB-88, sendo esse o fiel da balança entre as ações demandadas pela sociedade. O acesso à justiça pode, portanto, ser encarado como o requisito fundamental – o mais básico dos direitos humanos – de um sistema de justiça moderno e igualitário que pretende garantir, e não apenas proclamar os direitos de todos (CAPPELLETTI, 1988, p. 12).

O debate entre os atores institucionais, resultado da judicialização da saúde, é possível porque houve a mudança no entendimento das normas constitucionais. Elas passaram a ter vigência plena, em decorrência da nova interpretação do direito constitucional, o que foi uma notável mudança no modo de decidir sobre os direitos individuais e coletivos inscritos na Carta Constitucional. São mudanças ocorridas no Direito Constitucional contemporâneo que chegam ao Brasil tardiamente.

Tais mudanças de paradigmas que mobilizam a doutrina e a jurisprudência pós-CRFB-88 são resultado de uma evolução histórica, de um novo entendimento filosófico e de uma transformação teórica sobre o Direito Constitucional. O fortalecimento do PJ é o que propiciou a judicialização da política no Brasil, mas a nova Constituição aumentou poderes e atribuições aos três poderes. “Ao contrário do que se imagina e se propaga, a Constituição brasileira atual não fortaleceu o Legislativo, apenas, mas manteve e muito o engrandecimento do Executivo experimentado pelas ampliações de poderes introduzidas pelos militares” (SAMPAIO, 2007, p. 157).

No ordenamento jurídico brasileiro, o acesso à justiça é visto como uma garantia fundamental a toda a população, expressa no artigo 134 da CRFB-88: “A Defensoria Pública é instituição essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a orientação jurídica e a defesa, em todos os graus, dos necessitados, na forma do artigo 5º, LXXIV”: “O Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos” (BRASIL, 1988).

A DP contribui muito para que o acesso à justiça chegue aos mais carentes, mas ela não produz efeitos significativos para os direitos difusos, pois a assistência é objetivamente prestada para a garantia de direito individual. Os direitos difusos e coletivos são aqueles que não apresentam apenas um titular de direito que seja identificado; são direitos reivindicados por um grupo de pessoas que buscam interesses com a mesma finalidade, grupos sociais organizados que lutam pela proteção judicial dos direitos coletivos.

A assistência judiciária gratuita prestada pela DP e a representação dos direitos difusos realizada pelo MP iniciam uma era de mudanças no ordenamento jurídico brasileiro em prol do acesso à justiça. Submeter lesões do direito ao PJ é um direito assegurado pela Constituição e, algumas vezes, um dever, no caso do MP. Ele é o órgão parceiro da sociedade civil organizada, na busca da efetivação de seus direitos sociais inscritos no artigo 6º, da CRFB-88: “são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 1988).

A interposição jurisdicional do MP é sempre requerida pelos grupos prejudicados em auferir seus direitos. Está inscrito na CRFB-88, no seu art. 129, que cabe ao MP: “zelar pelo efetivo respeito dos poderes públicos e dos serviços de relevância pública assegurados nesta Constituição, promovendo as medidas necessárias à sua garantia” (BRASIL, 1988). O Promotor de Justiça pós-Constituição representa a sociedade civil na busca pela garantia de seus direitos sociais; e mais que isso, por ser independente, tem atuado de forma harmônica com o desejo da sociedade brasileira. Está inscrito na CRFB-88, Capítulo IV, art.127: “O Ministério Público é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis” (BRASIL, 1988).

A judicialização da política e das relações entre o Estado e a sociedade é fruto de uma nova visão jurídica que surge no Brasil depois da redemocratização, o neoconstitucionalismo. “É o triunfo tardio do Direito Constitucional no Brasil” (BARROSO, 2005).

O império da Constituição é essencial em países com histórico de autoritarismo, no qual o paternalismo e o clientelismo existentes na República colocam em risco a democracia. A aplicabilidade da Constituição rompe com essa visão retrógrada em países como o Brasil. A CRFB-88 alçou o PJ a um novo patamar jurídico-institucional, fortalecendo sua estrutura e dando meios para que os magistrados julguem com liberdade e imparcialidade as questões fundamentais para a sociedade. A decisão do juiz é alicerçada no direito fundamental instituído e garantido pela Constituição. “O juiz é a boca que pronuncia as palavras da lei”

(MONTESQUIEU, 1996).

A mudança de postura do PJ em relação aos direitos fundamentais, exercendo forte influência nas políticas públicas, não é um caso isolado do Brasil. Tal fato, o ativismo judiciário vem ocorrendo em todo o mundo ocidental. É uma resposta que a sociedade civil demandava em virtude da falta de um Estado que não correspondia a suas expectativas. “O Estado não é mais um espaço de exterioridade, não insufla mais o espírito público, isto é, o desinteresse e o desprendimento que asseguravam a primazia do interesse geral sobre o particular” (GARAPON, 1999, p. 37).

A justiça tornou-se o último bastião no qual a sociedade civil ainda deposita alguma confiança. O Estado, de uma forma geral afastou-se dos interesses da coletividade e os Poderes da República não cumprem mais o papel de amortecedor entre os interesses do mercado e as necessidades sociais. As elites republicanas não cumprem mais o dever de guardiães morais da justiça. (GARAPON, 1999, p. 37).

Nos últimos anos, a Justiça vem emprestando novas formas e novos vocábulos à democracia. Se não fosse sua interferência nas políticas públicas dos Estados, talvez a democracia não suportasse as pressões vindas de uma sociedade cada vez mais atenta a seus direitos. Transparência, impessoalidade, imparcialidade, neutralidade, argumentação, observância dos princípios constitucionais, são signos jurídicos que, fornecidos à democracia e ao Estado de direito, fortalecem a República.

3.1 Judicialização da saúde como judicialização da política e o neoconstitucionalismo

No trabalho de Tate e Vallinder (1995), *The Global Expansion of Judicial Power*, os autores criaram a expressão *judicialization of politics*, contribuição que se tornou imprescindível para os estudos da relação entre Judiciário e Política. No Brasil, a teoria acerca do tema utilizou, majoritariamente, a terminologia “judicialização da política” para estudar tal relação. Nas Ciências Sociais brasileira, o termo ganhou grande notoriedade a partir da pesquisa de Vianna et al. (1999), intitulada “*A judicialização da política e das relações sociais no Brasil.*” Nos últimos anos, a utilização da nomenclatura “judicialização da política” na teoria política brasileira obteve frutífero desenvolvimento (ARANTES, 2002; VIANNA; BURGOS, 2002; 2005; CARVALHO, 2004; OLIVEIRA, 2005; POGREBINSCHI, 2012; AVRITZER; MORONA, 2014).

O processo de expansão do PJ, identificado como judicialização da política

(*judicialization of politics*) na análise de Tate e Vallinder, ocorreria por dois meios não necessariamente simultâneos, e até mesmo excludentes. O primeiro seria caracterizado pela postura ativa do PJ no sentido de criar ou intervir na criação de políticas públicas. O segundo meio seria a absorção de procedimentos característicos do PJ por instituições não judiciárias. Destes, o primeiro seria o mais recorrente e o foco da análise dos autores, podendo ser caracterizado como a “judicialização para fora”. Possui como característica básica o ativismo judicial e é imprescindível para a ocorrência da judicialização na teoria de Tate e Vallinder.

Os autores acima alertam para a imprescindibilidade de um complexo sistema de elementos interdependentes, os quais viabilizariam a judicialização: sistema democrático; separação de poderes; existência de uma agenda política de direitos, ou seja, a mobilização de vias judiciais para a conquista de direitos (adjudicação); grupos de interesse que mobilizariam o PJ para fins políticos; baixa efetividade das instituições majoritárias em dar respostas às demandas sociais; “crença” no PJ como instituição moralmente íntegra e capaz de produzir políticas públicas; e por último, a delegação intencional, por parte das instituições majoritárias, de questões polêmicas para o PJ (TATE; VALLINDER, 1995). É relevante assinalar o aspecto que possibilita e, portanto, não determina esses elementos, os quais, segundo os autores, seriam traços das democracias liberais. No caso brasileiro, a expansão do PJ, dependendo das circunstâncias, pode ser um fator de fortalecimento da democracia, em um país com histórico recente de regime autoritário (1964-1985).

Na teoria política brasileira, a pesquisa que iniciou o debate acerca da judicialização da política foi a de Vianna et al. (1999). Portanto entre 1999 e 2018, se passaram duas décadas de pesquisas, reflexões e debates. A discussão da judicialização nessa obra se dá a partir de dois eixos interpretativos, sendo o primeiro, o procedimentalista, representado por Habermas e Garapon. Esse eixo afirma que a judicialização contribui para a diminuição da cidadania. “A judicialização da política e do social seria, então, um mero indicador de que a justiça se teria tornado um último refúgio de um ideal democrático desencantado” (VIANNA et al., 1999, p. 25). “A judicialização da sociedade desinstitucionalizaria a democracia, marginalizando as instituições de mediação – as associações e os partidos políticos” (VIANNA et al., 1999, p. 26). E ainda, os cidadãos “teriam que se conhecer como autores no seu direito, e não como seus destinatários” (idem).

Garapon (1999) diz que o ativismo judiciário é apenas uma peça de um mecanismo mais complexo, que necessita de outras engrenagens, como o enfraquecimento do Estado, o progresso da sociedade civil e, logicamente, a força da mídia. Afirma o autor que: “a demanda da justiça vem do desamparo da política” (GARAPON, 1999, p. 15). A sociedade, ao buscar a

via judicial para garantir seus direitos e a ampliação deles, estaria realizando um processo de privatização da cidadania. Essa visão de direito está construída sobre o eixo procedimentalista.

Segundo Garapon (1999):

A judicialização da política é a resposta da sociedade civil para um Estado voltado para o mercado, onde o Poder Executivo não consegue responder a todas as necessidades sociais, e o Parlamento está coberto pelo véu da antiga forma de fazer política. A unção do Poder Judiciário ao centro das decisões políticas é a nova forma estabelecida de cidadania neste cenário de vários direitos que a sociedade capitalista conquistou. O juiz é legitimado por sua atuação dentro da realidade social e não mais, como dantes, por um estrito critério de legalidade. (GARAPON, 1999, p. 27).

Vianna et al. (1999) citam Habermas como um dos expoentes da discussão da judicialização da política, segundo o eixo procedimentalista. Habermas diz que a legislação se torna legítima na medida em que sua produção se dá através da instituição dos princípios morais; a moral como requisito para legitimar a legislação e fundamentar as decisões validadas por sua interpretação racional dos procedimentos.

Segundo Habermas (1997):

A institucionalização jurídica do código de direito exige, finalmente, a garantia dos caminhos jurídicos, pelos quais a pessoa que se sentir prejudicada em seus direitos possa fazer valer suas pretensões. Do caráter obrigatório do direito resulta a exigência de que o direito vigente, em caso de conflito, seja interpretado e aplicado obrigatoriamente num procedimento especial". (HABERMAS, 1997, p. 162).

Para Habermas (1997), os procedimentos oferecidos pelas teorias da justiça para explicar como é possível julgar algo, do ponto de vista moral, só têm em comum o fato de que a racionalidade dos procedimentos deve garantir a "validade" dos resultados obtidos conforme o processo. O autor ainda acrescenta: "As pessoas de direito só podem mobilizar as autorizações do uso da força, acopladas aos seus direitos, se tiverem livre acesso a tribunais independentes e efetivos, que decidam autoritariamente e imparcialmente os casos de disputa no quadro das leis" (HABERMAS, 1997, p. 162).

Ao abordar o Estado democrático de direito e a institucionalização do sistema judicial, numa efetiva normatividade ligada à defesa dos direitos sociais, o autor afirma:

[...] pouco importa como as questões da institucionalização judicial da divisão de poderes são avaliadas: não é necessário e nem possível um retorno à concepção liberal do Estado, segundo o qual, 'direitos fundamentais são apenas direitos subjetivos de liberdade, em oposição ao poder do Estado, e não, simultaneamente, normas objetivas de princípio e obrigatórias para todos os domínios de direito'. Ademais, a discussão americana sobre a constituição desconhece a oposição entre direito subjetivo e objetivo. E se – impulsionados pelas atuais circunstâncias do compromisso com o Estado Social – pretendemos manter, não apenas o Estado de direito, mas o Estado democrático de direito e, com isso, a ideia da auto-organização da comunidade jurídica, então a Constituição não pode mais ser entendida apenas

como uma ‘ordem’ que regula primariamente a relação entre o Estado e os cidadãos. (HABERMAS, 1997, p. 325).

Em concordância com Bourdieu (2001), o autor alemão diz: “o desenho neoliberal do mercado mundial conta com a marginalização do Estado e da política. Em todo caso, para a política sobram as funções residuais dos Estados guarda-noturno” (HABERMAS, 2016, p. 258). “É uma nova ordem para um mundo em que o Estado vai se retirando de suas obrigações e privatizando o público” (BOURDIEU, 1998, p. 7). Claro que uma dessas funções políticas que restam ao Estado guarda-noturno citado por Habermas é a justiça, pois sua estrutura e função ainda são típicas de Estado; e mais, os magistrados atentos ao avanço do projeto neoliberal sobre as funções de Estado com certeza continuaram a atuar de forma a manter a influência que conquistaram na política e na condução dos assuntos do Estado, e nas relações com a sociedade civil organizada.

No segundo eixo, o substancialista, representado por Cappelletti e Dworkin, a judicialização é tratada como uma extensão da democracia e ampliação da cidadania (MACHADO; DAIN, 2012). Constrói-se uma perspectiva na qual o direito poderia ser uma via através da qual demandas sociais, contidas nos princípios constitucionais, poderiam ser sedimentadas em políticas públicas. Em uma perspectiva mais ampla, “a política se judicializa a fim de viabilizar o encontro da comunidade com os seus propósitos, declarados formalmente na Constituição” (VIANNA et al., 1999, p. 40). O segundo eixo apresentado nos estudos de Vianna et al (1999) serve sobretudo a grupos marginalizados no processo político para acessar os direitos sociais, ou pelo menos, vocalizar a expectativa de acessar esses direitos. Isso torna a justiça efetivadora de cidadania a partir de sua provocação pelos grupos sociais que não encontram no processo político tradicional voz para suas reivindicações.

Para Cappelletti:

[...] o esforço de criar sociedades mais justas e igualitárias centrou a atenção sobre as pessoas comuns, aqueles que se encontravam tradicionalmente isolados e impotentes ao enfrentar organizações fortes e burocracias governamentais. O ativismo judiciário presente na judicialização da política é uma forma de responder a necessidade dessa mudança. As sociedades modernas têm que promover mais direitos substantivos aos relativamente mais fracos. E mais que isso, garantir que esses direitos sejam respeitados. O que aconteceu com o PJ nas democracias ocidentais foi aceitar o desafio de tornar efetivos os novos direitos que foram conquistados. A preocupação fundamental é, cada vez mais, com a “justiça social”, isto é, com a busca de procedimentos que sejam conducentes à proteção dos direitos das pessoas comuns. (CAPPELLETTI, 1988, p. 91-93).

O autor ainda faz menção à necessidade de adaptação da máquina administrativa do Estado perante os litígios. Para ele, as partes em litígio, em princípio, são desiguais: de um lado indivíduos, e de outro, os detentores do poder público.

Outro autor substancialista citado por Vianna et al. (1999) é Dworkin, que afirma: “os juízes podem anular uma decisão política tomada pela maioria legislativa sem causar danos à democracia” (DWORKIN, 2003, p. 476). Segundo a teoria de Dworkin, a partir da distinção entre argumentos de princípio e de política, o juiz pode chegar a uma resposta para os casos difíceis, pois para esses casos é necessária uma interpretação da lei. Não é possível, nos casos difíceis, a mera aplicação da lei. Para isso o autor pressupõe o chamado império do direito: “direito como integridade, da comunidade governada por princípios.” (DWORKIN, 2003, p.230).

Para o autor:

O indivíduo tem direito à proteção contra a maioria, mesmo à custa do interesse geral. A coletividade pode até ficar pior em relação ao bem-estar, mas o direito individual não deve ser mitigado em razão disso. Esse trunfo é o cerne de uma reivindicação de direitos e pressupõe o argumento moral, o apelo a princípios. Para interpretar as cláusulas abertas da Constituição requer-se a chamada ‘leitura moral’. O juiz pode transcender a letra da norma jurídica, desde que se funde em argumentos de princípio e respeite a integridade do direito.” (DWORKIN, 2003, p.474).

Constitucionalismo não é hoje termo neutro de uso meramente descritivo, dado que engloba em seu significado o valor que antes estava implícito nas palavras “Constituição” e “constitucional” (um complexo de concepções políticas e de valores morais). (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 2010, p. 247). Para os autores, Constitucionalismo é uma expressão abrangente, é a técnica da liberdade, isto é, a técnica jurídica pela qual é assegurado aos cidadãos o exercício dos seus direitos individuais e, ao mesmo tempo, coloca o Estado em condições de não poder violá-los. A aceitação do valor que se acha implícito no termo “Constitucionalismo” é essencial para uma pequena definição: “um valor que podemos resumir na defesa dos direitos da pessoa, do indivíduo, do cidadão” (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 2010, p. 248).

O neoconstitucionalismo, no Brasil, é objeto de estudo de vários pesquisadores do campo do Direito. Como referência nacional em Direito Constitucional, os preceitos do eminente Ministro do STF, Luís Roberto Barroso, foram essenciais no entendimento histórico, filosófico e teórico do tema. Professor Titular de Direito Constitucional da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, sua experiência acadêmica nas áreas de Direito Público em geral, incluindo Teoria Constitucional, Direito Constitucional Contemporâneo, Interpretação Constitucional, Controle de Constitucionalidade, entre outras, faz com que seja citado seguidamente neste capítulo da tese.

O novo constitucionalismo surge na Europa depois da Segunda Grande Guerra (1939-1945), principalmente na Alemanha e Itália, que saíam de regimes autoritários. A necessidade

de mudança nesses países fez com que novas constituições fossem elaboradas, em 1947 na Itália, e em 1949 na Alemanha, e se tornassem referências para o novo Direito Constitucional. A partir de então, houve uma difusão do Direito Constitucional nos países de tradição jurídica romano-germânica (BARROSO, 2005).

Na Europa, o neoconstitucionalismo foi uma resposta ao totalitarismo nazifascista que assolou o continente, disseminando as doutrinas totalitárias e amordaçando a sociedade e as estruturas de poder, subjugando até o PJ aos caprichos dos ditadores. Porém, na península ibérica, o novo constitucionalismo só chegou no final dos anos 1970, depois da redemocratização dos países. Portugal promulgou sua nova constituição em 1976 e a Espanha, em 1978.

Assim como na Europa, o neoconstitucionalismo no Brasil é fruto recente da redemocratização. Na área da saúde, a interpretação do Direito Constitucional conduziu à promulgação da Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996, que obrigou o Estado a fornecer gratuitamente os medicamentos para HIV/AIDS (BRASIL, 1996). A referida lei foi fruto da mobilização da sociedade civil que solicitava judicialmente tratamento gratuito para os portadores do vírus HIV. Pode-se afirmar que o neoconstitucionalismo em nosso país é jovem, mas parece bem solidificado no seio da Justiça e da sociedade.

No aspecto filosófico, a identificação do direito com a lei, marcada pelo dogma da lei como expressão da “vontade geral”, foi superada pela hermenêutica jurídica que, sem cair na tentação de retornar à compreensão metafísica proposta pelo direito natural (jusnaturalismo), desenvolveu a distinção entre as regras e os princípios, para dar-lhes força normativa, com o escopo de ampliar a efetividade da Constituição. “Pouca valia teriam os direitos fundamentais se não dispusessem de aplicabilidade imediata, porque não passariam de meras e vagas promessas” (CAMBI, 2007, p. 5). Para o autor, o pós-positivismo é essencial na doutrina do neoconstitucionalismo, pois os princípios jurídicos deixam de ter aplicação meramente secundária, passando a ter relevância jurídica na conformação judicial dos direitos.

O pós-positivismo jurídico, ao resgatar a força normativa dos princípios constitucionais, bem como a moderna hermenêutica jurídica, que ressalta sempre o papel criativo do intérprete, reforçado pelas técnicas legislativas que cada vez mais adotam cláusulas gerais (como as da boa-fé e das funções sociais do contrato e da propriedade), permitem que ao juiz, ao atribuir sentido o texto da Constituição ou da Lei, constrói a norma jurídica no caso concreto. (CAMBI, 2007, p. 15-16).

Também para Barroso (2005), o marco filosófico do novo Direito Constitucional é o pós-positivismo. O debate acerca de sua caracterização situa-se na confluência das duas grandes correntes de pensamento que oferecem paradigmas opostos para o Direito: o

jusnaturalismo e o positivismo. Opostos, mas por vezes singularmente complementares. “O pós-positivismo é um conjunto difuso e abrangente de ideias, uma sublimação dos modelos puros” (BARROSO, 2005, p. 5).

O jusnaturalismo moderno, desenvolvido a partir do século XVI, aproximou a lei da razão e transformou-se na filosofia natural do Direito. Fundado na crença em princípios de justiça universalmente válidos, foi o combustível das revoluções liberais e chegou ao apogeu com as Constituições escritas e as codificações. Considerado metafísico e anticientífico, o Direito natural foi empurrado para a margem da história pela ascensão do positivismo jurídico, no final do século XIX. Em busca de objetividade científica, o positivismo equiparou o Direito à lei, afastou-o da filosofia e de discussões como legitimidade e justiça, e dominou o pensamento jurídico da primeira metade do século XX. Sua decadência é emblematicamente associada à derrota do fascismo na Itália e do nazismo na Alemanha, regimes que promoveram a barbárie sob a proteção da legalidade. Ao fim da Segunda Grande Guerra, a ética e os valores começaram retornar ao Direito (BARROSO, 2005).

A superação histórica do jusnaturalismo e o fracasso político do positivismo abriram caminho para um conjunto amplo e ainda inacabado de reflexões acerca do Direito, sua função social e sua interpretação. O pós-positivismo busca ir além da legalidade estrita, mas não despreza o direito posto; procura empreender uma leitura moral do Direito, mas sem recorrer a categorias metafísicas (BARROSO, 2005).

Com o entendimento da questão histórica e filosófica do neoconstitucionalismo, a formação teórica do mesmo fica desvelada de forma mais simples. Era inegável a necessidade de mudança nos sistemas de justiça a partir de uma nova interpretação jurídica em que a reflexão sobre o direito fosse conduzida pelos ditames éticos e morais, e acima de tudo produzisse uma justiça social para os povos. Tal fato eleva a dignidade da pessoa humana a um novo patamar, sendo os direitos fundamentais do homem aqueles que as modernas constituições e sua eventual interpretação jurídica devem assegurar. Nesse ambiente, promove-se uma reaproximação entre o Direito e a Filosofia (BARROSO, 2005).

A evolução histórica e a mudança de paradigmas filosóficos vão pavimentar o caminho para as mudanças teóricas necessárias à assunção do neoconstitucionalismo. No plano teórico, são três as grandes transformações que ocorrem. A primeira, a Constituição passa a ter força normativa. A Carta Constitucional deixa de ser um documento político-jurídico para ser portadora de normas e direitos, a serem exigidos e cumpridos plenamente. Essa é uma das grandes mudanças de paradigma ocorridas ao longo do século XX, pois a norma constitucional passou a ter norma jurídica plena. A Constituição deixou de ser vista

como um documento essencialmente político, um convite à atuação dos Poderes Públicos. O que era letra morta, pois suas propostas ficavam condicionadas a legislações complementares ou à discricionariedade do PE. Com a mudança de atitude do PJ, que antes não tinha qualquer papel relevante na realização do conteúdo da Constituição. Ele passou a ser o guardião da Carta Constitucional e zelador de seu cumprimento. O reconhecimento da força normativa da Constituição por parte do PJ e de sua aplicação direta e imediata é uma grande transformação no direito constitucional (BARROSO, 2005).

A segunda transformação é a expansão da jurisdição constitucional, o alcance da Carta, tendo sido quase todos os campos do Estado e de suas relações políticas, sociais e econômicas, contemplados na redação dela. E por último, a nova interpretação constitucional, em que os direitos fundamentais são elevados a um grau de exame jurídico inédito pelo sistema de Justiça, resguardando os direitos fundamentais sob a égide do PJ. O controle constitucional cabe ao PJ, que é responsável pela observação dos princípios constitucionais, pela garantia dos direitos fundamentais invioláveis da Constituição (BARROSO, 2005).

A nova interpretação dada à Constituição é o reconhecimento de que as normas constitucionais são normas jurídicas, decorrência natural da força normativa da Carta. Os critérios tradicionais de solução de eventuais conflitos normativos são o hierárquico (lei superior prevalece sobre a inferior), o temporal (lei posterior prevalece sobre a anterior) e o especial (lei especial prevalece sobre a geral). (BARROSO, 2005).

Sem prejuízo do que se vem afirmar, o fato é que as especificidades das normas constitucionais levaram a doutrina e a jurisprudência, já de muitos anos, a desenvolver ou sistematizar um elenco próprio de princípios aplicáveis à interpretação constitucional. Tais princípios, de natureza instrumental e não material, são pressupostos lógicos, metodológicos ou finalísticos da aplicação das normas constitucionais. São eles, na ordenação que se afigura mais adequada para as circunstâncias brasileiras: o da supremacia da Constituição, o da presunção de constitucionalidade das normas e atos do Poder Público, o da interpretação conforme a Constituição, o da unidade, o da razoabilidade e o da efetividade (BARROSO, 2005).

O neoconstitucionalismo é resultado de uma evolução histórica, de mudança de paradigmas filosóficos e de transformações teóricas aplicadas ao Direito; é a aproximação com a democracia. Como guardião dos direitos fundamentais da pessoa humana, é possível afirmar que o neoconstitucionalismo é essencial para salvaguardar os interesses sociais no Estado de Bem-estar Social. Não é por acaso que ambos surgem praticamente ao mesmo tempo na Europa do pós-guerra. E também no Brasil, a mesma Constituição que garante

direitos fundamentais ao cidadão dotou o PJ de instrumentos de coação aos outros poderes para que esses direitos, além de garantidos e respeitados, fossem efetivamente desfrutados pela sociedade.

O neoconstitucionalismo viabiliza o encontro da democracia com o Estado de Bem-estar Social. É o responsável pela judicialização da política, pois possibilita à sociedade reivindicar os direitos fundamentais assegurados constitucionalmente. O conflito entre a sociedade e o Estado, bem como os conflitos intra-Estado, são resultado de novo entendimento jurídico. O Direito Constitucional responde a necessidades e interesses da população, quando da infringência desses preceitos, o socorro do PJ atende em princípio à sociedade.

3.2 O conflito intra-Estado e o debate entre os atores institucionais

O conflito desenhado entre o PJ e o PE na questão da judicialização da saúde não seria possível sem a nova doutrina jurídico-política inaugurada no país após a promulgação da CRFB-88. Além disso, a litigiosidade política é possível num sistema de separação de poderes adotada pela República brasileira, com a independência de seus respectivos sistemas de administração, nos quais atuam órgãos autônomos, susceptíveis ao fenômeno da judicialização da saúde.

O Brasil adotou a República como forma de governo, e por princípio, a separação dos poderes. Modelo político que visa à melhor governança de um Estado, nele o poder é dividido entre órgãos distintos e independentes, cada um especializado em uma área de governança. Assim, o PL elabora e promulga as leis, o PE se encarrega de coordenar e executar as políticas públicas que o Estado deve proporcionar para o bem-estar da sociedade, e o PJ deve julgar, de acordo com as leis, as situações conflituosas que surgirem na República.

A separação de poderes é muito ligada a Montesquieu, que em seu tratado de 1748, *O Espírito das Leis*, apresentou uma estrutura de repartição de poderes, com as atribuições de governo divididas em três grandes órgãos: Executivo, Legislativo e Judiciário. Cada poder é independente, não interfere nas ações dos demais, mas dotado de autoridade suficiente para impedir abusos de poder.

O modelo do filósofo francês já tinha sido aplicado na Grécia antiga, e em várias situações na República Romana, quando as assembleias, o senado e os cônsules exerciam o

poder de forma dividida. Em tempos modernos, esse sistema tripartite pôde ser identificado na República Holandesa e na Inglaterra pós-Revolução Gloriosa. E também nas colônias britânicas, como *Rhode Island*, *Pensilvânia* e *New Jersey*, onde o governo era dividido entre representantes da Coroa Britânica e conselhos democraticamente eleitos pela população local.

A separação dos poderes é um instituto típico contra o abuso de poder, junto com a subordinação de todo poder estatal ao direito, o constitucionalismo. Para Bobbio (2004), a separação dos poderes não se dá apenas entre os órgãos situados no vértice da administração estatal, mas também entre órgãos centrais e órgãos periféricos nas várias formas de autogoverno, que vão da descentralização político-administrativa até o federalismo.

No caso da judicialização da saúde, o PE é o réu nas ações judiciais por ser encarregado da execução das políticas públicas de saúde.

Segundo Bucci:

Política pública é o programa de ação governamental que resulta de um processo ou conjunto de processos juridicamente regulados – processo eleitoral, processo de planejamento, processo de governo, processo orçamentário, processo legislativo, processo administrativo, processo judicial – visando coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas, para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados. (BUCCI, 2006, p. 39).

Os três poderes da República são atuantes na judicialização da saúde e participam do fenômeno com vários órgãos, agindo e interferindo diretamente na condução e enfrentamento da questão. O PE, através do MS, órgão máximo no planejamento, condução e execução das ações e serviços de saúde, também conta com duas agências reguladoras em saúde: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), responsável pela regulação sanitária do país, incluindo a licença para fabricação, importação, compra e venda de medicamentos (BRASIL, 1999); e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), responsável pela regulação e fiscalização dos planos e seguros de saúde privados (BRASIL, 2000). O MS conta também com uma comissão para avaliar e incorporar tecnologias, o que lhe dá autoridade e poder decisório sobre a inclusão de novos medicamentos e tratamentos no SUS, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde – CONITEC (BRASIL, 2011). Existe ainda a Consultoria Jurídica Junto ao Ministério da Saúde (CONJUR), que o assessora na questão da judicialização (BRASIL, 2016). Acima de tudo, o SUS, por ser um sistema de saúde nacional descentralizado, os entes subnacionais, estados e municípios, também são atingidos, e muito, pela judicialização da saúde.

O PL, responsável pela elaboração das leis no país, tem seus órgãos de controle e assessoramento, como o TCU e os Tribunais de Contas Estaduais, responsáveis pela

fiscalização e controle da aplicação dos orçamentos vinculados ao setor saúde, nos níveis federal, estadual e municipal. O PL ainda conta com as comissões especiais na Câmara Federal e no Senado Federal que debatem sobre temas relacionados à saúde.

O sistema de justiça e seus órgãos estão se instrumentalizando para julgar as ações em saúde. A presidente do STF e do CNJ, Ministra Carmem Lúcia, participou no Hospital Sírio-Libanês de São Paulo, da primeira oficina dos Núcleos de Avaliação de Tecnologia em Saúde (NATs) e Núcleos de Apoio Técnico dos Tribunais de Justiça (NAT-JUS). Nesse evento foram debatidos os problemas advindos da judicialização da saúde, tais como os grandes gastos da União com ações judiciais na área e a falta de maior tecnicidade para auxiliar cientificamente os magistrados nas ações. A parceria entre CNJ, MS e Hospital Sírio-Libanês de São Paulo busca maior efetividade nas decisões judiciais relacionadas à saúde. Com a elaboração e padronização de pareceres e notas técnicas, essa cooperação irá criar um banco de dados emitidos pelos NAT-Jus, NATs e também pela CONITEC (VIVIANE, 2016).

A iniciativa compartilhada entre as entidades permitirá aos magistrados, através de uma plataforma, obter o auxílio técnico-científico necessário nos julgamentos das ações em saúde. Na ocasião, a Ministra Carmem Lúcia manifestou sua posição quanto à judicialização da saúde:

[...] estamos aqui para tornar efetivo aquilo que a Constituição nos garante. A dor tem pressa. Eu lido com o humano, eu não lido com o cofre. [...] quando o juiz discute se há uma judicialização da saúde. O que há é a democratização da sociedade brasileira, do cidadão que até a década de 1980 morria sem saber que tinha direito à saúde e que podia reivindicar esse direito. Como juíza, o meu papel é garantir esse direito. (GOMES, 2016, s/p).

A Ministra Carmem Lúcia afirmou também que “o maior desafio é aliar o direito à saúde dos cidadãos com os demasiados gastos da União. Uma das soluções, então, é exatamente auxiliar os juízes com pareceres técnicos e, conseqüentemente, ter uma maior coerência nas determinações judiciais. Hoje há uma democratização do direito à saúde”. Continuando, afirmou que os cidadãos têm, atualmente, mais noção de seus direitos de acordo com a Constituição. Segundo a Ministra Carmen Lúcia, as pessoas não devem parar de buscar seus direitos. “Eu quero viver mais, porque eu gosto de viver. E quero que as pessoas também queiram e busquem seus direitos” (VIVIANE, 2016).

Finalizando, disse a Ministra Carmem Lúcia:

[...] os juízes decidem sem saber se aquele medicamento é realmente o melhor remédio. Eles só decidem de acordo com os autos. Eles têm de decidir, em minutos, sobre a vida de um jovem. E muitos pedidos chegam com uma linguagem médica técnica, igual ao “juridiquês” que muitos criticam. Com as avaliações técnicas, os juízes terão maior conhecimento para poderem decidir, ajudando a fechar mais essa

coluna na relação justiça-saúde (VIVIANE, 2016, s/p).

A nova ferramenta proporcionará ao juiz mais informações, como por exemplo, pareceres técnicos sobre a evidência científica de determinado medicamento. Ainda sobre esse novo banco de dados, Arnaldo Hossepian, conselheiro do CNJ, afirmou:

[...] quando o ordinário não está sendo dado (exames, consultas e medicamentos que fazem parte do fornecimento obrigatório), a melhor via é a negocial, a mediação. Mas não posso propor mediação para quando o paciente vai buscar um medicamento que não está no sistema público. Com essa nova ferramenta, o juiz terá mais informações, poderá acessar um parecer técnico para saber se aquele remédio tem provas científicas de que produz determinado efeito (SOUZA, 2017, s/p).

O embate jurídico e político do fenômeno da judicialização é abrangente; como direito fundamental garantido na Constituição, o direito à saúde encontra amparo na Corte Superior de Justiça, aonde por várias vezes vão chegar os litígios em saúde. Cabe mencionar o Recurso Extraordinário RE nº 566.471, no qual o Estado do Rio Grande do Norte se posiciona contra a obrigatoriedade de fornecer medicamento sem registro na ANVISA. O relator, Ministro Marco Aurélio Melo, do STF, no aditamento de seu voto, citou a advertência feita por Norberto Bobbio há mais de cinquenta anos, “de que é dever do Estado efetivamente proteger e promover direitos fundamentais” (BOBBIO, 1981, p. 9).

O Ministro Marco Aurélio Melo, ao elaborar o seu voto, afirmou que: “o Estado está obrigado a fornecer medicamento registrado na Anvisa, como também o passível de importação, sem similar nacional, desde que comprovada a indispensabilidade para a manutenção da saúde da pessoa, mediante laudo médico, e tenha registro no país de origem”. (MELO, 2016, p. b 5). E assim, mantendo o voto proferido na sessão do dia 15 de setembro de 2016, o ministro termina com esse aditamento-explicação:

A tese fica re-ratificada nos seguintes termos: o reconhecimento do direito individual ao fornecimento, pelo Estado, de medicamento de alto custo, não incluído em política nacional de medicamentos ou em programa de medicamentos de dispensação de caráter excepcional, constante do rol de aprovados, depende da demonstração da imprescindibilidade – adequação e necessidade – , da impossibilidade de substituição, da incapacidade financeira do enfermo e da falta de espontaneidade dos membros da família solidária em custeá-lo, respeitadas as disposições sobre alimentos dos artigos 1.649 a 1.710 do Código Civil e assegurado o direito de regresso (MELO, 2016, p.6).

Recentemente, o STF decidiu que o MP pode entrar com Ação Civil Pública (ACP) para solicitar medicamentos ao poder público. Na decisão, o Ministro relator, Marco Aurélio Melo, votou pela possibilidade de o MP apresentar esse tipo de ação porque defende o interesse de várias pessoas, e não apenas de um indivíduo. O Ministro Alexandre de Moraes

acompanhou a decisão, e em seu voto afirmou que é competência do MP zelar pelos direitos constitucionais e os serviços públicos de relevância, entre eles o de saúde. A decisão foi unânime e tem repercussão geral, ou seja, deve ser aplicada por juízes de todo o país em processos sobre o tema (BRÍGIDO, 2018).

A posição dos ministros do STF diante da judicialização da saúde denota a relevância do tema para o PJ. Eles deixam claro ao PE que, embora compreendam suas limitações orçamentárias e todos os trâmites para seleção e incorporação de novas tecnologias, o direito do cidadão à saúde será sempre resguardado na forma da lei.

Existem conflitos também entre órgãos ligados ao mesmo ministério, como é o caso do desencontro técnico-administrativo entre o MS e a ANVISA sobre a importação de medicamentos. A agência reguladora exigiu documentação específica para liberar a importação de medicamentos de ações judiciais contra o MS. São três medicamentos de alto custo para tratamento de doenças raras, comprados no exterior por licitação realizada pelo próprio ministério. Porém, não houve o aval técnico da ANVISA para a importação dos mesmos, porque a empresa que venceu a licitação não possui a Declaração de Detentor de Registro (DDR). O documento é uma espécie de credenciamento do fabricante exigido quando a importadora não é a detentora de registro no Brasil. É um atestado de procedência e condições adequadas das substâncias (MARIZ, 2018).

Segundo Jarbas Barbosa, presidente da agência reguladora, o órgão foi obrigado, por decisão judicial, a emitir uma autorização excepcional para a aquisição dos medicamentos, mas afirma que a ANVISA não poderá atestar a segurança e eficácia das drogas. Em Audiência Pública na Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, realizada em 28 de fevereiro de 2018, o Ministro da Saúde, Ricardo Barros, chegou a incentivar pacientes a processar a Anvisa por conta da exigência da DDR para o importador dos medicamentos. Para ele, é papel do fornecedor atestar a qualidade dos medicamentos trazidos de fora. E mais, ele afirmou não ver problema no alerta da ANVISA (MARIZ, 2018).

Ricardo Barros afirmou que o impasse jurídico impede o MS cumprir as decisões judiciais para o fornecimento de medicamentos para os pacientes com doenças raras. Essa situação levou o ministro a realizar reuniões com os órgãos de controle, magistrados, parlamentares e associações de pacientes, apontando a situação e buscando uma solução para a importação dos medicamentos. Segundo o ministro, o MS não consegue concluir as compras dos medicamentos apenas com uma decisão administrativa: “a judicialização dos contratos de aquisição está atrapalhando a judicialização da saúde” (NOTÍCIAS/AGÊNCIA SAÚDE, 2018).

Essa nova característica conflituosa no processo da judicialização da saúde evidencia a singularidade do fenômeno, no qual elementos regulatórios e a legislação infralegal se tornam cada vez mais objetos de conflitos e interesses. As normas estabelecidas pela ANVISA são formuladas a partir de estudos técnicos e científicos elaborados por agentes públicos do campo da saúde, com a participação relevante de técnicos do próprio MS. Tal fato parece ser inédito, o que aponta para a nova fase da judicialização da saúde no país.

Quanto à gestão do órgão máximo da saúde no país, o MS, é singular sua atuação no processo da compra de medicamentos importados. Ao solicitar às associações de portadores de doenças raras que acionassem judicialmente a ANVISA, o Ministro da Saúde Ricardo Barros se tornou um caso atípico no fenômeno da judicialização da saúde. Trata-se de um paradoxo que tangencia o absurdo.

Na agenda de conflitos causados pela judicialização da saúde, existem também conflitos entre os entes subnacionais. Como no caso em que a Procuradoria do Município de Matias Barbosa aciona judicialmente o município vizinho de Juiz de Fora, para obter a transferência de seus pacientes internados no Pronto Atendimento. Na ação judicial o argumento da Procuradoria Municipal de Matias Barbosa cita a diretriz de regionalização do SUS e as pactuações intermunicipais celebradas. (NUNES, 2016).

A situação conflituosa exposta acima preocupa vários gestores de saúde desde o início da segunda década deste século. O crescimento da judicialização da saúde levou o CNJ a realizar Audiência Pública em dezembro de 2017, quando representantes de entidades civis e de órgãos de governo debateram o tema. Humberto Lucena Pereira da Fonseca, secretário de Saúde do DF, afirmou que é necessário ter mais clareza em relação à divisão de responsabilidades entre entes federados: “é de responsabilidade da União o tratamento oncológico, mas estados e municípios têm sido instados em decisões judiciais a arcar com isso”. Citou como exemplo o medicamento “fator IX recombinante de coagulação”, utilizado no tratamento da hemofilia. Pacientes de outros estados foram ao DF pleitear o medicamento porque uma decisão judicial local foi favorável ao fornecimento do mesmo. Humberto da Fonseca concluiu afirmando que essa jurisprudência favorável do Tribunal de Justiça local custou R\$ 1 milhão por paciente/ano à Secretaria de Estado de Saúde do DF (CNJ, 2017).

Ainda nessa Audiência Pública realizada em dezembro de 2017, Thaísa Guerreiro, pesquisadora da Fiocruz e defensora pública do Estado do Rio de Janeiro, afirmou: “essas ações judiciais refletem uma necessidade de saúde que é legítima. E os entes federativos deveriam se preparar para atender o que não está incorporado ao SUS”.

Um dos órgãos mais atuantes na judicialização da saúde é a DP, pois representa os

pacientes que não têm condições financeiras de arcar com despesas de escritórios de advocacia particulares. Além disso, assumiu como missão, definida em lei, promover a educação em direitos da população, esclarecendo às pessoas como reivindicar esses direitos. A DPRJ faz isso através de palestras, encontros e cursos nos quais informa aos cidadãos sobre como agir para que seus direitos sejam respeitados. A primeira edição do Curso de Formação de Defensores da Paz ocorreu com lideranças comunitárias e moradores do Complexo do Alemão e da Penha em 2016. A segunda edição foi em Belford Roxo, em 2017. E a terceira turma formada em 2018 é de Volta Redonda. O programa prevê vinte aulas sobre direitos e garantias fundamentais. Para a DPRJ, a melhor forma de atingir um bom nível de esclarecimento sobre os direitos é a informação clara e acessível. Nesses encontros com a população, vários temas são abordados, tais como direitos humanos, condições adequadas de vida, sistema de justiça, educação, moradia, saúde, abordagens policiais, tortura, discriminação, entre outros (DPRJ, 2018).

Entre a DPRJ e os órgãos de saúde federais, estaduais e municipais, há uma série de situações de conflito nos quais a atuação da DPRJ é determinante para a garantia do direito à saúde da população. Sua posição é claramente a defesa desse direito, e a sociedade procura sua interferência para que as reivindicações possam ser postuladas contra os órgãos do sistema público. Pode-se citar sua exemplar atuação contra o Estado Brasileiro, ao denunciar à Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), o tratamento cruel, desumano e degradante conferido àqueles que necessitam com urgência de um leito de terapia intensiva no âmbito do SUS, no Estado do Rio de Janeiro. A denúncia foi protocolada dia 21 de maio de 2018, na qual a DPRJ afirma que os assistidos pela instituição, com liminares que determinam a transferência dos pacientes das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) para Unidades de Terapia Intensiva (UTI), correm o risco de morrer caso não consigam as vagas nas UTI (DPRJ, 2018).

Na denúncia encaminhada à Secretaria Executiva da CIDH, a DPRJ solicita ao organismo internacional que tome medidas para proteger eficazmente a vida e a integridade pessoal de todos os pacientes que necessitam de cuidados intensivos. Para levar o conflito a uma organização internacional, a CIDH, é preciso comprovar que todos os esforços internos para a solução da situação se esgotaram. **Há várias decisões judiciais determinando ao Poder Público que aumente o número de vagas em UTIs e promova a regulação unificada de leitos. E apesar de reconhecerem o déficit de vagas, as esferas federal, estadual e municipal não tomaram providências para a solução da questão.** (Grifo nosso). A DPRJ espera que a denúncia ao organismo internacional resulte em condenação do

Estado brasileiro e force a adoção de políticas públicas para solucionar o problema (DPRJ, 2018).

O conflito entre poderes de Estado passa a ter outra conotação. Na denúncia encaminhada à Secretaria Executiva da CIDH, em Washington, **a DPRJ ressalta que todos os entes federativos – União, Estado do Rio de Janeiro e Município do Rio de Janeiro – são responsáveis pela falta de leitos de UTI ou pela desorganização na oferta de internações.** (Grifo nosso). E mais: na última década, houve sucessivas iniciativas da DPRJ e de outros órgãos com vistas à proteção dos pacientes com indicação terapêutica de internação em UTIs, mas todas foram **ignoradas** (grifo nosso) pelos Poderes Executivos (DPRJ, 2018).

Em 2011, o MPRJ e a DPRJ ajuizaram ACP, postulando, em caráter de urgência, que o Estado contratasse 349 leitos de UTI na rede privada e expandisse a rede do SUS, inclusive por meio de regulação de vagas, racionalizando e otimizando a oferta. O pedido foi parcialmente acolhido pela Justiça; o Estado e o Município do Rio de Janeiro reconheceram o problema, **mas a solução nunca foi posta em prática.** (Grifo nosso), (DP-RJ, 2018).

A DPRJ informa que a busca por leitos de UTI agravou-se nos últimos três anos, e que há um crescimento considerável de ações individuais pleiteando vagas em terapia intensiva, e também **um aumento no descumprimento das decisões judiciais favoráveis aos pacientes.** (Grifo nosso). Esse fato denota a iniquidade do sistema de saúde e um grave prejuízo ao princípio da integralidade da assistência do SUS. Tal situação coloca o Estado e seus órgãos responsáveis pela assistência à saúde da população sob intenso descrédito. Além de não cumprir as decisões judiciais nas ações individuais, os órgãos de saúde pública também descumprem as decisões oriundas das ações coletivas. A sociedade recorre ao PJ, as sentenças lhe são favoráveis com a intervenção coordenada entre o MPRJ e a DPRJ, mas infelizmente não são cumpridas pelo PE, o que torna inócua a solução pretendida a pôr bom termo no conflito. Existe, então, uma flagrante violação do direito fundamental inscrito na CRFB-88. Talvez a interferência de um órgão internacional possa mudar o panorama dessa situação detalhada pela DPRJ. No Brasil, há pelo menos um caso de denúncia internacional que resultou na adoção de políticas públicas: a Lei Maria da Penha, contra a violência doméstica e de gênero, sancionada em 2006, oito após ter sido levado à CIDH (DPRJ, 2018).

Além da questão acima, a DPRJ atua de forma considerável em ações individuais nas quais os medicamentos são a razão do pedido. A DPRJ adota a estratégia de formar e manter grupos de trabalho com a finalidade de estudar e fornecer subsídios para o órgão, sobre o pedido de medicamentos não selecionados pelo SUS. O objetivo é estabelecer uma estratégia para a atuação nos processos judiciais que requisitam o fornecimento de medicamentos fora

das listas do SUS. É uma ação conjunta com pesquisadores do tema, associações de portadores de doenças raras e membros da DPRJ, que denota o ativismo do órgão na questão da saúde pública e no seu envolvimento no fenômeno da judicialização da saúde (DPRJ, 2018).

A DPRJ também ajuizou ações contra o segmento da saúde suplementar, defendendo servidores aposentados do município de Casemiro de Abreu, no Estado do Rio de Janeiro. A Unimed efetuou reajuste abusivo da mensalidade do plano de saúde somente para os aposentados desse município, e os servidores ativos tiveram reajustes bem menores. O Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro (TJRJ) acatou a ACP e deferiu liminar a favor dos servidores aposentados, obrigando o plano de saúde a rever sua política de reajustes (DPRJ, 2018).

A DPRJ é uma exceção no quadro geral das Defensorias Públicas no Brasil, estando presente em 92,6% das comarcas do estado. Talvez isso indique sua grande presença na judicialização da saúde, ao contrário de outros estados.

No Brasil existe um vazio assistencial no sistema de justiça brasileiro no caso das Defensorias Públicas, pois apenas 59,5% dos cargos de DP estão preenchidos no país. E mais, das 2.680 comarcas no Brasil, a DP está presente somente em 755 comarcas, ou seja, 28% do total. (IPEA, 2013).

Há comarcas com mais de 100 mil habitantes que são atendidas por defensores públicos lotados em outras comarcas, caso de Pernambuco e São Paulo. Na comarca de Esplanada, Bahia, os defensores atuam em todas as varas judiciais e ainda fazem atendimento extrajudicial em comarcas vizinhas. No Piauí, os defensores públicos estão presentes em apenas 18,8% das comarcas e no estado do Amazonas, em 27,6%. No Paraná atuam somente dez defensores públicos (IPEA, 2013).

Até a coleta de dados do mapa da situação da DP no Brasil, os estados de Goiás, Amapá e Santa Catarina não tinham sequer um Defensor Público para o atendimento da população. Com essa situação, fica difícil garantir igualdade de acesso da população brasileira ao Judiciário, o que se reflete na garantia do direito individual ao acesso a bens e serviços de saúde por meio do sistema de justiça.

Segundo o mapa da DP, o déficit total no Brasil é de 10.578 defensores públicos para atendimento da população que ganha até três salários-mínimos e busca o auxílio da DP para acessar o sistema de justiça. Embora as atribuições de magistrados, promotores de justiça e defensores públicos sejam distintas, as três carreiras integram o sistema de justiça e têm funções claramente complementares (IPEA, 2013).

Verificando os dados do mapa da DP no Brasil, é oportuno salientar que a judicialização de saúde seria até mais presente, se não fosse o vazio assistencial encontrado no sistema de justiça brasileiro. Tal ausência do Estado configura grave prejuízo à cidadania.

No conflito instalado entre sociedade civil e Estado na questão da judicialização da saúde, o PJ é instigado a resolver uma demanda que é fruto de um processo social, político e econômico. O juiz atua com base na lei e na jurisprudência firmada para garantir direitos. “O papel de guardiões da virtude pública destina-se hoje, aos juristas e, particularmente, aos juízes que se tornam, de forma bastante evidente, a consciência moral da vida social, política e econômica” (GARAPON, 1999, p. 55). A afirmação de Antoine Garapon sobre o PJ na França pode muito bem ser universalizada para as democracias ocidentais do pós-guerra. E sobre os juízes, o autor afirma: “pretendem apresentar-se como o último refúgio da virtude e do desinteresse numa República abandonada pelos seus representantes” (GARAPON, 1999, p. 55).

Em maio de 2018, o MPRJ, no uso de suas atribuições e por meio da 3ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde, ajuizou ACP com pedido de tutela de urgência contra a União, motivado pelo descumprimento das normas estabelecidas ao financiamento da saúde pelo Estado do Rio de Janeiro. O MPRJ alegou que o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), do MS, provoca distorção de dados e compromete a verificação do cumprimento do art. 5º da Lei Complementar nº 141, o qual determina que os estados apliquem, a cada ano, o mínimo de 12% da arrecadação de impostos em ações e serviços públicos no setor de saúde (MPRJ, 2018).

De acordo com o MPRJ, o SIOPS foi um dos principais fatores que permitiram o crescimento exponencial do endividamento da saúde no Estado do Rio de Janeiro, sendo a dívida em janeiro de 2018 de quase R\$ 6 bilhões. E, pior do que isso, o sistema foi também responsável por facilitar ao estado – e, provavelmente, a outros entes da federação – a realização de “pedaladas fiscais”. Ao menos desde 2014, os governos fluminenses vêm aplicando no setor menos que o mínimo legal, a despeito dos dados que constam do sistema de acompanhamento do MS. Ainda de acordo com a ACP, “a pedalada fiscal é permitida e incentivada pelo SIOPS”, fato desastroso para a rede pública de saúde e para o cidadão fluminense. “As ‘pedaladas’ são compromissos que o governo assume, mas não inclui no respectivo orçamento, nem contabiliza como despesa e muito menos dívida.” (GARCIA; AFONSO, 2016, p. 340).

As “pedaladas” do PE fluminense no setor saúde causaram prejuízos e custaram vida de cidadãos. Segundo o documento, o governo do Estado do Rio de Janeiro aplicou: 10,82%

em 2014; 8,81% em 2015; 5,76% em 2016; e apenas 5,10% em 2017 (MPRJ, 2018). A tendência declinante de investimentos em saúde nos últimos quatro anos é muito significativa, com redução de 50% de recursos para o setor, explicando, em parte, os péssimos serviços de saúde prestados aos cidadãos do estado.

Vale ressaltar que o SIOPS é apenas um sistema de informação, resultado da Lei Complementar nº 141, de 2012. É um instrumento de fiscalização do controle social e dos Tribunais de Contas sobre as aplicações mínimas em ASPS nas três esferas de governo. Ao contrário do que pensa o MPRJ, não é o SIOPS que provoca distorções, mas a não aplicação do mínimo legal em saúde pelo governo do Estado do Rio de Janeiro. Aliás, essa prática danosa à sociedade só pode ter sido verificada porque havia o SIOPS para consultar. Está claro na lei que a responsabilidade pela informação dos dados é do declarante, do gestor.

Essa é a sétima ação movida pelo MPRJ em razão da violação da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamentou o art. 198 da CRFB-88, que trata em seus artigos 5º (União), 6º (estados e DF) e 7º (municípios) das bases de cálculo e aplicações mínimas em ações e serviços públicos de saúde. No caso dos estados, o art. 6º diz: “Os estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo 12% (doze por cento) da arrecadação de impostos..., deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos municípios” (BRASIL, 2012).

A nova ACP ajuizada pelo MPRJ pede que a União seja condenada a implementar as alterações necessárias no SIOPS – ou em outro sistema que vier a substituí-lo e nos dele derivados – quanto ao processo de coleta, cálculo e comunicação de informações financeiras e contábeis, inclusive em seu portal de comunicação. O objetivo é que o cômputo e a verificação do cumprimento das normas da Lei Complementar nº 141 excluam as despesas inscritas ao final do exercício em restos a pagar, processados ou não, quando ultrapassarem as disponibilidades de caixa depositadas nas contas bancárias exclusivas dos Fundos de Saúde. Tal medida evitaria que, por meio de manobra contábil, fossem mascarados os baixos investimentos na saúde fluminense. Requer ainda a ACP que a União atualize os dados e corrija os cálculos e visualizações constantes no portal do SIPOS referentes aos últimos cinco exercícios financeiros (MPRJ, 2018).

No caso da judicialização da saúde, o conflito intra-Estado está colocado, com várias instâncias dos três poderes atuando no processo conflituoso. Os órgãos de controle do Parlamento, como o TCU, têm realizado análises técnicas sobre o fenômeno da judicialização, com emissão de pareceres, acórdãos e relatórios sobre o processo. O relatório do Ministro Benjamin Zymler, do TCU, no Acórdão 693-9/2014 sobre a judicialização da saúde, enfatizou

o aumento considerável dos gastos do MS para a aquisição dos medicamentos requisitados. Além disso, citou a fragilidade da gestão da AF e o vazio assistencial, demonstrando a carência de instrumentos de gestão na área.

Documento recente do TCU, o Acórdão nº 1.787/2017 (Anexo G), apresentou uma série de recomendações para o MS e outros órgãos e entidades dos três poderes, propondo ações para mitigar os efeitos negativos da judicialização nos orçamentos e no acesso dos usuários à assistência à saúde. A lista de órgãos e entidades que foram notificadas sobre a existência do acórdão e suas recomendações alcançou mais de duas dezenas. No caso específico de medicamentos sem registro na ANVISA, inclusive os casos *off-label*, solicitava-se aos Conselhos Regionais de Medicina que exigissem o registro das motivações da referida prescrição e o acompanhamento do paciente. Os casos *off-label* deveriam ter o consentimento esclarecido do paciente, ou de seu representante legal, em caso de impedimento do mesmo (TCU, 2017).

Esse Acórdão revela que a maior parte dos gastos com medicamentos judicializados do MS refere-se a itens não incorporados ao SUS, e aponta que os tribunais estaduais com maior número de processos são Rio Grande do Sul, São Paulo e Minas Gerais. Também mostra que os estados de São Paulo, Minas Gerais e Santa Catarina gastaram juntos, entre 2013 e 2014, R\$ 772 milhões, valor superior ao gasto da União no mesmo período (CNJ, 2017). Esta última informação é relevante, pois demonstra que a judicialização pesa também nos orçamentos de saúde de estados e municípios, não poupando os entes federados. Isto se deve à própria legislação do sistema de saúde, que é descentralizado, e há o compartilhamento de responsabilidades pela oferta de bens e serviços de saúde entre os três entes da federação. Segundo o secretário de Controle Externo da Saúde do TCU, Marcelo André Barbosa da Rocha: “estados e municípios estão tendo que **custear** medicamentos que seriam de obrigação da União” (CNJ, 2017, grifo nosso).

Os membros do PJ convergem para o entendimento de garantir o direito à saúde, conforme inscrito na lei maior, mas para atender os cidadãos e não penalizar o PE nas suas decisões, procuram instrumentos técnico-científicos para auxiliá-los nas sentenças sobre o assunto. O consenso alcançado pelos magistrados do país é que respeitar o direito à saúde é manter a vida e a dignidade da pessoa humana. No entanto, isso deve ser feito observando-se as melhores condições técnicas e científicas para o fornecimento de medicamentos e tratamentos, considerando os pareceres de especialistas e de órgãos governamentais da saúde, como a ANVISA e a CONITEC.

O consenso sobre a necessidade da realização de consulta aos órgãos técnicos da saúde

a fim de alicerçar uma decisão judicial está chegando aos tribunais do país, mas continua como certa a decisão de que o Estado tem o dever de fornecer o que está contemplado nas listas oficiais do SUS. Isto é um consenso também para os órgãos de controle da União e dos Estados, inclusive com acórdãos do TCU que citam **a gestão deficiente da assistência farmacêutica como uma das causas da judicialização da saúde.**

Embora a tônica do conflito permaneça, o dever do Estado em atender ao preceito constitucional, o direito à saúde, o PJ e órgãos de controle, como os Tribunais de Contas, veem com bons olhos a limitação dos pedidos de medicamentos aos constantes das listas oficiais. Isso é uma novidade que vai tomando corpo nesse processo longo e constante em que se tornou a judicialização da saúde.

Como visto acima, os atores institucionais presentes ao debate não se furtam a procurar soluções que diminuam o processo e seus impactos negativos sobre o SUS. A agenda do debate continua aberta, e a procura por soluções de todos os órgãos e entidades governamentais para mitigar tal situação evidencia o tamanho do fenômeno para os órgãos do Executivo, Judiciário e Legislativo.

Por ser um processo com vínculo administrativo nos três níveis de gestão do sistema de saúde, a judicialização da saúde e a efetivação do direito à saúde aparecem como tema de debate e aprofundamento das questões relevantes nas gestões das secretarias de Saúde. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) tem, desde 2013, uma Câmara Técnica de Direito Sanitário (CTDS), cujo objetivo é promover o debate de temas relevantes do direito à saúde e contribuir assessorando a Secretaria Executiva do CONASS, sua diretoria e a assembleia de secretários de Saúde, na análise, alteração e formulação de políticas públicas do setor.

Essa Câmara Técnica é constituída de técnicos das áreas de assessoramento jurídico, controle de demandas judiciais e advogados públicos. Sua importância é destacada pelos gestores estaduais que apoiam e fortalecem sua atuação, pois a CTDS subsidia posicionamentos dos gestores estaduais no campo do direito à saúde, a partir da elaboração de teses fundamentadas no campo político e jurídico de atuação da gestão estadual do SUS. Tem como função, ainda, compreender as relações com os entes que compõem o SUS, as advocacias públicas, e então estabelecer diálogos institucionais com o PJ nas diferentes temáticas relacionadas ao direito à saúde e sua judicialização. A CTDS possui um grupo de trabalho (GT) só para tratar do tema da judicialização da saúde (CONASS, 2018).

O conflito entre os órgãos de governo e de Estado se amplia à medida que cada órgão ou autarquia toma decisões que afetam diretamente a gestão da saúde, principalmente na

questão de medicamentos. Ao determinar, em todo o território nacional, a suspensão da importação, distribuição, comercialização e uso de vários medicamentos para tratamento de doenças como leucemia aguda e linfomas, a ANVISA, através da Resolução-RE nº 246, de 31 de janeiro de 2018, contribuiu para o aumento das demandas judiciais no início desse ano, criando um conflito com os gestores de saúde que se veem às voltas com as demandas judiciais.

Tal fato provocou a manifestação do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), que enviou ofício ao MS solicitando esclarecimentos ao órgão e, também à ANVISA, alertando esses órgãos para as consequências clínicas provenientes da interrupção do fornecimento dos medicamentos para os pacientes. O CONASEMS comunicou no ofício que as dificuldades para aquisição de medicamentos e insumos estratégicos pelas esferas gestoras do SUS têm sido recorrentes, atingindo medicamentos que são essenciais como terapia de primeira linha no tratamento de doenças graves, como as citadas acima. Os gestores municipais também estão encontrando dificuldades para adquirir medicamentos mais simples, que tiveram sua produção descontinuada, gerando prejuízo inestimável para as pessoas que precisam de uma simples penicilina e até mesmo colocando em risco as vidas dos pacientes (CONASEMS, 2018).

O CONASEMS, preocupado com a judicialização da saúde para fornecimento de medicamentos, sua escassez no mercado nacional e a impossibilidade de realizar a importação de medicamentos e insumos estratégicos sem o aval técnico da ANVISA, participou em Brasília, no dia 09 de junho de 2018, do seminário “O papel dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais no Acesso aos Medicamentos no SUS”. Com o objetivo de debater os gargalos na fabricação de medicamentos no Brasil, gestores e técnicos dos três níveis de gestão do SUS, representantes da cadeia de produção e distribuição de medicamentos para a saúde pública do Brasil estiveram presentes (CONASEMS, 2018).

No evento, promovido pela Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais do Brasil (ALFOB), o presidente do CONASEMS, Mauro Junqueira, destacou os problemas gerados pela falta de interesse da indústria farmacêutica na produção de medicamentos de baixo custo:

[...] uma lista de itens que são importantes para milhões de usuários do SUS, mas não são atrativos para a indústria tem a fabricação descontinuada, os municípios não conseguem concluir processos licitatórios por falta de oferta e acabam ficando desabastecidos, isso gera um enorme impacto no SUS. (CONASEMS, 2018, s/p).

Citou, ainda, a burocracia relacionada às boas práticas de produção, que causou a falta

de penicilina no país. O desabastecimento desse medicamento, único para o tratamento da sífilis congênita, deixou usuários desassistidos. Segundo gestores e especialistas, há o risco de desabastecimento em áreas que são vitais e que poderiam ser mais bem geridas se houvesse produção desses medicamentos pelos laboratórios públicos.

O presidente da ALFOB, Ronaldo Dias, presente no encontro, afirmou que: “falta aos laboratórios um entendimento mais completo das demandas específicas de estados e municípios, o que propiciaria um planejamento mais adequado sobre o que pode e deve ser produzido e por quanto pode ser produzido” (CONASEMS, 2018, s/p).

A questão da saúde transcende em muito aquilo que se convencionou chamar de *judicialização da saúde*. Existem fatos novos, conflitos novos e com temas que se sobrepõem na agenda desse processo, tornando o debate cada dia mais dinâmico e interdisciplinar. Sua abordagem necessita de uma visão extracampo da saúde e do direito, e talvez, as Ciências Sociais e a Economia sejam as melhores disciplinas para seu estudo, pois permitem aos pesquisadores ampliar o exame de processos que auxiliam a entender a complexidade que é a judicialização da saúde.

3.3 Consequências dos conflitos intra-Estado e sociedade-Estado no fenômeno da judicialização da saúde

Os conflitos oriundos do fenômeno da judicialização trazem consequências ao Estado e à sociedade, muitas delas frutos de consenso entre os órgãos e agentes públicos envolvidos no processo. Há também uma constante busca dos órgãos públicos e seus agentes com vistas a reduzir as consequências negativas do fenômeno da judicialização. Não há como negar o fortalecimento da democracia e da cidadania como um dos resultados do processo – pode-se afirmar que é o encontro da sociedade com seus direitos fundamentais.

Uma consequência positiva da judicialização da saúde é o estabelecimento de parcerias entre os órgãos dos poderes da República, especialmente o PJ e o PE. É uma tentativa de dialogar sobre um problema comum e encontrar meios para solucionar um conflito em que o maior beneficiário dessa solução é a sociedade. É fato inédito, no Estado brasileiro, o aprimoramento de sistemas de controle e efetivação das políticas públicas de saúde através de parcerias entre os sistemas de Saúde e de Justiça.

As dificuldades para compreender a ação prescritiva médica para decidir as demandas de saúde levaram o STF a realizar a Audiência Pública nº 04, em abril e maio de 2009. Na

ocasião, o STF colheu subsídios do Sistema de Saúde e do Sistema de Justiça, a fim de decidir a Suspensão de Tutela Antecipada – STA nº 175/CE. Depois dessa Audiência Pública, na qual foram discutidas questões relativas às demandas judiciais relacionadas à assistência à saúde, o CNJ editou a Portaria nº 650, de 20 de novembro de 2009, criando um grupo de trabalho para estudo e proposta de medidas concretas e normativas para as demandas judiciais. A portaria se encontra nos Anexos desta tese.

Posteriormente, o CNJ criou o Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde e editou as Recomendações nºs 31/2010 e 36/2011 (Anexos A e C, respectivamente), sugerindo medidas de aperfeiçoamento do PJ, entre as quais a disponibilização de apoio técnico composto de médicos e farmacêuticos, para auxiliar os magistrados na formação de um juízo de valor na apreciação das questões clínicas das ações relativas à saúde. Essas Recomendações podem ser consideradas o início de uma série de documentos que irão privilegiar o tema da judicialização na relação entre os sistemas de Justiça e de Saúde. A Recomendação nº 31 vai além da proposição de apoio técnico de profissionais de saúde para auxiliar os magistrados em suas decisões sobre ações de saúde. A Recomendação nº 36 é destinada a tratar a matéria da judicialização na área da saúde suplementar.

Alguns tribunais se organizaram e criaram Núcleos de Apoio Técnico (NAT). Foram pioneiros Rio de Janeiro e Minas Gerais, que criaram estruturas, sobretudo para as decisões liminares. O Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais criou um banco de dados com as notas técnicas produzidas, disponibilizadas eletronicamente.

A criação dos NATs foi importante para aperfeiçoar a atuação do PJ, contribuindo para uma maior racionalização das decisões judiciais, produzindo resultados que estão se mostrando positivos. Os NATs oferecem um suporte que sustenta com mais robustez as decisões judiciais e oferecem um grau maior de assertividade na condução do processo em si. Além disso, esses núcleos permitem que os profissionais de saúde que atuam no mesmo possam de antemão verificar deficiências da assistência à saúde e assim interagir com a gestão para correção das deficiências. De várias maneiras, são salutares ao processo de judicialização a criação e a ampliação do número de núcleos em todo o país. O NAT é uma das consequências exaltadas em estudos sobre o tema (ASENSI; PINHEIRO, 2015).

As consequências da interação do PJ no fenômeno da judicialização da saúde não cessam com as Recomendações nºs 31 e 36 do CNJ. Há uma continuidade de ações e medidas que as instituições de justiça aplicam, na constante busca por uma melhor ação decisória na situação conflituosa instalada. Em 2014, o CNJ publicou a Consolidação de Enunciados do Comitê Executivo do Fórum Nacional de Saúde do CNJ no Rio de Janeiro, elaborada pela

Juíza Maria Paula Gouvea Galhardo, do TJRJ. Compreende as conclusões no âmbito da oficina de trabalho do Comitê Executivo do Fórum Nacional de Saúde do Conselho Nacional de Justiça no Rio de Janeiro, intitulado “Os desafios da tutela judicial do direito público à saúde”, realizado em 30 de junho de 2011, na Faculdade de Direito da Universidade Federal Fluminense. Os enunciados podem ser considerados umas das consequências positivas resultantes do conflito entre os poderes de Estado, pois apresentam sucintamente os pontos fundamentais para melhorar a qualidade do entendimento do fenômeno da judicialização, além de fomentarem a participação mais ativa da gestão na diminuição do número de ações. O objetivo é dotar o sistema de saúde e o sistema de justiça de meios para conhecer melhor o fenômeno da judicialização, controlar sua ocorrência e encontrar soluções para que sua prevalência diminua. Esse documento também se encontra nos Anexos desta tese.

O PJ, na constante busca por aprimorar sua participação na judicialização da saúde, criou, através da Portaria nº 8 do CNJ, de 02 de fevereiro de 2016, o Comitê Organizador do Fórum Nacional do Poder Judiciário, para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde. Todas essas medidas são consequências positivas da ação do PJ na judicialização, são melhoras de instrumentos de gestão e de disponibilização das políticas públicas de saúde à população. O texto da Portaria CNJ nº 8 encontra-se nos Anexos da tese.

As consequências do conflito intra-Estado parecem fortalecer a democracia, já que os vários órgãos envolvidos buscam o diálogo como forma de estabelecer um entendimento para o julgamento das ações. Em parceria com o MS e o Hospital Sírio Libanês, de São Paulo, o CNJ vem adotando uma série de ferramentas para se adaptar ao crescente número de ações judiciais na Saúde, não só no âmbito do SUS, como também na Saúde Suplementar. Em março de 2018, uma dessas ferramentas foi lançada, o e-NatJus, uma plataforma, disponível no portal eletrônico do CNJ, para consulta de magistrados. Pode ser usada pelos Núcleos de Avaliação de Tecnologia em Saúde (NATS) e Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NAT-JUS); os magistrados podem acessar as bases de dados para análise de evidências científicas, incluindo a Biblioteca Cochrane do Brasil, e outros acervos científicos, se houver necessidade (AGÊNCIA SAÚDE, 2018).

São consequências da judicialização que conduzem a uma mudança na visão do papel do Estado, principalmente na questão de distribuição de recursos, as relações entre direitos individuais e direitos coletivos, além dos direitos contratuais, no caso das operadoras de planos de saúde privados. O banco de dados do projeto contém também Notas Técnicas (NT) e Pareceres Técnico-científicos (PTC) elaborados pelos Núcleos de Avaliação de Tecnologias (NAT) e os Núcleos de Apoio Técnico aos Tribunais de Justiça (NAT-JUS). Além disso, os

núcleos elaboram NT e PTC sobre tema apontado pelo CNJ ao MS para avaliação da CONITEC. Nesse programa, o CNJ gerencia o processo e os fluxos de demandas e informações, mantém o banco de dados, expedição e divulgação de relatórios. E ainda, identifica os temas recorrentes nas ações judiciais, apontando para o MS a necessidade de avaliação da CONITEC (AGÊNCIA SAÚDE, 2018).

Além do NAT e NAT-JUS, recentemente foram constituídas as Câmaras de Resoluções de Litígios de Saúde (CRLS). Trata-se de um avanço para o enfrentamento da questão, pois elas aliam os órgãos do sistema de Justiça e do sistema de Saúde num espaço no qual vários profissionais dos dois sistemas podem atuar para um melhor encaminhamento da questão judicial na saúde. A estratégia adotada é evitar a via judicial para garantir à assistência à saúde, propondo como alternativa viável a solução administrativa. Desta forma, poupa-se tempo desperdiçado nas ações judiciais e diminuem-se os custos, tanto para o sistema de Saúde, quanto para o sistema de Justiça. Essa iniciativa agiliza o procedimento para o atendimento do cidadão, na medida em que a solução encontrada para a demanda pode ser suprida através da intervenção dos profissionais da CRLS, diretamente com a gestão das secretarias de Saúde que fazem parte do programa (GUIMARÃES; PALHEIRO, 2015).

O Tribunal de Contas da União, órgão de assessoramento e fiscalização dos poderes da República no âmbito orçamentário, examina as despesas no orçamento do MS; a partir daí, indica medidas para diminuir a incidência da judicialização de saúde. Para o TCU, uma das consequências salutaras para os órgãos do sistema público de saúde é que as deficiências da gestão apresentadas no processo podem ser, em princípio, sanadas com mais agilidade nos processos de licitações para compra de medicamentos. Deve-se observar um tempo mínimo para tal atividade, a fim de não deixar as unidades de saúde sem os medicamentos essenciais à população (TCU, 2014a).

É oportuno salientar que, no caso da judicialização da saúde suplementar, além do conflito sociedade/Estado, há o conflito sociedade/Estado/mercado. A situação jurídica e política desse conflito ganha um componente adicional, o mercado financeiro. Mas a solução continua nas mãos do Estado, através dos poderes da República, seja legislando, executando ou julgando. É o poder estatal, o único habilitado e outorgado, através do contrato social e político que é a Constituição da República, apto a garantir, através de políticas públicas, o direito à saúde inscrito na Carta. E a saúde suplementar conta com uma agência reguladora para o setor, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão vinculado ao MS. Em setembro de 2018, os planos de saúde atendiam a 47.292.741 de pessoas (ANS, 2018).

O setor econômico na saúde pública, além da oferta de planos de saúde privados, está

muito presente nas inovações tecnológicas ligadas à saúde. A avaliação de tecnologia em saúde (ATS) surge nos países desenvolvidos em face dessa preocupação, com o objetivo de subsidiar as decisões políticas quanto ao impacto da tecnologia em saúde. “ATS é um campo multidisciplinar de análise de políticas, que estuda as implicações clínicas, sociais, éticas e econômicas do desenvolvimento, difusão e uso da tecnologia em saúde” (GOODMAN, 2014, p. 4).

A pressão da indústria farmacêutica, de equipamentos e outros insumos para a saúde sobre os profissionais e gestores de saúde, aliada à propaganda nos meios de comunicação para incorporação de novas tecnologias, é uma constante no mundo. Também se faz presente no Brasil, ainda mais com um sistema de saúde público universal. Esse fato torna o SUS o maior comprador de equipamentos, medicamentos e outros insumos de uso no setor de saúde. Além disso, há uma cultura de médico e dos pacientes, de que um bom atendimento deve ser acompanhado de uma série de requisições de exames sofisticados e caros.

É bom frisar que tecnologias em saúde são “todas as formas de conhecimento que podem ser aplicadas para a solução ou a redução dos problemas de saúde de indivíduos ou populações” (PANERAI; PEÑA-MOHR, 1989, p. 1). Não se restringe a medicamentos, equipamentos e procedimentos, às vezes de alto custo. Tecnologias simples também são eficazes na assistência à saúde, e mesmo um sistema organizacional é uma tecnologia em saúde.

A preocupação do MS com a incorporação de novas tecnologias em saúde acompanha o crescimento da judicialização da saúde. Em 2006, o MS criou a Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde (CITEC), com a finalidade de avaliar as tecnologias e submeter sua incorporação às evidências científicas de que as novidades são benéficas à saúde da população brasileira. Esse passo foi fundamental para um sistema de saúde universal e que adota a integralidade das ações e serviços de saúde em todas as etapas do processo saúde-doença. Sobre os medicamentos, especificamente, a essencialidade é observada, porque a Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) usada pelo SUS é revista e atualizada, e orienta os prescritores que atuam no SUS.

Caetano et al. (2017, p.2) afirmam que: “desde a criação da CONITEC em 2011 mais de 100 novas tecnologias foram incorporadas ao SUS até 2014”. O órgão se reveste de grande importância para o sistema de saúde nacional, pois além de avaliar as novas tecnologias para eventual incorporação ao SUS, ela avalia também as tecnologias existentes, em uso no sistema público de saúde, retirando de uso aquelas já obsoletas ou mesmo as que passam a oferecer riscos à saúde da população.

Mais ainda, a CONITEC realiza estudo de impacto econômico de novas tecnologias e se a incorporação ao SUS representa ganho de custo e efetividade sobre a tecnologia já existente. Não é racional trocar de tecnologia só porque ela é uma novidade; deve-se provar sua eficácia e ganho para as investigações clínicas e de tratamentos.

A criação da CONITEC constitui certamente um amadurecimento da institucionalização da ATS no sistema de saúde brasileiro. Sua estruturação representa, hoje, um aspecto central no complexo processo de tomada de decisão que rege o financiamento e o acesso a produtos farmacêuticos no SUS. (CAETANO et al., 2017, p.11).

Essa avaliação para incorporação de tecnologias é constante nos sistemas de saúde modernos, pois a inovação tecnológica é muito rápida. No caso da saúde, a incorporação de uma tecnologia nova não quer dizer o abandono da antiga, pois ambas podem conviver por muito tempo, sendo oferecidas aos pacientes, como por exemplo, os raios X, que continuam a ser utilizados, mesmo depois da incorporação da tomografia computadorizada e da ressonância magnética. Isso resulta num contínuo aumento de estoque de tecnologias de saúde disponíveis, e mesmo algumas que se mostram inefetivas ou obsoletas demoraram muito tempo para que fossem efetivamente abandonadas (PANERAI; PEÑA-MOHR, 1989).

Quando a incorporação de tecnologia é de baixo custo, é assimilada pelo sistema de saúde de forma mais rápida, mas quando se trata de tecnologia de alto valor, ela deve ser analisada de maneira mais criteriosa, pois o custo-benefício de implantá-la é dividido por toda a sociedade. Tudo isso faz com que a CONITEC tenha papel essencial na gestão da saúde pública; e mais, suas decisões vão atingir também o sistema de saúde suplementar, pois as tecnologias também são incorporadas por serviços de saúde particulares e os que atendem à população que utilizam os serviços por meio de planos e seguros de saúde.

A CONITEC, órgão responsável pela avaliação e incorporação tecnológica no SUS, tornou-se uma das estruturas mais importantes na solução ou diminuição do fenômeno da judicialização. Passou a ter posição decisória no desfecho de várias ações judiciais em saúde, a partir da responsabilidade outorgada ao órgão para inclusão de novos produtos nas listas oficiais do SUS. Como consequência positiva do fenômeno da judicialização da saúde, a CONITEC possui condições técnicas e científicas para permitir a inclusão ou não de determinada tecnologia. Tem a missão precípua de garantir o direito à saúde da sociedade brasileira, protegendo-a de eventuais riscos sanitários e permitindo a inovação em saúde de forma harmônica com o sistema de saúde universal, além de garantir que os usuários do SUS, ao utilizarem as novas tecnologias, estejam amparados pela segurança e boa qualidade do produto.

Outra iniciativa de parte da União, como consequência provável da judicialização, foi a promulgação da Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, que alterou a Lei nº 8.080/90, ao acrescentar à redação do art. 1º, Título II, que trata da assistência terapêutica e da incorporação de tecnologias em saúde, a observação dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para a oferta de produtos apropriados ao diagnóstico da doença ou do agravo à saúde. Tal medida dota o SUS de um grande arcabouço de protocolos clínicos para estabelecer os tratamentos e medicamentos a serem usados no adoecimento dos usuários. Faz-se necessário, contudo, executar periodicamente a revisão de protocolos, pois os tratamentos e medicamentos estão sempre em constante mudança, e adaptações são condições mais que necessárias ao bom desfecho de cada situação particular (BRASIL, 2011).

Uma das consequências do fenômeno da judicialização da saúde é o fortalecimento da atuação regulatória dos produtos para a saúde, sobretudo os medicamentos, realizado pela ANVISA. Criada pela Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, tem por finalidade promover a proteção da saúde da população brasileira, através do controle sanitário da produção e consumo de produtos e serviços sujeitos a sua regulação e fiscalização. Incluem-se aí os ambientes, processos, insumos e tecnologias, além do controle de portos, aeroportos, fronteiras e alfândegas, em ação coordenada e integrada no âmbito do SUS. Portanto, a ANVISA é uma instituição promotora de saúde, cidadania e desenvolvimento, e como tal é um órgão protagonista no campo da regulação e do controle sanitário nacional e internacional (BRASIL, 1999).

A ANVISA possui quatro instrumentos principais de contato com a sociedade: audiência pública, consulta pública, edital de chamamento e tomada pública de subsídios. Esses mecanismos são importantes, sobretudo na área de medicamentos, pois são as ferramentas de que os interessados em verem os medicamentos registrados pela agência devem se apropriar. A indústria farmacêutica acompanha com atenção todos esses chamamentos realizados pela ANVISA, assim como as associações de pacientes portadores de doenças raras que necessitam de medicamentos em processo de avaliação para registro e liberação de uso no Brasil (ANVISA, 2018).

3.4 Síntese dos consensos e dissensos sobre a judicialização da saúde no capítulo 3

As decisões tomadas pelo PJ, PE, órgãos de controle como o TCU, agências

reguladoras e demais agentes públicos diante da judicialização da saúde demonstram a magnitude do conflito. Embora os órgãos de governo e Estado busquem uma solução para o fenômeno da judicialização da saúde, e apesar das tentativas válidas de mediação, sua prevalência indica sua tendência de crescimento. Além de ser um fenômeno multifatorial, como várias pesquisas apontam, as condições jurídicas, econômicas e sociais estão fornecendo fundamentos sólidos para que o processo aumente, ao invés de diminuir.

O conflito entre Estado e sociedade e intra-Estado e seus órgãos a um só tempo é jurídico, político, social e econômico. São polos variados, não há apenas o tradicional conflito entre Estado e sociedade como um conflito de classes; sua configuração é muito heterogênea: existem demandas judiciais para que o SUS forneça tratamentos e medicamentos dos mais simples aos complexos, sendo que alguns tratamentos e medicamentos nem sequer foram avaliados pelos órgãos responsáveis por sua aprovação e incorporação. E mais, nem sempre a aprovação de um medicamento pela ANVISA resulta em incorporação dele ao SUS, pois isso depende da avaliação da CONITEC. Ou seja, são órgãos distintos que participam do mesmo evento com funções e características diferentes. O cidadão que precisa de uma substância nova que permita melhorar seu estado de saúde acredita que está sendo postergado seu direito em obter o medicamento, ou o tratamento inovador.

O direito à saúde inscrito na CRFB-88 ampara a sociedade e viabiliza que o fenômeno da judicialização da saúde continue e até aumente. O SUS pode se capacitar com várias ferramentas de gestão e melhorar sua eficiência na prestação de serviços e ações de saúde, mas é essencial que os governos aumentem os investimentos em saúde. Infelizmente, o que se observa nos últimos três anos é o desprezo pelos investimentos mínimos preconizados pela legislação: o Estado está se retraindo nas ações sociais e o mercado ganha espaço nas ações dos governos. São as eternas mãos do Estado descritas por Bourdieu, “a mão esquerda é o gasto social e a mão direita, o mercado” (BOURDIEU, 2001, p. 56). Parece que recentemente foi escolha dos governos abrir a mão direita, em detrimento dos investimentos sociais, principalmente da saúde.

O neoconstitucionalismo, que dá suporte às ações judiciais, promove uma democratização dos serviços da Justiça. Essa é uma consequência positiva porque a população com menos recursos financeiros passa a exercer um papel que até então era guardado para os mais afortunados. Interpelar judicialmente os órgãos públicos não era comum até o fim do século passado para as pessoas mais vulneráveis socialmente, e essa talvez seja uma das consequências mais benéficas para a sociedade. A população mais pobre consegue acessar o sistema de Justiça, fato inédito numa sociedade tão desigual como a brasileira.

Uma das vertentes verificadas em vários estudos sobre a judicialização é a força que a CRFB-88 tem na promoção dos direitos sociais e o respeito aos direitos conquistados que a Justiça faz valer. A judicialização da saúde, sob esse prisma, é o resultado de decisões justas, que refletem o interesse social. Para Habermas, é a combinação da soberania do povo juridicamente institucionalizada (a democracia representativa) com a soberania do povo não institucionalizada (a democracia direta). Para que isso seja possível, é indispensável preservar espaços públicos autônomos, a extensão da participação dos cidadãos, a domesticação dos meios de comunicação de massa e a função mediadora de partidos políticos não estatizados (HABERMAS, 1997).

Em seu aspecto social, o direito à saúde privilegia a igualdade. A norma jurídica que determina esse direito na CRFB-88, quando formulada pelo legislador, procurou estabelecer um bem comum. A universalização do direito à saúde é a tentativa de fazer valer o bem-estar para todos no campo da saúde. Esse é o cerne do direito instituído, ele é para todos, e de forma que atenda a todas as expectativas para a cura das doenças. Tal situação leva as pessoas a solicitarem judicialmente qualquer tratamento, disponibilizado ou não pelo SUS.

Uma avaliação sobre a relevância da Audiência Pública nº 4, realizada em 2009, pelo STF, é que a mesma conseguiu estabelecer uma forma dialógica com os órgãos do Poder Executivo. A criação do Fórum Nacional de Saúde do CNJ e, posteriormente, as Recomendações nº 31/2010 e nº 36/2011, resultado da AP nº 4, foram passos importantes na tentativa de estabelecer um diálogo interinstitucional sobre um desafio comum. Uma das vertentes sobre o tema é a institucionalização de instâncias de suporte técnico-científico aos magistrados, iniciando um processo de integração dos saberes dos campos do direito e da saúde.

É oportuno citar uma das características da judicialização, a concentração de ações individuais, embora vários agentes do direito, de renome no campo jurídico, externem seu pensamento em prol das ações coletivas em saúde. Elas se revelam mais eficazes na proteção desse direito, de forma coletiva, e o próprio CNJ, em suas recomendações aos magistrados, não espousa a tese que privilegia as ações coletivas. O STF continua julgando ações individuais e formando jurisprudência sobre o tema, já que não pode se eximir de julgar ações em que a constitucionalidade está em prova. O PJ não pode deixar de examinar matéria na qual o artigo infringido é cláusula pétrea da Carta Constitucional. “No âmbito constitucional, o direito à saúde está associado ao direito à vida, assim ele não pode ser excluído do resguardo que lhe foi alçado pela Carta e pelas legislações posteriores” (ASENSI; PINHEIRO, 2012, p. 4). Pode-se dizer que esse é o pilar que estabelece a grande relevância do direito à saúde, e a

inevitável interpretação social que o PJ lhe confere.

Os estudos sobre a judicialização mostraram que a via judicial é unicamente utilizada para fazer valer ações curativas. Não há ações judiciais para ações preventivas, o que demonstra que estas, como vacinação, controle do tabagismo, entre outras, são eficazes e que houve avanço na implantação e execução de programas preventivos de saúde pública.

É singular o caso da importação de medicamentos para atender à judicialização, no qual o ministro da Saúde, Ricardo Barros, tomou uma decisão paradoxal, pedindo à sociedade civil que acionasse judicialmente a ANVISA. A dinamicidade dos eventos é um novo ingrediente nas relações que permeiam a judicialização da saúde. O conflito intra-Estado e entre órgãos de governo toma novos contornos, amplia-se o universo da contenda, há novos atores institucionais no debate e o horizonte da solução do conflito fica cada vez mais distante. Neste caso, a pesquisa documental e da imprensa se mostra essencial para aprofundar a discussão do tema.

Os conflitos entre municípios limítrofes que acenam com a regionalização e as pactuações intermunicipais para garantir a transferência de pacientes podem não ser um caso isolado (NUNES, 2016). Existem também situações, como a do DF, em que a gestão municipal acaba atendendo usuários do SUS de outros municípios porque uma decisão judicial foi concedida (CNJ, 2017). Esses conflitos tendem a surgir com mais frequência em virtude da situação econômica e social que vive o país. As gestões locais vêm trabalhando nos últimos anos com orçamentos menores, e a necessidade de ações e serviços de saúde tende a crescer. Os casos aqui citados devem se repetir em outras gestões municipais, o que amplia o alcance da judicialização, no momento em que o Estado brasileiro está mais vulnerável economicamente e a população mais desassistida.

Na revisão bibliográfica realizada, há escassez de estudos que discutam o potencial de as ações judiciais causarem mais desigualdades no país, considerando os orçamentos públicos. É uma lacuna que deve ser preenchida, dada a situação atual do financiamento para a saúde pública e a contenção orçamentária prevista para os próximos anos.

São consensos e dissensos de um conflito intra-Estado, em que os atores institucionais são tomadores de decisões, às vezes mais conflitantes que o processo litigioso em si. A pesquisa documental e de imprensa mostra-se hoje essencial para aprofundar a discussão do tema, e a dinamicidade dos eventos é um novo ingrediente nas relações sociais que permeiam a judicialização da saúde.

No entanto, a Justiça não tem o poder de promover a igualdade nos serviços de saúde, pois ela responde a uma provocação vinda da sociedade. Essa mobilização social junto ao

fortalecimento do PJ pós-CRFB-88, e por fim, a um ativismo jurídico incorporado pela maioria dos juízes, é o que está fornecendo os meios legais para a continuidade do fenômeno da judicialização. Não só da saúde, mas também de uma judicialização da política. A preocupação fundamental é, cada vez mais, com a “justiça social, isto é, com a busca de procedimentos que sejam conducentes à proteção dos direitos das pessoas comuns” (CAPPELLETTI, 1988, p. 93).

Em 19/10/2017, o STF iniciou o julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 5.595, que questiona os dispositivos aprovados pela EC 86/2015. Foi a primeira vez que o STF se debruçou sobre o aspecto orçamentário do direito à saúde. Fato inédito, pois o STF sempre se posicionou a respeito do direito à saúde na questão do acesso aos bens e serviços – a judicialização da saúde – a justiça do caso concreto e individual, a microjustiça. Agora, terá que avaliar critérios de justiça distributiva – o quanto disponibilizar e a quem atender, na perspectiva de macrojustiça (ABRASCO, 2017).

O julgamento dessa ADI é muito importante, pois mostrará à comunidade jurídica e à sociedade que os direitos sociais devem ser implementados pelo Poder Público mediante a garantia do orçamento adequado, não permitindo retrocesso social. Outras ADIs estão em andamento no STF por conta da EC 95/2016.

É um fato novo, o desafio de garantir os direitos sociais, especialmente o direito à saúde, mediante a avaliação e o julgamento do STF para impedir o PE de executar orçamento insuficiente para a efetivação desse direito. É uma mudança de foco, das ações individuais para atendimento do interesse coletivo; essencial para não permitir retrocessos no financiamento do SUS (ABRASCO, 2017).

No Brasil, os direitos sociais são relativamente recentes, e logo depois de sua promulgação constitucional, eles vêm sofrendo ataques constantes. Tal fato torna o ativismo judicial salutar para a democracia e o Estado de Direito, se esse ativismo for acompanhado de uma atenção centrada nas questões mais relevantes para a sociedade. “No Estado de direito, o indivíduo tem, em face do Estado, não só direitos privados, mas também direitos públicos. O Estado de direito é o Estado dos cidadãos” (BOBBIO, 2004, p. 59).

4 A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: ELEMENTOS PARA UMA ANÁLISE PROSPECTIVA DA QUESTÃO

Na revisão bibliográfica sobre a judicialização da saúde descrita no capítulo 2, ficou evidente que dois fatos mencionados caminhavam em sentidos opostos: o aumento das despesas com ações judiciais e a diminuição de investimentos no setor saúde. Os gastos com a judicialização estão na contramão do ajuste fiscal. A redução do fenômeno da judicialização da saúde é essencialmente dependente de mais investimentos no SUS, mas o equilíbrio fiscal é o cumprimento da regulação de controle de gastos. Existe um hiato entre o orçamento desejado e necessário para a saúde pública e aquele possível mediante a nova regra fiscal. Dessa forma, o recurso ao PJ continua sendo uma das formas de garantir o direito à saúde inscrito na Constituição.

Boa parte dos estudos sobre judicialização da saúde tiveram um viés retrospectivo. Durante pouco mais de vinte anos, esse fenômeno foi visto de forma dicotômica: o direito à saúde observado em sua forma individual *versus* o direito coletivo e a reserva do possível. Porém, com a adoção do Novo Regime Fiscal e a promulgação da EC-95 em dezembro de 2016, houve uma mudança no panorama do financiamento das áreas sociais do governo e a atenção dos pesquisadores se viraram nessa direção.

Estudos mais recentes compilados na revisão da bibliografia fizeram abordagens significativas a respeito da situação fiscal e o que isso representa para o financiamento do SUS. Já em 2009, pesquisadores se referiam ao crescimento dos custos e à escassez de recursos na saúde pública:

O descompasso entre as necessidades de saúde da população, sempre crescentes, e os custos para atendê-las, cada vez maiores, torna o problema da escassez de recursos ainda mais complexo e difícil e a determinação do conteúdo do direito à saúde mais delicada. (FERRAZ; VIEIRA, 2009, p. 235).

No percurso da revisão bibliográfica realizada, alguns trabalhos desenharam o panorama da atualidade investigada, iniciando uma prospecção do quadro fiscal brasileiro e suas implicações para o SUS e a judicialização da saúde. Sobre esse tópico, podem ser citados os trabalhos de Vieira (2016), Vieira; Benevides (2016), David; Andreilino; Beghin (2016) e Vieira (2018). E mais, os documentos oficiais da CONJUR/MS (nos Anexos desta tese) traduzem a inegável preocupação do MS com a questão dos recursos gastos para atender à judicialização da saúde. Nesses trabalhos, verificou-se o aumento de gastos com

medicamentos da judicialização por parte da União. Se não houver uma inflexão do fenômeno da judicialização o quadro pode se agravar, devido à fragilidade fiscal do país.

Sobre a questão fiscal, a saúde depende muito do cenário para finanças estaduais e municipais. Na atualidade, com estados em condições falimentares e municípios com restrições para expandir suas bases fiscais, a saúde pública corre sério risco de não cumprir suas obrigações constitucionais (AFONSO, 2018).

Os trabalhos de David, Andreilino e Beghin (2016) e Vieira (2018) citam o aumento expressivo das despesas com aquisições de medicamentos. “O gasto com medicamentos do MS cresceu em termos reais, 52,9% (de R\$ 10,2 bilhões para R\$ 15,5 bilhões) entre 2010 e 2016” (VIEIRA, 2018, p. 19). “Entre 2008 e 2015 os recursos alocados para a judicialização de medicamentos aumentaram em mais de dez vezes em termos reais, passando de R\$ 103 milhões em 2008 para R\$ 1,1 bilhão em 2015.” (DAVID; ANDRELINO; BEGHIN, 2016). Junto aos documentos elaborados pela CONJUR/MS, tais trabalhos mostraram a dimensão das despesas com medicamentos realizadas pelo MS e a inegável contribuição dos gastos com medicamentos das ações judiciais no peso desse crescimento.

Além disso, os trabalhos supramencionados iniciam uma discussão sobre a importância do orçamento público para o financiamento das ASPS. As condições ideais para um bom financiamento da saúde pública dependem do equilíbrio fiscal dos governos. Assim sendo, o presente capítulo tratará dos elementos essenciais para uma análise prospectiva da questão da judicialização, tais como: o financiamento do SUS, a carga tributária, os últimos orçamentos anuais do MS e as despesas da União com a judicialização da saúde. E também, as crises fiscais recentes (1993-1997 e 2014-2018) e os ajustes fiscais realizados e em andamento.

Os elementos citados acima são relevantes para a análise prospectiva da judicialização da saúde. A austeridade fiscal começou a ser implantada em 2015, início do segundo mandato da Presidente Dilma Rousseff, e foi acentuada em 2016, com a edição da EC 95. São novidades que impactam negativamente o financiamento das áreas sociais do governo, que se dá ao atrelar os gastos públicos por vinte anos à variação anual do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Ainda que o país tenha crescimento econômico em torno de 2,0% do PIB, as perdas para a saúde serão volumosas, como descrito nos trabalhos de Vieira e Benevides (2016), entre outros.

Boa parte dos trabalhos apresentados no capítulo 2 discutiam o subfinanciamento crônico como uma das causas da judicialização da saúde. Mas o futuro do direito à saúde e da judicialização se deparam com um quadro de pouco dinamismo econômico e o

desfinanciamento progressivo do SUS em decorrência da aplicação da EC-95, o que impede a criação ou adoção de medidas que impliquem reajuste de despesa obrigatória acima da variação da inflação.

Segundo Vieira e Benevides (2016):

Trata-se, portanto, de uma reforma implícita do Estado: a EC 95 dá corpo ao “Novo Regime Fiscal” (NRF), sem revelar a real intenção de reduzir a participação das despesas primárias em relação ao Produto Interno Bruto (PIB), implicando a redução da participação do Estado em diversas políticas públicas, entre as quais as de saúde e de educação. Não é por outra razão que a proposta do NRF surge como emenda à constituição, dado que essas duas políticas têm percentuais garantidos de receitas definidos na CF 1988. Ou seja, se a intenção da EC 95 não fosse reduzir a participação das despesas com saúde e educação em proporção ao PIB, tal reforma não necessitaria ser inscrita na Constituição. (VIEIRA; BENEVIDES, 2016, p. 4).

A novidade apresentada com a promulgação da EC-95 é um desafio de longa temporalidade. Serão vinte anos de vigência desse novo arranjo fiscal, uma condição financeira impeditiva para a manutenção e ampliação das ações e serviços públicos de saúde.

4.1 O financiamento do SUS: o que foi planejado, o executado e o futuro

A CRFB-88 consagrou os direitos de cidadania e, entre eles, o acesso universal às ações e aos serviços de saúde. Juntos, a Saúde, a Previdência e a Assistência Social passaram a compor o campo da proteção social inaugurada pela nova Constituição, de acordo com o Art. 194: “A Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.” (BRASIL, 1988).

A combinação de direitos individuais e coletivos estabeleceu a partir de então um novo patamar de cidadania para os brasileiros. Para essa realidade se tornar viável, foi elaborado um orçamento voltado para as ações sociais e seu financiamento baseado em impostos, contribuições sociais e outros recursos de dois orçamentos: o Orçamento Geral da União (OGU) e o Orçamento da Seguridade Social (OSS), como descrito no 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 [...]” (BRASIL, 1988).

Os programas sociais inscritos no capítulo da Ordem Social da nova Constituição

justificavam a adoção de novas fontes para realizar os gastos necessários do campo social, incluindo o setor saúde, e também a ampliação de fontes já existentes. Além da tradicional folha de salários – base central do financiamento previdenciário – o OSS seria composto pelas seguintes contribuições sociais: Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS), Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), Programa de Integração Social (PIS) e o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP). A composição inicial do OSS – sem vincular fontes para cada área específica – contemplou a natureza distinta dos benefícios e serviços, prevendo, além das fontes supracitadas, o aporte de recursos fiscais do Tesouro Nacional a fundo perdido. No entanto, “as três áreas da Seguridade Social sempre trataram seus campos administrativos e financeiros de forma independente, apoiados em forte legislação infraconstitucional.” (DAIN, 2007, p. 1.852).

A criação do SUS inaugurou uma nova forma de financiamento no país, estabelecendo relações financeiras intergovernamentais, em que recursos fiscais de estados e municípios comporiam o orçamento destinado ao setor Saúde. No início da década de 90 do século passado, o esquema tripartite de financiamento federativo para a Saúde foi integrado aos recursos federais do OSS e do OGU. O artigo 198, § 1º da CRFB-88 definiu o financiamento da Saúde pelo OSS nos três níveis de governo. O artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) destinava 30% do OSS para a Saúde. No entanto, “no processo de competição por recursos, os programas universais, com menor capacidade de defesa, foram sendo progressivamente isolados na luta pelo acesso às fontes de receitas vinculadas pela Constituição ao seu financiamento” (DAIN, 2007, p. 1.853).

A partir de 1990 verificou-se, de forma cada vez mais acentuada, a não observância do artigo 55 do ADCT, que regia os repasses do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) ao MS. Até aqui seria observado o planejamento feito para o setor Saúde dentro do cômputo geral do OSS. Esperavam os especialistas da área financeira da saúde pública que a aplicação contínua desse orçamento viabilizaria o projeto de criar uma saúde pública, de caráter universal e de qualidade para a população do país. Porém, “já em 1993, sob a alegação de restrições fiscais e de aumento das despesas da Previdência Social, os recursos originários da folha de salários deixaram de ser repassados ao MS, passando a financiar exclusivamente a Previdência Social” (DAIN, 2007, p. 1.853). Até aquele ano, as despesas de benefícios previdenciários somavam 80% da arrecadação da Previdência Social, sendo os 20% restantes transferidos pelo Ministério da Previdência para custear as despesas com saúde. Com o aumento do salário-mínimo, a receita previdenciária foi toda consumida em benefícios. O então ministro da Previdência, Antônio Brito, informou ao Tesouro que não mais poderia

arcar com as despesas de saúde, tendo o Tesouro Nacional que assumir tais gastos. Com isso, a partir de 1995, os dispêndios com pessoal e os gastos de custeio do MS passaram a ser custeados pelo Tesouro, com as despesas de saúde apresentando forte expansão (PIANCASTELLI; PEREIRA, 1996, p. 28-29; 47-48). Em consequência, a Saúde deixou definitivamente de contar com as receitas do OSS, fato que com certeza é uma das razões do subfinanciamento crônico do SUS.

A saúde pública passou, a partir de então, a conviver com grande instabilidade financeira e dependente de outros recursos do Tesouro Nacional. Na tentativa de sanar o problema, a PEC nº 169/93 propôs a Vinculação Constitucional definitiva de 30% do OSS e mais 10% da receita de impostos da União, estados, DF e municípios. Tal fato geraria para o SUS receita condizente com a proposta de um sistema de saúde universal, integral e com o compromisso de diminuir as iniquidades na saúde da população. No entanto, mais uma vez o projeto foi obstruído, pois mesmo com o crescimento de receita das novas contribuições sociais e da ampliação das preexistentes, o governo criou o Fundo Social de Emergência (FSE), que nos anos de 1994 e 1995 retirou receitas da Seguridade Social, através da desvinculação das receitas da União. Em março de 1996 foi aprovada a EC nº 10, prorrogando a vigência do FSE para 1996 e 1997. A emenda foi sucessivamente prorrogada, posteriormente, entre 1996 e 1999, e o FSE passou a ser chamado de Fundo de Estabilização Fiscal (FEF). Pelo menos a nomenclatura ficou mais fiel ao propósito da sua criação. A regra criada pelo artigo 55 do ADCT nunca foi cumprida (VIEIRA; BENEVIDES, 2016b).

O expediente criado para a estabilização torna-se parte do regime fiscal do país, agora com o nome de Desvinculação de Receitas da União (DRU), que retira 20% da arrecadação de impostos e contribuições sociais da União, a fim de realizar um superávit fiscal, e pagar juros da dívida pública. No ano de 2016, em um horizonte nada confortável para as políticas sociais, a DRU passou de 20% para 30% de desvinculação de receitas e foi estendida até 2023 (BRASIL, 2016).

Na segunda metade da década de 1990, diante do crescente estrangulamento de receitas, o setor saúde passou a capitanear uma campanha por mais recursos para o financiamento das ações e serviços de saúde. O resultado dessa mobilização por recursos foi a aprovação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) no final de 1996 e implantada em 1997. Porém, para desalento dos especialistas em finanças da saúde, a CPMF não gerou o aumento de recursos esperado, pois as outras contribuições sociais, como a COFINS e a CSLL, vão tendo sua importância diminuída no orçamento do MS. Além disso, “em 1999 a CPMF deixa de ser fonte exclusiva do setor saúde e passa a financiar a

Previdência Social e o Fundo de Combate à Pobreza.” (DAIN, 2007, p. 1.853).

A vinculação de receitas para determinada área encontra resistência de vários economistas, pois há um descrédito de que as vinculações seriam benéficas às áreas atendidas.

Segundo Portugal:

As elevadas vinculações setoriais de receitas são umas das causas da ineficiência e rigidez do gasto público, que à guisa de proteger setores prioritários beneficiam principalmente os funcionários e os fornecedores de bens e serviços dos setores favorecidos, sem se traduzir em melhorias dos serviços públicos, que são os resultados que realmente importam para a população. (PORTUGAL, 2016, p. 392).

Os anos 1990 foram um grande desafio para os gestores da Saúde, porque ao mesmo tempo que se depararam com um orçamento extremamente limitado, havia o compromisso constitucional de universalizar o acesso aos serviços e bens de saúde. Esse desafio expôs a necessidade de buscar novas fontes de receitas para o SUS. Com a CPMF servindo para engordar receitas de outros setores, especialistas em finanças da área da Saúde procuraram alternativas para prover fontes confiáveis e contínuas de receitas ao setor da saúde pública. Então surgiu o debate sobre a necessidade de vincular a aplicação de recursos da saúde ao PIB, mobilização que resultou na aprovação da EC nº 29, em 13 de setembro de 2000. A partir daí a Saúde passaria a contar com mais estabilidade de seu financiamento, pois foram estabelecidos patamares mínimos de aplicação de recursos, da União, dos estados e dos municípios para a realização das ações e serviços de saúde. No caso da União, passou a vigorar o montante aplicado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB. Para estados e municípios, a base de cálculo passou a ser a receita tributária própria e de transferências. Foi estabelecido o aumento gradual da vinculação da receita tributária de estados e municípios a partir do mínimo de 7% em 2000, até os 12% e 15%, respectivamente, em 2004, de acordo com as Resoluções CNS nºs 316 e 322 do (DAIN, 2007).

A EC-29 foi uma vitória para os movimentos que defendiam um aporte de recursos de forma contínua e segura para o setor Saúde. Além de estabelecer um compromisso dos entes federados na aplicação dos recursos, foi necessário configurar, para os entes, o que seriam ações e serviços típicos em saúde. Era necessário deixar claro que ações poderiam ser financiadas com recursos da Saúde, para que não ocorresse fato semelhante quando da utilização da CPMF para fins sociais, mas que não estavam contemplados como ações e serviços de saúde, como o Programa de Combate à Fome e outros. Além disso, em 2000 foi criado o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS), para monitorar o cumprimento das aplicações mínimas pelos entes da federação, conforme o estabelecido pela EC-29 (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

A ausência de uma lei complementar que regulamentasse a EC-29 gerou muita polêmica em torno da aplicação mínima. No caso da União, o Ministério da Fazenda interpretava que a base para aplicação mínima em ASPS era fixa em 1999, enquanto o CNS defendia que a correção pela variação nominal do PIB deveria ser aplicada sobre o montante alocado no ano anterior, uma base móvel. (PIOLA, 2006). No entanto, por força de decisão do TCU, prevaleceu o entendimento do CNS (BRASIL, 2002).

Os estados e municípios também questionavam a legalidade de imposição de regras para aplicação mínima por meio de resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS), além do mais, as resoluções estabeleciam quais despesas eram consideradas como ASPS, uma vez que a EC-29 não dispunha sobre o tema e não havia lei que tratasse do assunto (VIEIRA; PIOLA, 2016). A Resolução CNS nº 323, de 08 de maio de 2003, aprovou as diretrizes acerca da aplicação da EC-29 para a União, estados, DF e municípios, como também considerava o que era despesa com ações e serviços de saúde (BRASIL, 2007).

Mesmo com a EC-29, nos anos 2000, as execuções orçamentárias anuais do Governo Federal foram sempre muito próximas ao mínimo constitucional (VIEIRA; BENEVIDES, 2016). Segundo os autores, ainda que tenha ocorrido expansão econômica nesse período, a participação do gasto federal em relação ao PIB foi em torno de 1,7% com ações e serviços públicos de saúde. Apesar das polêmicas e do descumprimento da aplicação mínima por alguns entes da federação, a regra de vinculação de recursos da EC-29 aumentou o montante de recursos para o financiamento do SUS e estabilizou o gasto federal como percentual do PIB (PIOLA et al., 2013).

A regulamentação da EC-29 só ocorreu 12 anos depois, com a aprovação da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que manteve os mesmos percentuais para estados e municípios e a regra de aplicação para a União, definindo ainda as despesas que poderiam ser consideradas ASPS (BRASIL, 2012). O artigo 5º da referida Lei Complementar diz o que cabe à União aplicar anualmente em ASPS, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do PIB ocorrida no ano anterior ao da Lei Orçamentária Anual (LOA). E no parágrafo 2º, diz que em caso de variação negativa do PIB, o valor de que trata o *caput* não poderá ser reduzido, em termos nominais, de um exercício financeiro para o outro. Os artigos 6º e 7º tratam respectivamente dos percentuais mínimos de aplicações de estados e municípios, sendo 12% para os primeiros e de 15% a aplicação mínima para os segundos (BRASIL, 2012).

A promulgação da Lei Complementar nº 141/2012, que regulamentava a EC-29,

representava velhos anseios da área da Saúde, mas se revelou insuficiente para a manutenção e expansão do SUS, pois a União permaneceu aplicando o mínimo legal. O gasto público com saúde aumentou, nas três esferas de governo, passando de 3,0% do PIB para 3,9% em 2015, mas ainda é considerado muito tímido para a manutenção de um sistema de saúde universal, se comparado a outros países (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

A insatisfação com a timidez do financiamento que persistiu por toda a primeira década do século permaneceu na segunda. Tal fato motivou a proposição de vários projetos de lei, com o objetivo de ampliar o financiamento do SUS, especialmente para a União, entre eles o Projeto de Lei de Iniciativa Popular nº 321, de 2013, conhecido por Saúde+10, que propôs que a aplicação mínima da União fosse equivalente a 10% de sua receita corrente bruta (BRASIL, 2013). O projeto não foi apoiado pelo governo nem por sua base parlamentar. Em contrapartida, o que havia era a Proposta de Emenda à Constituição (PEC 358/2013) que tratava do orçamento impositivo, uma medida para que a União fosse obrigada a executar no orçamento as emendas parlamentares, e escalonava a aplicação mínima da União com base em um percentual da Receita Corrente Líquida (RCL), entre 2016 e 2020. A PEC 358/2013 deu origem à EC nº 86, aprovada em 17 de março de 2015, que estabeleceu os seguintes percentuais de aplicação mínima da União: 13,2% da RCL em 2016; 13,7% em 2017; 14,1% em 2018; 14,5% em 2019 e 15% em 2020 (BRASIL, 2015).

O Brasil é o único país do mundo com sistema de saúde universal no qual o gasto público é menor que o privado (BARROS; PIOLA, 2016). O arranjo político no país favoreceu o incremento de relações não republicanas entre membros do Parlamento e empresários do setor de saúde privado, com o claro objetivo de fragilizar o SUS através do estrangulamento financeiro. Exemplos disso não faltam: a abertura ao capital estrangeiro da provisão de ações e serviços de saúde (Lei nº 13.097/2015); a diminuição do aporte federal de recursos para o SUS, a partir de 2016, com a aprovação da EC-86; a PEC nº 451/2014, que tentou reintroduzir no país a assistência médica como direito trabalhista. **Podem-se citar também nesta lista a ampliação da DRU de 20% para 30% do OSS e sua extensão até 2023** (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

Não bastasse o crônico subfinanciamento do SUS, ao se aproximar o fim da segunda década do século, o sistema de saúde nacional encontrava-se diante do maior obstáculo à efetivação de seus princípios fundamentais: a EC-95, o Novo Regime Fiscal que se implantava no Brasil. É uma reforma implícita do Estado, pois surgiu como proposta de emenda à Constituição. O novo regime fiscal implica redução da participação do Estado em diversas políticas públicas, entre elas as de Saúde e de Educação. Para Vieira e Benevides

(2016), se a intenção não fosse reduzir a participação das despesas com saúde e educação em proporção ao PIB, tal reforma não necessitaria ser inscrita na CRFB-88.

Segundo Dweck e Rossi:

No caso da PEC-55, a única medida relevante em matéria constitucional é a desvinculação de receitas destinadas à saúde e educação. Isto é, o Novo Regime Fiscal não precisa de emenda constitucional, o que precisa de mudança constitucional é a desvinculação de receitas para a saúde e educação. Nesse sentido, a PEC do Novo Regime Fiscal é, na verdade, a PEC da desvinculação da saúde e da educação. (DWECK; ROSSI, 2016, p. 2).

O SUS chega ao final da década, 2018, enfrentando desafios. O cenário atual e o horizonte próximo para o sistema de saúde de caráter universal como o SUS estão eivados de armadilhas. As perspectivas não são boas, pois há uma conjunção de fatores determinantes para sua fragilização – entre eles, pode-se destacar o perfil conservador da atual coalizão que governa o Brasil e a baixa capacidade de pressão da sociedade civil em defesa do SUS (MARQUES; PIOLA; OCKÉ-REIS, 2016).

Segundo os autores citados acima, existe um cenário bastante plausível para a expansão dos planos de saúde privados com subsídios do governo, já que há uma inclinação pró-mercado de assistência à saúde, que não é sequer disfarçada pelo governo. Há manifestações do MS sobre a necessidade de reduzir o tamanho do SUS; e mais, dentro do MS existe grupo de trabalho para elaborar uma proposta de oferta de planos de saúde acessíveis (COLUCCI, 2016; BRASIL, 2016).

Nesse cenário se insere a nova fórmula de financiamento para as ASPS, a EC-95, de 15 de dezembro de 2016, alterando o ADCT, e a partir de 2017, a aplicação passou a ser o valor equivalente a 15% da RCL de 2017, corrigido pela inflação, até 2036. Segundo Vieira e Benevides (2016), o gasto público com saúde seria reduzido em termos de sua participação no PIB por não partilhar dos ganhos decorrentes do crescimento econômico durante vinte anos.

No cenário de crescimento real do PIB de 2,0% ao ano, a desvinculação da RCL pela EC-95 **reduzirá o limite mínimo em ASPS para 12,7% da RCL em 2026, e para 10,5% em 2036 – em vez dos 15% previstos na regra da EC-86.** Por fim, o gasto *per capita*, calculado pela aplicação mínima, será de R\$ 485 em 2036, 6,3% menor que os R\$ 519 autorizados para aplicação em 2016 (VIEIRA; BENEVIDES, 2016). Para os autores, **a uma taxa de crescimento anual de 2,0% do PIB, a perda de recursos para financiamento do SUS com a EC-95 foi estimada em R\$ 416 bilhões em vinte anos, quando se comparam com os recursos que seriam alocados pelo Governo Federal a partir da aplicação da**

regra da EC-86, sendo R\$ 69 bilhões nos primeiros dez anos e R\$ 347 bilhões nos dez anos seguintes, entre 2027 e 2036 (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

O cenário atual é de uma economia em recessão, sem dinamismo e com alto índice de desemprego, mas mesmo em um ambiente de condições favoráveis economicamente, a EC-95 é altamente nociva ao SUS, pois quanto maior a retomada do crescimento econômico, maiores serão as perdas do SUS (VIEIRA; BENEVIDES, 2016). Enquanto a regra da EC-29 protegia o orçamento federal do SUS por meio da correção pela variação nominal do PIB, incorporando tanto a inflação, quanto o crescimento real do PIB, a regra da EC-95 corrige o limite mínimo apenas pela inflação, desconsiderando a incorporação das taxas de crescimento da economia ao gasto com saúde, e reduzindo, conseqüentemente, sua participação no PIB. Reduzir a participação das despesas primárias no PIB é um dos objetivos desta Emenda. (FÓRUM 21 et al., 2016). A EC-95 só protegeria o gasto com saúde se a economia brasileira ficasse estagnada por vinte anos. Com a EC-95, os recursos que deixarão de ser obrigatoriamente aplicados em saúde são significativos, chegando a mais de R\$ 400 bilhões em vinte anos, no cenário de crescimento da economia de 2% ao ano (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

Os dados fornecem elementos consideráveis para uma análise prospectiva sobre o financiamento e o futuro do SUS, dentre os quais se destaca a promulgação da EC-93, que trata da ampliação da DRU de 20% para 30%, e sua aplicabilidade até 2023. Além disso, houve a inclusão de estados, DF e municípios nesse novo ordenamento fiscal (BRASIL, 2016).

Outro elemento na consideração prospectiva do financiamento do SUS é a EC-95. As projeções realizadas pelos estudos de Vieira; Benevides (2016) e de Dweck; Rossi (2016), entre outros, mostram os efeitos da EC-95 sobre os gastos com saúde. Nos próximos vinte anos, os investimentos em saúde terão redução como proporção do PIB, da RCL e em termos *per capita*, ou seja, todas as formas projetadas para o futuro do financiamento do SUS são críticos.

Nesse cenário de financiamento reduzido para os próximos vinte anos se insere a judicialização da saúde. Diante de um fenômeno em contínua expansão, a judicialização da saúde pressiona os gastos do MS para a aquisição de medicamentos. Este fato, associado a um desfinanciamento do sistema de saúde pública por vinte anos, pode refletir-se na oferta de ações e serviços de saúde, acarretando aumento do vazio assistencial e também deteriorando as condições sanitárias da população. Sem falar no descumprimento da diretriz básica da integralidade das ações de saúde, promovendo iniquidade no sistema, e acima de tudo o

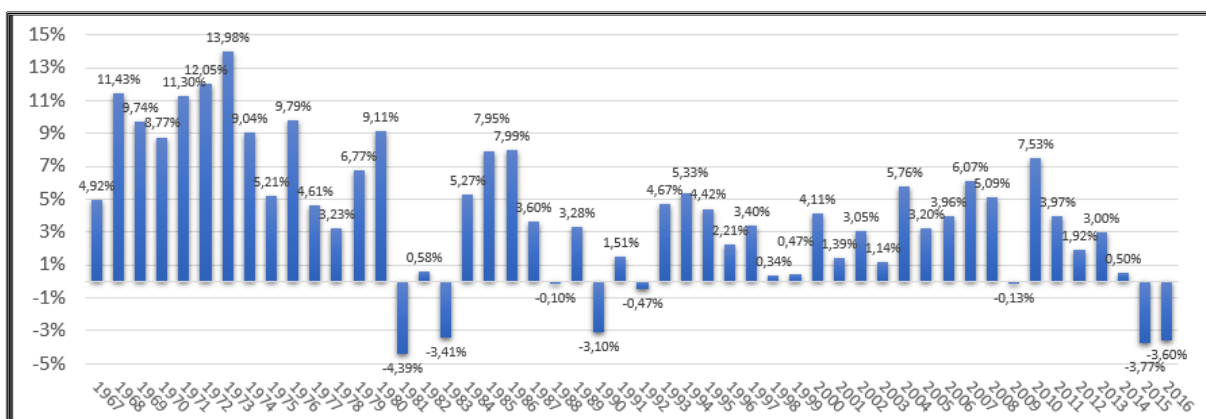
desrespeito com a condição fundamental do direito à saúde.

4.2 Carga tributária e os gastos com ações e serviços públicos de saúde

A carga tributária que possibilita maior ou menor participação da saúde e das outras áreas sociais no orçamento passou por momentos distintos ao longo do século XXI. A primeira década desse século experimentou uma expansão dos gastos públicos porque a carga tributária cresceu de 30,6% para 34,8% do PIB, entre 2000 e 2008. A explicação para isso foi a confluência de vários fatores: aumento da formalização de empregos com carteira assinada, impactando positivamente na arrecadação previdenciária; com crescimento do emprego formal as famílias passam a consumir mais – a demanda reprimida passou a ser utilizada – estimulando o mercado interno e aumentando a lucratividade das empresas; *commodities* com preços favoráveis no mercado internacional, impulsionando as exportações; e também pelo esforço governamental para realizar o aumento da carga tributária, com ampliação de alíquotas e bases tributárias, além da criação de novos impostos e contribuições (SCHYMURA, 2018).

Em 2008, a crise financeira mundial afetou o consumo das economias centrais e diminuiu o ritmo de crescimento da China, um dos maiores compradores de *commodities* brasileiras. O efeito da crise global foi a quebra da tendência de aumento da carga tributária, ou mesmo de sua manutenção nos patamares pré-crise. O indicador declinou para 33,3% do PIB em 2014. É o início da frustração do financiamento governamental, pois acreditava-se até então que a receita sempre cresceria e o padrão de financiamento seria mantido (AFONSO, 2018). A queda do PIB em 2009, entretanto, já prenunciava uma redução do dinamismo econômico do país. O gráfico 1 mostra a variação do PIB no Brasil em cinquenta anos, e a recente queda por dois anos seguidos, o que torna o período como um dos mais graves para a economia nacional.

Gráfico 1. Variação do Produto Interno do Brasil (1967-2016)



Fonte: Banco Mundial. IBGE.

A diminuição da arrecadação é um elemento crucial para o financiamento do SUS, atrelado à receita de impostos. É uma das vulnerabilidades da saúde pública, pois a despesa se torna mais pressionada quando a arrecadação diminui. É um cenário de receita decrescente que será ainda mais insuficiente para manter um gasto mínimo em um sistema de saúde universal e integral para uma grande população. Na tentativa de garantir recursos para a saúde, não foi lembrada a variação cíclica da economia que atinge a receita de impostos. E ainda, esforços foram concentrados na busca pela ampliação da porcentagem a ser destinada à saúde, no entanto, a base em que essa porcentagem incide está cada vez menor (AFONSO, 2018).

A recente busca por um percentual maior na tentativa de compensar uma receita menor parece ser um caso de ilusão financeira, e também fiscal, pois se um setor aumenta sua participação no bolo, consequentemente outros setores perdem, e quase sempre são as áreas sociais que se digladiam por aumento de recursos, pois os 30% da DRU já estão destinados à área financeira.

A evolução do gasto federal em saúde nas últimas duas décadas mostra que as sucessivas reformas constitucionais não evitaram uma oscilação e, na média, um viés baixista. O gasto de 1,62% do PIB em 2014 ficou aquém do melhor resultado de 1,75% em 2009 e abaixo até do registrado entre 2000 e 2002 (AFONSO et al., 2016). Para o autor, novas frustrações podem se repetir porque a vinculação constitucional não pode resolver a questão essencial, que é o desempenho decrescente da carga tributária. A série histórica da carga tributária no Brasil mostra que ela subiu entre 2003 e 2008. Em 2009 apresentou queda e voltou a subir em 2010 e 2011, recuando novamente nos dois anos seguintes. Porém, entre 2014 e 2015 voltou a subir, passando de 32,42% para 32,66% do PIB.

A seguir, o quadro 1 mostra a estrutura tributária do Brasil distribuída entre os entes federativos e o total da carga tributária nacional no período entre 2002 e 2015, segundo dados da Receita Federal do Brasil.

Quadro 1. Estrutura tributária dos entes federativos e o total da carga tributária brasileira (2002-2015)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
União ¹	22,2%	21,5%	22,3%	23,3%	23,1%	23,6%	23,3%	22,2%	22,4%	23,4%	22,6%	22,5%	22,2%	22,3%
Receitas Federais, Exceto Previdência	17,3%	16,7%	17,1%	17,9%	17,5%	18,0%	17,6%	16,3%	16,4%	17,3%	16,5%	16,5%	16,2%	16,4%
Receitas Previdenciárias Federais	5,0%	4,9%	5,1%	5,4%	5,5%	5,6%	5,6%	5,9%	6,0%	6,1%	6,1%	6,0%	6,0%	5,9%
Estados	8,33%	8,26%	8,49%	8,6%	8,6%	8,4%	8,5%	8,3%	8,3%	8,2%	8,2%	8,3%	8,2%	8,3%
Municípios	1,55%	1,57%	1,64%	1,6%	1,7%	1,7%	1,7%	1,8%	1,8%	1,8%	1,9%	1,9%	2,0%	2,1%
Total	32,12%	31,37%	32,38%	33,57%	33,31%	33,66%	33,53%	32,27%	32,44%	33,39%	32,70%	32,67%	32,42%	32,66%

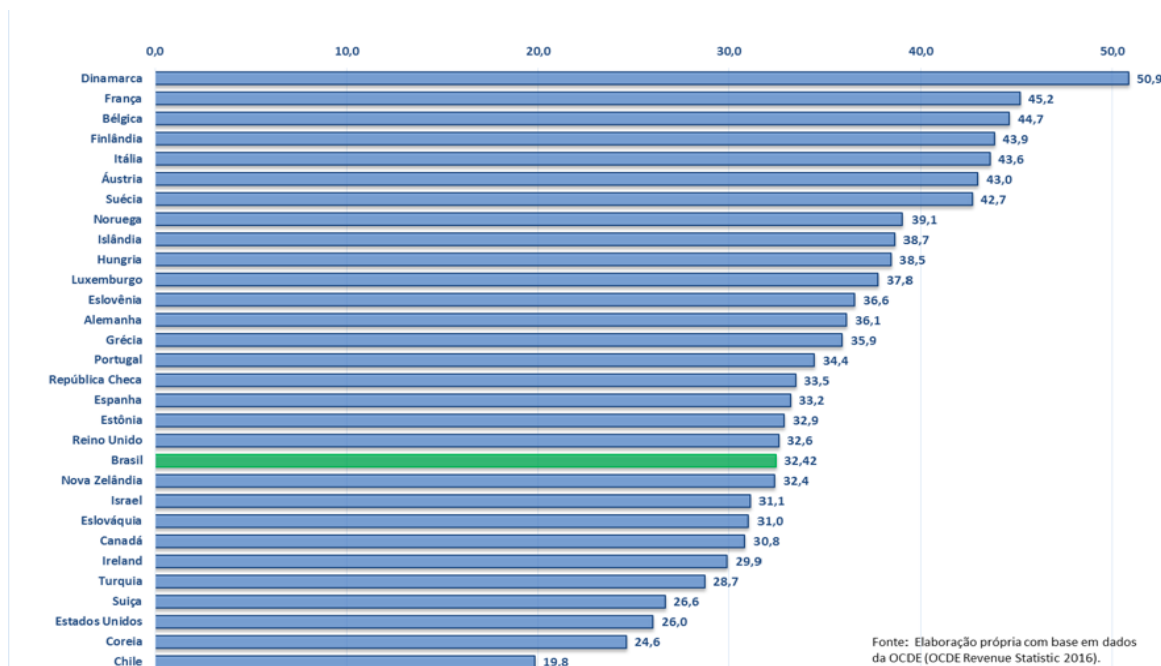
(1) RGPS e RPPS.

Fonte: Auditoria da Receita Federal do Brasil (COSTA, 2018).

Ainda assim, o Brasil tem a maior carga tributária da América Latina e cobra impostos em patamares equivalentes aos países desenvolvidos. Dados da Receita Federal e da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) mostram que, em 2014, o país tinha uma carga tributária acima de 32% do PIB, igual a da Argentina, enquanto outros países latino-americanos, como México, Chile e Equador, apresentavam 19% do PIB. Comparado aos países da OCDE, o Brasil aparece ao lado da Grã-Bretanha (32,57%) e Nova Zelândia (32,37%). **O Brasil aparece em 20º lugar entre os países pesquisados pela OCDE em carga tributária.** No caso da América Latina, o país é o líder em relação de carga tributária e PIB.

O gráfico 2 mostra o percentual de carga tributária em proporção ao PIB dos países membros da OCDE. Os números do Brasil aparecem em destaque (verde).

Gráfico 2. Carga Tributária Brasil e Países OCDE – 2014



O Brasil foi um dos primeiros países do continente a realizar uma reforma tributária consistente em 1966. Ela foi considerada por vários economistas como fundamental para o processo de desenvolvimento logrado nos anos seguintes, denominado como o “milagre” econômico brasileiro – 1968-1973. (VELOSO; VILLELA; GIAMBIAGI, 2008). Na ocasião surgiu o primeiro imposto de valor agregado no país, o Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS). A novidade também se dava pela forma de repartição do imposto entre os entes da federação, o que contribuiu para a modernização de várias entidades nacionais e aprimoramento da máquina de arrecadação, além de diminuir a corrupção na questão tributária (VELOSO; VILLELA; GIAMBIAGI, 2008).

Porém, com o passar dos anos, a União aumentou novamente sua participação na arrecadação tributária. O quadro abaixo mostra a concentração de arrecadação a nível central. O menor percentual de arrecadação é municipal, apesar do crescimento de ações e serviços demandados aos municípios depois da promulgação da CRFB-88, e em especial a saúde, que tem os serviços e ações descentralizados aos estados e municípios.

O quadro 2 traz a distribuição da arrecadação entre os entes federativos, no período de 2002 a 2015, segundo dados da Receita Federal do Brasil.

Quadro 2. Participação dos entes da federação na arrecadação – 2002-2015

Ente Federativo	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Governo Federal	69,23%	68,66%	68,72%	69,52%	69,21%	70,00%	69,38%	68,81%	68,94%	69,99%	69,06%	68,92%	68,39%	68,26%
Governo Estadual	25,94%	26,33%	26,22%	25,58%	25,68%	24,85%	25,46%	25,71%	25,53%	24,47%	25,15%	25,27%	25,40%	25,37%
Governo Municipal	4,84%	5,01%	5,07%	4,90%	5,11%	5,16%	5,16%	5,48%	5,53%	5,54%	5,79%	5,81%	6,21%	6,37%

Fonte: Auditoria da Receita Federal do Brasil (COSTA, 2018).

Vale lembrar que, em 2011, os municípios gastaram em média 25,29% de receitas próprias na saúde, bem acima do teto mínimo de 15% (BREMAEKER, 2016). No seu conjunto, os municípios brasileiros participam com aproximadamente 62,35% de recursos próprios aplicados na área da Saúde, enquanto 37,65% são provenientes de transferências de recursos do governo federal e dos estados (BREMAEKER, 2016). Quase a totalidade de recursos transferidos é do Governo Federal, chegando a superar 90% dos recursos transferidos para os entes municipais.

Enquanto nos municípios a função saúde é a segunda colocada em importância de aplicação de recursos próprios, nos estados ela é apenas a quarta colocada, com um gasto da ordem de 10,78% das despesas totais, perdendo para encargos especiais, previdência social e educação. No governo federal, a Saúde fica no terceiro posto das despesas, perdendo para os encargos especiais – leia-se amortização de juros da dívida pública e refinanciamento – tendo em segundo lugar a Previdência Social (BREMAEKER, 2016). Isso denota que os estados não têm destinado os recursos mínimos para aplicação em ASPs. Por exemplo, o Estado do Rio de Janeiro, que nos últimos anos passou por uma crise fiscal gravíssima, investiu menos de 6% de recursos próprios na saúde, situação que levou o MPRJ a acionar o Executivo estadual fluminense para fazer valer a Lei Complementar nº 141/2012 (MPRJ, 2018).

Em 2017, no primeiro ano de vigência da medida que criou um teto para os gastos públicos, a EC-95, as despesas com saúde e educação caíram 3,1% em relação a 2016. Em termos nominais, os gastos nas duas áreas ficaram congelados. Na Saúde, o gasto efetivo foi de R\$ 107,2 bilhões, quando o piso estabelecido era de R\$ 109 bilhões para 2017. Em termos reais, as despesas têm caído um pouco a cada ano nessa área, mas em 2017 o recuo foi maior. As ações de assistência farmacêutica sofreram corte real de 18,7%, enquanto a atenção básica

perdeu 7,7% (ZIULKOSKI, 2018). Isso é importante porque essa queda deve se apresentar também em 2018 e pode pressionar a judicialização da saúde.

Para Paulo Roberto Ziulkoski, presidente da Confederação Nacional dos Municípios (CNM) os municípios estão sofrendo consequências diretas desses cortes. Os repasses da União para as municipalidades na área da Saúde e Educação caíram 4,8% em 2017. O presidente da CNM afirma que há um encolhimento do Estado no horizonte. O congelamento dos gastos públicos nos próximos vinte anos significa redução da prestação de serviços sociais à população, pois mesmo que a arrecadação cresça, isso não se reflete no aumento da dotação orçamentária dos ministérios. Somando-se o limite de expansão do gasto da União corrigido pelo IPCA (não há aumento real) com o limite do gasto de estados e municípios pela obsolescência do sistema tributário, o horizonte se descortina desfavoravelmente para as áreas sociais (ZIULKOSKI, 2018).

Um fator que dificulta aumentar impostos no Brasil é a carga tributária regressiva no país. Os impostos incidem mais sobre a parcela da população que ganha menos. Segundo os dados da Receita Federal e de pesquisas da OCDE, o Brasil tributa pouco sobre renda, lucros e ganhos de capital, registrando os menores índices neste setor dentre os países pesquisados. Para muitos especialistas em tributos, é preciso rever a base de incidência de impostos.

Os tributos podem incidir sobre indivíduos e empresas ou sobre as transações comerciais de produtos ou serviços, podendo ser arrecadados pelas distintas esferas de governo: federal, estadual e municipal. A principal distinção a ser feita entre os tributos tem relação com o agente econômico que é onerado no final do processo. Desse modo, os “impostos diretos” incidem sobre as famílias e as empresas, não podendo ser transferidos, ao longo do processo econômico, a um terceiro agente econômico. Portanto, incidem sobre a renda dos indivíduos e das empresas (Imposto de Renda, Pessoa Física ou Jurídica), sobre a propriedade (Imposto Predial e Territorial, Urbano ou Rural) ou sobre o lucro das empresas (UGÁ; PORTO; PIOLA, 2012).

Por sua vez, os “impostos indiretos” incidem sobre as transações comerciais ou sobre o valor de venda das mercadorias – o exemplo mais comum é o Imposto sobre o Valor Agregado (IVA) e, no Brasil, o Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços de Transporte Interestadual e de Comunicação, cuja sigla é ICMS – e costumam ser transferidos ao consumidor final, pois estão embutidos nos preços das mercadorias comercializadas (UGÁ; PORTO; PIOLA, 2012).

O quadro 3 mostra os tipos de base de arrecadação e a percentagem de arrecadação de tributos no Brasil, entre 2002 e 2015, segundo dados da Receita Federal do Brasil. Bens e

serviços e a folha de salários são as maiores fontes de arrecadação; em contrapartida, transações financeiras e propriedade são as menores incidências.

Quadro 3. Tipos de base e % da arrecadação de tributos no Brasil (2002-2015)

Tipo de Base	% da Arrecadação Total													
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Renda	18,85 %	18,37%	17,16%	18,66%	18,47%	19,30%	20,45%	19,63%	18,26%	19,08%	17,92%	18,15%	18,05%	18,27%
Folha de Salários	23,67 %	23,72%	23,88%	24,06%	24,46%	24,25%	24,23%	26,28%	26,01%	25,61%	26,43%	25,79%	25,95%	25,83%
Propriedade	3,53%	3,57%	3,39%	3,34%	3,47%	3,52%	3,56%	3,91%	3,79%	3,74%	3,89%	3,94%	4,17%	4,44%
Bens e Serviços	48,68 %	49,13%	50,44%	48,99%	48,65%	47,85%	49,77%	48,45%	49,71%	49,32%	49,81%	50,41%	50,20%	49,68%
Trans. Financeiras	5,07%	5,09%	4,99%	4,80%	4,82%	4,82%	2,03%	1,79%	2,11%	2,20%	1,96%	1,68%	1,62%	1,80%
Outros Tributos	0,19%	0,12%	0,14%	0,15%	0,13%	0,25%	-0,03%	-0,05%	0,12%	0,05%	-0,01%	0,04%	0,01%	-0,02%

Fonte: Auditoria da Receita Federal do Brasil (COSTA, 2018).

Outra importante categoria de análise de tributos é sua progressividade, uma vez que está relacionada à equidade do sistema tributário, ou seja, a distribuição do ônus do pagamento de tributos entre indivíduos de distintos níveis de renda. Desse modo, os tributos podem ser progressivos, proporcionais ou regressivos (UGÁ; PORTO; PIOLA, 2012).

Os impostos progressivos incidem mais sobre aqueles que têm mais renda. No Brasil, o Imposto de Renda tem diferentes faixas de alíquotas, que são maiores para os rendimentos mais altos. Trata-se de um imposto que penaliza mais os indivíduos que têm as maiores rendas. “Uma condição necessária, mas não suficiente, para que um imposto seja progressivo é a de que seja imposto direto, que incida sobre a renda ou a propriedade” (UGÁ; PORTO; PIOLA, 2012, p. 396).

Os tributos proporcionais penalizam igualmente todos os segmentos sociais, incluindo com a mesma alíquota sobre a renda ou a propriedade. Um exemplo desse tipo de tributo é a extinta Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), que incidiu de forma proporcional sobre as movimentações financeiras de pessoas físicas e jurídicas de distintas classes de renda. “O tributo sobre movimentação financeira vigorou no Brasil de 1993 a 1994 como Imposto sobre Movimentação Financeira (IPMF) e depois de 1997 até

dezembro de 2007 como CPMF, quando foi extinto.” (UGÁ; PORTO; PIOLA, 2012, p. 396).

Os tributos regressivos penalizam mais do que proporcionalmente aqueles que têm menos renda. É o caso dos impostos indiretos, que são repassados ao consumidor pelos preços, penalizando os segmentos sociais mais pobres, porque gastam boa parte de sua renda no consumo. Embora alguns países estabeleçam alíquotas menores para o imposto sobre o consumo de mercadorias pertencentes a uma “cesta básica”, ainda assim esse tipo de tributo continua sendo regressivo (UGÁ; PORTO; PIOLA, 2012).

A carga tributária brasileira é das mais altas entre os países de renda média. Quando foi promulgada a CRFB-88, ela equivalia a 23,4% do PIB. Em 2005 tinha saltado para 33,6% do PIB patamar mantido desde então (IPEA, 2018). O sistema tributário é essencial para o crescimento da economia, sem falar de sua importância na distribuição social e regional da renda. O estudo do IPEA também considera o efeito regressivo sobre a distribuição de renda, por serem poucas as alíquotas progressivas dos impostos diretos e pelo repasse de custos dos impostos indiretos (sobre produção de bens e serviços) aos preços, onerando relativamente mais o orçamento de pessoas de rendas mais modestas (IPEA, 2018). Existem projetos de reforma tributária para o país.

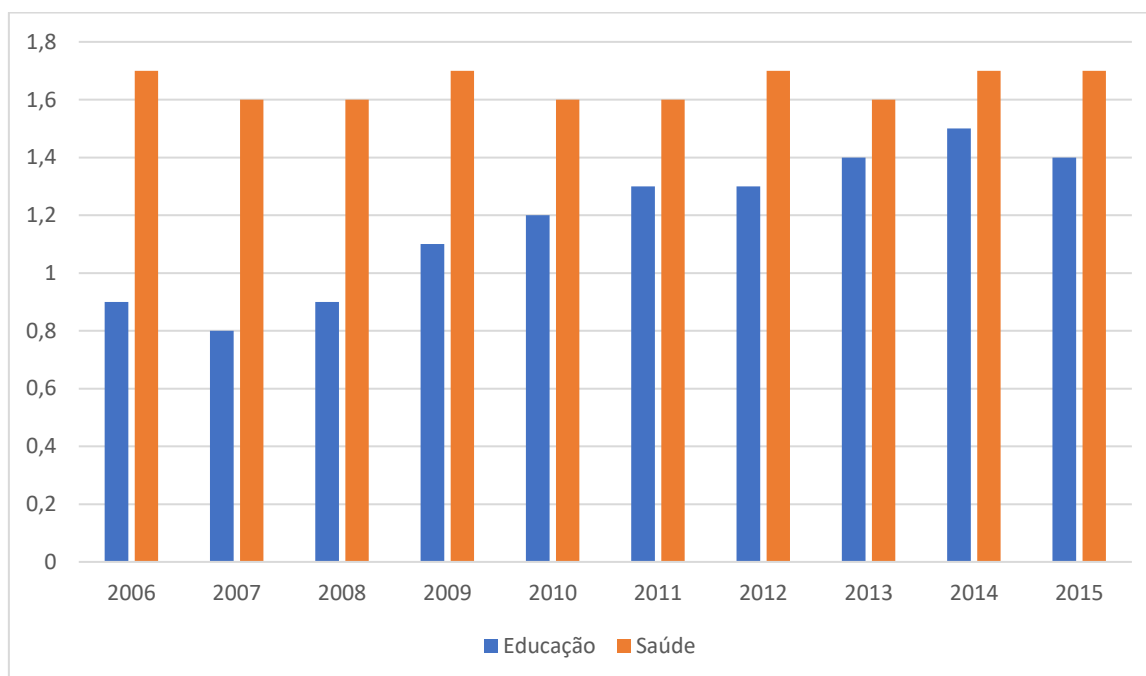
Segundo o IPEA (2018), um bom sistema tributário deve ter os seguintes objetivos básicos em seu desenho:

i) eficiência econômica, minimizando distorções alocativas e mantendo o sistema o mais simples e transparente possível; ii) equidade, buscando a progressividade para onerar proporcionalmente quem pode contribuir mais; e iii) atenção à necessidade de arrecadação. Trata-se então de perseguir um equilíbrio entre eficiência e equidade, objetivos que precisam ser conciliados por meio de uma abordagem sistêmica, baseada na chamada teoria da tributação ótima e que busca conectar as várias partes da estrutura de maneira consistente. (IPEA. Desafios da Nação. Vol. 1. Brasília: 2018, p. 41).

O estudo do IPEA (2018) mostra o cenário de uma reforma tributária que busque equilibrar o peso da carga tributária, sendo mais progressiva e eficiente, tanto do ponto de vista fiscal como social. É essencial para o dinamismo econômico e, por consequência, para manter as ações sociais de um governo e a boa aplicação dos recursos arrecadados. O Relatório de Análise Econômica dos Gastos Públicos Federais, realizado pela Secretaria de Política Econômica do Ministério da Fazenda, realizou uma análise para o período de 2006 a 2015. O documento, publicado em maio de 2016, chama atenção pelo fato de os gastos federais com o setor saúde terem se mantido estáveis, enquanto outros gastos sociais – a Educação, por exemplo – ter considerável ampliação que se estabiliza também nos últimos

três anos. O gráfico 3 é o gasto público primário em saúde e educação, em proporção ao PIB, entre 2006 e 2015.

Gráfico 3. Gasto Público Primário Federal em Saúde e Educação, em % do PIB (2006-2015)



Fonte: Elaboração própria, com base em Secretaria de Política Econômica – Ministério da Fazenda.

O documento do Ministério da Fazenda assinala que as despesas primárias do Governo Federal apresentaram tendência positiva de crescimento em porcentagem do PIB ao longo dos últimos anos. As despesas sociais foram as responsáveis por esse aumento, sobretudo as transferências de renda às famílias; e ainda, pelo crescimento de algumas despesas, como subsídios a energia e investimentos, compensação pela desoneração da folha de pagamento e algumas ações de combate à seca (BRASIL, 2016).

Segundo o Relatório de Análise Econômica dos Gastos Públicos Federais do Ministério da Fazenda, em 2015, as despesas sociais representaram 63% dos gastos totais/primários do Governo Federal. Nesse grupo se incluem as despesas com Previdência, Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Abono Seguro-Desemprego, Bolsa Família, Saúde e Educação. No entanto, apesar do crescimento dos gastos sociais, o setor Saúde participa com apenas 9% do total das despesas (BRASIL, 2016).

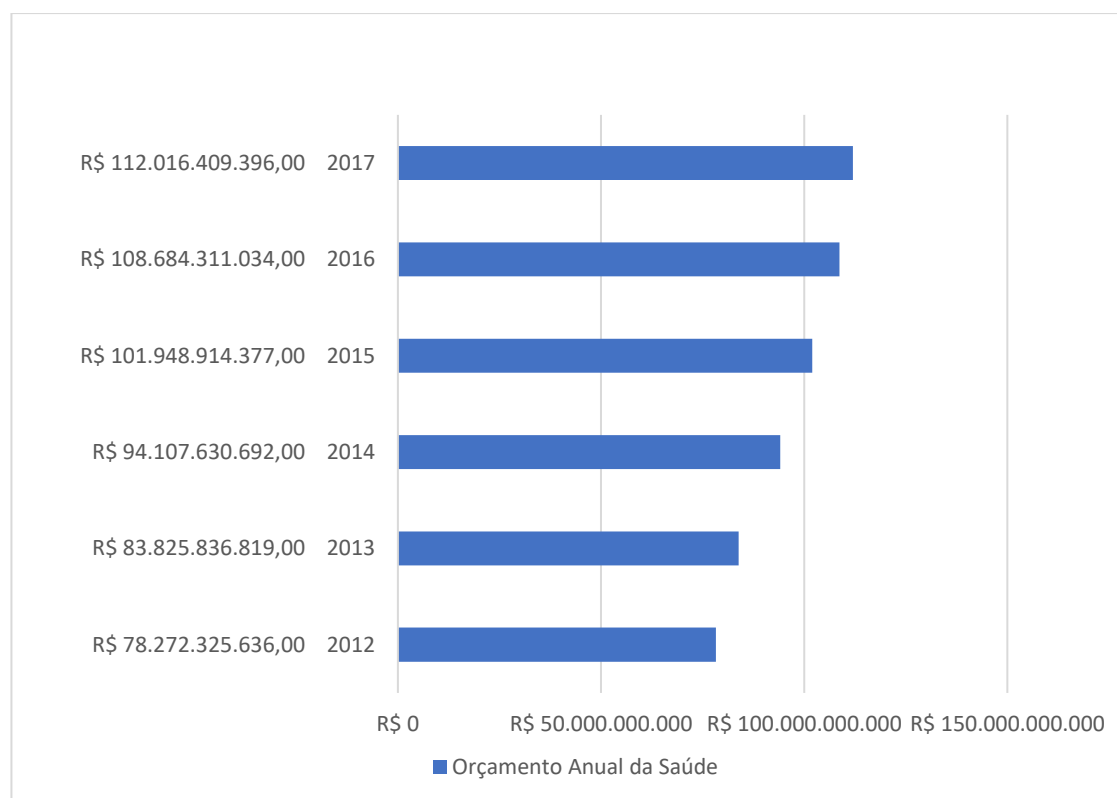
Vale lembrar que as despesas com Saúde fazem parte dos gastos sociais do Governo Federal, sendo parte do orçamento obrigatório, junto com o setor de Educação e a Previdência Social. Segundo o Relatório de Análise Econômica dos Gastos Federais do MF, o maior

desafio é reverter a trajetória de crescimento da rigidez orçamentária do Governo Federal. Para os técnicos responsáveis pelo documento, é necessário reavaliar as políticas públicas – para que sejam sustentáveis –, e os instrumentos de gestão fiscal, para que sejam efetivos (BRASIL, 2016).

A Lei Orçamentária Anual (LOA) estabelece os orçamentos da União, por intermédio dos quais são estimadas as receitas e fixadas as despesas do Governo Federal. Na sua elaboração, cabe ao Congresso Nacional avaliar e ajustar a proposta do Poder Executivo encaminhada através do Projeto de Lei Orçamentária Anual. Depois de aprovado pelo Congresso Nacional, a LOA pode ser aplicada pelo Executivo.

O gráfico 4 mostra a evolução da execução orçamentária do MS de despesas pagas, entre 2012 e 2017 (valores nominais, dados fornecidos pelo MS).

Gráfico 4. Orçamento Anual da Saúde (LOA 2012-2017)



Fonte: Elaboração própria, com base em Ministério da Saúde.

O Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA) para 2018 estipulou o orçamento global do MS em R\$ 130.909.628.183,00. Inclui as despesas totais do MS, com pessoal ativo e inativo, despesas de custeio e máquina administrativa, além, é claro, das despesas com ASPS. Sua execução será avaliada no ano seguinte, porque é um orçamento em execução, sujeito a

emendas parlamentares e contingências.

Análise preliminar da execução orçamentária do MS de 2017 identificou as despesas com os seis blocos de financiamento do SUS: 1 - atenção básica; 2 - atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; 3 - vigilância em saúde; 4 - assistência farmacêutica; 5 - gestão do SUS; e 6 - bloco de investimentos na rede de serviços de saúde. Essas despesas corresponderam a, aproximadamente, 58% do total estabelecido na LOA. Os blocos de financiamento não representam todas as ASPS, mas são grande parte delas. O gasto total do MS para o ano inclui outras ações, tais como pagamento de servidores, cargos comissionados, custeio da máquina administrativa e outros.

Os números mostram que boa parte do orçamento do MS é usado em outras despesas. A diferença entre o valor empenhado no orçamento geral do MS e nos blocos de financiamento chega a mais de R\$ 58 bilhões. É expressiva, pois representa praticamente 85% do valor empenhado para os seis blocos de financiamento. Outras ações do MS, o custeio da máquina administrativa, despesas com pessoal e encargos consomem uma fatia considerável do orçamento ministerial. A seguir, a tabela 1 com os valores da LOA e das despesas por bloco de financiamento no ano de 2017 (valores nominais, dados fornecidos pelo MS).

Tabela 1. LOA 2017 e despesas dos blocos de financiamento: Ministério da Saúde (valores nominais)

LOA 2017	DESPESAS DOS BLOCOS DE FINANCIAMENTO
Dotação Inicial: R\$ 125.380.885.441,00	Dotação: R\$ 68.866.359.035,00
Despesa Autorizada: R\$ 129.673.085.064,00	*
Empenhada: R\$ 126.907.708.346,00	Empenhada: R\$ 68.781.483.615,00
Liquidada: R\$ 112.550.216.399,00	Liquidada: R\$ 65.664.976.561,00
Pago: R\$ 112.016.409.396,00	Pago: R\$ 65.598.690.013,00
Restos a pagar/Pago: R\$ 6.486.633.105,00	Orçado: 3.116.507.054,00

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do Ministério da Saúde.

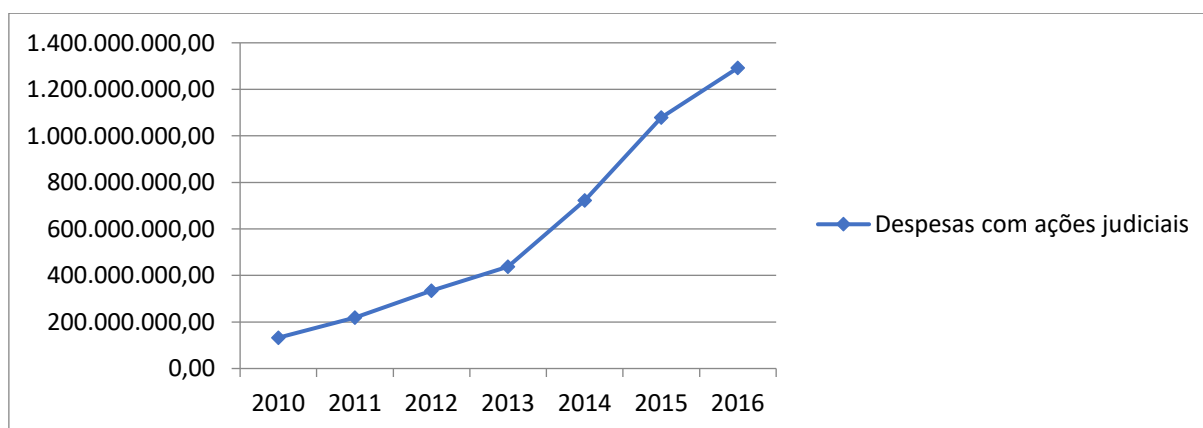
O orçamento geral do MS cresce ano a ano, mas abaixo das necessidades de um sistema de saúde universal. Em 2018, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) publicou o estudo “Indicadores Básicos – Situação de Saúde nas Américas”, que entre outros dados mostrava as despesas públicas com saúde dos seus países-membros. A média do gasto público dos países membros é de 5% do PIB. O gasto público no Brasil é de 3,8% do PIB, enquanto o gasto privado é de 5% do PIB. No Canadá, que também possui sistema de saúde universal, o gasto público é de 7,7% do PIB e o gasto privado de 2,8% do PIB (OPAS, 2018).

Em 2015, a despesa *per capita* do governo em saúde foi de R\$1.131,94, e a despesa *per capita* em saúde das famílias foi de R\$1.538,79 (IBGE, 2015). Esses dados podem evidenciar por que há vazios assistenciais no Brasil. Os blocos de financiamento do SUS ficam com pouco mais da metade das receitas estipuladas na LOA para o MS.

Então, em uma análise rápida da situação atual do sistema público de saúde do Brasil, verifica-se que ele carece de fontes de financiamento e de destinação desse financiamento para as ações-fins do sistema de saúde. Somente o aumento do aporte de recursos não resolverá a situação crônica de subfinanciamento do SUS, se esses recursos servirem às atividades-meio do sistema e à manutenção da máquina administrativa. É necessário cuidado analítico para não confundir o financiamento de todo o MS com o financiamento das ASPS. Nesse contexto encontra-se a judicialização da saúde, aumentando a escala do processo, gerando automatismo nas demandas judiciais e, conseqüentemente, crescimento das despesas do MS, conforme mostra o gráfico com a evolução dos gastos do MS com ações judiciais, entre 2010 e 2016.

O gráfico 5 mostra a evolução dos gastos do MS com ações judiciais no período entre 2010 e 2016. Está expresso em valores nominais, com dados fornecidos pelo MS.

Gráfico 5. Evolução dos gastos do MS com ações judiciais (2010-2016) - valores nominais



Fonte: Elaboração própria, com base em dados do Ministério da Saúde.

Judicialização da saúde não pode ignorar a relação entre a despesa pública e o PIB. O Brasil tem um cenário desafiador para as políticas sociais inscritas na CRFB-88, e como problemas mais evidentes podem-se mencionar:

i) Desequilíbrio fiscal - os governos vêm gastando mais do que arrecadam, gerando déficits em contas correntes e fiscais. Tal situação pode levar o país a adotar medidas drásticas para conter o endividamento, ou produzir um quadro inflacionário como ocorrido nos anos

1980, mas qualquer solução significa sacrifícios para a sociedade em geral.

ii) Mudança do perfil demográfico da população - há uma diminuição da fecundidade associada ao aumento da expectativa de vida, o que acarretará em pouco tempo a perda do bônus demográfico, ou seja, no futuro teremos mais pessoas necessitando de amparo à velhice do que jovens contribuindo com o sistema de previdência social. Além disso, existe o processo de urbanização da população brasileira nas últimas décadas, com grande concentração em metrópoles carentes por serviços públicos essenciais, como a saúde.

iii) Flexibilização do trabalho - contratos de trabalho que não geram receitas previdenciárias - fruto de uma reforma mal planejada e conduzida com poucos debates entre os mais interessados (empregadores e empregados). Há mudanças significativas nas relações de trabalho, de um sistema formal de emprego para a informalidade, assim como o *home office*, realidade entre várias profissões liberais, principalmente as mais ligadas ao mercado financeiro. E mesmo as profissões ou ocupações menos intelectualizadas já passam por essa mudança. Boa parte dos trabalhadores que perdem empregos com carteira assinada retornam às atividades laborais de forma informal, ou tornam-se empreendedores, começando seu próprio negócio.

iv) Aperfeiçoamento dos serviços públicos - é inegável e urgente a necessidade de melhoria dos serviços públicos essenciais que são disponibilizados à população, tais como saúde, educação, saneamento, transportes, moradia e outros serviços.

Evidentemente, a judicialização da saúde é parte do gasto, e o controle deste é parte do ajuste fiscal. O impacto do problema fiscal no gasto social, e na saúde em especial, torna o fenômeno da judicialização mais importante que antes. Há um consenso entre os pesquisadores da judicialização, de que a escala dos processos aumenta, tanto em números de demandas, como na ampliação dos gastos para cumprir as ordens judiciais. E também é consenso, entre aqueles que debatem o tema, que o automatismo da concessão do direito à saúde conduz ao automatismo da judicialização. Esse é o núcleo do problema, sua perenidade, enquanto as condições básicas para que ele continue forem mantidas.

Outro consenso sobre o fenômeno da judicialização da saúde é que o controle dos gastos públicos por conta do ajuste fiscal entra em colisão com as despesas crescentes de um sistema de saúde de grande envergadura, como o SUS. Não há direitos fundamentais garantidos e efetivados sem produção de riqueza e renda. O SUS precisa que o país cresça, esse é o grande problema da judicialização da saúde neste momento. No ambiente de controle de gastos que atinge o governo, a luta pela manutenção dos direitos sociais deve focar também no aspecto fiscal.

Tal fato em um país com crescimento econômico constante e contas em dia já seria preocupante, e no Brasil de agora e do amanhã isso se torna um grande problema a ser resolvido, principalmente em um modelo econômico que há anos vem adotando medidas de contenção de gastos públicos. Os gastos públicos obrigatórios saltaram de 12,3% do PIB em 2003 para 15,6% do PIB em 2015. E os gastos discricionários evoluíram de 2,8% em 2003 para 3,9% em 2015 (BRASIL, 2016).

Desde a década de 1990, para debelar uma renitente e perniciosa inflação, ou pior, uma hiperinflação, o país passou por vários planos econômicos: Plano Cruzado – fevereiro de 1986; Plano Bresser – julho de 1987; Plano Verão – janeiro de 1989; Plano Color – março de 1990, até surgir o Plano Real em fevereiro de 1994 e, logo depois no mesmo ano, a eleição do presidente Fernando Henrique Cardoso, um governo de centro-esquerda, que conseguiu a estabilização dos preços e uma acentuada redução da inflação, o que lhe permitiu uma reeleição. No seu segundo mandato (1999-2003), o governo Fernando Henrique realizou ajustes estruturais nos gastos públicos, entre os quais destaca-se a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que será objeto do item 3.3 desta tese.

4.3 Lei de Responsabilidade Fiscal: início do estabelecimento de um Estado mínimo

Como medida saneadora de gastos públicos realizados pelos três entes nacionais, surgiu a Lei de Responsabilidade Fiscal – Lei Complementar nº 101, de 04/05/2000. Ela deve ser mencionada para entender a progressiva limitação e controle dos gastos públicos e o início da desestabilização do financiamento dos programas sociais que foram estabelecidos pós-CRFB/88.

Nos dois governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-1998 e 1999-2003), buscou-se a redução do tamanho do Estado. Amplo programa de privatizações e políticas sociais focais, como o bolsa-educação, foi implementado durante seus governos. A Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) pode ser vista como uma das estratégias para diminuir o tamanho do Estado e controlar os gastos públicos.

A partir de então, União, estados e municípios ficam atrelados a uma legislação que os impede de aplicar recursos além do previsto no teto de gastos para cada máquina administrativa, principalmente em gastos com contratação de pessoal.

Isso levou muitos estados e municípios a mudarem suas políticas públicas quanto à

questão de pessoal, deixando de realizar contratações de pessoal diretamente e estabelecendo uma nova forma de contratação de mão de obra, através de organizações sociais. Foi a fórmula encontrada para não parar serviços e ao mesmo tempo cumprir o papel de desmonte do Estado, delegando atividades típicas de Estado a agentes não públicos.

A Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), denominação que ganhou a Lei Complementar nº 101, promulgada em 4 de maio de 2000, amparada pelo Capítulo II do Título VI da CRFB-88, estabelece as normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal, procurando manter o equilíbrio das contas públicas, prevenindo riscos e desvios. Tem como premissas básicas ações que envolvem as atividades de planejamento e controle, a transparência e a responsabilização em todos os órgãos da administração pública brasileira (BRASIL, 2000).

Os antecedentes da LRF remontam a 1988, quando houve necessidade de fortalecer a federação e a cooperação intergovernamental no atendimento dos direitos sociais. Foram colocados em pauta a revisão do modelo de federalismo fiscal e o aperfeiçoamento da gestão orçamentária, para aumentar a eficiência do gasto público. O desequilíbrio fiscal (gastos superiores às receitas) predominou na administração pública brasileira por muitos anos. As consequências para a economia foram negativas e, em alguns casos, tiveram impacto sobre mais de uma geração. A inflação descontrolada, a convivência com taxas de juros altas, o endividamento público e a carga tributária relativamente elevada são algumas dessas consequências, levando as finanças públicas a uma situação que limitou investimentos e o atendimento de necessidades fundamentais da população, como saúde, educação, moradia, saneamento e outros. O desestímulo ao investimento público e privado está ligado ao baixo dinamismo econômico do período.

Promulgada pelo Senado, então presidido por Antônio Carlos Magalhães, e sancionada durante o segundo mandato de Fernando Henrique Cardoso, a LRF pretendeu realizar ajuste fiscal permanente no Brasil, uma vez que estabeleceu o princípio da disciplina fiscal para todos os entes da Federação. Revogando a Lei Complementar nº 96, de 31 de maio de 1999, que estabelecia o limite das despesas com pessoal e definia conceitos relativos a despesas e receitas governamentais, a LRF incorporou princípios e normas provenientes de outras experiências de rigor fiscal.

Os modelos tomados como referência foram o do Fundo Monetário Internacional (FMI), organismo multilateral do qual o Brasil é Estado-membro, responsável pela edição e difusão de algumas normas de gestão pública em diversos países. Também se inspirou no *Fiscal Responsibility Act*, de 1994, desenvolvido na Nova Zelândia e em alguns princípios do

Tratado de Maastrich, de 7 de fevereiro de 1992, que definiu dispositivos constitutivos da União Europeia. A LRF não é recente, e sua criação se deu a partir de modelos estrangeiros de estabilização fiscal e monetária. “Curiosamente, foi a experiência da Nova Zelândia que inspirou tanto a LRF como o regime de metas brasileiro.” (GARCIA; AFONSO,2016).

Entre o conjunto de normas e princípios estabelecidos pela LRF, alguns merecem destaque: i) os limites de gasto com pessoal, pois a Lei fixa limites para essa despesa em relação à receita corrente líquida para os três Poderes e para cada nível de governo (União, estados, Distrito Federal e municípios); ii) os limites para o endividamento público, que passaram a ser estabelecidos pelo Senado Federal por proposta do Presidente da República; iii) a definição de metas fiscais anuais para os três exercícios seguintes; iv) mecanismos de compensação para despesas de caráter permanente, pois o governante não poderá criar uma despesa continuada (por prazo superior a dois anos) sem indicar uma fonte de receita ou redução de outra despesa; e v) mecanismo para controle das finanças públicas em anos de eleição, pois a Lei impede a contratação de operações de crédito por Antecipação de Receita Orçamentária (ARO) no último ano de mandato e proíbe o aumento das despesas com pessoal nos 180 dias que antecedem o final do mandato (BRASIL, 2000).

A LRF é um instrumento de auxílio aos governos, em todas as suas esferas, para a gestão de recursos públicos de acordo com regras claras e precisas, utilizadas por todos os gestores de recursos públicos, no que diz respeito às receitas e despesas públicas, ao endividamento e à gestão do patrimônio público. É também uma proteção ao contribuinte, bem como ao conjunto da população. A LRF consagra a transparência como padrão e como mecanismo de controle social, através da publicação de relatórios e demonstrativos da execução orçamentária, apresentando ao contribuinte a utilização dos recursos que ele coloca à disposição dos governantes. (BRASIL, 2000).

Originado no Ministério do Planejamento, o projeto inicial de Lei Complementar possui 110 artigos e passou por um amplo processo de elaboração e de revisão, com inúmeras audiências públicas. Na Câmara, o Projeto da LRF tramitou sob o nº PLP 18/99 e, após aprovação, foi reduzido para 75 artigos, tramitando no Senado Federal sob o nº PLC 4/2000. No projeto inicial, já havia dispositivos penais contra os administradores públicos que descumprissem as normas previstas pela LRF, mas posteriormente, na Câmara dos Deputados, o projeto foi desmembrado e fracionado, tramitando no Congresso Nacional como projeto dos Crimes de Responsabilidade Fiscal, sob o nº PL 621/99 (BRASIL, 2000)

O PL nº 621/99, que originou a Lei nº 10.028/2000, tipificou três condutas relacionadas com o déficit nas contas públicas: i) inscrever em restos a pagar despesa que

excedesse o limite estabelecido em lei; ii) contrair obrigação, no último ano do mandato ou legislatura, cuja despesa não pudesse ser paga no mesmo exercício financeiro; iii) deixar de promover o cancelamento do montante de restos a pagar inscrito em valor superior ao permitido em lei. Alterando o Código Penal, a nova lei contribuiu para consolidar a prática fiscal desejada, pois passou a punir os gestores públicos com penalidades civis, inclusive ressarcimento e reclusão, pelo descumprimento da LRF (BRASIL, 2000).

O chefe do Poder Executivo deverá prestar contas, além das suas próprias, das dos presidentes dos órgãos do Poder Legislativo, do Poder Judiciário e do chefe do Ministério Público, avalizadas por parecer do Tribunal de Contas. Por sua vez, as contas do Poder Judiciário serão apresentadas no âmbito da União, pelos Presidentes do Supremo Tribunal Federal e dos Tribunais Superiores; na esfera dos estados, pelos Presidentes dos Tribunais de Justiça, consolidando as dos demais tribunais. O parecer sobre as contas dos Tribunais de Contas será proferido em prazo previsto no art. 57 pela comissão mista permanente referida no § 1º do art. 166 da Constituição ou equivalente das Casas Legislativas estaduais e municipais. As prestações de contas e os resultados da apreciação deverão ser amplamente divulgados. Assim, o Poder Legislativo, diretamente ou com o auxílio dos Tribunais de Contas, e o sistema de controle interno de cada Poder e do Ministério Público, fiscalizarão o cumprimento das normas da LRF: i) quanto às metas a serem atingidas e estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO); ii) quanto aos limites e condições para realização de operações de crédito e inscrição em Restos a Pagar; iii) quanto às medidas adotadas para o retorno da despesa total com pessoal ao respectivo limite; iv) quanto à recondução dos montantes da dívida consolidada e da dívida mobiliária aos respectivos limites; v) quanto à destinação de recursos obtidos com a alienação de ativos, tendo em vista as restrições constitucionais e as restrições da LRF; e vi) quanto ao cumprimento do limite de gastos totais dos legislativos (BRASIL, 2000).

Segundo o Art. 67 da LC nº 101/2000:

O acompanhamento e a avaliação, de forma permanente, da política e da operacionalidade da gestão fiscal serão realizados por conselho de gestão fiscal. O conselho é constituído de representantes de todos os Poderes e esferas de governo, do MPU e de entidades técnicas representantes da sociedade, como o Conselho Federal de Economia e o Conselho Federal de Contabilidade. Sua atuação deverá estar pautada com a harmonização e coordenação entre os entes da Federação; com a disseminação de práticas que resultem em maior eficiência na alocação e execução do gasto público, na arrecadação de receitas, no controle do endividamento e na transparência da gestão; com a adoção de normas de consolidação das contas públicas, padronização das prestações de contas e dos relatórios e demonstrativos de gestão fiscal, normas e padrões mais simples para os pequenos Municípios, bem como outros, necessários ao controle social; com a divulgação de análises, estudos e

diagnósticos. (LC nº 101/2000, Art. 67).

A padronização do Relatório Resumido da Execução Orçamentária e do Relatório de Gestão Fiscal, respectivamente prevista nos artigos 52 e 54 da LRF, foi realizada pelas Portarias da STN nº 469, para a União, nº 470, para o Distrito Federal e os estados, e nº 471, para os municípios, datadas de 21 de setembro de 2000, que estiveram em vigor até o final do ano de 2001. E a partir do ano de 2002, as portarias que aprovam as edições atualizadas do Manual de Elaboração do Anexo de Metas Fiscais e do Relatório Resumido da Execução Orçamentária e do Manual de Elaboração do Anexo de Riscos Fiscais e do Relatório de Gestão Fiscal passaram a ser publicadas anualmente. Para tal, em conjunto com os estados, o Distrito Federal, os municípios e as entidades técnicas representativas da sociedade, a Secretaria do Tesouro Nacional (STN) promove reuniões para a padronização dos conceitos, definições, regras e procedimentos contábeis a serem observados pelas esferas de governo, com a finalidade de incorporar as sugestões para a melhoria dos manuais.

Com o objetivo último de desenvolver e disseminar uma nova cultura gerencial na gestão dos recursos públicos e incentivar o exercício pleno da cidadania, especialmente no que se refere à participação do contribuinte no processo de acompanhamento da aplicação dos recursos públicos e de avaliação dos seus resultados, a LRF preconiza que a obediência a essas novas regras vai permitir um ajuste fiscal permanente no Brasil, uma vez que a disciplina fiscal introduzida pela Lei proporcionará o fortalecimento da situação financeira dos entes da Federação. Isto, por sua vez, possibilitará o aumento da disponibilidade de recursos para o investimento em programas de desenvolvimento social e econômico.

Como visto, a LRF foi criada para auxiliar o país a enfrentar uma crise fiscal instalada em fins dos anos 1990. Agora o Brasil se encontra em nova crise fiscal. O que era a crise fiscal de 1993-1997 e o que é a crise fiscal de 2014-2018? O que há de comum e o que é singular em cada crise? Apesar do país se encontrar novamente com problemas de natureza fiscal, a crise atual parece não guardar semelhanças com a passada, devido a dois fatores principais: primeiro, nos anos de 1990 o Brasil tinha forte deterioração das contas externas e ainda persistia uma inflação que afligia a economia havia vários anos. Segundo, a partir de 2000, com a elaboração da LRF, União, estados, Distrito Federal e municípios se adequaram a um novo regime fiscal que disciplinava e controlava seus gastos e o endividamento de todos os entes da federação.

O item 3.4 tratará dessas crises fiscais, mais focalizado na atual crise fiscal e suas implicações para a economia nacional, e conseqüentemente, a manutenção de investimentos

condizentes com um Estado de bem-estar social.

4.4 Crises fiscais brasileiros recentes: 1993-1997 e 2014-2018

As duas crises econômicas têm naturezas distintas e, portanto, características próprias. A primeira tem um componente monetário importante. A crise dos anos 1980/90 é causa de uma dívida externa grande e crescente, com origem na crise do petróleo dos anos 1970, e também do aumento das taxas de juros dos empréstimos concedidos pelos credores internacionais. Tais fatos desorganizam a economia nacional, e uma renitente e alta inflação domina a economia brasileira por vários anos. A década de 1980, em plena redemocratização do Brasil, ficou conhecida como a “década perdida”. A crise econômica atual não guarda paralelo com a crise do final do século passado, principalmente em dois aspectos: não há um grande endividamento externo; o país possui boas reservas monetárias e, muito importante, não há um processo inflacionário de dois dígitos a penalizar a sociedade, como aconteceu na crise passada.

A redemocratização brasileira iniciada em 1985 pecou por não enquadrar as demandas sociais na restrição fiscal (GIAMBIAGI, 2016). Segundo esse autor, os gastos do governo aumentaram sempre no decorrer da década de 1990; a diferença é que, até 1994, as demandas sociais eram satisfeitas mediante financiamento inflacionário – ou por meio da colocação da dívida pública. Já a partir de 1999, elas passaram a ser cobertas por um incremento de carga tributária, o que teria limites óbvios.

Nos anos de 1970 e 1980, o Banco Central emitia moeda para financiar os déficits públicos, mas não assistíamos a um crescimento explosivo da relação dívida/PIB, porque à custa de uma inflação elevada, tal crescimento era impedido pela senhoriagem (PASTORE, 2016). O regime fiscal foi alterado com a LRF, o que estabeleceu regras disciplinando as relações entre o Banco Central e o Tesouro Nacional, mas o que se vê na atual crise é uma indisciplina fiscal que gera um crescimento explosivo na relação dívida/PIB. Segundo Pastore (2016), a menos que sejam executadas reformas estruturais contendo o crescimento dos gastos, a relação dívida/PIB deve atingir entre 80% e 90% do PIB em 2018. Para ele, são valores maiores do que qualquer um atingido no passado, e não são sustentáveis (PASTORE, 2016, p. 431). Continuando, o autor assegura que estamos muito distantes de um problema com as características do passado, em que a expansão monetária financiava os déficits.

Atualmente, o Banco Central está proibido de comprar títulos nos leilões primários do Tesouro e não pode emitir moeda para financiar os déficits, inexistindo evidências de que estejamos próximos de um processo semelhante ao ocorrido em finais do século passado (PASTORE, 2016).

Sobre a afirmação de Pastore (2016), de que a relação dívida/PIB deveria atingir entre 80% e 90% do PIB em 2018, as estatísticas do Banco Central apontaram que a Dívida Bruta do Governo Geral – que compreende o Governo Federal, o INSS e os governos estaduais e municipais – alcançou R\$ 5.284,1 bilhões em novembro de 2018, equivalente a 77,3% do PIB. No ano de 2018, a relação dívida/PIB registrou expansão de 3,2 pontos percentuais (BRASIL, 2018).

A década de 1990 pode ser lembrada como a década das crises internacionais. Em 1994, a crise do México; em 1997 a crise de várias economias do leste asiático; em seguida, 1998 surgem as crises da Rússia e posteriormente da Argentina, que se prolongou até 2001. Esta última foi muito nociva à economia nacional, pois além de a Argentina ser o destino de 13% das exportações brasileiras em 1998, esse percentual se reduziu a 4% em 2002; o país é membro do Mercosul, e há ainda a proximidade geográfica – tudo isso contribui para a insegurança econômica no Brasil. E mais, o início do novo milênio guardou duas situações completamente fora das análises mais pessimistas, uma de cunho internacional, o ataque às Torres Gêmeas em Nova York, em 2001, e a outra nacional, uma crise energética, também em 2001, combinação de uma seca extrema e a insuficiência de investimentos no setor de geração de energia (GIAMBIAGI 2016). Citando especificamente o caso argentino, entre 1998 e 2001 sua economia encolheu notáveis 18%, o que culminou com a deposição do Presidente Fernando de La Rúa, em dezembro de 2001.

Os fatos acima descritos contribuíram em muito para o agravamento da crise econômica que o Brasil atravessou nesses anos. No entanto, no desenrolar da crise dos anos 1990, foram realizadas reformas estruturais importantes, e a mais lembrada com certeza é a LRF de 2000. Outras iniciativas, como a estabilização de preços e o equilíbrio fiscal, produziram depois uma estabilidade que foi coroada com um crescimento da economia na primeira década do novo século.

Para Alexandre Chaia, professor do Instituto de Ensino e Pesquisa (INSPER), vivemos hoje uma crise de consumo, que é a grande diferença da crise dos anos 90. A economia brasileira se divide antes e depois do Plano Real (1994):

Até a mudança vivíamos um processo de hiperinflação em que você simplesmente não tinha economia. Hoje, a maior crise é interna. Há uma incerteza gigante, o

governo está com um problema fiscal grande e a desconfiança sobre o futuro faz as pessoas pararem de consumir. O problema maior, pela primeira vez, não vem de fora. (EL PAÍS, 2016).

Apesar da diminuição de fatores exógenos no momento atual, hoje temos fatores endógenos e exógenos na configuração da crise.

A CRFB-88 estabeleceu direitos fundamentais e criou direitos sociais, por isso pode ser vista como uma Constituição geradora de despesas. No entanto, essa mesma Constituição permitiu um dos maiores ajustes fiscais realizados no país. Todo o arcabouço jurídico necessário para a realização do ajuste nas contas públicas nos anos 1990 foi conduzido com a CRFB-88. Não se pode agora, no auge da crise desta segunda década dos 2000, atribuir à constituição a culpa pela deterioração das finanças públicas, como também ela não oferece obstáculo à recuperação econômica do país.

Durante os anos 1990, importantes alterações legais foram instituídas para vencer a crise econômica, a saber: na macroeconomia, a adoção do chamado “tripé”, constituído pela combinação de objetivos de superávit primário, metas de inflação e livre flutuação da taxa de câmbio; no campo da Previdência, a aprovação da EC nº 20, em 1998, flexibilizando uma série de aspectos normativos, permitindo que eles passassem a ser objeto de legislação ordinária e abrindo caminho para a aprovação da Lei nº 9.876/1999, conhecida como “Lei do fator previdenciário”; na área fiscal, o expressivo aumento da receita, de nada menos que cinco pontos do PIB entre 1997 e 2002; no campo federativo, além da aprovação da LRF, houve a renegociação das dívidas estaduais e municipais; e um expressivo programa de privatizações (GIAMBIAGI, 2016).

Vale lembrar que os problemas de financiamento do SUS nos anos 1990 levaram os economistas da saúde e os movimentos em defesa do SUS a lutarem por fontes de financiamento vinculadas às receitas. A promulgação da EC 29/2000 veio ao encontro do desejo de se estabelecer fontes seguras para o financiamento da saúde pública. É fundamental para a manutenção e a efetiva garantia aos direitos sociais a vinculação na proteção do gasto social – é uma forma de blindagem contra as medidas de cunho austero que geralmente avançam sobre os gastos sociais.

Sobre o fator previdenciário, toma-se o exemplo de um indivíduo que se aposentasse aos 50 anos, tendo carteira assinada desde os 15 anos, ou seja, por 35 anos contribuiu com a Previdência Social. Ele teria um fator previdenciário de 0,70. Isso significa que, se sua média de salários de contribuição fosse de R\$ 2.000,00, por exemplo, sua aposentadoria seria de R\$ 1.400,00.

A menção às medidas econômicas e políticas adotadas no período da crise dos anos 1990 tem por finalidade mostrar que a CRFB-88 não é impeditivo de mudanças estruturais para restabelecer boas condições econômicas. Além disso, demonstra que sem a utilização de medidas de caráter impositivo ao controle de gasto público, não há como superar a crise atual. E o que mais impressiona na economia nacional, além da relação dívida pública/PIB, é a rigidez dos gastos públicos. Para os especialistas, as vinculações de receitas da União já eram um grande problema na crise passada, e agora sua permanência como tal só piora a condição atual. Há inegável consenso entre economistas, de tendências distintas, que o ajuste fiscal é necessário para debelar a crise, com soluções que passem pela redução dos gastos, como já realizado pela EC 95, e também com aumento de carga tributária.

Voltando à crise dos anos 1990, a carga tributária aumentou consideravelmente naquele período. Entre 1998 e 2000, a arrecadação do COFINS passou de 1,9% para 3,3% do PIB e da CPMF, de 0,8% para 1,2% do PIB, permitindo um desempenho muito favorável da receita total. E mais, o IRPJ passou de 1,2% para 1,5% do PIB no mesmo período. Aliás, ao examinar os números da arrecadação tributária no período compreendido entre 1991 e 1997, há de salientar o crescimento acentuado da arrecadação com as contribuições sociais: o COFINS passa de 1,31% para 2,0% do PIB e a CSLL passou de 0,28% para 0,81% do PIB (PORTUGAL, 2016). Entretanto, esse aumento de arrecadação foi sequestrado pelo FSE em 1994 e demais desvinculações de receitas que se seguiram.

O que pesa agora é o tamanho da dívida pública crescente; segundo cálculo do Banco Central, a dívida bruta do governo geral fechou 2015 em 72,5%, do PIB (AFONSO et al., 2016). Isso torna o ajuste fiscal a ser realizado de maior magnitude do que o passado. E mais grave, a economia encolheu assustadoramente, com um quadro de ociosidade nas empresas que culminou com níveis elevados de diminuição do uso de mão de obra e consequente aumento da taxa de desemprego.

Outra questão a ser levantada é a renúncia fiscal do governo federal. Quanto à saúde, ela representou de 31,8% a 32,3% das despesas com ASPS, no período entre 2003 e 2015 – uma isenção tributária da ordem de um terço dos gastos em saúde pública naquele período, fato a ser destacado em virtude das necessidades de financiamento do SUS. Em 13 anos, a preços médios de 2015, o governo deixou de arrecadar R\$ 331,5 bilhões (OCKÉ-REIS; FERNANDES, 2018). Esses autores chamam atenção para o gasto tributário associado aos planos privados de saúde no Brasil, que alcançou R\$8 bilhões em 2015, segundo dados da Receita Federal do Brasil.

No quadro de subfinanciamento do SUS, desnecessário dizer que, de um lado, boa parte das desonerações incide sobre contribuições sociais atreladas ao OSS e, de outro, os gastos tributários correspondem a recursos públicos indiretos, que deveriam ser submetidos aos mesmos critérios de avaliação e controle observados na aplicação do orçamento direto. (OCKÉ-REIS; FERNANDES, 2018, p. 13).

O economista Fernando Nogueira da Costa chama de “a grande depressão 2015/2016” o desempenho da economia nacional no período. Em seu estudo sobre a evolução real da receita das 200 maiores empresas do país, por área de atividade, mostra um quadro de grande retração de receitas em todos os ramos da economia, mais severamente no setor industrial, mas não poupa nenhum setor econômico. O comércio (-1,1%); o financeiro (-4,6%); a indústria (-12%); e serviços (-4,2%), com um total geral de -6,9%. A queda vista nas receitas também repercutiu sobre a rentabilidade do patrimônio das 200 maiores empresas por setor no Brasil. **Tal fato denota o empobrecimento do país.** E a queda mais relevante no setor industrial pode explicar a participação dos quadros das Federações de Indústrias nas manifestações políticas a favor do impedimento da Presidente Dilma Rousseff (COSTA, 2018). Para o economista, tal regressão das empresas industriais em 2015 se deve ao choque neoliberal da gestão de Joaquim Levy na economia – ajuste fiscal, choque tarifário, choque cambial, choque de juros –, o que não difere em muito da estratégia macroeconômica atual do governo eleito democraticamente de Jair Bolsonaro.

As conclusões do relatório de análise econômica dos gastos públicos federais, no período 2006-2015, elaborado pela Secretaria de Política Econômica do Ministério da Fazenda, corrobora a percepção do economista supracitado. O relatório diz que houve evolução das despesas públicas primárias federais, com crescimento para as transferências de renda às famílias e algumas despesas de custeio atípicas, mais notadamente a compensação da desoneração da folha do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), o auxílio à Contribuição de Intervenção no Domínio Econômico (CIDE) e o pagamento de subsídios. “O crescimento das despesas decorrentes desses itens atípicos foi revertido com uma série de ações adotadas ao longo de 2015”. (BRASIL, 2016, p.14). E apesar desses esforços na área econômica, com graves consequências a sociedade, o ambiente político não propiciou uma recuperação do padrão econômico pré-crise.

Para economistas do Instituto Brasileiro de Economia da Fundação Getúlio Vargas (IBRE/FGV), sem um aumento do resultado primário de pelo menos três pontos percentuais do PIB, dificilmente será produzida uma dinâmica da dívida pública conducente ao equilíbrio macroeconômico de médio e longo prazo (SCHYMURA, 2018). Pode-se concluir, a respeito das crises dos anos 1990 e a de 2015, que a primeira tinha como fator preponderante a

inflação, e a segunda, a recessão.

Economistas do IBRE/FGV analisaram cenários possíveis para 2019, e concluíram que um ajuste fiscal é necessário para a recuperação da economia brasileira. Há consenso entre os economistas da instituição, no entanto, as formas e intensidade desse ajuste fiscal são analisadas sobre vários cenários, cada pesquisador com uma maneira de abordar o problema. Sobre as perspectivas para 2019, num horizonte temporal suficientemente rápido para recolocar a economia brasileira numa trajetória virtuosa, há três correntes de cenários entre os pesquisadores da Fundação Getúlio Vargas (FGV).

O pesquisador Samuel Pessôa, que se coloca numa posição otimista, nota que cientistas políticos têm apontado certo consenso, na sociedade brasileira, de que as políticas públicas têm que ser inclusivas. Esse fato explica o aumento da carga tributária desde a redemocratização, mas ao mesmo tempo existe uma demanda social de que a inflação permaneça baixa (SCHYMURA, 2018). Aponta o pesquisador que o novo presidente deverá fazer uma consolidação fiscal em 2019, cujos termos serão debatidos com a sociedade ao longo do processo eleitoral. Pessôa considera que o equilíbrio político brasileiro, apesar de levar a um desempenho econômico insatisfatório, é suficiente para fazer com que a elevada inflação seja um fenômeno confinado ao passado. Com uma taxa de inflação de 4% e uma taxa básica de juros de 6,5%, espera-se que o próximo governo terá condições de realizar um ajuste fiscal que poderá trazer o crescimento econômico num horizonte temporal suficientemente breve. Para o economista da FGV, **isso permitirá que a economia cresça a uma média anual de 3,0% ao longo do próximo mandato, sem trazer desequilíbrios externo ou inflacionário – o que deve contribuir para uma reeleição tranquila em 2022** (grifo nosso). Ao contrário, se não fizer o ajuste fiscal, o próximo presidente trará de volta a inflação, e não deve ir além do próximo mandato. Pessôa vê incentivos suficientemente fortes para que seja realizado o ajuste fiscal necessário, não só no caso da eleição de um candidato centrista, mas mesmo na hipótese de um populista (SCHYMURA, 2018).

Armando Castelar, também da FGV, apresenta uma visão distinta: o ponto por ele enfatizado é de que candidatos diferentes, uma vez eleitos, devem ter distintas capacidades de lidar com problemas. Ele divide a questão em três dimensões. A primeira é de que há diferenciação entre as promessas eleitorais, de forma que aquilo que pode configurar estelionato eleitoral para um eventual vencedor pode não ser o mesmo para outro. Em segundo lugar, os candidatos têm graus variados de experiência administrativa: alguns jamais ocuparam qualquer cargo executivo, no setor público em especial, mas tampouco no setor privado. A terceira dimensão refere-se ao fato de que diferentes candidatos terão, caso

cheguem ao poder, variados graus de facilidade de lidar com o Congresso muito fragmentado. Para Castelar, esse problema será particularmente agudo no caso de algum candidato de partido pequeno vencer as eleições presidenciais. E mais, para o pesquisador, **o próximo governo se verá forçado a fazer o ajuste fiscal, sob pena de o risco país disparar, levando consigo o dólar e os juros, e jogando o governo numa situação difícil logo na partida do mandato** (grifo nosso). Para ele, além da capacidade de “fazer acontecer” o ajuste, haverá diferenças em torno da ênfase no aumento da carga tributária ou na contenção dos gastos, ou em mais ou menos gradualismo, entre outros fatores (SCHYMURA, 2018).

Uma terceira visão sobre o problema da viabilidade do ajuste fiscal foi desenvolvida pelo pesquisador Fernando Veloso (IBRE/FGV). Assim como os outros pesquisadores da FGV, ele não nega a necessidade de se realizar o ajuste fiscal, e a forma e a magnitude desse ajuste obviamente dependem de quem exercerá o próximo governo. O pesquisador acredita que há dificuldades de se fazer um ajuste fiscal do tamanho necessário. Inicialmente, ele aponta que a qualidade da gestão da coalizão governamental é muito importante para a aprovação de reformas. Apesar das reformas aprovadas recentemente, como a trabalhista e a lei do teto dos gastos, **o avanço na resolução da crise fiscal foi pequeno** (grifo nosso). E ficou comprometido pela não aprovação da reforma da Previdência, aprovação de reajustes expressivos de salários do funcionalismo, sucessivos programas de Refis e, mais recentemente, pelo subsídio ao consumo de diesel. **Um segundo ponto, para Veloso, é que um ajuste fiscal muito gradual não vai funcionar, como ficou comprovado recentemente** (grifo nosso). Para ele, ficou claro que a estratégia gradualista é muito vulnerável à complacência que se instala no Executivo, no Congresso e mesmo no mercado financeiro, quando a situação externa é favorável e a economia começa a melhorar (SCHYMURA, 2018).

Segundo Fernando Veloso, **o problema é que a situação fiscal se agravou, o que também exige um ajuste fiscal mais forte** (grifo nosso), mas mesmo um ajuste gradual enfrenta enorme resistência. E mais, ele vê um problema sério de coordenação das demandas por recursos. O teto dos gastos foi muito importante para explicitar a restrição orçamentária, mas ao contrário de seu objetivo de acomodar as diversas demandas por recursos no orçamento, o que se tem visto são tentativas de contornar o teto por meio de isenções tributárias e promessas de modificar a emenda constitucional, seja em termos de redução de prazo ou exclusão de itens como investimento (SCHYMURA, 2018). Para Veloso, o problema central é a fragilidade institucional do que chama de “defesa do interesse difuso”. Para ele, o Estado brasileiro é extremamente vulnerável à captura por grupos de interesse, o que se reflete não somente na crise fiscal, mas também no ambiente de negócios disfuncional.

O pesquisador acrescenta ser pouco provável que esse quadro mude no Congresso, pois mesmo que haja renovação significativa em termos de pessoas, os fundos partidário e eleitoral favorecem os políticos incumbentes. As barreiras à entrada são imensas para candidatos que não façam parte das máquinas partidárias. E mais, o problema parece ir além do Congresso, pois uma parcela expressiva da sociedade não parece estabelecer qualquer relação entre o aumento do gasto público e o desastre econômico recente. Ao contrário, **a crise parece ter desencadeado uma exacerbação do conflito distributivo, em que cada grupo procura proteger seus recursos às custas do restante da sociedade** (grifo nosso) (SCHYMURA, 2018). Por todas essas razões, Veloso crê que será muito difícil fazer um ajuste fiscal na dimensão necessária. Para o pesquisador do IBRE/FGV, a médio prazo será essencial discutir formas de melhorar a institucionalidade da “defesa do interesse difuso” (SCHYMURA, 2018).

O Brasil colheu, na primeira década do novo século, os frutos da estabilidade econômica produzida pelo fim da inflação e pelo ajuste fiscal realizado durante a crise de 1993-1997. Além do bônus doméstico, a expansão econômica mundial e o crescimento exuberante da China trouxeram ao país receitas importantes oriundas das exportações de *commodities* e aporte de recursos através de investimentos diretos de capitais estrangeiros. Todavia, a partir do final de 2011 e início de 2012, as condições começaram a mudar drasticamente, tornando-se cada vez mais adversas. A crise da zona do euro combinou-se com a desaceleração da economia Chinesa e uma recuperação muito lenta da economia americana, pós-crise 2008, com impacto negativo na atividade doméstica (DWECK; TEIXEIRA, 2017).

Ao final de 2014, com os novos choques econômicos, houve forte desaceleração da atividade econômica, o que acelerou a retração da arrecadação e trouxe piora significativa do resultado fiscal (DWECK; TEIXEIRA, 2017). Segundo esses autores, ao longo de 2015, foi rompida a “convenção do crescimento” e foram adotadas medidas restritivas em todas as áreas, principalmente na área fiscal, quando foi realizado um dos maiores ajustes fiscais da história recente, maior inclusive que os de 1999 e 2003 (DWECK; TEIXEIRA, 2017).

A economia brasileira passou de uma desaceleração no primeiro mandato de Rousseff para uma recessão no primeiro ano do segundo mandato. Para Dweck e Teixeira, no debate macroeconômico que se seguiu, a política fiscal teve papel central para explicar a desaceleração da atividade e a posterior recessão, tanto no campo da ortodoxia como na heterodoxia. Segundo os autores, em termos teóricos, *grosso modo*, pode-se dividir o debate atual sobre o papel do Estado e da política fiscal em duas posições canônicas. De um lado, situa-se a posição dos adeptos da Nova Síntese Neoclássica, que defendem o papel restrito do

Estado e o uso da política fiscal com o objetivo fundamental de garantir a sustentabilidade da dívida pública, de modo a sinalizar ao mercado que não haverá risco de *default* e evitar a instabilidade das principais variáveis econômicas, especialmente as taxas de juros e a inflação (DWECK; TEIXEIRA, 2017).

De outro, situam-se os pensadores de tradição keynesiana, para os quais os gastos públicos têm papel relevante para o crescimento econômico, inclusive na indução de investimentos privados. Isso se dá pelo mecanismo do multiplicador keynesiano, pelo qual o aumento do gasto público traz uma expansão da demanda agregada em magnitude maior que a dos gastos. Em um contexto de existência de fatores de produção ociosos, isso leva à expansão da atividade econômica e estimula os investimentos privados (DWECK; TEIXEIRA, 2017). Para os keynesianos, em momentos de crises econômicas, a atuação do Estado por meio de política fiscal se faz mais que necessária. A demanda privada reprimida tende a levar à redução da produção, aumento de desemprego e, conseqüentemente, de renda, do consumo e do investimento, num círculo vicioso que aprofunda a recessão. Nesta situação, apenas um impulso exógeno na demanda, vindo do aumento do gasto público (ou da demanda externa) pode reverter o quadro recessivo.

A visão neoclássica da economia foi explicitada até aqui nos estudos apontados sobre as crises dos 90 e a atual, e também sobre a necessidade de uma política fiscal austera, e no compromisso com a sustentabilidade da dívida pública com a finalidade de produzir expectativas positivas para os agentes econômicos, tendo assim os investimentos privados necessários para alavancar a economia. Ao contrário, o aumento dos gastos públicos produz expectativas de elevação de impostos no futuro, o que leva os agentes econômicos privados a reduzir investimentos, com conseqüente desaceleração da atividade.

A crise mundial de 2008 é um divisor da condução macroeconômica das crises. Até aquela data predominava a tese de contração fiscal, com base na visão canônica neoclássica. O quadro sofreu alteração a partir daí, quando diversos países fizeram uso intenso da política fiscal para estimular a demanda agregada e evitar o aprofundamento da crise em suas economias debilitadas. O próprio Fundo Monetário Internacional (FMI), que sempre propagou ideias de austeridade fiscal, apoiou o debate sobre o tema. Para os economistas e consultores do órgão, a magnitude da recessão em curso exigia questionar todo o conhecimento que se pensava estar consolidado a respeito da política econômica.

No caso do segundo mandato de Rousseff, houve duas vertentes antagônicas sobre o papel da política fiscal. A primeira delas, que pode ser chamada de tese da “gastança”, defende que o descontrole fiscal teve papel fundamental para explicar a desaceleração e a

crise. O argumento é que o aumento dos gastos públicos teria sido elemento característico da política econômica do governo, levando a um aumento da dívida pública e à crise fiscal, da qual decorreria a crise econômica. Nesta interpretação, é a crise fiscal que leva à retração do crescimento. (DWECK; TEIXEIRA, 2017).

A segunda vertente defende o oposto: decisões equivocadas de política fiscal, influenciadas por ideias ortodoxas, levaram à redução dos gastos e, principalmente, de investimentos públicos, retirando um impulso fundamental ao modelo de crescimento econômico impulsionado pela demanda que havia sido implantado anteriormente. Nesta visão, a crise fiscal é que foi consequência da crise econômica, cuja raiz está na guinada ortodoxa da política fiscal (DWECK; TEIXEIRA, 2017).

Na primeira vertente, podemos citar os economistas de orientação liberal ou ortodoxa, como Barbosa Filho e Pessôa (2014), Mesquita (2014), Biasoto e Afonso (2014), entre outros. Esses autores defendem que houve uma mudança na política econômica pós-crise de 2008, que prevaleceu posteriormente no governo de Rousseff, em que a política fiscal expansionista teve papel fundamental na nova visão do Estado na dinâmica do crescimento. Os autores associam a elevação dos gastos públicos a adoção de diversas outras medidas da chamada “nova matriz econômica” – controle de preços, controles cambiais, subsídios, maior tolerância com a inflação, etc. – que teriam conduzido a um excesso de intervencionismo estatal e ao progressivo desmonte do tripé da política macroeconômica: o regime de metas de inflação, a meta de superávit primário e o regime de câmbio flutuante (BARBOSA FILHO, 2015).

Esses autores ortodoxos defendem a guinada na política macroeconômica de 2015, especialmente o ajuste fiscal, visto como fundamental para garantir a confiança dos agentes econômicos para a retomada do crescimento sustentado. Para Dweck e Teixeira, os economistas ortodoxos brasileiros ficaram alheios às mudanças no debate internacional pós-crise de 2008 e seguiram insistindo na tese do contracionismo estatal via política fiscal.

Outra corrente de economistas – Bresser-Pereira, Oreiro e Marconi (2016); Oreiro e Marconi (2016) – compartilha da visão liberal de que a política fiscal expansionista, com o forte aumento dos gastos públicos, contribuiu para a crise de 2015. Seria o esgotamento do modelo social-desenvolvimentista dos governos populares. Para esses autores, além da questão fiscal, a regressão da estrutura produtiva, caracterizada pela desindustrialização e reprimarização da pauta exportadora, contribuíram para a desaceleração do crescimento da economia. Segundo eles, a regressão teria sido provocada por dois preços macroeconômicos fundamentais que ficaram fora do lugar por muito tempo, a taxa de juros elevada e a apreciação da taxa real do câmbio, para os quais a política fiscal expansionista teria

contribuído. Para esses economistas, a recessão a partir de 2015 foi a combinação da desaceleração estrutural com questões extraeconômicas. Fazendo convergência com os economistas liberais, afirmam a necessidade de ajuste fiscal para a retomada de crescimento.

A visão heterodoxa apresenta argumento oposto ao dos liberais e dos novos-desenvolvimentistas. Serrano e Summa (2015) apontam a “desaceleração rudimentar” da economia brasileira ao abandono no governo Rousseff da política econômica virtuosa do governo anterior. Eles refutam os argumentos de que a crise internacional ou a sobrevalorização cambial tiveram forte influência na atividade doméstica. Para esses autores, as medidas de contração fiscal e monetária no primeiro governo de Rousseff, em particular a forte contração de investimentos públicos, foram a causa fundamental da desaceleração econômica no período de 2011 a 2014. E na recessão de 2015, atribuíram papel fundamental ao forte ajuste fiscal realizado, além da elevação da taxa de juros pelo Banco Central (SERRANO; SUMMA, 2015, p. 30). Argumentam ainda que, ao se deparar com a desaceleração do crescimento, o governo tentou diversas medidas de estímulo ao investimento privado, na tentativa de fazer o setor privado liderar o crescimento. Porém, ao não produzirem efeito significativo sobre a demanda agregada, tais políticas foram inócuas para elevar os investimentos (SERRANO; SUMMA, 2015, p. 31).

Seguindo a linha de pensamento de Serrano e Summa de que não foi o descontrole dos gastos que levou à desaceleração do crescimento, mas enfatizando que a mudança na composição do gasto pode explicar a crise, Gobetti e Orair (2015) afirmam que as medidas para tentar acelerar o crescimento a partir de 2011 se concentram, em especial, nas desonerações tributárias e aumento de subsídios. **Para esses autores, a explicação para a desaceleração não está no tamanho do gasto público, mas na mudança de sua composição** (grifo nosso). No governo Rousseff teria havido desaceleração dos investimentos e crescimento das desonerações fiscais e subsídios, que não teriam efeito multiplicador tão expressivo quanto os gastos sociais e investimentos, o que explicaria o fracasso dessas políticas em sustentar a atividade econômica.

Tal conclusão é reforçada em Orair, Gobetti e Siqueira (2016), que em seus estudos sobre multiplicadores para os diferentes tipos de gastos, e em fases distintas do ciclo econômico (fase ascendente e recessão), observaram que os multiplicadores do gasto são mais expressivos na fase recessiva do ciclo econômico que na fase de ascensão. Além disso, o efeito multiplicador dos investimentos e dos gastos sociais é muito mais expressivo que o dos subsídios ou incentivos fiscais (DWECK; TEIEXEIRA, 2017).

Para essa vertente de interpretação sobre o papel da política fiscal, a recessão de 2015

foi consequência do ajuste fiscal implantado naquele ano, bem como da política monetária também contracionista, políticas equivocadas quando a economia já estava debilitada. Para esses economistas, a deterioração do resultado fiscal não é, portanto, a causa da crise, mas consequência da desaceleração da atividade pelo impacto na queda de receitas (DWECK; TEIXEIRA, 2017).

A atual crise fiscal (2014-2018) gerou um programa de ajustes fiscais que começam em 2015, logo depois do segundo mandato de Dilma Rousseff. No entanto, apesar do ajuste comandado por Joaquim Levy naquele ano, a forte recessão econômica e uma grande instabilidade política, resultado da Operação Lava-Jato, levaram o Congresso Nacional a votar o *impeachment* da Presidente Dilma Rousseff. Como consequência, Michel Temer assumiu definitivamente a Presidência da República em 31 de agosto de 2016. Um dos primeiros atos do novo presidente foi enviar ao Congresso Nacional a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº 241. Aprovada pela Câmara Federal e em seguida, como PEC 55, foi também aprovada no Senado Federal, sendo promulgada em 15 de dezembro de 2016, como EC-95. Como parte integrante de um novo projeto de regime fiscal, ela será discutida no item a seguir.

4.5 A Emenda Constitucional 95/2016: o que representa o Novo Regime fiscal para o SUS?

São duas as principais formas de um Estado financiar suas despesas: por meio de impostos ou por meio de dívidas. De uma maneira geral, o imposto é uma solução infinitamente melhor tanto em termos de justiça quanto de eficácia.

Thomas Piketty

Como afirma Piketty, renomado economista francês, o problema da dívida é que quase sempre ela precisa ser paga. Para pagá-la, seria melhor para o Estado taxar os ricos em vez de pegar dinheiro emprestado deles para esse fim. Esses são pontos de ampla concordância.

A Emenda Constitucional nº 95/2016, promulgada em 15 de dezembro de 2016, alterou o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), para instituir o Novo Regime Fiscal (BRASIL, 2016). A medida, de iniciativa do PE e aprovada pelo PL, é uma das várias formas de solucionar ou ao menos diminuir uma dívida pública.

A questão da dívida pública atingiu muitas economias no início do século XXI. Países ricos têm dívida se aproximando de 90% do PIB, endividamento que não era visto desde o fim da Segunda Grande Guerra. Os países emergentes estão com menor comprometimento, mas o Brasil é uma das exceções. Segundo Piketty, a questão da dívida pública diz respeito à divisão de riqueza, em particular entre os atores públicos e privados, e não apenas ao nível absoluto de riqueza. “O mundo rico é rico; são seus Estados é que são pobres.” (PIKETTY, 2014, p. 526). Citando o caso da Europa como um estranho paradoxo, o continente onde os patrimônios privados são os mais elevados do mundo e o que tem mais dificuldade em resolver a crise da dívida pública.

Em sua obra *O capital no século XXI*, Piketty, apresenta três métodos principais para reduzir a dívida pública, que podem ser combinados em diversas proporções: o imposto sobre o capital, a inflação e a austeridade. Para ele, o imposto excepcional sobre o capital privado é a solução mais justa e eficaz. Outra modalidade de redução da dívida é o uso da inflação, pois várias dívidas públicas foram reabsorvidas ao longo da história através dela. Essa solução tentadora foi utilizada pelas economias europeias na primeira metade do século XX. A França e a Alemanha, respectivamente, tiveram inflação média de 13% e 17% ao ano em média, de 1913 a 1950. A Alemanha, para se livrar de suas dívidas públicas, utilizou a inflação por várias vezes na história. “A pior solução, tanto em termos de justiça como em termos de eficácia, é uma dose prolongada de austeridade.” (PIKETTY, 2014, p. 531).

A predileção do imposto excepcional sobre o capital parece ser mais civilizada, conforme prega o autor acima, pois o imposto recai sobre os detentores finais de capital privado, e não nos estabelecimentos financeiros, o que evita possíveis falências bancárias. Além disso, o imposto deve ser progressivo, de acordo com o patrimônio líquido. “A França já se utilizou desse método em 1945, no pós-guerra, arrecadou excepcionalmente sobre o capital aplicado até 25% para os maiores patrimônios.” (PIKETTY, 2014, p. 529). Existe ainda a alternativa de aplicar o imposto progressivo com pequenas taxas, por um período mais longo (por exemplo dez anos), e o resultado dessa receita ser integralmente utilizado no abatimento da dívida.

O imposto excepcional sobre o capital é o método mais transparente, justo e eficaz para reduzir uma dívida pública alta, mas pode-se recorrer a uma solução tentadora, a inflação, basta ter um pouco de inflação adicional para reduzir bastante o valor real da dívida pública. “Uma inflação de 5% ao ano, em vez de 2%, ao fim de cinco anos o valor real da dívida, expresso em porcentagem do PIB, seria reduzido em mais de 15%, uma diminuição considerável.” (PIKETTY, 2014, p. 530). Aliás, tal medida foi adotada pelo Brasil nos anos

1980/1990, mas fora de controle a inflação se tornou uma hiperinflação, penalizando a sociedade brasileira por vários anos.

Entre os países ricos, há uma divisão quanto ao uso da inflação para reduzir dívidas públicas altas. Enquanto o Banco Central Europeu é reticente ao uso desta solução, outros bancos centrais, como o Banco da Inglaterra, Banco do Japão e o Federal Reserve, tentam aumentar suas metas de inflação com o objetivo de reduzir suas dívidas públicas.

Segundo Piketty:

Se eles conseguirem e, por exemplo, o nível de inflação passar para 5%, em vez de 2%, esses países de fato sairão do sobre-endividamento muito mais rápido do que os países da zona do euro, cujas perspectivas econômicas parecem bastante assombradas pela ausência de saídas visíveis da crise da dívida, e pela falta de clareza dos diferentes países sobre suas visões de longo prazo acerca da união fiscal e orçamentária da Europa. (PIKETTY, 2014, p. 531).

Entre as soluções discutidas até agora, a inflação tem o risco do descontrole, pois não há garantias de que depois do início do processo inflacionário, ela se estabilize em 5% ao ano. Exemplo clássico são as hiperinflações germânica entreguerras e as latino-americanas dos anos 1980. E também a da França, que ultrapassou os 50% ao ano de 1945 a 1948. “No que concerne em reduzir as desigualdades patrimoniais em caráter permanente ou reduzir a dívida pública excepcionalmente elevada, o imposto progressivo sobre o capital é, em regra geral, um instrumento muito melhor que a inflação.” (PIKETTY, 2014, p. 533).

Austeridade é uma solução que está sendo aplicada pelo Banco Europeu, dedicando vários pontos do PIB anual de seu superávit primário à dívida pública. Em contrapartida, os países europeus destinam menos de 1% do PIB a suas universidades. Piketty (2014) cita o exemplo histórico do Reino Unido no século XIX, sobre o tratamento prolongado de austeridade. Segundo o autor, foi necessário um século de superávits primários (cerca de 2-3% do PIB por ano em média, de 1815 até 1914) para que o país se livrasse da enorme dívida pública originada nas Guerras Napoleônicas. Ao longo desse período, os contribuintes britânicos gastaram mais recursos em pagamentos de juros da dívida do que nas despesas totais com educação. Para ele, era uma escolha que atendia, sem dúvida, aos interesses dos detentores dos títulos de dívida. Para o autor, é pouco provável que o programa de austeridade prolongado exercido pelo Reino Unido tenha sido pensado para atender ao interesse geral do país. Concluindo sobre a escolha feita para redução da dívida, a austeridade contribuiu para o declínio econômico da nação ao longo das décadas seguintes, ao diminuir os gastos com o sistema de educação.

Vistas as três principais soluções para diminuição de alto endividamento público, aplicadas sozinhas ou associadas, a austeridade prolongada parece ser a mais punitiva à sociedade. Então, vê-se que o programa de austeridade brasileiro – o teto dos gastos públicos por vinte anos – aprovado como EC-95, além de longo pode ser ineficaz, se não for acompanhado de outras medidas econômicas que estimulem o crescimento.

Para entender como as despesas do governo central aumentaram em pouco tempo, o Relatório de Análise Econômica dos Gastos Públicos Federais publicado em maio pelo Ministério da Fazenda, trouxe informações relevantes sobre o tema. Foi realizada uma análise do período entre 2006-2015, na qual a Secretaria de Política Econômica do MF afirma que as despesas primárias do Governo Federal têm apresentado tendência positiva de crescimento em percentagem do PIB ao longo dos últimos anos (BRASIL, 2016). Logo no início, o relatório, ao afirmar que o aumento de despesas do governo federal cria pressões sobre o aumento da carga tributária e dificulta o papel estabilizador da política fiscal, parece sinalizar que a solução para a questão é o aumento da carga tributária combinada a um severo corte de despesas (BRASIL, 2016).

As despesas do governo que mais cresceram aos longos dos últimos anos foram os gastos sociais, concentrados basicamente nas transferências de renda às famílias. Outras despesas também contribuíram para esse crescimento do gasto em relação ao PIB, tais como subsídios a energia e investimentos, compensação pela desoneração da folha salarial e ações de combate à seca. “O ano de 2015 marca a tentativa de conter o crescimento dos gastos federais, porém apesar dos esforços realizados, a função dinâmica dos gastos obrigatórios, principalmente, os itens associados à previdência e assistência continuaram crescendo.” (BRASIL, 2016, p. 2).

Continuando a análise, parece ser a rigidez orçamentária gerada pelo crescimento dos gastos obrigatórios a grande vilã da crise fiscal. Segundo o relatório: “o crescimento dos gastos obrigatórios reduz a capacidade do governo de fazer adequações dos gastos públicos em função das circunstâncias conjunturais na economia.” (BRASIL, 2016, p. 14). A estratégia encontrada para solução do problema é a que se concentra naqueles gastos que reduzem as despesas correntes do governo. Para os analistas do Governo Federal, tal solução produziria efeitos permanentes sobre a economia.

Assim sendo, ocorre a transição do ajuste fiscal realizado em 2015 para a reforma fiscal, cujo objetivo principal é reduzir de forma permanente a taxa de crescimento da despesa corrente, e reduzir a rigidez orçamentária – leia-se diminuir as despesas federais obrigatórias. Para os analistas do MF, “assim será possível abrir espaço para a recuperação do resultado

primário e do investimento de forma mais sustentável” (BRASIL, 2016, p. 15).

O referido relatório da SPE/MF identifica os grandes grupos principais de despesas do Governo Federal. Em 2015, a transferência de renda às famílias representava 48% dos gastos, seguida de outras despesas correntes com 27%, pessoal e encargos 20% e despesas de capital com 5%. (BRASIL, 2016, p.3). O total do gasto público primário passou de 16,7% do PIB em 2006 para 19,6% do PIB em 2015, um aumento de 2,9 pontos percentuais. Quando analisados os índices de crescimento dos gastos por área, observa-se redução para o gasto com pessoal, saindo de 4,4% do PIB em 2006 para 4,0% do PIB em 2015. (BRASIL, 2016, p.5). As despesas com transferência de renda cresceram no período em todos os grupos: Previdência, Abono e Seguro Desemprego, LOAS/RMV e Bolsa Família, passando de 8,3% do PIB em 2006 para 9,4% do PIB em 2015. (BRASIL, 2016, p. 6). Os gastos com educação crescem de 0,9% do PIB em 2006 para 1,4% do PIB em 2015. E os gastos com saúde permanecem estáveis em 1,7% do PIB. Em 2015, os gastos sociais nas despesas primárias do governo federal representaram 63% do total (BRASIL, 2016, p. 9-10).

O relatório da SPE/MF traz uma série de conclusões sobre o aumento dos gastos sociais na totalidade das despesas do governo, elencando aqueles que mais impactam nessa trajetória de crescimento. Além da Reforma Previdenciária, o relatório indica a necessidade de uma reforma mais ampla do gasto obrigatório, impondo um limite a sua expansão. Para os analistas da SPE/MF, o maior desafio da política fiscal atual é reverter a trajetória de crescimento da rigidez orçamentária do Governo Federal. “Isso requer uma reavaliação das políticas públicas – para que sejam sustentáveis –, e dos instrumentos de gestão fiscal, para que sejam efetivos” (BRASIL, 2016, p. 15). Segundo o relatório, quanto mais cedo essas medidas forem adotadas, mais rápido será possível recuperar o crescimento econômico sustentável.

A crítica aos gastos dos Estados acontece hoje em todo o mundo, culpando os mesmos pela deterioração da economia. O desperdício e a irresponsabilidade dos Estados e seu excessivo intervencionismo seriam as mazelas que conduzem à ruína financeira; e a solução da crise é a implementação de políticas draconianas com corte de gastos sociais e investimentos, sacrificando a sociedade. Segundo Blyth (2013), esta visão esquece – muito convenientemente – a origem do endividamento, que não foi a origem gastadora do Estado, mas sim o resultado direto do resgate e da recapitalização do sistema bancário. Através dessas operações, a dívida privada passou a ser pública, enquanto os verdadeiros responsáveis saem impunes. O Estado arca com a culpa e os contribuintes carregam o fardo do aumento dos impostos, do desemprego e da perda de direitos fundamentais.

Para Blyth (2013), a mudança global para as políticas de austeridade é uma ideia muito perigosa e não funciona, como demonstrado nos últimos anos e através de exemplos históricos do último século. Em primeiro lugar, a tentativa do Estado em conter a despesa barrando os caminhos do crescimento até pode ter algum resultado prático, mas nunca quando todos os países o praticam em simultâneo – isso só leva à recessão global. Em segundo lugar, pedir aos inocentes (os cidadãos, os contribuintes) que paguem pelos erros dos culpados (os Estados, os grandes bancos) é sempre má política. Em terceiro lugar, a receita de austeridade apenas enriquece os ricos, não traz prosperidade para todos, contraria o princípio da igualdade de oportunidades e só leva à pobreza e à desigualdade social (BLYTH, 2013).

Para Carneiro et al. (2018), deve-se melhorar o gasto pelo crescimento do PIB, sem aumento de carga tributária: o importante é tributar e gastar corretamente. Sua proposta é aumentar a renda disponível das pessoas que têm menos e financiar os gastos sociais. É uma forma de equacionar o conflito distributivo: mantêm-se a carga tributária e os gastos sociais crescendo em linha com o PIB, mas muda-se sua composição na direção da progressividade. Segundo Carneiro et al. (2018), existe um conjunto de gastos que precisam ser analisados, mas isso não requer um ajuste da noite para o dia.

Na sequência, vale registrar que, em novembro de 2017, o Banco Mundial disponibilizou documento que realizava análise fiscal do Brasil e preconizava como deveria ser alcançada a sustentabilidade fiscal brasileira. Fica evidente a necessidade expressa de remoção das despesas orçamentárias obrigatórias, como os gastos em saúde e educação. Mas, parecendo ser ironia, o documento do BM chama-se: “Um ajuste justo – análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil” (BANCO MUNDIAL, 2017).

Para o Banco Mundial o Brasil precisa realizar reformas profundas e abrangentes em suas políticas de tributos e despesas, para que consiga cumprir a nova regra de gastos, estes são os desafios para a sustentabilidade fiscal do país. **O ajuste de 6% exigido ao longo de uma década corresponde a 25% do orçamento federal. Isso é, por si só, um grande desafio, que é exacerbado pelo fato de mais de 90% do orçamento ser rígido** (grifo nosso). A remoção de alguns programas e a introdução de reformas marginais não serão suficientes. Além disso, atualmente a política fiscal tem pouco impacto na redução da desigualdade e da pobreza em relação ao volume dos gastos públicos. É necessário desenvolver um plano abrangente para maximizar a qualidade (em termos de eficiência e equidade) do ajuste fiscal e remover rigidezes orçamentárias (BANCO MUNDIAL, 2017).

Se um país rico perder um quarto de seu orçamento federal em dez anos, já seria catastrófico, o que dizer no caso brasileiro, no qual a importância do ajuste fiscal nas despesas

sociais é relevante. Para o sistema de saúde universal, criado e implantado na última década do século passado, e que conviveu desde então com restrições orçamentárias, o ajuste fiscal produzido pela EC-95 é um desafio de grande envergadura. Diante de tamanha restrição orçamentária para os anos a seguir, qualquer despesa deverá ser objeto de rigoroso controle, e mesmo com prudência na execução dos gastos, não há garantia que se consiga manter o nível atual da assistência à saúde.

Estudo empírico realizado por Bova et al. (2018) analisou o Banco de Dados de Desigualdade de Renda Mundial (WIID) da Universidade das Nações Unidas, que fornece coeficientes de Gini comparáveis para renda disponível em mais de 150 países desde 1960. Também verificaram dados alternativos sobre os coeficientes de Gini e medidas alternativas de desigualdade de renda (por exemplo, rácios de quintis / decil superiores e de participação no trabalho) compilados de fontes originais, incluindo o WIID, Luxemburgo Income Study, PovcalNet do Banco Mundial e Eurostat.

Os resultados desse estudo sugerem que os ajustes fiscais tendem a aumentar a desigualdade de renda, inclusive através de seus efeitos sobre o desemprego. Em média, um ajuste de 1% do PIB está associado a um aumento no coeficiente de Gini do rendimento disponível de cerca de 0,4-0,7% nos primeiros dois anos, e a desigualdade começa a subir cerca de um ano após o ajuste fiscal. Dada a inelasticidade do Gini, este coeficiente revela um impacto considerável dos ajustes fiscais, particularmente se composto por vários anos. Os ajustes baseados em gastos tendem a piorar significativamente a desigualdade, em relação aos ajustes baseados em impostos, assim como os ajustes de grande porte (aqueles superiores a 1,5% do PIB). (BOVA et al., 2018). **O desemprego também tende a aumentar a desigualdade e, portanto, na medida em que o ajuste fiscal aumenta o desemprego, constitui um importante canal através do qual o ajuste afeta a desigualdade** (grifo nosso). De maneira geral, cerca de 15-20% do aumento da desigualdade devido ao ajuste fiscal parecem estar ocorrendo através do aumento do desemprego (BOVA et al., 2018).

Para Bova et al. (2018), a composição do ajuste fiscal também é importante. A tributação progressiva e os benefícios e subsídios sociais direcionados introduzidos no contexto de uma redução mais ampla nos gastos podem ajudar a compensar parte do impacto distributivo adverso dos ajustes fiscais. Por exemplo, cortes de gastos discricionários poderiam ser combinados com um aumento de redes de segurança social, apoiado por meio de testes e monitoramento eficiente. Em particular, a progressividade da tributação (medida pela relação entre impostos diretos e indiretos), benefícios sociais (incluindo cuidados de saúde, previdência social e seguro-desemprego) e subsídios tendem a estar associados à menor

desigualdade de renda disponível no país. Esses resultados apoiam a visão de que, nas economias avançadas, as reformas desde os anos 1980 têm sido um fator por detrás da crescente desigualdade de renda, pois diminuem a generosidade dos benefícios sociais e a progressividade dos sistemas de imposto de renda (BOVA et al., 2018).

A pesquisa realizada por Bova et al. (2018) demonstra que o impacto na distribuição de renda de cada episódio parece variar com a composição específica das medidas de austeridade, a posição do país no ciclo econômico e as condições do mercado de trabalho. Os ajustes baseados em gastos tendem a estar associados a aumentos mais visíveis na desigualdade de renda. Analisando as médias simples dos 14 episódios de ajustamento orçamental selecionados, o coeficiente de Gini aumentou cerca de 0,3 após as consolidações baseadas no gasto, ao passo que diminuiu 0,1 no caso de episódios baseados em impostos. Isso parece ocorrer, em grande parte, porque os assalariados de renda mais baixa são tipicamente mais afetados pelos cortes nos gastos, já que uma parcela maior de sua renda disponível vem dos gastos públicos, e eles são mais vulneráveis a perder seus empregos. Em contraste, as consolidações baseadas em impostos tendem a ter efeitos líquidos mistos sobre a desigualdade – os impostos diretos tendem a ser progressivos, enquanto os impostos indiretos são regressivos.

Olhando para os episódios, as consolidações baseadas em gastos tendem a ser maiores em tamanho e mais duradouras, o que poderia ser outra razão para seus efeitos mais pronunciados sobre a desigualdade em comparação com consolidações baseadas em impostos. Dito isso, o efeito líquido de uma consolidação fiscal sobre a desigualdade depende crucialmente da composição específica das medidas de austeridade. Os cortes nos benefícios sociais tendem a piorar a desigualdade mais do que outras reduções de gastos, por exemplo, cortes salariais públicos (BOVA et al., 2018).

Krugman (2015, p. 1) afirma que “em maio de 2010, quando a Grã-Bretanha se dirigia para sua última eleição geral, as elites de todo o mundo ocidental foram tomadas pela febre da austeridade.” Todos os países com déficits orçamentários significativos – como quase todos estavam no rescaldo da crise financeira – foram considerados em risco iminente de se tornar outra Grécia, a menos que imediatamente comesçassem a cortar gastos e aumentar impostos. Impor tal austeridade em economias já deprimidas iria aprofundar sua depressão e atrasar a recuperação, porém a probidade fiscal inspiraria a confiança nos negócios e tudo ficaria bem. As pessoas que detêm essas crenças passaram a ser amplamente conhecidas nos círculos econômicos como “austeras”, termo cunhado pelo economista Rob Parenteau. Enquanto isso, toda a pesquisa econômica que supostamente apoiou o esforço de austeridade foi

desacreditada. Os resultados estatísticos amplamente divulgados se basearam em suposições e procedimentos altamente duvidosos – além de alguns erros imediatos – e evaporaram sob um exame mais minucioso (KRUGMAN, 2015).

Para Krugman (2015), é verdade que não se pode gerar grandes déficits orçamentários para sempre (embora se possa fazê-lo por um longo tempo), porque em algum momento os pagamentos de juros começam a engolir uma parcela muito grande do orçamento. Em algum momento, se quer reverter o estímulo. Mas para ele não se deve fazer isso cedo demais, e esperar até que haja uma espécie de transferência, na qual o banco central compense os efeitos do declínio dos gastos e do aumento dos impostos mantendo as taxas de juros baixas.

Como John Maynard Keynes escreveu em 1937: “O boom, não a queda, é o momento certo para a austeridade no Tesouro”. Tudo isso é macroeconomia padrão, cita Krugman em seu artigo para o *The Guardian*. Em sua crítica à austeridade, não poupa economistas tanto da esquerda quanto da direita,

[...] que imaginam que as políticas de austeridade eram o que o livro didático dizia que você deveria fazer – que aqueles de nós que protestavam contra a virada para a austeridade estavam estabelecendo algum tipo de posição heterodoxa e radical. Mas a verdade é que a economia convencional não só justifica a rodada inicial de estímulo pós-crise, mas disse que esse estímulo deve continuar até que as economias se recuperem. (KRUGMAN, 2015, p. 1).

E ainda:

Mas o que tivemos foi uma decisão difícil na elite, longe das preocupações com o desemprego e em direção ao foco na redução dos déficits, principalmente com cortes nos gastos. Por quê? Os conservadores gostam de usar os supostos perigos da dívida e dos déficits, com isso vencer o estado de bem-estar social e justificar cortes nos benefícios. (KRUGMAN, 2015 p. 1).

Para Krugman, a Grécia era o desastre que os austeros estavam procurando. Em setembro de 2009, os custos de empréstimos de longo prazo da Grécia foram apenas 1,3 ponto percentual mais altos do que os da Alemanha; em setembro de 2010 essa lacuna havia aumentado sete vezes. Era tudo o que precisavam aqueles que defendem cortes de gastos sociais, então os austeros fizeram uma demonstração concreta dos perigos para os quais estavam alertando. Um duro afastamento das políticas keynesianas poderia agora ser justificado como uma medida defensiva urgente. E o estado deprimido das economias ocidentais? A recessão pós-crise chegou ao seu auge em meados de 2009 e, na maioria dos países, uma recuperação estava em andamento, mas a produção e o emprego ainda estavam muito abaixo do normal. A virada para a austeridade não ameaçaria a recuperação ainda

frágil?

Não de acordo com muitos formuladores de políticas, que se engajaram em uma das exposições mais notáveis da história do pensamento positivo e coletivo. A macroeconomia padrão disse que cortar os gastos em uma economia deprimida, sem espaço para compensar esses cortes, reduzindo as taxas de juros que já estavam perto de zero, de fato aprofundaria a queda. Mas os formuladores de políticas da Comissão Europeia, do Banco Central Europeu e do governo britânico que assumiu o poder em maio de 2010 aproveitaram ansiosamente a pesquisa econômica que afirmava mostrar o contrário. E agora a doutrina da austeridade expansionista, que depois de controlar as economias centrais, chega na periferia latino-americana, como Argentina e Brasil.

A doutrina da “austeridade expansionista” está amplamente associada ao trabalho de Alberto Alesina, economista em Harvard que usou técnicas estatísticas que supostamente identificaram todas as grandes mudanças na política fiscal nos países avançados entre 1970 e 2007. O estudo alegava encontrar evidências de que os cortes de gastos, em particular, eram frequentemente “associados a expansões econômicas em vez de recessões”. A razão, ele e aqueles que aproveitaram seu trabalho sugeriram, foi que os cortes nos gastos criam confiança, e que os efeitos positivos desse aumento na confiança superam os efeitos negativos diretos da redução dos gastos (KRUGMAN, 2015).

A doutrina da austeridade expansionista rapidamente se tornou ortodoxia em grande parte da Europa. “A ideia de que as medidas de austeridade poderiam desencadear a estagnação está incorreta”, declarou Jean-Claude Trichet, então presidente do Banco Central Europeu, porque “políticas que estimulam a confiança promoverão e não impedirão a recuperação econômica”. (KRUGMAN, 2015, p. 2). “No entanto, o contrário aconteceria se a dívida ultrapassasse 90% do PIB.” (KRUGMAN, 2015, p. 2).

Para Krugman, vários estudos publicados forneceram o combustível para a implantação das políticas austeras e o rompimento com o *Welfare State*. Ele cita como exemplo o artigo de Carmen Reinhart e Kenneth Rogoff, da Universidade de Harvard, que afirmavam que 90% da dívida são um patamar crítico. Os autores forneceram um bicho-papão substituto, uma resposta àqueles que continuavam apontando que nada como a história grega parecia estar acontecendo com países que tomavam empréstimos em suas próprias moedas: mesmo que as taxas de juros fossem baixas, austeros poderiam apontar para Reinhart e Rogoff e declarar que dívidas altas são muito, muito ruins. O que esses autores trouxeram para o campo de austeridade foi um cachê acadêmico e muito prestígio ao esforço de austeridade. Quando o governo de coalizão chegou ao poder na Grã-Bretanha, todas as peças estavam em

vigor para os políticos que já estavam inclinados a pressionar pela austeridade (KRUGMAN, 2015).

A importância do artigo de Krugman (2015) é a descrição que ele faz de como surge a ideia de austeridade, seus expoentes acadêmicos e como a crise grega foi útil ao *establishment*. Tudo isso em um momento que a economia mundial ensaiava uma leve recuperação depois da crise de 2008.

A contenção fiscal poderia ser apresentada como urgentemente necessária para evitar uma greve no estilo grego pelos compradores de títulos. “A Grécia é um alerta do que acontece com países que perdem sua credibilidade, ou cujos governos fingem que decisões difíceis podem de alguma forma ser evitadas, declarou David Cameron logo após assumir o cargo de primeiro-ministro britânico.” (KRUGMAN, 2015, p. 2). Também poderia ser apresentado como urgentemente necessário para impedir que a dívida, já quase 80% do PIB, cruzasse a linha vermelha de 90%. Em um discurso de 2010, que expunha seu plano para eliminar o déficit, o chanceler do Tesouro do Reino Unido, George Osborne, citou Reinhart e Rogoff pelo nome, ao declarar que “o aumento da dívida do governo [...] é muito provável que desencadeie a próxima crise”. (KRUGMAN, 2015, p. 2). Para Krugman (2015), é um apelo aos efeitos positivos sobre a confiança. Nessa visão, os economistas que se opuseram a qualquer uma ou a todas essas linhas de argumentação foram simplesmente ignorados.

Em seu artigo, Krugman mostra que depois de cinco anos a catástrofe não ocorreu, e que se pode ver imediatamente que a Grécia permanece única, mais de cinco anos depois de ser anunciada como uma lição objetiva para todas as nações. Todo mundo está pagando taxas de juros muito baixas pelos padrões históricos, inclusive os Estados Unidos, onde os copresidentes de uma comissão de dívida criada pelo presidente Obama advertiram com confiança que a crise se aproximava dentro de dois anos, a menos que suas recomendações fossem adotadas – isso foi há quatro anos. A comissão incluía a Espanha e a Itália, que enfrentaram pânico financeiro em 2011-2012, mas viram o pânico diminuir – apesar da dívida que continuou a aumentar – quando o Banco Central Europeu começou a fazer seu trabalho como prestador de última instância. Isso incluiu a França, que muitos comentaristas apontaram como o próximo dominó a cair, mas que agora pode tomar emprestado a longo prazo por menos de 0,5%. E inclui também o Japão, que tem dívidas mais que o dobro de seu produto interno bruto e ainda paga menos.

Em 2010, alguns economistas argumentaram que os temores de uma crise de financiamento no estilo grego foram imensamente exagerados. Para países como o Reino Unido, os EUA e o Japão que fazem empréstimos em suas próprias moedas, é difícil até

mesmo ver como as crises previstas poderiam acontecer. Afinal, esses países não podem ficar sem dinheiro, e se as preocupações com a solvência enfraquecessem suas moedas, isso realmente ajudaria suas economias em um momento de crescimento fraco e baixa inflação.

Alguns anos após a grande virada para a austeridade, vários economistas perceberam que os austeros estavam realizando o que representava um grande experimento natural. Historicamente, grandes cortes nos gastos do governo têm ocorrido ou em economias superaquecidas que sofrem com a inflação ou no rescaldo de guerras, à medida que as nações se desmobilizam. Nenhum tipo de episódio oferece muita orientação sobre o que esperar do tipo de corte de gastos – imposto a economias já deprimidas – que os austeros estavam defendendo. Mas depois de 2009, em uma depressão econômica generalizada, alguns países escolheram (ou foram forçados) a impor severa austeridade, enquanto outros não o fizeram. Qualquer que seja a política, a economia da austeridade não é diferente na Inglaterra do que no resto do mundo avançado. A austeridade severa em economias deprimidas não é necessária, e causa grandes danos quando é imposta. Isso foi verdade na Grã-Bretanha há cinco anos – e ainda é verdade hoje em dia (KRUGMAN, 2015).

O Brasil inovou no aspecto reforma fiscal. Segundo o texto de Blyth (2013) sobre austeridade, usado pelo FMI para discussão sobre o tema, nenhum país do mundo estabeleceu uma regra para gasto público tal como a brasileira. A emenda constitucional como forma de auferir estabilidade fiscal através do controle dos gastos públicos por vinte anos é inédita. **A única medida relevante em matéria constitucional é a desvinculação de receitas destinadas à saúde e educação** (grifo nosso). Vale observar que o Novo Regime Fiscal não precisa de emenda constitucional; o que precisa de mudança constitucional é a desvinculação de receitas para a Saúde e a Educação (ROSSI; DWECK, 2016). Para esses autores, a PEC do novo regime fiscal é, na verdade, a PEC da desvinculação da Saúde e da Educação – pensamento também partilhado por Vieira e Benevides (2016).

O documento “Austeridade e retrocesso: finanças públicas e política fiscal no Brasil” fez uma projeção dos gastos públicos federais na vigência do novo regime fiscal. O gasto primário total do Governo Federal passaria de 19,6% do PIB em 2015, para 15,8% em 2026 e 12% em 2036. No entanto, os gastos previdenciários, hoje em torno de 8% do PIB, tendem a aumentar devido à questão demográfica, mesmo com uma eventual reforma da Previdência. Em tal cenário, não há espaço para aumento dos gastos com Saúde e Educação, nem mesmo a manutenção das atuais despesas. Os gastos com Saúde e Educação em relação ao PIB tendem a cair com o novo regime, e segundo Rossi e Dweck (2016), passarão de 4% do PIB em 2015 para 2,7% do PIB em vinte anos, quando a população brasileira será 10% maior. Já os outros

gastos federais (excluindo previdência e juros), que eram de 7% do PIB em 2015, serão de 0,6% do PIB em 2036. Ainda segundo os autores, com o gasto da Previdência em torno de 8,5% do PIB e um crescimento econômico de 2,5%, torna-se impossível o Brasil chegar em 2036 com um maior nível de gasto com Saúde e Educação em proporção ao PIB. Em 2036, a simulação para o gasto primário do Governo Federal será de 12,3% do PIB. A Previdência consumindo 8,5% do PIB, restam apenas 3,8% do PIB, percentual inferior aos atuais gastos com Saúde e Educação, em torno de 4,0% do PIB em 2016 (ROSSI; DWECK, 2016).

Rossi e Dweck (2016) concluem suas análises sobre a PEC-55, que deu origem à EC-95, de forma consensual ao trabalho realizado por Vieira e Benevides (2016), afirmando que a reforma fiscal é um projeto de redução drástica do tamanho do Estado. No plano econômico, será um entrave ao crescimento da economia ao institucionalizar um ajuste fiscal permanente. Para esse grupo de autores, a reforma tem profundos impactos sociais, pois sua lógica pressupõe um crescimento zero do gasto público federal, enquanto a população e a renda crescem. Isto resulta na redução do gasto público *per capita* e em relação ao PIB.

Os estudos desses autores sobre o impacto da reforma fiscal nos gastos sociais são relevantes, dado o problema da Previdência, que mesmo com uma reforma do sistema continuará demandando mais recursos, pressionando o teto dos gastos e encurtando ainda mais o limite de alocação de recursos para outras áreas. Também concordam os autores acima mencionados, que o único motivo para a reforma necessitar de emenda constitucional é a intenção de desvincular receitas para investimentos em saúde e educação. Em suas análises, concluem Rossi e Dweck (2016), a reforma fiscal torna impossível qualquer melhora em saúde e educação públicas no Brasil; pelo contrário, abre-se espaço para o sucateamento dessas áreas e para a eliminação de seu caráter universal.

Um sistema de saúde público de caráter universal como o brasileiro necessita de uma economia forte. A riqueza do país é que permite aos governos exercerem de forma eficaz as políticas públicas. Devido ao caráter contínuo do gasto com a saúde, seu financiamento público baseado apenas na receita de impostos (altamente relacionados ao ciclo econômico) resultaria em inevitável estrangulamento em tempos de recessão (AFONSO; CASTRO, 2018). Para os autores, a vinculação da saúde e educação aos tributos tornam essas áreas mais vulneráveis em uma trajetória decrescente da carga tributária, tal como o ocorrido no biênio 2014/15.

Uma das consequências da menor presença federal no financiamento da saúde, e com estados em situação pré-falimentar, é o aumento da participação dos municípios no financiamento da Saúde. Estes já respondem por cerca de 30% do financiamento da saúde

pública e mais da metade da despesa realizada com saúde no país. O setor saúde responde por um quarto do orçamento municipal consolidado, quando a vinculação legal é de 15% de receitas próprias e transferências constitucionais. Na contramão do Governo Federal, os municípios estão ampliando sua participação nos gastos com saúde, mas a sua capacidade de expansão de gastos também fica comprometida no ambiente de ajuste fiscal e padrão econômico recessivo.

Com a mudança imposta pela EC-95, os recursos federais alocados para a Saúde devem cair de 1,7% do PIB para 1,2% do PIB em 2036; em consequência, dois terços das despesas do MS transferidas para estados e municípios serão reduzidas, afetando o financiamento das ações e serviços de saúde desenvolvidos pelas esferas subnacionais. Nos três primeiros anos de sua implantação, a EC-95 dará um prejuízo de R\$ 6,8 bilhões ao SUS, se comparada com o nível de aplicação que teria ocorrido com a manutenção da EC-29 (DWECK; OLIVEIRA; ROSSI, 2018).

Análise divulgada no documento “Austeridade e retrocesso: impactos sociais da política fiscal no Brasil” demonstra a gravidade do quadro da redução do financiamento federal das ações e serviços públicos de saúde. Segundo o estudo, patrocinado pelas organizações Brasil Debate e Fundação Friedrich Ebert, em termos *per capita*, descontada a inflação a preços médios de 2015, enquanto a EC-29 apresentou uma tendência de recuperação do gasto, na EC 95, o gasto *per capita* diminuiria acentuadamente (R\$150), com consequências preocupantes sobre a qualidade da atenção à saúde da população brasileira, em especial dos estratos inferiores de renda (DWECK; OLIVEIRA; ROSSI, 2018).

Os estados e municípios são executores importantes dos gastos em saúde, e não escapam das restrições orçamentárias e financeiras decorrentes da EC-95/2016. A divulgação das análises sobre os impactos sociais da EC-95 mostra que o financiamento das ações de atenção básica e vigilância em saúde dos municípios com menor poder econômico deve ser prejudicado, e como consequência devem se acirrar as pressões dos hospitais privados e filantrópicos, das corporações de especialistas, das organizações sociais de saúde e dos laboratórios farmacêuticos quanto à prioridade de contratação de despesas e pagamentos. Além disso, essa mudança pode piorar também o monitoramento e a avaliação da utilização descentralizada de recursos oriundos do Fundo Nacional de Saúde, tanto pelo gestor federal, como pelo controle social.

A medida de austeridade tomada pelo Governo Federal impactará negativamente nas condições de saúde da população brasileira. Segundo Rasella et al. (2018), caso a política de austeridade fiscal fosse revogada, 20 mil mortes de crianças até cinco anos de idade e 123 mil

internações seriam evitadas até 2030.

A implementação de medidas de austeridade fiscal no Brasil pode ser responsável por uma morbidade e mortalidade substancialmente maiores do que o esperado sob a manutenção da proteção social, ameaçando atingir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para a saúde infantil e reduzir a desigualdade”. (RASELLA et al., 2018, s/p).

Além de promover cortes em despesas sociais, o contracionismo orçamentário aumenta a demanda por serviços públicos. Segundo pesquisa realizada em 2018 pela Confederação Nacional da Indústria (CNI), a proporção de brasileiros que utilizou algum serviço em hospital público cresceu de 51%, em 2011, para 65% em 2018. Esse aumento da busca por serviços públicos de saúde é resultado da crise econômica que se instaurou no país a partir de 2015, quando as famílias perderam empregos que forneciam planos de saúde empresariais e outras não conseguiram manter seus planos de saúde individuais. Portanto, existe um cenário de subfinanciamento da saúde pública por vinte anos associado a um agravamento da crise econômica que provoca desemprego; conseqüentemente, mais pessoas passaram a procurar por serviços públicos de saúde, com o agravante de estarem mais pobres e sujeitas a mais doenças. A aplicação da política de austeridade fiscal assume contornos dramáticos, ameaçando a saúde como direito social seletivo, pois ela acaba penalizando sobretudo as classes de renda baixas e médias, justamente os setores sociais que mais precisam do SUS (DWECK; OLIVEIRA; ROSSI, 2018).

Como visto, no cenário estabelecido pelo Novo Regime Fiscal, as áreas sociais sofrerão uma severa limitação de recursos. As ações e serviços de saúde que têm na diretriz da descentralização uma de suas características são vulneráveis ao equilíbrio fiscal perseguido pelo setor econômico do governo. A diminuição do aporte de recursos, principalmente dos estados com dificuldades em suas contas, é uma limitação severa ao desempenho das atividades do setor Saúde.

Relatório do IBGE das Contas Regionais de 2016 mostra que apenas Roraima apresentou crescimento do PIB de 0,2%. O Distrito Federal registrou estabilidade e os outros 25 estados tiveram queda do PIB (IBGE, 2018). De acordo com o relatório do IBGE, São Paulo, que participava com 34,9% do PIB em 2002, passou para 32,5% do PIB em 2016, sendo o estado com maior perda acumulada no período. Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Goiás e Mato Grosso decretaram calamidade financeira recentemente, e há indicações de que outros estados se somarão a estes (WATANABE; CARRO, 2019).

Além do encolhimento econômico, a maioria dos estados encontra-se com problemas de natureza fiscal, o que acarretará uma política de Refinanciamento das dívidas (REFIS) e um forte ajuste fiscal para equilibrar as contas estaduais.

Relatório mensal do Ministério da Economia, denominado Prisma Fiscal, foi divulgado em janeiro de 2019 pela Secretaria de Política Econômica. Sobre a relação entre dívida bruta do Governo Geral e PIB para o mês de janeiro/2019, considerou a média de 78,29%. E a projeção para o mesmo mês em 2020 é que a relação dívida/PIB ficará em 80,21% na média (BRASIL, 2019). **Os números recentes apresentados pela nova equipe econômica sinalizam uma piora da relação dívida bruta do Governo Geral em relação ao PIB. Esses dados são compatíveis com um aprofundamento severo das condições fiscais do país** (grifo nosso).

O ajuste fiscal não será rápido e pode ser cruel para a questão dos gastos públicos de natureza social. Sem alteração na legislação de controle dos gastos, com a EC-95 em vigor, o endividamento de estados e municípios e, conseqüentemente o REFIS, o horizonte prospectivo para o SUS é de desafio. A questão fiscal pesará muito sobre a judicialização, a universalidade e a integralidade da assistência à saúde são diretrizes do SUS muito sensíveis ao equilíbrio fiscal posto na agenda de governo. A crise fiscal será o limite para o fenômeno da judicialização – ou se tem uma nova base fiscal para financiar o SUS, ou o direito à saúde não será garantido por carência de investimentos, oriundos da arrecadação tributária.

Alguns dados para fornecer elementos prospectivos estão postos, e especialmente no tocante ao financiamento do SUS, destacam-se: i) a ampliação da DRU de 20% para 30% das receitas da União, com vigência até 2023; ii) a inclusão dos estados, DF e municípios nesse novo patamar; iii) a EC-95, a Lei do Teto dos Gastos, que limita o orçamento anual a correção pelo IPCA do ano anterior por vinte anos; iv) a EC-95 também impede a criação ou adoção de medida que implique reajuste de despesa obrigatória acima da variação da inflação; v) o Relatório Prisma Fiscal da Secretaria de Política Econômica do ME, divulgado em janeiro de 2019, confirmando o aumento da relação dívida/PIB neste ano e no próximo; vi) a questão fiscal dos estados, com possibilidade de um novo REFIS; e vii) não é uma questão de financiamento, mas econômica, o aumento da taxa de desemprego que levou muitos de volta à assistência pública na saúde.

Além desses elementos importantes para o desenho de um panorama atual do SUS, eles também sinalizam um cenário de forte inflexão nas despesas sociais. Quanto à política econômica do novo governo, a ortodoxia liberal a ser implantada não favorece as ações de natureza social.

O ajuste fiscal demonstra a clara intenção do Estado em se retirar da função de provedor social. Há evidente desfinanciamento da área da saúde na União e nos estados, o que compromete cada vez mais os orçamentos municipais. E também, os municípios começam a desfinanciar a saúde pública. Como resposta às investidas contra as áreas sociais, o recurso da via judicial para atendimento das necessidades em saúde da população crescerá. O direito à saúde continuará sendo atendido depois de provocação ao Judiciário. A intermediação do PJ é a estratégia da sociedade, frente a um Estado grande na arrecadação de tributos e pequeno na distribuição das necessidades sociais.

A preocupação dos governos em controlar os orçamentos e assim atender às exigências do mercado não deveria ocorrer com a extinção do Estado provedor. A diminuição dos gastos obrigatórios foi a escolha dos técnicos das finanças para o país, com a edição da EC-95, o engessamento dos gastos sociais por vinte anos (saúde, educação, assistência social) e a reforma da Previdência que se aproxima, passados trinta anos da promulgação da CRFB-88, uma conquista da sociedade brasileira.

A supressão ou diminuição dos direitos sociais é realizada através de emendas à Constituição. O direito à saúde, instituído constitucionalmente, encontra agora um grande desafio para sua garantia à população. E mais, o SUS, organismo institucional que viabiliza o direito à saúde, sofre com o desfinanciamento e a implementação da política econômica neoliberal. Neste contexto se insere a judicialização da saúde

Segundo Bourdieu:

Mais uma vez, a mão direita, obcecada com a questão do equilíbrio financeiro, ignora o que faz a mão esquerda, confrontada com as consequências sociais frequentemente muito dispendiosas das “economias orçamentárias” (BOURDIEU, 1998, p. 10).

A inserção econômica do Brasil no mundo, a condução da política econômica e sua inegável importância para a realização de um Estado de bem-estar social serão discutidos no próximo capítulo, assim como a condição política do país e as forças partidárias que se submeteram à escolha popular pelo voto. São elementos a serem considerados para uma análise do quadro atual e de cenários prováveis para o futuro da política pública de saúde no Brasil.

5. PERSPECTIVAS PARA O SUS DE ACORDO COM OS PLANOS ECONÔMICO, SOCIAL E POLÍTICO

Os elementos prospectivos para o financiamento do SUS vistos no capítulo anterior, como ampliação da DRU de 20% para 30%, com extensão até 2023; o Novo Regime Fiscal e a EC-95, que subtraiu R\$ 416 bilhões do SUS em vinte anos (VIEIRA; BENEVIDES, 2016); e ainda a inserção da economia nacional no mundo globalizado, o aprofundamento da austeridade e o projeto de Reforma da Previdência Social, as campanhas partidárias para a eleição presidencial de 2018 e, por fim, a vitória da direita e a reafirmação do projeto neoliberal, compõem um universo considerável de elementos que interferem no financiamento do SUS. Portanto, uma análise com cenários para os próximos anos se mostra interessante porque a judicialização da saúde deve permanecer na agenda da saúde.

Em 2015, Vianna apresentava os seguintes cenários para a economia brasileira: i) cenário otimista - é aquele em que o país crescerá de 3 a 4% ao ano, resultado do enfrentamento virtuoso dos obstáculos decorrentes da crise internacional, bem como da introdução de correções na implementação dos instrumentos de política econômica. Tal crescimento teria impactos positivos no aumento da renda *per capita*, no coeficiente de Gini, os níveis de emprego e taxas de desemprego, entre outros indicadores sociais; ii) cenário pessimista - o país crescerá a uma taxa de 0,56%, que é exatamente a taxa de crescimento populacional. Com isso a renda *per capita* permanecerá a mesma de 2013: R\$ 24.065,00, o que significa um empobrecimento relativo da população brasileira e acarreta impactos negativos na distribuição de renda. Nível de emprego e taxas de desemprego refletirão as condições negativas do desempenho da economia brasileira, reduzindo-se o primeiro e elevando-se a segunda; iii) cenário conservador - o PIB crescerá a uma taxa média de 2,00%, superior à taxa de crescimento demográfico. A renda *per capita* crescerá, mas o nível de emprego e as taxas de desemprego permanecerão nos atuais patamares.

Dos três cenários econômicos traçados por Vianna (2015), aquele que se concretizou foi pior do que o cenário pessimista descrito no item ii. As contas nacionais divulgadas pelo IBGE e pelo MF trazem os seguintes percentuais: 2015 (-3,75%), 2016 (-3,60%), 2017 (+1%). E segundo o boletim produzido pela Secretaria de Política Econômica do MF sobre a pesquisa de contas nacionais trimestrais, o PIB de 2018 teve crescimento de 1,4% (BRASIL, 2018). Considerando o panorama acima, a economia brasileira não apresenta o dinamismo necessário para gerar riqueza que sustente as políticas sociais inscritas na CRFB-88. Como

consequência, o desfinanciamento das políticas sociais já está ocorrendo.

Ainda neste capítulo, serão apresentados cenários, tanto políticos como econômicos, traçados por especialistas e instituições, com a intenção de estabelecer um quadro futuro da condução política e da escolha econômica do novo governo, assim como sua repercussão para as políticas sociais.

5.1 A economia brasileira: do nacional-desenvolvimentismo à inserção periférica

O Brasil, até a década 20 do século passado, era um país rural de economia agroexportadora, centrada no café, que abastecia os países industrializados da Europa e os Estados Unidos. Com a crise econômica mundial em 1929, as exportações brasileiras do mais importante item dessa pauta despencaram. “Com a crise, os preços internacionais caíram bruscamente. Como houve a retração do consumo, tornou-se impossível compensar a queda de preços com a ampliação do volume de vendas.” (FAUSTO, 2013, p. 274). Foi o colapso do modelo agroexportador brasileiro nos anos 1930.

A Primeira República ou República Velha, centrada nesse modelo, começou a dar sinais de esgotamento político também, resultando na Revolução de 1930 e na condução de Getúlio Vargas à Presidência da República, lá permanecendo por quinze anos. Um novo tipo de Estado nasceu após 1930, e devem-se acentuar três elementos: i) a atuação econômica, voltada para promover a industrialização; ii) a atuação social, tendência a algum tipo de proteção aos trabalhadores urbanos; iii) papel central das Forças Armadas – em especial o Exército – como suporte da criação de uma indústria de base e sobretudo como fator de garantia da ordem (FAUSTO, 2013).

A reestruturação do Estado brasileiro a partir de 1930 o tornou apto a promover a configuração de um modelo urbano-industrial de desenvolvimento econômico e social ao longo dos anos 1930/40, tendo a substituição de importações alavancado esse processo de industrialização.

Segundo Furtado:

A industrialização de substituição de importações foi, sem lugar a dúvida, um processo reativo: tratou-se de encher um vazio. Uma demanda que florescera no quadro da economia primário-exportadora deu sentido e direção às transformações operadas no sistema produtivo. O declínio do coeficiente de comércio exterior não era outra coisa senão uma reversão do processo de especialização internacional.

Como o voltar-se para o mercado interno significava diversificação da atividade produtiva, a reversão assumia a forma de industrialização. (FURTADO, 1981, p. 41).

Nos anos 50/60 do século passado, o país continuava o forte processo de urbanização e melhora das condições sociais, em virtude de um crescimento econômico vigoroso. Surgiu o Plano de Metas, do presidente Juscelino Kubitschek. Era a industrialização apoiada em um projeto nacional-desenvolvimentista, centrado na presença forte do Estado nacional brasileiro. Essa política econômica abrangia 31 objetivos, distribuídos em seis grandes grupos: energia, transportes, alimentação, indústrias de base, educação e a construção de Brasília, chamada de metassíntese (FAUSTO, 2013).

O regime militar (1964-1985) acentuou o nacional-desenvolvimentismo, e logo no início priorizou dois eixos: reformas institucionais e econômicas. Tendo em vista as condições econômicas e fiscais da época, o primeiro governo militar do Marechal Castelo Branco lançou o Programa de Ação Econômica do Governo (PAEG), de natureza ortodoxa, que visava reduzir o déficit público, contrair o crédito privado e comprimir salários. Também proibia os estados de se endividarem sem autorização federal. O PAEG buscava, especialmente, o reequilíbrio das finanças públicas (FAUSTO, 2013).

A modernização do Brasil realizada no período de 1930-1980 ocorreu sob a vigência do desenvolvimentismo, projeto econômico assentado no trinômio industrialização substitutiva de importações – como descrito por Furtado (1981), um grande movimento de intervenção estatal e nacionalismo. O nacional-desenvolvimentismo é, na verdade, uma versão do nacionalismo econômico; ou seja, é a ideologia do desenvolvimento econômico que tem na industrialização e na soberania dos países da América Latina seu apogeu no período compreendido de 1930-1980 (GONÇALVES, 2011). “Na perspectiva da economia política, o nacional-desenvolvimentismo significa deslocar o poder econômico e político na direção da burguesia industrial em detrimento dos grandes proprietários de terras e recursos naturais.” (OLIVEIRA, 1981, p. 38).

O foco estratégico do nacional-desenvolvimentismo é o crescimento econômico, baseado na mudança da estrutura produtiva (industrialização substitutiva de importações) e na redução da vulnerabilidade externa estrutural. Para Gonçalves (2011), a redução da vulnerabilidade externa estrutural está assentada nos seguintes pilares: (i) alteração do padrão do comércio exterior (menor dependência em relação à exportação de *commodities*, mudança na estrutura de importações e redução do coeficiente de penetração das importações industriais); (ii) encurtamento do hiato tecnológico (fortalecimento do sistema nacional de

inovações); (iii) tratamento diferenciado para o capital estrangeiro (ou seja, ausência de tratamento nacional via, por exemplo, discriminação nas compras governamentais, restrição de acesso a determinados setores, imposição de critérios de desempenho e restrição na obtenção de incentivos governamentais). Para esse autor, o nacional-desenvolvimentismo reserva papel protagônico para o capital industrial nacional e para o investimento estatal, ainda que conte com suporte do financiamento e investimento externos. Ou seja, em termos estratégicos, o nacional-desenvolvimentismo envolve mudanças nas estruturas de produção, comércio exterior e propriedade (GONÇALVES, 2011).

A modernização do Brasil realizada sob a égide do nacional-desenvolvimentismo não libertou o país de sua condição subalterna no mercado mundial, embora tenha melhorado as condições que o país ostentava até o primeiro quintil do século passado.

Furtado afirma:

[...] que mesmo a iniciativa da criação de indústria de base que deu mais robustez à atividade industrial no Brasil não modificou qualitativamente o quadro da economia nacional, cujas características principais eram as seguintes: a) dependência *vis-à-vis* da exportação de poucos produtos primários; b) dependência crescente com respeito à tecnologia utilizada, mesmo quando se desenvolvia uma indústria local de equipamentos; c) demanda demasiadamente diversificada, relativamente ao nível de acumulação alcançado; d) não aproveitamento pleno das possibilidades da tecnologia utilizada, em razão da dispersão de investimentos. (FURTADO, 1981, p. 42).

A economia nacional experimentou crescimento ininterrupto por 50 anos. O elevado dinamismo econômico do Brasil registrou taxas médias de crescimento de 6% ao ano, entre 1930 e 1980, o que levou o Brasil a uma posição privilegiada entre as economias mais dinâmicas no período. “O declínio posterior da taxa de crescimento do Brasil, entre 1980 e 2000, para um valor próximo a um terço da média anterior, marca também uma perda de posição relativa perante outros países.” (CARNEIRO, 2002, p. 29). Para o autor, embora essa etapa marque também uma redução global das taxas de crescimento, o Brasil se afasta do grupo dos países em desenvolvimento dinâmicos.

Para Carneiro (2002), vista da perspectiva do sistema capitalista global, a economia brasileira não pode ser caracterizada como integralmente reflexa ou dependente, e tampouco como inteiramente autônoma. O autor afirma que “a dependência e a autonomia, em seus variados graus, se alternam ao longo dos vários momentos históricos, atuando como fator limitante ou estimulante do crescimento.” (CARNEIRO, 2002, p. 28). Ou seja, nossa economia é complexa o bastante e seu dinamismo em parte procede de situações endógenas,

pela própria dimensão do mercado interno. Mas é limitada, pois não consegue engendrar ciclos próprios de inovação tecnológica, e não consegue construir uma base financeira nacional capaz de financiar o investimento, tão necessário para levar a economia a um novo patamar de relações com o mercado globalizado.

A economia brasileira teve expansão significativa no século passado. Dividindo o mesmo em dois períodos (1929-1949) e (1950-1980), ela conseguiu resultados positivos mesmo em condições internacionais adversas – a crise de 1929 e a Segunda Grande Guerra (1939-1945) – consolidando a matriz tecnológica da segunda revolução industrial. E na etapa conhecida internacionalmente como *Golden Age* (1945-1973), o Brasil aproveitou o aumento de fluxo de capitais internacionais e investimentos, aumentando sua participação no comércio internacional e consolidando sua posição como nação em franco desenvolvimento econômico.

Entretanto, em 1973 a economia mundial seria abalada pelo primeiro choque dos preços do petróleo. Mal a economia mundial ensaiava a recuperação, “um segundo choque do petróleo e o choque de juros promovido por Paul Volker no final de 1979 mudaram radicalmente as condições externas.” (CARNEIRO, 2002, p. 15).

O Brasil iniciou seu declínio econômico nos anos de 1980-1990. Os anos de 1980, conhecido como a década perdida, resultam da explosão da dívida externa, contraída para dinamizar a infraestrutura do país nas décadas anteriores. Foi uma crise de financiamento externo, já que a década de 1990 se caracterizou por uma escolha doméstica diante da combinação de fatores internacionais, posicionando a economia nacional num patamar de pouca inovação tecnológica e de característica exportadora primária.

A inserção do Brasil no mundo globalizado dos anos de 1990, com as condicionantes limitações que daí advêm, são citadas em Belluzzo (1997).²

E segundo Carneiro:

O sistema globalizado é também hierarquizado do ponto de vista da magnitude das taxas de juros e da intensidade da variação da taxa de câmbio. Essa condição reflete uma posição subordinada no sistema global e traduz a menor densidade econômica desses países, ou a menor importância como destino de capitais. Isso, na prática, reduz o grau de autonomia da política econômica desses países, cujo objetivo central passa a ser assegurar o financiamento adequado via manipulação do câmbio e juros. Ou seja, as determinações internas dessas políticas são sacrificadas. (CARNEIRO, 2002, p. 35).

² “Os mercados financeiros eram eficientes na alocação global do investimento que escorregava dos países mais ricos para os mais pobres. Tudo isso escoltado pela segurança dos bancos centrais independentes, gestores do regime de metas de inflação, do câmbio flutuante e fiadores da limitação às desnecessárias e danosas interferências do Estado” (BELLUZZO, 1997, p. 185).

No atual sistema capitalista globalizado, a volatilidade dos fluxos de capitais é uma de suas características. “A combinação dessa volatilidade com a condição periférica, definida por taxas de juros mais altas e maior variabilidade da taxa de câmbio, termina por criar um clima econômico adverso nesses países por meio de crises cambiais e financeiras recorrentes.” (CARNEIRO, 2002, p. 35).

De acordo com o plano internacional globalizado, o Brasil, apesar de representar uma das maiores economias do mundo, continua com pouca participação no mercado mundial. Sua pauta de exportação é pouco intensiva em produtos manufaturados de densidade tecnológica, e depois de vários séculos de comércio com o mundo, o Brasil permanece exportando produtos agrícolas, agora denominados de *commodities*, e metais, antes ouro no passado, agora minerais diversos, principalmente ferro. Ou seja, é um exportador de produtos primários e um importador de tecnologia e produtos sofisticados. Isso não agrega valor em suas trocas comerciais e provoca também um baixo dinamismo no mercado interno (GONÇALVES, 2011).

Um país com a dimensão do Brasil e uma grande população precisa aumentar seus recursos através de políticas econômicas, o que possibilitará a realização da promessa constitucional de garantir os direitos sociais a sua população. O país desempenha papel secundário na ordem econômica mundial e vem se deparando, nas últimas décadas, com limitações de ordem financeira, que impossibilitam o estabelecimento de fundamentos econômicos propícios a um crescimento sustentável e contínuo. A fragilidade econômica inviabiliza investimentos em infraestrutura básica e sacrifica as políticas sociais, afastando o Brasil dos patamares civilizatórios mais elevados.

A questão internacional demonstra uma clara mudança que se iniciou nos anos 2000 e deve permanecer nos próximos anos: a ascensão da China como um dos expoentes do comércio internacional. O país que comporta a maior população mundial atingiu, na virada do milênio, o posto de segunda economia mundial, com altas taxas de crescimento e aumento vigoroso na participação do comércio mundial. “Para o Brasil, a China torna-se o maior parceiro comercial em 2009, desbancando os Estados Unidos, que ocupavam o posto desde 1930” (DE CONTI; BLIKSTAD, 2018, p. 74). Embora com leve superávit comercial da balança em favor do Brasil, as trocas entre os países mostram que a pauta continua a mesma. O Brasil exporta matéria-prima, alimentos e energia, e importa da China bens de consumo e de capital, permanecendo assim como exportador primário e importador de produtos elaborados.

Análises recentes indicam que a China já superou os Estados Unidos como o país

que mais adquiriu empresas e ativos no Brasil nos últimos anos. Entre 2015 e 2017, 30% do investimento direto estrangeiro (IDE) que entrou no Brasil para fusões e aquisições teve origem na China (DE CONTI; BLIKSTAD, 2018, p. 80).

Para os autores supracitados, a fragilização da indústria brasileira no século XXI está muito clara. A relação com a China levou a indústria nacional a se adaptar, tornando-se crescentemente importadora e financeirizada. Além das consequências macroeconômicas da fragilização das indústrias, cabe destacar os aspectos negativos sobre a estrutura do emprego na economia (com substituição de empregos industriais por empregos de menor qualidade nos serviços), sobre as possibilidades de desenvolvimento tecnológico, sobre o balanço de pagamentos e assim por diante (DE CONTI; BLIKSTAD, 2018, p. 83).

Segundo os autores:

[...] do ponto de vista econômico, os objetivos chineses no Brasil, são primordialmente, i) no tocante aos bens, abastecer-se de *commodities* agrícolas e minerais brasileiros, bem como ter acesso ao mercado interno brasileiro para a venda de produtos industriais chineses (inicialmente bens de consumo de baixa tecnologia, mas progressivamente ir caminhando para bens de mais alta tecnologia e bens de capital); ii) no tocante aos ativos, a aquisição de terras, jazidas minerais, empresas do setor de energia e demais empresas potencialmente compradoras de bens intermediários e de capital chineses, assim como melhorar a infraestrutura do Brasil (notadamente transportes) para o escoamento das *commodities*. (DE CONTI; BLIKSTAD, 2018, p. 86).

A condição de inserção internacional da economia brasileira no século XXI, descrita pelos autores acima, reflete a incapacidade do Brasil de mudar sua relação com o comércio mundial. Furtado (1981) descreve as economias periféricas destituídas de qualquer autonomia tecnológica, que ao se lançarem no processo de industrialização, de substituição de importações, faziam parte das transformações operadas no sistema produtivo. A diversificação dos sistemas produtivos, ao guiar-se pela demanda dos bens finais de consumo, fazia ainda mais premente a necessidade de tecnologia e equipamentos importados (FURTADO, 1981). Para ele, as economias que escaparam ao poder gravitacional da Inglaterra na segunda metade do século XIX transformaram-se em sistemas nacionais autônomos, o que lhes dava vantagem em relação aos países que ainda não tinham autonomia tecnológica em setores relevantes.

A diversidade das atividades econômicas alcançadas pelos países que se lançaram à industrialização, já no século XIX, lhes permitiu verticalizar a estrutura produtiva – desenvolver as indústrias de base e de equipamentos – e ganhar autonomia tecnológica em setores relevantes. A composição do comércio exterior refletia essa evolução: aumentavam as exportações de produtos mais elaborados e nas importações ganhavam importância os

produtos primários ou de baixo grau de elaboração. No caso da industrialização de substituição de importações – Brasil –, a evolução do comércio exterior era praticamente inversa: a diversificação do sistema produtivo pouco ou nenhum efeito tinha sobre a composição das exportações, que continuavam a girar em torno de uns poucos produtos primários e afetavam as importações, tornando-as mais sofisticadas. (FURTADO, 1981).

A análise realizada por Furtado (1981) sobre o processo de industrialização nacional e a inserção brasileira no mercado mundial continua atual, segundo as análises de Conti e Blikstad (2018), para as relações do Brasil com o mercado globalizado, tendo a China tomado o lugar que pertencia aos Estados Unidos como principal parceiro comercial. Furtado (1981) chamava a atenção para a incorporação tecnológica na produção, pois segundo ele, a tecnologia do produto é a principal fonte de poder de mercado, razão pela qual aqueles que a controlam somente a cedem mediante condições muito restritivas. De maneira geral, as licenças de cessão dessa tecnologia não são mais que uma preparação de terreno, visando a uma implantação efetiva no mercado. Segue-se uma participação no capital da firma que utiliza a tecnologia e finalmente seu controle (FURTADO, 1981).

A modernização do Brasil pode ser dividida entre a primeira fase, em que o nacional-desenvolvimentismo é a estratégia adotada até quase o fim do século passado, e a atual, que se inicia por volta de 1990. Na primeira fase, a internacionalização ocorreu de fora para dentro – a industrialização tocada por capitais, empreendimentos e tecnologias de países avançados (os parceiros estratégicos). Para Cervo e Lessa (2014), o modelo adotado pelo país incorreu em duas falhas estruturais: a primeira é que pouca importância foi atribuída às exportações, pois os empresários da indústria contavam com a reserva de consumo do mercado interno, altamente protegido por barreiras alfandegárias. A segunda falha estrutural era decorrente da primeira: por não competirem com produtos externos no mercado nacional, os empresários industriais pouco ou nada investiram em inovação, comprometendo a competitividade e eventuais exportações com valor agregado (CERVO; LESSA, 2014).

A partir dos anos 1990 e início do novo século, o neoliberalismo desestabilizou o modelo nacional-desenvolvimentista brasileiro com um choque de abertura. O modelo que se mostrava introspectivo, com mercado nacional protegido e forte participação do Estado na economia, teve o desafio de abrir seu mercado, privatizar suas empresas e se adaptar ao novo concerto econômico mundial. Além de tudo, a economia mundial, logo no início do novo século, se encontrava sob uma das mais graves crises do sistema capitalista. A crise financeira colocou o Brasil e a América Latina como um todo, diante de novos desafios: caem os preços dos produtos primários, há uma queda generalizada das exportações e aumento da oferta de

manufaturados da Ásia e também de países avançados, excedentes de um mercado mundial em retração.

A crise internacional afetou sobremaneira as exportações brasileiras. Segundo dados do Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior, em 2006 o país tem um superávit de US\$ 46,5bi, caindo em 2009 para US\$ 25bi. Sobre os itens que compõem a pauta exportadora, em 2000 os manufaturados correspondiam a 59%; em 2009, só 44%. No entanto, a importação de produtos de alta tecnologia triplicou entre 2004-2010. Apesar do grande crescimento das exportações de produtos primários com destino à China, duas evidências econômicas se impõem: desindustrialização e reprimarização (CERVO; LESSA, 2014).

Segundo Gonçalves (2011), a desindustrialização é a tendência de queda da relação entre o valor adicionado na indústria de transformação e o PIB. Nos países em desenvolvimento, a desindustrialização é prematura e resulta do viés de deslocamento da fronteira de produção na produção dos produtos intensivos em recursos naturais. Os estudos de Gonçalves (2011) e Cervo e Lessa (2014) mostram que a desindustrialização e a reprimarização são fenômenos associados a uma economia de baixo ou médio desenvolvimento. No caso do Brasil e da América Latina, chama atenção essa “desindustrialização prematura”, pois ao contrário dos países desenvolvidos, as economias periféricas não contam com mercado interno vigoroso que permita a indústria local manter e aumentar investimentos, devido à inelasticidade de demanda. E mesmo no caso brasileiro, que experimentou períodos recentes de aquecimento do mercado consumidor, a indústria nacional perdia terreno, pois as importações de produtos manufaturados, principalmente da China, diminuía a competitividade da indústria nacional.

Nos últimos anos, o Brasil optou por aumentar sua participação nos setores de mineração e agropecuária, em detrimento da participação da indústria de transformação. A participação do Brasil no valor adicionado da indústria de transformação mundial caiu de 2,5%, no período 1990-1999, para 2,3% em 2000-2007 (FIESP, 2011).

A inexorável tendência, seja analisando a série antiga ou nova, das Contas Nacionais do IBGE, é que a participação da indústria de transformação no PIB brasileiro continue declinando. Para correta comparação de dados atuais com dados anteriores a 2000, deve ser considerada a série antiga das Contas Nacionais. Dessa forma, projeta-se que a participação da indústria de transformação em 2015 atinja 12,3%, nível menor que o de 1954, 60 anos atrás e último ano da segunda presidência de Getúlio Vargas, quando a indústria de transformação respondeu por 12,6% do PIB. Entretanto, considerando a nova série das Contas Nacionais do IBGE, a representatividade da indústria de transformação em 2015 deve ser ainda menor. As

projeções da FIESP apontam participação do setor no PIB de apenas 10,6% nesse ano. Como visto, em qualquer que seja a metodologia das Contas Nacionais considerada, o Brasil sofre um processo acelerado de desindustrialização, que tende a continuar e possui consequências graves para a retomada do crescimento econômico (FIESP, 2015).

A reprimarização comercial a partir da mudança de pauta exportadora segundo a opção por *commodities* tem um conjunto de problemas. Entre os mais importantes, destacam-se: i) pequena absorção dos benefícios do progresso técnico pela sociedade; ii) reforço do padrão estrutural de produção baseado em grandes propriedades, com conseqüente concentração de renda e riqueza, e também aumento do número de latifúndios; iii) a concentração de renda provoca pouco dinamismo do mercado interno; iv) o país está mais sujeito a instabilidades financeiras, haja vista a volatilidade de preços das *commodities*, como principal item exportado; v) maiores barreiras de acesso ao mercado mundial; vi) escalada tarifária, prática comum, recentemente adotada pelos Estados Unidos; vii) menor valor agregado, pois são insumos básicos; viii) problemas ambientais, em decorrência do avanço sobre florestas para pecuária e plantações extensas, além dos danos da mineração. Tudo isso acarreta danos ambientais e sociais que serão compartilhados com o conjunto da sociedade, que não aferiu nenhum ganho socioeconômico com a reprimarização da economia (GONÇALVES, 2011).

Nos últimos anos, além da desindustrialização, dessubstituição de importações e reprimarização, há também o processo de maior dependência tecnológica (GONÇALVES, 2011). Não é por menos que o autor chama o período recente de “Nacional-desenvolvimentismo às Avessas”, e sobre o processo de dependência tecnológica, faz a relação entre as importações de bens e serviços intensivos em tecnologia e os gastos com ciência e tecnologia no país. A relação aumenta de 2,4 em 2002 para 2,6 em 2006, e 3,7 em 2010. Ou seja, há duplicação do grau de dependência tecnológica, fenômeno que se aplica tanto a produtos das indústrias de média e alta tecnologia como a serviços tecnológicos. Na realidade, desindustrialização, dessubstituição de importações e reprimarização podem ser vistos como determinantes da maior dependência tecnológica ou do retrocesso relativo do sistema nacional de inovações (GONÇALVES, 2011).

A partir das análises de Gonçalves (2011), Cervo e Lessa (2014) e de estudos elaborados pela Confederação Nacional da Indústria (CNI), fica evidente a fragilidade da economia nacional perante as crises financeiras internacionais, colocando em risco não só os fundamentos econômicos (câmbio, juros, moeda), como também o dinamismo econômico necessário para oferecer um Estado de bem-estar social. A opção do Brasil por essa modalidade de inserção no mercado mundial, com uso crescente de *commodities* (produtos

agrícolas, matérias-primas e minerais), torna o país mais competitivo nessa área, mas, por outro lado, torna menor sua competitividade em produtos manufaturados intensivos em recursos naturais. Para Gonçalves (2011), esta divergência implica menor capacidade de geração de renda e emprego no país.

A pujança do agronegócio e a vocação exportadora de matéria-prima e alimentos do Brasil, aliados ao interesse da China e dos países centrais por esses produtos, indicam a continuidade da inserção periférica brasileira no mercado mundial nos próximos anos. A recente desindustrialização, combinada a um fraco desempenho de poupança interna e a uma contínua fragilidade da economia nacional, são motivos relevantes para determinar um futuro de pouco dinamismo da economia nacional, ainda mais diante de um quadro fiscal grave.

Considerando o panorama econômico do Brasil traçado pelos especialistas citados anteriormente, a economia brasileira não apresentará o dinamismo necessário nos próximos anos. Enquanto o país não gerar riqueza permanente, as políticas sociais sofrerão desfinanciamento considerável.

5.2 Austeridade: o debate de ideias nos campos político e econômico

Austeridade fiscal não é uma ideia nova. Vale lembrar que em 1966 ela já estava no PAEG de Campos e Bulhões (FAUSTO, 2013), e retornou na década de 1990, culminando com a promulgação da Lei Complementar nº 101/2000, a LRF. A novidade é o Novo Regime Fiscal e a EC-95.

Também denominada de Lei do Teto dos Gastos, a EC-95 surgiu depois do impedimento da presidente Dilma Rousseff e a assunção à Presidência da República de Michel Temer. Com vários debates na Câmara e Senado Federais, o projeto de emenda constitucional, PEC 241/2016, foi aprovada e transformada na EC-95 em 15/12/2016, sendo publicada no DOU em 16/12/2016 (BRASIL, 2016). Da sua apresentação na Câmara dos Deputados até a promulgação, foram seis meses de intensos debates e audiências públicas. Sua tramitação ocorreu em regime especial, tendo sido apresentadas 28 emendas de parlamentares ao texto original encaminhado pelo Poder Executivo. A EC-95 instituiu o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, limitando os gastos públicos dos Três Poderes da União para o orçamento do ano seguinte à variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), regra a ser cumprida nos próximos

20 anos (BRASIL, 2016).

Por ser uma emenda constitucional que atinge sobremaneira o futuro financiamento das políticas sociais, os programas de governo dos candidatos postulantes à Presidência da República para o próximo mandato também abordam o tema. Selecionadas as cinco candidaturas mais evidentes nas últimas pesquisas eleitorais: Jair Bolsonaro, Fernando Haddad, Ciro Gomes, Marina Silva e Geraldo Alckmim.

Ao examinar o programa do candidato Jair Bolsonaro, ficou evidente que a mesmo seguia a linha de manutenção tanto da LRF quanto da EC-95, o que é coerente, pois o grupo político que apoia o candidato votou pela aprovação da PEC-241. Além da manutenção da Lei do Teto dos Gastos, o programa de Jair Bolsonaro citava a desvinculação orçamentária como essencial para deter o desequilíbrio fiscal, o que na prática era a desvinculação das despesas obrigatórias da União com Educação, Saúde, Assistência e Previdência Social.

O programa de governo da candidatura de Fernando Haddad, afirmava que haveria a revogação da EC-95. Já o da candidata Marina Silva mencionava a severa restrição fiscal que limitava fortemente o aumento dos gastos discricionários, incluindo investimentos públicos, e considerava que a forma mais racional de viabilizar projetos estruturantes no Brasil seria pelo investimento privado. Também concordava com a manutenção do tripé macroeconômico: manutenção do superávit primário, câmbio flutuante e regime de metas para a inflação, afirmando que esses são pressupostos básicos para economia nacional. Pregava, ainda, um rígido controle do gasto público, com um crescimento da dívida pública condicionado a 50% do PIB, além de uma revisão completa das renúncias fiscais.

O candidato Ciro Gomes pregava uma política fiscal equilibrada, com redução em 15% das desonerações fiscais e substituição do teto dos gastos por um mecanismo de controle que preserve investimentos.

O programa de governo de Geraldo Alckmim era muito limitado, mas afirmava que iria eliminar o déficit público em dois anos, com redução de ministérios e cargos públicos, além de considerar importante a manutenção da EC-95 no curto prazo. Os grupos políticos que se alinhavam a essa candidatura de centro votaram pela aprovação da PEC-241, fato que levou a concluir que a austeridade é ponto importante do programa de governo dessa candidatura.

Dois programas de governo mencionavam a revogação da EC-95, a de Fernando Haddad e da Ciro Gomes. As demais propostas aceitavam a limitação do teto dos gastos como forma de equilibrar as contas e a partir daí dinamizar a economia, apostando numa retomada econômica através de investimentos privados, resultado da confiança na estabilidade fiscal da

União. Quanto à LRF, nenhuma coligação partidária cogitava em seu programa de governo mudar essa lei.

O cenário para os próximos anos tem na austeridade o caminho escolhido pelos futuros governos. Neste caso, o SUS terá grandes desafios e caberá à gestão do sistema de saúde nos níveis subnacionais realizar cada vez mais com os menos recursos. O Ministério da Educação aparece como o primeiro a conseguir do Executivo uma suplementação orçamentária para 2019:

A decisão do Presidente Michel Temer, na última terça-feira, de autorizar um reajuste nas despesas do Ministério da Educação em 2019 tornou a situação ainda mais complicada, já que o orçamento da pasta ficará mais protegido do que o de outras áreas contra cortes que a equipe econômica tenha de fazer para cumprir o teto. (BECK, 2018, s.p.).

A reportagem citada acima relata que um dos problemas é a rigidez orçamentária, especialmente com pagamento de benefícios previdenciários e salários. Estes pressionam cada vez mais o orçamento e, segundo analistas, podem fazer com que o teto dos gastos seja descumprido já em 2021 (BECK, 2018). Para os principais partidos e a elite política do país, nos próximos anos a austeridade é item a ser seguido. Assim sendo, trabalharemos com a perspectiva de que as políticas sociais, entre elas o SUS, terão que desafiar essa nova realidade.

A política econômica que tomou corpo nos anos 1980, com a ascensão de Ronald Reagan nos Estados Unidos, e Margareth Thatcher, no Reino Unido, o neoliberalismo, prega a eficiência do mercado e tem na austeridade um dos instrumentos de controle do Estado – se não o mais eficaz, provocando o estrangulamento de sua capacidade de operar políticas sociais, seja pelo aumento de carga tributária ou contenção de gastos públicos, que vão de investimentos até a manutenção da administração pública. Geralmente, essas políticas são incentivadas pelos organismos internacionais, que ditam as conduções macroeconômicas dos países, especialmente daqueles que se encontram com problemas em suas contas.

Nos anos 1980, foram disseminados e fortalecidos ideais de que o investimento em uma seguridade social generosa implica menor crescimento econômico e da oferta de emprego, e que o Estado tende a ser menos eficiente que o mercado (VIEIRA et al., 2018). O paradigma do neoliberalismo pode ser organizado em três eixos: i) privatização, pela ideia de “superioridade do livre mercado como mecanismo de alocação eficiente de recursos”; ii) individualismo; e iii) liberdade, em detrimento da igualdade.

Como ajuda ao novo *establishment* que surgia nas economias centrais capitalistas, no

fim da década de 1980, os regimes socialistas do Leste Europeu caíram o que contribuiu com o discurso neoliberal de que o mercado é a solução para as economias nacionais, e que o dirigismo estatal junto às políticas sociais não servia como modelo para a economia moderna. Para o neoliberalismo, nada melhor do que a falência do Estado socialista para alavancar seus ideais e disseminá-los pelo mundo.

A propagação das ideias neoliberais gerou menor confiança na capacidade de gerenciamento do Estado e, como consequência, corroborou-se a crença nos valores individuais e em soluções de mercado (VIEIRA et al., 2018). O Estado é deficiente ou ineficiente em suas ações, e a solução é que a execução das políticas públicas seja realizada pelo mercado, pois a concorrência entre os entes privados torna as atividades mais eficientes e eficazes.

A austeridade fiscal caracteriza-se por escolhas que exigem grandes sacrifícios da população, seja porque aumentam a carga tributária, seja pela implementação de medidas que restringem a oferta de benefícios, bens e serviços públicos, em razão de cortes de despesas e/ou da realização de reformas estruturais. (VIEIRA et al., 2018, p. 32).

Vários autores criticam a austeridade como solução a ser seguida pelas economias.

Segundo Piketty:

A globalização financeira parece engendrar um elo cada vez mais forte entre o retorno obtido e o tamanho inicial da carteira investida e que essa desigualdade de rendimentos de capital constitui uma força de divergência adicional e extremamente inquietante para a dinâmica da distribuição mundial da riqueza no século XXI. (PIKETTY, 2014, p. 366).

Para esse autor, estamos voltando aos níveis de desigualdade do século XIX, e para reduzir a desigualdade é preciso de um sistema tributário mais justo para financiar as políticas sociais e reduzir a concentração de renda.

Stiglitz é outro autor que rebate a nova ordem mundial. Para ele, a austeridade é a derradeira manifestação do neoliberalismo, e defende que os governos precisam investir em recursos humanos, tecnologia e infraestrutura para ativar a economia. Compartilha Stiglitz do pensamento keynesiano, pois quando o governo gasta mais e investe na economia, cria empregos e fortalece as finanças públicas. Considera que a austeridade provoca efeito contrário, já prejudicou as economias centrais e afeta o futuro crescimento econômico dos países. As consequências de uma pobreza difundida e persistente e de um duradouro subinvestimento em educação pública e outras despesas sociais também se manifestam noutros indicadores de mau funcionamento da sociedade: um nível alto de criminalidade e

grande fração da população na prisão. (STIGLITZ, 2012).

As políticas sociais têm caráter não só solidário, como também dinamizam as economias. Como enfatizado por Keynes, o efeito multiplicador realizado pelo investimento do governo resulta em mais dinamismo na economia. No caso das políticas sociais, como saúde e educação, os multiplicadores são iguais a três. Em economias centrais, observa-se que cada unidade monetária gasta com essas políticas tem o aumento esperado no PIB de três unidades monetárias. (STIGLITZ, 2012).

Trabalho realizado por pesquisadores do IPEA mostra que o multiplicador para o gasto com saúde no PIB é 1,7 no Brasil, ou seja, para um aumento do gasto com saúde de R\$ 1,00, o aumento esperado no PIB seria de R\$ 1,70. O estudo também verificou o multiplicador do PIB para os gastos com educação (1,85), Programa Bolsa Família (1,44), Benefício de Prestação Continuada (1,38) e Regime Geral de Previdência (1,23), resultando em efeito positivo para a economia, ao contrário de despesas com pagamento de juros da dívida pública (0,71). (VIEIRA et al, 2018).

Estudos recentes têm corroborado o que Lorde Keynes pregava na década de 1930. O gasto do governo em determinadas políticas é importante em momentos de recessão econômica. Continuando com os efeitos multiplicadores abordados, estes associados aos investimentos, benefícios sociais e despesas com pessoal durante as recessões, são significativos e maiores do que a unidade (1,68, 1,51, e 1,33, respectivamente), ao invés do multiplicador das despesas com subsídios (0,60), segundo Santos e Vieira (2018).

Os multiplicadores apresentados acima explicam parcialmente o viés baixista do PIB brasileiro nos últimos anos. No período entre 2011 e 2014, a equipe econômica, ao insistir nas desonerações fiscais e subsídios ao setor privado, fez uma escolha ruim, pois os multiplicadores não corresponderam positivamente. A economia não respondeu aos estímulos dados pelo governo, aprofundou a recessão e contribuiu para a desestabilização política do governo. Além disso, gerou aumento da desigualdade, já que a carga tributária no Brasil é regressiva, penalizando os mais pobres.

Vieira et al. (2018) enfatizam que o ajuste fiscal implementado no Brasil não teve o objetivo principal de controlar o desequilíbrio momentâneo nas contas públicas, mas reduzir a participação do Estado na oferta de bens e serviços à população. Isso foi realizado de forma a abrir à participação do mercado em programas típicos do Estado, assim como foi feito com a educação lá atrás. A depender do desempenho da economia, a diminuição do gasto com políticas públicas reduzirá a participação das despesas primárias no PIB de cerca de 20% em 2016 para 16% a 12% até 2026. **“Por isso, este ajuste é considerado o mais rígido do**

mundo e uma reforma do Estado, cujo objetivo, de reduzir o seu tamanho, não foi claramente anunciado (VIEIRA et al., 2018 - grifo nosso).

Com a retração do gasto público nos anos a seguir, as famílias desembolsarão mais recursos com a saúde. No período de 2010 a 2015, a participação das três esferas de governo no financiamento da saúde teve redução, passando de 46,9% para 45,1%, enquanto a participação das famílias e das instituições sem fins lucrativos aumentou de 53,1% para 54,9% (IBGE, 2017).

A opção política e econômica dos governos nacionais, que alimentam a redução do Estado nas políticas sociais, retira investimentos estatais da infraestrutura e desindustrializa o país, que está na contramão do que ditam algumas organizações internacionais. O investimento em infraestrutura favorece a mudança estrutural progressiva orientada para a redução das diferenças de produtividade entre setores e empresas de um país, ao mesmo tempo que fortalece os vínculos com o exterior e aproveita as oportunidades oferecidas pela economia global. Esse investimento tem alta rentabilidade social, pois facilita o acesso a bens e serviços essenciais, como a saúde e a educação, e fortalece as redes sociais (CEPAL, 2016).

O estudo “Horizontes em 2030. A igualdade no centro do desenvolvimento sustentável”, publicado em 2016 pela Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (CEPAL), afirma que a desigualdade está nas origens do enfoque histórico-estrutural. Ou seja, a estrutura produtiva típica dos países da periferia se caracteriza pela baixa absorção de tecnologia (muito concentrada em poucos setores), onde grande parte da força de trabalho está ocupada em atividades de baixa produtividade, traço distintivo da heterogeneidade estrutural. Isto gera estruturas de poder político e social que reproduzem privilégios, freiam a diversificação e impedem ou limitam as políticas redistributivas baseadas no gasto social e sistemas fiscais progressivos. Por isso, é necessário transformar a dinâmica da produção e da produtividade, além de introduzir medidas de política a favor da redistribuição, para corrigir as fontes da desigualdade no longo prazo (CEPAL, 2016).

O estudo divulgado pela CEPAL afirma também que o estilo de desenvolvimento dominante gerou enormes desequilíbrios, e sua transformação é uma tarefa complexa. A dificuldade reside na economia política, o conjunto de interesses e alianças que predominam e definem as regras do jogo, tanto no plano internacional como no interno. Então, só uma mudança de orientação macroeconômica, com a escolha de um caminho que privilegie o bem-estar social em detrimento das amarras do mercado, pode levar o Brasil ao pleno desenvolvimento. Neste caso, a austeridade se mostra contraproducente e impõe ao país sua colocação atual no mercado mundial (CEPAL, 2016).

De acordo com o estudo da CEPAL:

No âmbito da política macroeconômica, existe um estilo dominante que se caracteriza pelos seguintes traços: i) visualiza a macroeconomia exclusivamente sob uma perspectiva de curto prazo; ii) privilegia o objetivo de controle da inflação; iii) concebe a política monetária como o principal instrumento de política anticíclica, conferindo à autoridade monetária um status jurídico especial e relegando a política fiscal a um segundo plano; iv) promove a flexibilidade cambial com abertura plena da conta financeira e de capital do balanço de pagamentos, no pressuposto de que a ampliação das fontes de financiamento contribui para aumentar o processo de acumulação nos países em desenvolvimento. Neste contexto, outros objetivos igualmente desejáveis, como o pleno emprego e a estabilidade financeira, ficam relegados a um segundo plano; a política fiscal e a regulação macroprudencial não cumpriram mais que um papel auxiliar. (CEPAL, 2016, p. 158).

O estudo da CEPAL (2016) também afirma que no contexto de desaceleração ou recessão como o que atravessam muitas economias, o componente autônomo mais relevante de uma política fiscal anticíclica é o investimento público, que, além de incidir na conjuntura, tem efeitos positivos de médio e longo prazos. Para tanto, é preciso proteger o gasto em investimento público e evitar que seja utilizado como uma variável de ajuste na fase descendente do ciclo. Neste caso, o Brasil vem realizando o oposto, um sacrifício imposto à sociedade que, segundo organismos internacionais, como a CEPAL, não produz efeitos positivos sobre a economia no curto, nem no longo prazo.

A nova agenda de desenvolvimento representa uma oportunidade para avançar rumo a compromissos mais sólidos com a erradicação da pobreza, a diminuição da desigualdade e a construção de sistemas de proteção social universais. A geração de empregos com direitos é um desafio estratégico para a região e supõe a integração de políticas macroeconômicas e setoriais. Este âmbito é um espaço fundamental para a redução da desigualdade, a inclusão social, a construção de autonomia e a ampliação da cidadania, como reconhecem os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. É também o melhor mecanismo para ampliar a proteção social (CEPAL, 2016).

O estudo da CEPAL tem caráter relevante, enfatiza a necessidade de se estabelecer políticas econômicas que diminuam a desigualdade e acrescenta que o desenvolvimento sustentável de um país deve acontecer na medida em que ele realize políticas macroeconômicas que permitam a realização de um Estado de bem-estar social, onde os sistemas de proteção social sejam universais. Novamente o Brasil se coloca em posição contrária ao preconizado pela entidade.

O estudo da organização afirma também que a universalização da proteção social implica ampliar a cobertura e qualidade dos serviços em diversos âmbitos, como os das aposentadorias, pensões e outras transferências para os idosos, os serviços de seguro de saúde

e as transferências monetárias para as famílias com filhos. Com relação aos benefícios contributivos, o caminho a seguir não se esgota com o impulso à formalização do trabalho. Os novos desafios enfrentados pela região vinculam-se ao melhoramento do alcance e formato dos sistemas de transferências monetárias para as famílias com filhos como instrumentos que ampliem a proteção social e fortaleçam sua articulação com as políticas de caráter transversal, especialmente as de educação e saúde e os programas de inclusão no mercado de trabalho.

O estudo da CEPAL pode ser resumido numa frase: “se a desigualdade não diminui, a demanda não cresce” (CEPAL, 2016, p. 72).

5.3 As perspectivas para a Reforma Previdenciária e Social e consequentes desafios para o SUS

O sistema previdenciário foi implantado no Brasil quando da urbanização e industrialização tardia. A intervenção do Estado na área de seguro social para assalariados urbanos do setor privado data de 1919, com o seguro de acidentes de trabalho, sendo da década de 1920 a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). O Decreto-lei nº 4682/23 criou a primeira CAP, dos ferroviários, sendo este modelo de seguro social rapidamente multiplicado nos anos subsequentes (COHN et al., 2010).

A década de 1930 assistiu à formação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que institucionalizaram o seguro social fragmentado em classes assalariadas urbanas de acordo com a atividade econômica: marítimos, bancários, comerciários, industriários e outros. Transformados em autarquias, os recursos financeiros tinham origem tripartite: dos empregadores, empregados e do Estado (COHN et al., 2010). Em 1966, durante o regime militar, os IAPs foram unificados em um único sistema previdenciário, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), assim permanecendo até a promulgação da nova Constituição em 1988 (COHN et al., 2010).

Na CRFB-88, o conceito de Seguridade Social, como um conjunto integrado de ações nas três áreas sociais, foi estabelecido como conhecemos. O Estado brasileiro, a partir de então, passou a ser o fiador desse sistema, tendo a obrigação de universalizar a Seguridade Social. Segundo o art. 201 da CRFB-88, a Previdência Social será organizada sob a forma de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial (BRASIL, 1988).

Uma das conquistas advindas da nova Previdência Social pós-Constituição de 1988 foi

a igualdade de proventos de aposentadorias entre trabalhadores rurais e urbanos, e também a proibição de recebimentos de pensões e aposentadorias de valores inferiores ao salário-mínimo. No tocante a recursos para cumprir as obrigações sociais assumidas, foi criado o Orçamento da Seguridade Social (OSS). O art. 195 da CRFB-88 estipula as três principais fontes de receitas para o sistema social: a primeira, sobre a folha de salários e demais rendimentos do trabalho; a segunda fonte de recursos, sobre o faturamento ou receita das empresas; e a terceira, o lucro das empresas. Além disso, a lei estipula que a Seguridade Social tenha como fonte a receita de concursos de prognósticos, as loterias. Assim os constituintes pensaram em dotar o sistema de fontes seguras de recursos, pois também tinham aumentado em muito as despesas com a instituição de benefícios que até então não eram disponíveis à sociedade, tais como auxílio-reclusão, pensão por idade e para deficientes.

Segundo Fagnani:

As transferências monetárias da Seguridade Social beneficiam direta e indiretamente, mais de 140 milhões de brasileiros, com benefícios majoritariamente equivalentes ao piso do salário-mínimo. O sistema protege 82% dos idosos brasileiros, fomenta a agricultura familiar, combate o êxodo rural, promove a economia regional, cumpre papel redistributivo nos municípios mais pobres e reduz a pobreza e a desigualdade de renda. (FAGNANI, 2018, p. 57).

Apesar de contar com um orçamento que permitiria em tese assegurar os recursos necessários para a Previdência, Assistência Social e Saúde, não foi o que aconteceu. Logo depois da promulgação da CRFB-88, sob pressão da área econômica, os governos iniciaram os anos 1990 subtraindo recursos do Sistema de Seguridade Social. Em prol de reservas financeiras para um superávit primário, que se tornou permanente, foi instituída a Desvinculação de Receitas da União (DRU), que retirava 20% do OSS.

O debate público sobre os rumos da Previdência Social brasileira tem sido uma constante no período imediatamente posterior ao estabelecimento do Regime Geral de Previdência Social (RGPS), a partir da sanção das Leis n^os 8.212 e 8.213, de 1991. Tanto é que, nos últimos 18 anos, tivemos uma série de reformas previdenciárias de diferentes envergaduras, cujo objeto foi tanto o RGPS como o Regime Próprio dos Servidores Públicos Federais (PUTY et al., 2017, p. 20).

Essa pressão por mudanças nas regras previdenciárias tende a se manter na agenda política, dado que a frustração de receitas da União advinda do processo de desaceleração econômica, evidenciado mais claramente a partir do segundo semestre de 2014 tem servido de legitimação dos interesses hegemônicos no Congresso e no governo, na disputa pela reorientação do orçamento federal. (PUTY et al., 2017, p. 21).

Destaca-se que a Seguridade Social foi superavitária entre 1989-2015, a despeito da subtração de suas receitas capturadas pela área econômica mediante diversos mecanismos. Para Fagnani (2018): **“o suposto ‘déficit’ da Previdência, que é parte da Seguridade Social, é desprezo à ordem constitucional.”** (FAGNANI, 2018, p. 58 – grifo nosso).

A comparação entre os resultados projetados por distintos governos e os resultados realizados (período 2002-2015) demonstra um viés de subestimação de despesas e receitas – este segundo mais acentuado –, que leva a alto grau de erro estatístico. (PUTY et al., 2017, p. 35).

Segundo Puty:

[...] a indisponibilidade dos dados previdenciários, a nebulosidade nas estratégias de cálculo e o nível de erro do previsto em relação ao experimentado, acima de patamares razoáveis, são agravados pela existência de dados díspares em distintas fontes oficiais e tratamento probabilístico inadequado para determinadas variáveis-chaves para que se façam previsões estáveis. (PUTY et al., 2017, p. 36).

Ainda segundo o autor, a desproporcionalidade entre a variação dos parâmetros de entrada para cálculo das receitas e das despesas gera incerteza na qualidade das projeções.

Estudos sobre a incidência da política fiscal na distribuição de renda realizados pela CEPAL (2015) revelam que, no Brasil, o maior impacto redistributivo é proporcionado pela transferência monetária e o gasto da Seguridade Social (Saúde, Previdência e Assistência Social), seguido pela educação. (FAGNANI, 2018, p. 58).

A dilapidação da Seguridade Social pela ‘austeridade’, mediante a asfixia financeira, está sendo realizada em seis atos principais: o Novo Regime Fiscal, EC-95, a ampliação da DRU (de 20% para 30%), a Reforma Tributária, a Reforma Trabalhista e a Reforma da Previdência Social. (FAGNANI, 2018, p. 59 – grifo nosso).

Na Previdência Social, ao contrário da visão corrente, os valores dos benefícios do RGPS são relativamente baixos. “No segmento rural, 100% dos benefícios correspondem ao piso do salário-mínimo; e no segmento urbano essa proporção é de 57%, sendo que 77% são equivalentes ou inferiores a dois salários-mínimos.” (FAGNANI, 2018, p. 60).

Se a Previdência é parte da Seguridade Social e se o OSS é superavitário, então, de onde viria o “déficit” apregoado pelo governo? Ele vem de não se contabilizarem como receita previdenciária as contribuições cabíveis ao Estado. Desde 1989, só são consideradas no orçamento da Previdência as contribuições dos trabalhadores e dos empregadores sobre a folha de salário. Em outras palavras: “o governo chama de ‘déficit’ a parte cujo aporte é dever

do Estado no esquema de financiamento tripartite instituído pela Constituição, mas que o governo não aporta.” (ANFIP, 2017, p. 19).

A partir do estudo acima, sobre as fontes de financiamento da Previdência Social, é justo afirmar que se prepara uma reforma da mesma, utilizando-se de métodos que camuflam a real perda orçamentária do setor e colocam a futura mudança do padrão demográfico como álibi para perpetrar a referida reforma. Algumas soluções são apontadas para que a Previdência Social brasileira continue como um grande colchão social, já que ela é mitigadora da pobreza e diminuição das desigualdades, tendo papel fundamental como estabilizadora do quadro social, ao amparar a velhice e os mais necessitados.

São elas: i) revisão das desonerações tributárias; ii) redução das desvinculações dos recursos da Seguridade Social; iii) recuperação de forma mais eficiente dos créditos da Previdência; iv) redução do saldo da conta única do Tesouro Nacional no Banco Central. (GENTIL et al., 2017, p. 47).

Sobre a revisão das desonerações tributárias, os dados confirmam que uma das estratégias mais importantes de política fiscal daquele período foi a redução dos custos das empresas com o pagamento de impostos. Em 2009, o total das desonerações foi de R\$ 119,8 bilhões ou 3,76% do PIB. Em 2011, sobe para R\$ 137,2 bilhões, até chegar, em 2015, ao montante de 4,9% do PIB ou R\$ 282,4 bilhões.

Essa quantia é maior do que a soma de tudo o que foi gasto, na esfera federal, com Saúde (R\$93 bilhões), Educação (R\$93,9 bilhões), Assistência Social (R\$71 bilhões), Transporte (R\$13,8 bilhões) e Ciência e Tecnologia (R\$6,1 bilhões) no ano de 2014. (GENTIL et al., 2017, p.48 – grifo nosso).

Para mencionar só as perdas de receitas com a DRU, a Associação Nacional dos Auditores-Fiscais da Receita Federal do Brasil (ANFIP), com base em dados da Secretaria do Tesouro Nacional, estima que o desvio anual de receitas da Seguridade Social com a DRU passou de R\$ 34 bilhões em 2005, para R\$ 63 bilhões no ano de 2014. Entre 2010 e 2014, foram retirados da Seguridade Social R\$ 230,5 bilhões, por meio da DRU. Com o aumento do percentual de 20% para 30%, estima-se que, a partir de 2017, poderão ser desvinculados cerca de R\$ 120 bilhões de contribuições sociais ao ano (GENTIL et al., 2017, p. 49).

A dívida previdenciária ela é crescente, e a capacidade do Governo Federal para cobrar e recuperar esse crédito junto aos devedores mostra-se deficiente. Segundo dados da ANFIP, no ano de 2011, o estoque da dívida ativa previdenciária era de R\$ 185,8 bilhões, e naquele ano o percentual cobrado foi de apenas 1,36%. Em 2013, a dívida ativa subiu para R\$ 255 bilhões, e apenas 1,5% foram recuperados. Em 2015 alcançou R\$ 350,7 bilhões, e apenas

0,32% foi cobrado. Diante da crescente sonegação de recursos da Previdência Social, constata-se que a recuperação da gestão eficiente desses recursos implicaria retomar fontes significativas de receitas para o financiamento da Previdência Social. (GENTIL et al., 2017, p. 49).

E ainda, as elevadas disponibilidades do Governo Federal na Conta Única se transformaram em recursos que ficam parados no Banco Central, sem ingressar no circuito produtivo. São recursos que se encontram impedidos de se transformar em serviços que atendam às necessidades da população, ou em transferência de renda na forma de benefícios previdenciários (especialmente em momentos de escassez de recursos), ou mesmo em investimentos públicos que permitam gerar emprego, renda e novas tecnologias. O uso efetivo desses recursos, hoje esterilizados no Banco Central, geraria menor pressão sobre o resultado primário, liberando a política fiscal para estratégias mais inclusivas e redistributivas. Em outros termos, parte desses recursos da Conta Única poderia ser utilizada para elevar a qualidade e extensão dos programas sociais, sem a necessidade de retirar recursos da Seguridade Social mediante a DRU, ou de reforma que objetiva cortar gastos da Previdência Social (GENTIL et al., 2017, p. 50).

Como se pode demonstrar, o Brasil possui um rico repertório de alternativas de ampliação de receitas da Seguridade Social para o qual se poderia recorrer nos momentos de recessão econômica, e de elevação da trajetória de gastos, que podem dar viabilidade de longo prazo para o sistema previdenciário. (GENTIL et al., 2017, p. 50).

Fagnani (2018) afirma que o retorno da ortodoxia e da “austeridade”, em 2015, é responsável pelo fim do ciclo superavitário da Seguridade Social. Para o autor, a conjunção de políticas monetária e fiscal restritivas num contexto recessivo reduziu a atividade econômica e a massa de salários, fatores decisivos para a suposta “insustentabilidade financeira”. **“Por conta da ‘austeridade’, a própria Seguridade Social passou a ser deficitária em 2016, fato inédito em quase três décadas.”** (FAGNANI, 2018, p. 70 – grifo nosso).

Embora os estudos supracitados demonstrem a viabilidade da Previdência Social, vale lembrar que a Proposta de Emenda Constitucional nº 287/2016, encaminhada pelo PE em 5 de dezembro de 2016, já foi aprovada por todas as comissões na Câmara Federal e está pronta para ser votada no plenário da Casa Legislativa. Essa PEC altera oito artigos da CRFB-88 que dispõem sobre a Seguridade Social. Parece inevitável do ponto de vista político a realização da reforma previdenciária; ela faz parte do pacote de austeridade implantado no país, que começa lá atrás com a LRF, no início deste século, e vem ganhando corpo com sucessivas

minirreformas de caráter neoliberal, aprofundando-se nos últimos anos com a Lei de Teto dos Gastos, a EC-95, e a reforma trabalhista e o Novo Regime Fiscal. Em poucos anos, a sociedade brasileira vem perdendo direitos importantes: a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) tinha mais de 70 anos. Tudo isso se traduz em um contínuo avanço sobre os direitos fundamentais, colocando em risco as políticas sociais, com a real intenção de desmonte do Estado de bem-estar social no Brasil.

Fazendo uma projeção para os próximos anos e estudando as plataformas eleitorais dos principais candidatos à Presidência da República, a reforma da Previdência Social é consenso entre eles. Os programas de governo comentados estão no portal do Tribunal Superior Eleitoral (TSE). As cinco campanhas mais bem avaliadas pelas pesquisas eleitorais, que tinham chance de chegar ao segundo turno das eleições presidenciais, são: i) Jair Bolsonaro - PSL; ii) Fernando Haddad - PT; iii) Marina Silva - REDE; iv) Ciro Gomes - PDT; e v) Geraldo Alckmim - PSDB.

No plano de governo da candidatura de Jair Bolsonaro, deve ser inaugurado um Novo Regime de Trabalho e Previdência, através de um modelo de capitalização, com criação de contas individuais, no qual os novos participantes terão a possibilidade de optar entre os sistemas velho e novo. Aqueles que optarem pela capitalização, merecerão o benefício da redução de encargos trabalhistas. Obviamente, a transição de um regime para outro gera um problema de insuficiência de recursos, na medida em que os aposentados deixam de contar com a contribuição dos optantes pela capitalização. Para isso haverá redução de contribuições previdenciárias no sistema antigo. Esse modelo corresponde, na prática, à privatização do Regime de Previdência Social no Brasil.

O plano de governo da candidatura de Fernando Haddad, não fornece muitas informações a respeito do tema, mas cita a busca do equilíbrio das contas da Previdência Social a partir da retomada da criação de empregos e a convergência entre os regimes: o Regime Próprio de Previdência Social (funcionalismo) e o Regime Geral da Previdência Social. É bom lembrar que o alinhamento dos dois regimes com a extinção de privilégios ao funcionalismo público aparece em todas as propostas dos programas de governos dos candidatos.

O terceiro plano de governo analisado foi de Marina Silva, que propunha uma reforma incluindo idade mínima para aposentadoria (isso também é consenso com os outros programas), fim dos privilégios dos servidores públicos que ingressaram na administração antes de 2003 e a transição para um sistema misto de contribuição e capitalização, ou seja, havia também um viés privatista na proposta dessa reforma.

O plano de governo para a reforma da Previdência Social da candidatura de Ciro Gomes era mais abrangente que os outros, mas pregava mudanças semelhantes aos demais. A diferença estava na combinação de três regimes: o primeiro, residual, para os mais pobres, é de renda mínima, financiado pelo Tesouro; o segundo, de repartição, também com mudança na idade mínima para aposentadoria, e unificação de regras dos regimes, ou seja, extinção dos chamados privilégios do funcionalismo público; e um terceiro regime, de capitalização, com contas individuais. A reforma proposta foi denominada pela candidatura de “sistema previdenciário multipilar capitalizado”.

O plano de governo da candidatura de Geraldo Alckmim era um desafio para o leitor que tentava colher informações a respeito das proposições dessa candidatura. Sobre a reforma da Previdência Social, havia consenso entre as demais propostas de idade mínima e da unificação de regras do setor público e privado, abolindo privilégios. Além disso, informava que a proposta de reforma deveria ser encaminhada nos primeiros seis meses do novo governo.

Analisando as propostas de reformas da Previdência Social no Brasil, as candidaturas reforçavam a necessidade urgente de reforma. Além disso, há uma convergência de itens dentro das reformas propostas que conseguiram unanimidade entre os mais variados espectros políticos, tais como: o aumento da idade mínima para a concessão de aposentadoria; unificação dos regimes de previdência, abolindo os privilégios do funcionalismo público; introdução do sistema de capitalização em substituição ao sistema atual de repartição (de início os sistemas conviveriam até a passagem definitiva para o modelo de capitalização, sobretudo em virtude dos benefícios iniciais para a opção ao novo sistema). Algumas propostas ainda mencionavam um sistema residual, assistência social, aos mais desvalidos, outras propostas nem isso.

Os pontos principais da reforma do sistema de previdência atingem a Previdência Social de golpe mortal, pois aliam o sistema atual de repartição ao de capitalização, e também incentivam a migração ou escolha do novo regime, por meio de renúncias tributárias, estimulando empresas e empregados a escolher o novo sistema. Tal circunstância retirará da Previdência pública os recursos financeiros necessários para a manutenção de aposentadorias e pensões, e demais benefícios para idosos e portadores de deficiência.

A partir dessa perspectiva, o fenômeno da judicialização da saúde torna-se mais severo, pois ao aumentar a idade mínima para a concessão de aposentadorias, e também desvincular benefícios e pensões do salário-mínimo, acarretará o empobrecimento da população e o aumento de agravos a sua saúde. Sem falar dos impactos negativos nos

pequenos municípios brasileiros, onde o dia de recebimento de proventos de aposentadorias e pensões, junto ao dia de depósito em conta do município do repasse federal do SUS e do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), são quando o município tem atividade econômica em sua sede. Reforça-se a teoria de que a Previdência Social assume papel vital para as economias de municípios pequenos, pois ao contrário do que dizem os defensores alarmistas da reforma, o Regime Geral de Previdência Social é destinado aos mais pobres, pois 66,9% dos benefícios pagos são de até um salário-mínimo, sendo o valor médio dos benefícios pagos de R\$ 1.291.21, em números de julho de 2018 (BRASIL, 2018).

As transferências monetárias da Previdência Social produzem impactos na atividade da economia local, especialmente nas regiões mais pobres do país. Estudos realizados pela Anfip apontam que em 3.875 municípios brasileiros (69,6% do total de 5.566), o montante de transferências monetárias da Seguridade Social em 2010 foi superior ao de recursos transferidos pelo FPM (FAGNANI, 2018).

Em 2015, o RGPS mantinha 28,3 milhões de benefícios diretos. Para o IBGE, para cada benefício efetivamente pago há, em média, 2,5 pessoas beneficiadas indiretamente (membros da família). Portanto, além dos 28,3 milhões de benefícios diretos, estima-se que, indiretamente, outros 70,7 milhões de brasileiros são favorecidos. Ou seja, o RGPS beneficia aproximadamente 99 milhões de pessoas, quase a metade da população do país (FAGNANI, 2018, p. 61).

Fagnani apresenta em seus estudos a abrangência geral da Seguridade Social: ao aplicar o mesmo critério do IBGE para o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e para o programa Seguro-desemprego, e adicionar os beneficiários da Previdência urbana e rural, estima-se que, em 2015, a Seguridade Social beneficiou diretamente 40,2 milhões de famílias e, indiretamente, outras 100 milhões de pessoas (demais membros da família). Conclui o autor:

[...] dessa forma, direta e indiretamente, ela transferiu renda para 140,6 milhões de indivíduos, cujos benefícios, próximos ao piso do salário-mínimo, transformaram a Seguridade Social brasileira num dos maiores e mais bem sucedidos programas de proteção social de países não desenvolvidos no mundo. (FAGNANI, 2018, p. 62).

O que se dará até o fim da próxima década com as consequências da reforma previdenciária é uma exacerbação das desigualdades regionais, sociais e também aumento dos agravos à saúde da população. Esses fatos já começam a surgir com a diminuição dos investimentos nas áreas sociais depois da aprovação da EC-95, e serão agravados por uma reforma do sistema previdenciário que aprofundará a divisão de classes, em detrimento da

construção de uma nação solidária que tem na atual Previdência Social um dos mais avançados e vitoriosos sistemas de proteção social do mundo, no que compete a um país de economia periférica, mas nem por isso diminuta, como o Brasil.

Parece que o rumo escolhido para a reforma da Previdência Social não contempla uma visão pública para o futuro dela. A escolha do privado para substituir o sistema de repartição oficial é uma mudança que visa, principalmente, a um avanço do público pelo privado, pois o regime de capitalização poderia ser adotado pelo Estado usando os bancos oficiais. No entanto, o que tudo indica é que o Estado brasileiro caminha na direção do Estado mínimo, preconizado desde as últimas décadas do século passado.

Em síntese, as propostas de reforma que todos os partidos apresentaram vão além do ajuste da Previdência Social. O que está em xeque é o contrato social e o modelo de sociedade pactuado em 1988, fruto da longa luta travada por muitos em favor da democracia e da construção de sociedade mais justa e igualitária.

No novo cenário, em que o público cederá ao privado a condução de importante política social, o SUS terá desafios de grande magnitude na próxima década. Manter a universalidade e a integralidade do sistema público de saúde, e promover a igualdade de acesso à população brasileira, exigirá um esforço tremendo à gestão. Nesse horizonte, a judicialização da saúde deve ser vista com outros olhos, pois os ataques ao sistema de saúde pública já surgiram recentemente, como propostas de “planos de saúde populares”, cuja tônica é a limitação da oferta de procedimentos.

Como sistema de saúde descentralizado, com autonomia de gestão das esferas municipais do sistema, o SUS é a porta de entrada para o Sistema de Seguridade Social. No SUS restará o Estado de bem-estar social delineado na CRFB-88, o que faz de sua gestão e financiamento temas dos mais vitais para sua manutenção. Nesse caso, a judicialização da saúde não deve ser negligenciada. A mudança advinda da reforma da Previdência Social e o avanço liberal sobre o regime do Estado de bem-estar social também estão tentados a investir contra o setor saúde. Para isso, argumentos como “a judicialização da saúde acontece porque o SUS é ineficiente” poderiam ser usados em campanha, com o claro objetivo no desmonte da política de saúde de caráter universal.

5.4 O SUS e os programas dos partidos políticos que participaram do processo eleitoral para a Presidência da República nas eleições de 2018

Ao debater o tema do SUS, as candidaturas para a Presidência da República citaram a necessidade de aumentar o orçamento federal para o setor. E apesar de serem vagos sobre como ampliar esses repasses, Fernando Haddad (PT) e Ciro Gomes (PDT) apontaram que a primeira iniciativa seria modificar a regra dos gastos aprovada no governo de Michel Temer. A exceção entre as candidaturas mais competitivas ao Palácio do Planalto era Jair Bolsonaro, do PSL, que não via necessidade de mais recursos para a Saúde (RIBEIRO, 17/09/2018).

A reportagem citada acima menciona pesquisa realizada pelos professores Lígia Bahia (UFRJ) e Mário Scheffer (USP), que analisaram as propostas de 13 postulantes à Presidência.

Eles entram na questão do orçamento de forma retórica. Alguns chegam a falar em dobrar o orçamento. O programa do PT fala em 6% do PIB. O problema é que isso é uma meta vaga também, porque não diz em que prazo isso será alcançado... o PT ao menos aponta que uma nova fonte de receita poderia ser os recursos provenientes da exploração do pré-sal, mas é uma receita incerta. O Ciro Gomes fala em reduzir as desonerações fiscais da saúde e aplicar essa arrecadação no SUS, mas não mostra um cálculo. (BAHIA, 2018, s.p.).

Para a pesquisadora, há um esforço das candidaturas em dizer que o orçamento da saúde é muito pouco e que é preciso aumentar, mas fica parecendo “conversa para boi dormir”, porque não mostram de onde viriam os recursos. Para Scheffer (2018), derrubar o teto de gastos não é suficiente, porque não criaria novos recursos. Poderia, no máximo, reduzir a queda do orçamento. Portanto, “fica tudo mais frágil se (o programa) não disser de onde vêm os recursos ou se não mostrar como vai remanejar dentro do mesmo orçamento” (RIBEIRO, 17/09/2018, s.p.).

A TV Cultura, de São Paulo, convidou os representantes da área da Saúde dos principais partidos que participaram da campanha eleitoral à Presidência da República para o debate “Desafios da saúde no Brasil”. No Programa Roda Viva, realizado em 27 de agosto de 2018, debateram sobre o tema da saúde e apresentaram propostas para a área os seguintes especialistas: David Uip – representante do PSDB; Márcia Bandini – representante da REDE; Henrique Javi – representante do PDT e Marco Volpe – representante do PODEMOS. Não participaram representantes do PT e PSL.

O que chamou a atenção nesse debate foi a formalização de consensos sobre vários temas. Segundo Márcia Bandini, a saúde era o tema que mais preocupava os eleitores, sendo que 60% da população acha o SUS ruim. A judicialização da saúde foi descrita pelos participantes do debate como algo importante a ser tratado pela futura gestão do SUS, mencionando os gastos de sete bilhões de reais com ações judiciais em 2017, efetuado em

conjunto pela União, estados e municípios, como despesa que poderia servir a outras finalidades. Afirmaram ainda que uma gestão desqualificada agrava a judicialização, e uma das soluções seria qualificá-la. Além disso, seria necessário fazer a revisão periódica dos protocolos de tratamento e das listas oficiais de medicamentos, o que para os debatedores poderia diminuir as ações judiciais contra o SUS.

Os temas mais mencionados pelos participantes e que de certa forma deixaram transparecer uma visão comum durante o debate: i) melhorar a Atenção Primária, a porta de entrada do SUS. A cobertura que hoje é de 60% deve aumentar, é necessário também melhorar o acesso da população aos serviços de saúde e que o mesmo tenha resolutividade. Para isso ocorrer, a multidisciplinaridade é muito importante, além da informatização de todo o sistema, e ainda a introdução do prontuário eletrônico; ii) não haver indicação política para a gestão do SUS; iii) qualificar a gestão, segundo David Uip, houve 22 bilhões de reais desperdiçados por má gestão ou fraudes no último ano; iv) a regionalização do SUS é vital para a melhoria do acesso e a diminuição dos vazios assistenciais – trabalhar em rede e com tecnologia; v) aumentar o financiamento do SUS, pois todos acreditam que a saúde pública no Brasil é subfinanciada e com o Novo Regime Fiscal os problemas financeiros se agravarão; vi) estabelecer parcerias público-privadas e outras; vii) aumentar a renda dos brasileiros é essencial para melhorar o nível de saúde da população, ou seja, a economia tem que voltar a crescer; viii) com exceção de David Uip, os debatedores concluíram que a EC-95 é perversa com o setor Saúde. Márcia Bandini citou estudo internacional que concluiu que até 2030 ocorrerão mais 20 mil mortes de crianças por conta da austeridade fiscal no Brasil. E fez uma pergunta: “Vamos cuidar de gente ou do mercado? Qual a escolha?”. Enfatizando o discurso de sua colega no debate, Henrique Javi diz que em 2017 o país gastou R\$ 355 milhões com isenção fiscal, mais do que a arrecadação da CPMF em dez anos de vigência. E Marco Volpe acrescentou que seriam retirados da Saúde, ou seja, não seriam investidos na pasta cerca de R\$ 743 bilhões na vigência da EC-95. Então, ele perguntou: “Vamos dar tudo para todos? Temos que definir o que queremos como sistema de saúde”. O Banco Mundial citou em estudo que o SUS gastará R\$ 711 bilhões até 2030, e Marco Volpe afirmou que se houver investimento em Atenção Primária, esse gasto cai para R\$ 500 bilhões; e ix) revisão do pacto federativo, pois a União tem que ser a condutora da política de saúde, aumentando seus investimentos no setor. Além deste, deve haver um pacto social, pois o SUS é a política social mais inclusiva no país, mas depende de outros setores do governo para responder melhor às necessidades da população.

Concluíram os debatedores que o SUS criado lá nos anos 1980 foi uma grande

conquista para a população, mas o contexto hoje é muito diferente; há necessidade de evoluir em várias questões sobre saúde pública para oferecer serviços melhores e manter o acesso ao sistema para todos, com qualidade. As dificuldades postas pela conjuntura, e no futuro, com subfinanciamento, agravamento das condições sociais e econômicas da população, tudo isso reforça o consenso dos debatedores de que a saúde pública enfrentará grandes desafios. Assim, a judicialização da saúde se coloca como item importante na pauta dos problemas a serem enfrentados e resolvidos.

Examinadas as propostas dos programas de partidos com candidaturas oficialmente registradas no TSE, foram selecionadas para discussão aquelas que apareceram nas cinco primeiras posições segundo os institutos que realizam as pesquisas de intenção de voto, como o Datafolha e Ibope: Jair Bolsonaro, Fernando Haddad, Marina Silva, Ciro Gomes e Geraldo Alckmim.

Diante das propostas dos candidatos para o SUS, para melhor entender o nível de aproximação ao tema, dividiu-se o mesmo em: 1) financiamento; 2) planejamento e gestão; 3) recursos humanos e insumos; e 4) ações e serviços.

O programa do PT, de Fernando Haddad, em duas páginas procura elencar os itens mais sensíveis para a candidatura referente ao SUS. Sobre o financiamento (1), citava a importância de aumentar os gastos totais públicos em saúde para o patamar de 6% do PIB. Para isso se concretizar, falou da necessidade de novas regras fiscais, reforma tributária, retorno do Fundo Social do Pré-Sal, dentre outras medidas, medidas que segundo o candidato contribuiriam para a superação do subfinanciamento crônico da saúde pública.

Quanto ao planejamento e gestão (2), a proposta do candidato mencionava a regionalização dos serviços de saúde e a gestão interfederativa, o que racionalizaria recursos financeiros e compartilharia a responsabilidade com o cuidado em saúde. Além disso, citou a potencialidade econômica e tecnológica do complexo industrial da saúde como forma para reduzir custos no setor, ao mesmo tempo que fomenta a produção de ciência e tecnologia e aquece o mercado interno.

Ainda sobre o planejamento para o setor, falou do desafio de tornar o SUS realmente universal e integral; para tanto, aperfeiçoar a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é uma prioridade. O documento dizia: **“a organização de uma atenção básica resolutiva e organizadora do cuidado à saúde é o eixo central da política assistencial”** que se quer implantar. A implantação do prontuário eletrônico de forma universal e no aperfeiçoamento de governança da saúde estimularia a inovação na saúde, com a utilização da internet e de aplicativos na promoção, prevenção, diagnóstico e educação em saúde.

O programa de governo do PT citava também a regulamentação com o terceiro setor de saúde, em particular, com as organizações sociais, superando o paradigma da precarização e da terceirização da gestão, além da necessidade de regular de forma mais transparente os planos privados de saúde. No item (3) recursos humanos e insumos para o SUS, o programa do candidato citava a experiência exitosa do Programa Mais Médicos, que deveria ser o norteador da política de recursos humanos para o setor.

Ações e serviços de saúde (4) tiveram destaque nas propostas do candidato Fernando Haddad: a promoção da saúde teria política regulatória e tributária referentes ao tabaco, sal, gordura, açúcares, agrotóxicos, etc., programas de atividades físicas, alimentação saudável e segura. Citou ainda o controle das arboviroses e o compromisso com a Reforma Psiquiátrica, além da saúde do trabalhador.

O programa da candidatura do PT mencionava a preocupação em garantir atenção especial às populações vulneráveis, mulheres, pessoas negras, LGBTI+, idosos, crianças, juventudes, pessoas com deficiência, população de rua, privadas de liberdade, imigrantes, refugiados e povos do campo, das águas e das florestas, além do fortalecimento do controle social, através das Conferências e Conselhos de Saúde. Sobre serviços específicos, citava a Estratégia da Saúde da Família, o Programa Mais Médicos, SAMU, Farmácia Popular, Brasil Sorridente, a Rede de Atenção Psicossocial e Residências Terapêuticas, como serviços de saúde que deveriam ser ampliados. Além desses, pretendia implantar a rede de Clínicas de Especialidades Médicas em todas as regiões de saúde, integradas com a Atenção Básica. As clínicas teriam equipe multidisciplinar e também hospitais-dia para procedimentos ambulatoriais; e seriam organizados e intensificados os mutirões de exames e cirurgias.

A proposta do candidato Jair Bolsonaro para a saúde no que diz respeito a financiamento (1), já saía de uma referência equivocada ao dizer que os gastos no Brasil são compatíveis com a média da OCDE. Apresentou um gráfico em que as despesas públicas em saúde superavam 4% do PIB, afirmando não haver necessidade de mais investimentos no setor. E no quesito planejamento e gestão (2), o prontuário eletrônico nacional integrado seria o pilar de uma saúde na base informatizada, reduzindo os custos e possibilitando cobrar mais desempenho dos gestores locais.

Sobre os recursos humanos e insumos (3), afirmava que toda força de trabalho poderia ser utilizada pelo SUS, o que garantiria o acesso e evitaria a judicialização. Todo médico brasileiro poderia atender a qualquer plano de saúde e seria criada a carreira de Médico de Estado, para atender às áreas remotas e carentes do Brasil. Também haveria inclusão de profissionais de educação física no Programa Saúde da Família, com o objetivo de ativar as

academias ao ar livre. E ainda, os agentes comunitários de saúde seriam treinados para se tornarem técnicos de saúde preventiva e atuar no controle de doenças frequentes como diabetes, hipertensão arterial, etc. O programa do candidato fazia referência aos médicos cubanos, afirmando que suas famílias poderiam imigrar para o Brasil, e caso fossem aprovados no Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos (REVALIDA), passariam a receber integralmente o valor que lhes é devido. Sobre o item ações e serviços de saúde (4), o programa citava a prevenção como fator para redução de enfermidades, como Saúde Bucal, o atendimento às gestantes e também o combate ao sedentarismo e a obesidade.

As propostas do programa de governo da candidata Marina Silva (REDE) enfatizavam a importância do SUS para a população, mas no que dizia respeito ao financiamento (1), só mencionava o encolhimento da participação da União nesse item. A proposta não dizia se aumentariam os recursos para a saúde. Sobre planejamento e gestão (2), sinalizava a promoção da saúde de forma articulada entre atenção básica, urgências, atendimentos especializados e reabilitação, como forma mais racional para recuperar a capacidade de atuação do SUS. Também enfatizava a necessidade de combinar a descentralização com a regionalização e escala para ter serviços realmente viáveis econômica e tecnicamente. E mais, realizaria o adequado mapeamento das necessidades e vazios assistenciais, promovendo um planejamento regionalizado da distribuição de serviços, leitos hospitalares e ambulatoriais.

A novidade no programa de governo da candidata Marina Silva era a divisão do país em 400 regiões de saúde, com a intenção de diminuir a fragmentação e pulverização da mesma. Seria o compartilhamento com União, estados e municípios, além do envolvimento de entidades filantrópicas e serviços privados e a representação de eleitos pela população dos municípios da região para participar da gestão da região de saúde. Segundo a proposta, a cooperação dos entes federativos, entidades filantrópicas e serviços privados permitiria a universalização do direito à saúde e garantiria uma assistência de melhor qualidade à população. Outro destaque seria a publicização de dados do SUS, com informações relevantes para avaliações externas sobre seu funcionamento. O uso de novas tecnologias para modernização dos serviços, como agendamento de consultas por meio eletrônico, e a criação de uma base única de dados do paciente, com a utilização de prontuário eletrônico, foram outras propostas do programa da candidata.

Sobre recursos humanos (3) para o SUS, a proposta afirmava a necessidade de ampliar a oferta de médicos em localidades remotas, devendo sua distribuição seguir um modelo estratégico que supra esses vazios. As ações e serviços de saúde (4) teriam como estrutura para solucionar os agravos da população a Atenção Básica, com fortalecimento da ESF, e uma

articulação com as especialidades, urgências e procedimentos de alta complexidade. As redes de saúde atuavam de forma eficiente nas situações de emergência, através da oferta de equipamentos adequados e profissionais especializados para proporcionar melhor resolutividade dos casos. Também seria garantido acesso a medicamentos essenciais e ao uso de genéricos como forma de fomentar o uso racional e responsável de medicamentos.

Outro item destacado sobre ações em saúde na proposta da candidata da REDE era o tratamento prioritário para a política de Saúde Mental. A promoção de integração entre o Programa de Saúde Mental e a Atenção Básica seria fundamental para o sucesso da proposta, e ainda ajudaria a diminuir o estigma que as doenças mentais carregam, o que limita a procura de ajuda pelas pessoas acometidas das mesmas. Além da saúde mental, serviços adequados às necessidades da população LGBTI, das mulheres e adolescentes, seriam oferecidas ações preventivas e de cuidado, tais como o Programa de Planejamento Reprodutivo e Planejamento Familiar, estímulo ao parto humanizado, entre outras. Ações intersetoriais foram citadas nas propostas, tais como parceria com a Educação, visando diminuir a incidência de gravidez na adolescência, ações para idosos, com a promoção de alimentação saudável, e prevenção de acidentes de trânsito e redução da violência. Ações intersetoriais com políticas públicas adequadas para superação da pobreza e diminuição dos riscos à saúde deveriam ser implementadas, tais como a melhora dos padrões de habitação com saneamento básico. E por fim, no quesito ações para promoção à saúde, o programa destacava a alimentação saudável, sendo necessária a inclusão de profissional de Nutrição nas equipes de apoio a ESF.

Outro programa partidário avaliado entre aqueles mais bem colocados nas pesquisas realizadas e divulgadas na imprensa foi o do PDT, de Ciro Gomes, que reforçava a ideia do SUS como política de Estado, universal e que deveria ser aprimorado, garantindo acesso com qualidade a todos, mas não dizia nada sobre seu financiamento (1). No entanto, como o programa do candidato falava em rever o teto dos gastos, entende-se que ao menos preservaria os recursos para a Saúde.

Na questão do planejamento e gestão (2), o estímulo e o desenvolvimento de novas tecnologias para o aprimoramento dos serviços de saúde foram o carro chefe. O fortalecimento do complexo econômico-industrial da saúde (CEIS), incluindo ministérios e órgãos da área de Ciência e Tecnologia, eram uma referência nas propostas sobre planejamento do candidato. A redução de barreiras impostas pela lei de propriedade intelectual, especialmente na proteção de patentes, foi outro item destacado, já que essa lei penalizou em muito o desenvolvimento em novas tecnologias no país, inclusive a proposta do candidato falava na emissão de licenças compulsórias, quando necessário. Um item nas

propostas que chamava atenção se referia à aproximação dos gestores do SUS e os operadores do direito, na busca de soluções que garantissem o direito à saúde do cidadão, mas que também reduziam o risco de sustentabilidade do sistema de saúde. Esse item estava focalmente direcionado para a judicialização da saúde.

O programa de governo citava também a criação do Registro Eletrônico de Saúde como meio de facilitar o atendimento do paciente em todas as esferas do SUS. O aprimoramento da Atenção Básica, hospitalar e emergencial era outra questão tratada no documento, assim como o equilíbrio nas relações interfederativas e intergestores para uma gestão solidária do SUS, a criação de um sistema nacional de Ouvidoria do SUS, a disseminação de boas práticas no sistema, e valorização dos Conselhos e Conferências de Saúde, como forma de aumentar a participação, a transparência e o controle da sociedade. Mencionava ainda o aprimoramento da gestão através da incorporação tecnológica, utilizando-se de inteligência artificial, entre outras tecnologias.

Sobre recursos humanos (3), o documento citava a criação da carreira de gestor do SUS, já que fato semelhante foi a criação dessa carreira na área de Infraestrutura. Outro destaque foi a formação de médicos generalistas para suprir essa deficiência do sistema e melhorar a infraestrutura nas regiões mais distantes, para fixar o médico na localidade.

Nas ações e serviços de saúde (4), dava-se atenção ao aprimoramento da cobertura na Atenção Básica, que seria a referência para a organização do sistema de saúde, e o reforço de seu papel como porta de entrada no SUS; criação de central de regulação para alocação de leitos e procedimentos, estímulo à ampliação de rede de policlínicas, através de consórcios em mesorregiões; e também a ampliação da oferta de atendimento a urgência e emergência, através da implementação de regiões de saúde, aprimoramento na entrega de medicamentos e correção dos valores da tabela de procedimentos.

O programa de governo do candidato Geraldo Alckmim era muito reduzido. Sobre o tema da Saúde, não faz qualquer menção ao item financiamento (1) e recursos humanos (3). Para planejamento e gestão (2), a implantação do prontuário eletrônico e a ampliação da ESF com a introdução de especialidades no programa eram o destaque. Quanto às ações de saúde (4), o programa dizia ser necessário firmar um pacto nacional para redução de violência contra idosos, mulheres e LGBTI, e incentivar a criação de redes não governamentais de apoio ao atendimento de vítimas de violência racial e contra o tráfico sexual e de crianças. Foi o programa partidário mais enxuto de todos aqueles que disputaram a Presidência da República. No programa do PSDB, o tema da saúde estava incluído em formulações agregadas sobre direitos sociais (SCHEFFER; BAHIA; BRAGA, 2018).

Como consenso nas propostas dos candidatos, podemos afirmar que: 1) defendiam o SUS como política de Estado e seu caráter universal os candidatos: Fernando Haddad, Ciro Gomes e Marina Silva; 2) defendiam mais investimentos em saúde pública: Fernando Haddad, Ciro Gomes e Marina Silva; 3) ampliariam a cobertura da Atenção Básica, com a inclusão de especialidades e tornando-a, de maneira inequívoca, a porta de entrada do SUS, com mais resolutividade: Fernando Haddad, Marina Silva, Ciro Gomes e Geraldo Alckmim.

A candidatura de Jair Bolsonaro (PSL) aparecia com uma proposta diferente das outras, ao citar a criação da carreira de médico de Estado e o credenciamento universal de médicos para assistência aos usuários do SUS. Pode-se dizer que era a candidatura que mais se afastava das outras e que não havia um item de consenso com as demais.

As propostas nos programa de governo dos candidatos Fernando Haddad, Ciro Gomes e Marina Silva obtiveram consenso sobre o caráter universal e de política pública de Estado do SUS; sobre a manutenção de financiamento adequado para o SUS, mesmo que em modalidades diferentes nos respectivos programas, assim como o aumento de cobertura e resolutividade da ESF.

5.5 Vitória democrática da direita e a reafirmação do projeto neoliberal: diminuição de direitos e o desfinanciamento progressivo como forma de inviabilizar uma política social inclusiva

A vitória de Jair Bolsonaro no segundo turno nas eleições presidenciais de 2018 se deu após grande polarização com o candidato da esquerda, Fernando Haddad. O tema da corrupção sequestrou o debate político, e a polarização aconteceu mais em termos pessoais do que sobre propostas fundamentais para o eleitor. O resultado refletiu a insatisfação da sociedade com a elite política do país.

As campanhas dos dois candidatos surpreenderam ao ignorar a maior crise econômica da História do Brasil. O Partido dos Trabalhadores (PT) procurou, na figura do ex-presidente Lula e nos seus governos, resgatar a credibilidade através das políticas sociais, mas foi identificado pelo eleitor com a corrupção. Esqueceram os líderes do PT que, sob sua administração, o PIB do Brasil encolheu 8,0%, algo inédito na história do país. Quanto ao candidato vitorioso, Bolsonaro assumiu a postura de defesa de uma sociedade acuada pela

insegurança e pela corrupção, abalada por uma taxa de desemprego de 13% da força de trabalho e pelo aumento da capacidade ociosa da indústria desde 2014. “A utilização da capacidade da indústria se situa em 75,1% no 3º trimestre de 2018 contra 81,5% no 4º trimestre de 2014” (PAULA, 2019, p. 8). Isso fatalmente teve forte influência sobre o eleitor no momento do voto. Resultado dessa polarização, a eleição de Bolsonaro representa uma nova afirmação do projeto neoliberal.

Sob o comando do mercado, o presidente eleito toma para si a missão de levar ao paroxismo o processo de liberalização e privatização iniciado por Collor de Mello, consolidado por Fernando Henrique, legitimado por Lula e aprofundado pelo ajuste ortodoxo iniciado por Dilma Rousseff e radicalizado por Temer. (SAMPAIO JR, 2019, p. 3).

A questão da saúde pública no programa de governo de Bolsonaro partiu da premissa equivocada de que o Brasil apresenta gastos compatíveis com a média da OCDE em saúde. O que acontece é uma maior participação do setor privado no financiamento da saúde, superior a do setor público, com grande participação das famílias. Por exemplo, 40% das famílias com menor rendimento destinam até 74,2% dos gastos em saúde com medicamentos, e as despesas com planos de saúde para essa classe de rendimento é de apenas 7% das despesas com saúde (VIANNA, 2015).

Como um todo, gasta-se no país mais de 9% do PIB com saúde, que não pode ser considerado baixo em comparações internacionais. O grande diferencial aparece na composição desse gasto com os governos respondendo por pouco mais de 40% do total (AFONSO; CASTRO, 2018). Nos países ricos, os gastos do setor público são o dobro disso. E mais, o setor privado na saúde se tornou tão grande no Brasil que apenas hospitais e clínicas (sem contar planos e seguros de saúde) arrecadam perto de R\$ 10 bilhões anuais em impostos federais (fora a contribuição previdenciária), superando a indústria automobilística (AFONSO; CASTRO, 2018).

Para o novo governo, “é possível fazer muito mais com os atuais recursos”. No entanto o que se vê é a subtração de recursos. Um exemplo do desfinanciamento é a condição da saúde pública no estado e no município do Rio de Janeiro. O SUS deixa de ser subfinanciado e passa a ser desfinanciado, o que é muito mais grave. O encolhimento dos orçamentos para a saúde nos três níveis de gestão torna evidente que a Saúde não é prioridade para os grupos políticos que estão no poder e também daqueles que assumiram recentemente.

Segundo Bourdieu:

A extraordinária perversidade dessa política deve-se a dois efeitos que se acumulam:

primeiro, é protegida contra a crítica e a contestação pelo sigilo de que se cercam aqueles que a produzem; depois, é carregada de efeitos, às vezes propositais, que passam despercebidos, no momento de sua realização, àqueles que irão sofrê-los, e os quais só surgirão com um atraso mais ou menos longo, impedindo as vítimas de denunciá-la imediatamente (é o caso por exemplo de todas as políticas de redução de gastos no domínio da saúde). (BORDIEU, 2001, p. 93).

Além do encolhimento da participação da União no financiamento das ASPS, que passaram de 60% dos investimentos totais para 40% nos últimos anos, existe o desfinanciamento praticado por estados e municípios, o que gera aumento de vazios assistenciais e precariedade no atendimento da população. Chama a atenção que municípios já respondem por cerca de 30% do financiamento e mais da metade da despesa realizada com saúde no país (AFONSO; CASTRO, 2018). Os autores afirmam que a função saúde já consome um quarto do orçamento municipal consolidado, e poucas outras ações de governo no Brasil são executadas como interação tão forte entre todas as unidades da federação.

O município do Rio de Janeiro vem retirando recursos do setor Saúde. Só no Hospital Albert Schweitzer, quase mil pessoas deixaram de ser atendidas nos vinte leitos de UTI fechados há um ano por corte de verbas (JUNQUEIRA, 2018), situação que levou a Defensoria Pública a protocolar uma ação civil pedindo a reabertura de 36 leitos de UTI nesse hospital e no Pedro II. No pedido, destacou que até três pessoas morrem por dia à espera de leitos nas redes estadual e municipal do Rio de Janeiro. (JUNQUEIRA, 2018). Segundo a Comissão de Saúde da Câmara de Vereadores do Rio de Janeiro, a dívida da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro com a organização social que administra o hospital é de R\$53,4 milhões, incluindo valores em atraso desde 2016.

Para o orçamento de 2019, a prefeitura do Rio de Janeiro cortará 12% das despesas com saúde, caindo de um patamar de R\$ 6,01 bilhões desse ano para R\$ 5,28 bilhões. Só em fornecedores, as dívidas do município chegam a R\$ 500 milhões. O secretário municipal da Casa Civil, diz que o orçamento é um “freio de arrumação” (SCHMIDT, 2018).

A prefeitura do Rio de Janeiro decidiu reduzir o alcance do principal programa de atendimento na rede de atenção básica: até o fim de 2018, o Programa de Saúde da Família (PSF), que beneficia cerca de 70% da população, recuou ao patamar do início de 2016, quando a cobertura era de 55%. A ideia é que as equipes médicas passassem a atuar apenas em 180 áreas consideradas pobres (TEIXEIRA; OUCHANA, 2018). O novo perfil do PSF no município do Rio de Janeiro deve excluir quase um milhão de pessoas do Programa, fato muito grave no momento em que o país e principalmente o estado do Rio de Janeiro são afetados por sua maior crise financeira. O secretário da Casa Civil do município afirma que

haverá demissões no setor, e mais, que os gastos com o Programa vão cair de cerca de R\$ 1,5 bilhão para R\$ 1,1 bilhão (TEIXEIRA; OUCHANA, 2018).

A redução no atendimento oferecido pelas Clínicas da Família não é a única dificuldade que pacientes que procuram a rede municipal de saúde enfrentam. Em pouco mais de um ano, a fila do Sistema Nacional de Regulação (SISREG) para exames, consultas e cirurgias cresceu 62,7% em relação a julho do ano passado. Existem 313.578 solicitações de atendimento na fila. A Secretaria Municipal de Saúde afirmou que “a crise econômica fez com que milhares de pessoas deixassem de utilizar o serviço privado de saúde e recorressem ao SUS. Como efeito disso, houve um aumento do número de pessoas na fila do SISREG”. (GOULART, 2018).

O desfinanciamento progressivo das políticas sociais, o SUS em especial, vem ocorrendo em níveis nacional e subnacionais, o que gera expectativas negativas quanto ao futuro da saúde pública. Verifica-se um movimento muito mais grave que o subfinanciamento crônico do SUS, existente desde seu lançamento; agora parece haver uma conjunção dos entes nacionais, principalmente no estado e na cidade do Rio de Janeiro, de um desfinanciamento constante e progressivo, que pode ser chamado de movimento conjugado de estrangulamento do SUS.

A decisão de governo de retirar recursos da atenção básica vai na contramão de tudo o que é preconizado em saúde pública, atingindo além da integralidade da assistência, a descentralização dos serviços. A forte e crescente descentralização no setor de saúde apresenta clara vantagem, relacionada ao fortalecimento da atenção básica, especialmente o Programa de Saúde da Família, que tende a reduzir desigualdades regionais (AFONSO; CASTRO, 2018).

Segundo Bourdieu:

O neoliberalismo visa destruir o Estado social, a mão esquerda do Estado (pela qual é fácil mostrar que é o aval dos interesses dos dominados, indigentes cultural e economicamente, mulheres, etnias estigmatizadas etc.). O caso mais exemplar é o da saúde, que a política liberal ataca por dois lados, contribuindo com o número de doentes (através da correlação de miséria – causas estruturais – e a doença: alcoolismo, droga, delinquência, acidentes de trabalho etc.) e reduzindo os recursos médicos, os meios de tratamento (é o exemplo da Rússia, onde a expectativa de vida caiu 10 anos em 10 anos! E da Inglaterra). (BOURDIEU, 2001, p. 57).

O Estado mínimo não combina com a necessidade crescente de gastos em saúde. O governo brasileiro terá que responder por parcela maior do gasto nacional com saúde, pois há uma tendência estrutural à redução do emprego com carteira assinada, que levará à menor

participação das empresas, porque terão menos empregados para oferecer plano de saúde (AFONSO; CASTRO, 2018).

Esse Estado mínimo, objetivo do neoliberalismo e da globalização, é antes de tudo uma política econômica que visa unificar o campo econômico por todo um conjunto de medidas jurídico-políticas destinadas a suprimir todos os limites a essa unificação, todos os obstáculos, em sua maioria ligados ao Estado-nação (BOURDIEU, 2001, p. 101). Segundo o autor, o mercado mundial é uma criação política que institui as condições da dominação; nas economias emergentes, o desaparecimento das proteções destina à ruína as empresas nacionais e, para países como Coreia do Sul, Tailândia, Indonésia ou Brasil, a suspensão de todos os obstáculos ao investimento estrangeiro acarreta a ruína das empresas locais, adquiridas frequentemente por preços ridículos pelas multinacionais. Sobre isso, vale lembrar as privatizações no governo de Fernando Henrique Cardoso.

Com a assunção de um governo de direita, liberal economicamente e conservador de modos e costumes, a sociedade brasileira será alçada ao novo patamar da globalização e do modelo liberal-periférico, destinado às nações provedoras de matéria-prima e de pouca ou nenhuma inovação tecnológica em sua pauta exportadora. O que se teme para o futuro é a exacerbação do modelo adotado pelos governos brasileiros na década de 1990 e levado adiante até pelo governo do Partido dos Trabalhadores, que pouco ou nada fez para que houvesse mudança na posição do Brasil como exportador de *commodities*. Aliás, como bem descrito em Gonçalves (2011), o governo Lula realizou o “nacional-desenvolvimentismo às avessas”.

O que se viu nos governos de esquerda brasileiro na primeira década do novo século foi uma condução liberal da economia, com grande subordinação aos interesses do “mercado” e um pouco de política interna de caráter social, que já havia sido iniciada pelo governo social-democrata de Fernando Henrique Cardoso. Mas o que se constatou, segundo Gonçalves (2011), foi: desindustrialização, dessubstituição de importações; reprimarização das exportações; maior dependência tecnológica; maior desnacionalização; perda de competitividade internacional, crescente vulnerabilidade externa estrutural em função do aumento do passivo externo financeiro; maior concentração de capital; e crescente dominação financeira, que expressa a subordinação da política de desenvolvimento à política monetária focada no controle da inflação. Para Gonçalves (2011), durante o Governo Lula os eixos estruturantes do nacional-desenvolvimentismo forma invertidos.

A condução liberal descrita acima se acentuou com “Uma Ponte Para o Futuro”, programa econômico seguido por Temer, depois que assumiu a Presidência da República em

maio de 2016, com os seguintes objetivos: (1) exercer um controle ainda mais intenso sobre o orçamento público, contraindo despesas de custeio e investimento e, ao mesmo tempo, liberando parcelas ainda maiores para as chamadas despesas financeiras; (2) reduzir ainda mais o custo do trabalho no Brasil; (3) abrir uma nova oportunidade de negócios para as corporações privadas, incluindo o capital internacional, em torno de concessões de serviços públicos de infraestrutura – portos, aeroportos, estradas, geradoras e distribuidoras de energia –, na exploração do pré-sal e na expansão da previdência privada (PASSARINHO, 2018). Concordando com Passarinho (2018), Barboza (2018) afirma que:

[...] as bases do governo Temer foram lançadas antes, em outubro de 2015, por meio de um documento formal do PMDB, ‘Uma Ponte Para o Futuro’ que tinha como principais pilares de sustentação dessa ponte: (1) reformas fiscais; (2) reformas para reduzir a taxa de juros estrutural da economia; (3) reforma trabalhista e (4) reformas para aumentar a produtividade. (BARBOZA, 2018, p. 7).

“Uma Ponte Para o Futuro” cabe muito bem na seguinte afirmação: “e, a partir de um programa político apresentado por certos indivíduos, gera-se um regulamento eficiente que comanda a demanda, a oferta, o mercado, e constrói inteiramente o mercado. É uma das funções do Estado construir mercados.” (BOURDIEU, 2014, p. 52).

A condução de Temer ao poder, em maio de 2016, depois do *impeachment* de Dilma Rousseff, evidenciou tanto o desmoronamento do pacto social responsável pela CRFB-88 como a introdução de uma profunda alteração no marco legal, que apontava para a formação de novo ciclo político da economia, possivelmente a ser confirmado pelo governo Bolsonaro (2019-2022). (POCHMANN, 2018).

O objetivo da estratégia por detrás de “Uma Ponte para o futuro” é a defesa dos interesses dos grandes grupos capitalistas em ação no país. Não existe nenhuma solução sistêmica para a contração da demanda e a retração do produto; são movimentos para garantir espaços conquistados, em um momento em que a própria crise produz um reordenamento patrimonial porque há forte desvalorização de ativos e, conseqüentemente, a possibilidade de lucrativas transferências de propriedade. A estratégia é boa para o capital, mas extremamente agressiva aos interesses da população, especialmente aos trabalhadores (PASSARINHO, 2018).

O paradoxo de muitas estratégias políticas atuais, que reivindicam, por exemplo, ser do liberalismo, é que são estratégias que visam garantir aos dominantes os proveitos do liberalismo, os proveitos da liberdade, e os proveitos da dependência estatal... (BOURDIEU, 2014, p. 401).

A abolição ou flexibilização de direitos sociais, como a concessão do seguro-

desemprego, ainda no governo Dilma, em 2015; o estabelecimento de novas regras fiscais para estados e municípios; a EC-95 estabelecendo o chamado “teto dos gastos” e as inúmeras alterações da legislação trabalhista, além, é claro, do projeto de Reforma da Previdência Social de Temer, são exemplos de medidas de proteção aos interesses do capital e de ataque aos trabalhadores e a sociedade como um todo (PASSARINHO, 2018).

Depois de dois anos de “Uma Ponte Para o Futuro” de Temer, focada na austeridade fiscal do receituário neoliberal, o resultado é um maior desequilíbrio fiscal, ausência de crescimento econômico e generalização do desemprego. Fundamentalmente, dois setores foram favorecidos com a “Ponte”: pelo lado econômico, o segmento exportador, diante do rebaixamento do custo do trabalho e a inviabilização do consumo pelo crescimento do mercado interno. O segundo setor é o rentista: a lucratividade dos bancos assenta-se no aprisionamento do Estado aos interesses da gestão do endividamento público (POCHMANN, 2018). O resultado é visível: depois de um longo período recessivo, o Brasil se encontra em uma estagnação econômica, traduzida em baixíssimo nível de atividade produtiva, elevado desemprego e subutilização da força de trabalho, combinados com uma crise financeira que degrada os serviços públicos e as condições de governabilidade dos entes federados. “O governo Temer foi a verdadeira ponte entre a capitulação do PT à ortodoxia liberal e o abismo representado pelo futuro governo” (PASSARINHO, 2018, p. 6).

As políticas propostas por Temer deixaram um rastro de elevado desemprego e uma produção que nem chegou a recuperar o nível pré-crise de 2015. **“Com a taxa de crescimento de renda *per capita* de Temer só voltaríamos ao nível de renda *per capita* de 2013 em 10 anos. [...] Andamos para trás”** (BASTOS, 2018, p. 12 – grifo nosso).

“Uma Ponte Para o Futuro”, do PMDB e do governo Temer, repetia os chavões neoliberais de desregulação, liberalização, ajuste fiscal estrutural e redução do tamanho do Estado” (BASTOS, 2018, p. 11). Nota-se que a redução do tamanho do Estado está intrinsecamente ligada ao ajuste fiscal e à EC-95, que retira o poder de investimento nas políticas sociais, abrindo caminho para o sucateamento dos serviços públicos essenciais e posterior inclusão do capital privado em ações, até então conduzidas pelo Estado. **O caso mais emblemático é a Reforma da Previdência Social encaminhada por Temer e aprovada em todas as comissões da Câmara Federal, aguardando a votação em plenário. Fato que só não ocorreu por conta do “tem que manter isso, viu”** (BASTOS, 2018, p. 11 - grifo nosso).

O Programa parece ter inspirado o texto do IPEA, de 2018, “Desafios da Nação”, que apresenta 16 itens que merecem atenção especial do governo dentro de um projeto de

reordenação da condução política, econômica e social do país, tais como: reforma tributária e previdenciária, inserção internacional, risco regulatório e modelo de concessões, entre outros. No texto do IPEA, a Saúde tem um segmento, o item 9, no qual há destaque para a judicialização da saúde:

A judicialização da saúde tem sido um empecilho crescente para o bom funcionamento do sistema, e isso tem diversas origens. Uma delas é a dificuldade inerente à definição da cobertura de saúde financiada pelo setor público – que implica fixar prioridades em um quadro de escassez de recursos, sob necessidade de incorporação contínua de novos procedimentos e tecnologias. (IPEA, 2018, p. 86 - grifo nosso).

O documento “Desafios da Nação”, do IPEA, diz ainda que o Brasil é o único país sul-americano a contar com um sistema de saúde similar ao britânico, pois os outros países do continente optaram por um sistema misto. Ou seja, o documento do IPEA coloca o *mix* público-privado como uma das saídas para o atual sistema único de saúde. O programa de Temer tinha nas reformas draconianas seu objetivo. O texto do IPEA (2018), “Desafios da Nação”, é uma ponte maior, pois nele encontram-se os diagnósticos do quadro atual sob a visão neoliberal e as estratégias para fincar os pilares da ponte, sua construção e posterior travessia, destinada aos afortunados do mercado.

Polanyi (2012) afirma que o surgimento dos mercados nacionais não é produto mecânico da extensão gradual de trocas, mas efeito de uma política de Estado deliberadamente mercantilista, que visa aumentar o comércio externo e interno (sobretudo favorecendo a comercialização da terra, do dinheiro e do trabalho). O que acontece com a política de saúde no Brasil nada mais é que o início da formação e do aumento da participação privada no setor saúde. O avanço – do privado sobre o público – se dá a partir do estrangulamento de receitas, fato iniciado pela União e estados, com o limite do teto dos gastos impostos aos governos através do Novo Regime Fiscal e ampliação da DRU.

A partir da eleição do governo de direita de Bolsonaro, vários analistas preveem uma exacerbação do modelo liberal, condição que manterá o Brasil como eterno fornecedor de produtos primários e uma economia interna de pouco dinamismo. Por consequência, haverá o empobrecimento da classe média, alta taxa de desemprego e deterioração das condições de vida da população em geral.

No estabelecimento de cenários, “os desafios que o governo de Bolsonaro enfrentará são de duas naturezas. A primeira delas, de curto prazo, envolve a geração imediata de empregos formais para devolver a dignidade e os sonhos dos cerca de 13 milhões de

desempregados e dos quase 5 milhões de desalentados.” (ARAÚJO, 2019, p. 4). O mesmo autor lembra que, até dezembro de 2014, a taxa média de desemprego era de 6,5%. A segunda natureza é de caráter estrutural: o ciclo expansivo ocorrido durante o governo Lula e esgotado durante o governo Dilma não foi capaz de corrigir, mas agravou, o desbalanceamento da estrutura produtiva nacional, expresso na forma da baixa participação da indústria de transformação no valor adicionado, na primarização da pauta exportadora e da estagnação, em baixos níveis, da produtividade média da economia (ARAÚJO, 2019). A segunda natureza dos desafios encontra eco nos estudos de Gonçalves (2011) sobre o “nacional-desenvolvimentismo às avessas do governo Lula”.

Apesar de o desafio de curto prazo, a geração de empregos, ser essencial para melhorar as condições de vida das pessoas e aumentar o consumo interno de bens e serviços, dando um pouco de dinamismo à economia, a nova equipe econômica foca na diminuição do Estado, pois acredita ser a principal causa dos problemas econômicos do Brasil. Para Sampaio Jr (2019), a economia estará sujeita aos interesses do capital internacional, da aristocracia financeira e do agronegócio. A política econômica será organizada para maximizar a extração da mais-valia, viabilizar a crescente transferência de recursos reais ao exterior e gerar megasuperávits fiscais para os credores da dívida pública – “o projeto estratégico é abandonar de uma vez por todas o que ainda resta da industrialização ancorada no mercado interno, assumindo sem pruridos a ‘vocação’ agrícola do país.” (SAMPAIO JR, 2019, p. 3). O governo de Bolsonaro deve aprofundar o ajuste neoliberal, completando a inserção periférica brasileira na divisão internacional do trabalho, ou seja, eterno produtor de bens primários. Ampliará a abertura nacional ao grande capital especulativo nacional e internacional e, como consequência, o trabalho será rebaixado à condição de uma economia primário-exportadora, e o Estado de bem-estar social estabelecido na CRFB-88 será desfigurado (SAMPAIO JR, 2019).

O modelo econômico de Bolsonaro acredita na retomada de expansão econômica numa agenda de reformas neoliberal, já experimentada em outros governos e fracassada. Assim ocorreu no governo de Fernando Henrique, que sob a agenda de abertura econômica e das privatizações, entregou taxas de crescimento do PIB de 2% ao ano e taxas de desemprego de dois dígitos (ARAÚJO, 2019).

Sampaio Jr (2019) afirma que é grande a possibilidade de a ilusão dos brasileiros com o governo Bolsonaro ser breve. Afirmação que encontra respaldo em Paula (2019), que diz ser impossível zerar o déficit das contas públicas em 2019.

A decisão de radicalizar o ajuste fiscal, mercantilizar a Previdência Social, entregar

o Pré-Sal às grandes corporações internacionais e privatizar empresas estatais atende aos interesses dos capitais rentistas e especulativos, mas em nada contribui para recuperar a economia e melhorar a vida dos brasileiros. [...]se a promessa de zerar o déficit primário em 2019 for, de fato, cumprida, a economia viverá um novo mergulho recessivo. (SAMPAIO JR., 2019, p. 3).

A análise do programa econômico do governo Bolsonaro mostra uma aposta nas privatizações. A nova rodada de reformas neoliberais é a suposição de que a redução estatal – por meio da Reforma da Previdência Social e das privatizações – será mais que compensada com a ação privada, impulsionada pela redução dos juros e pela confiança (ARAÚJO, 2019). No entanto, a taxa de juros já está em patamares historicamente baixos, e a economia segue desaquecida: **“Empresários não aguardam o superávit primário do setor público para investir, mas sim a formação de expectativas de expansão sustentada de suas vendas.”** (ARAÚJO, 2019, p. 5 – grifo nosso).

A coerência de “Uma Ponte Para o Futuro”, de Temer, que tinha nas reformas draconianas seu objetivo, se dispersa na montagem do novo governo: Paulo Guedes conquistou os grupos hegemônicos (bancos nacionais, capital transnacional, *agribusiness*), ávidos por negócios que a venda de ativos fundamentais ao país lhes traria de benefícios. “As grandes corporações transnacionais querem a privatização do que resta das estatais, principalmente a Petrobras, pelo potencial econômico que possui.” (SAWAYA, 2019, p. 6). No entanto, a presença de militares no governo deixa esses grupos hegemônicos confusos, pois a tradição mostra que os militares são refratários à ideia de privatização generalizada.

O cenário esperado pelo sistema financeiro nacional é o ganho com os negócios que envolvem a privatização de tudo e de uma Reforma da Previdência Social que lhes colocaria uma montanha de dinheiro sob sua administração como moeda especulativa (SAWAYA, 2019). A nomeação de Joaquim Levy para o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) tem a intenção de tocar um programa de privatizações, retomando o papel político do Banco nos anos de 1990 (SAWAYA, 2019).

Quanto ao cenário para a classe trabalhadora, Sawaya afirma: “se o neoliberalismo radical ganhar espaço, não haverá a recuperação econômica esperada pelos desempregados. Só então se saberá o resultado dessa aventura.” (SAWAYA, 2019, p. 7). Paula (2019) afirma que mais provável é um crescimento anêmico da economia, mas vê com preocupação a adoção de políticas ortodoxo-liberais em contexto de ociosidade e de um cenário internacional nebuloso, condições que podem abortar um crescimento econômico que poderia ser mais virtuoso (PAULA, 2019).

O programa de governo de Bolsonaro tem uma diretriz clara quanto às questões

econômicas e sociais: o liberalismo é uma escolha de diretriz estratégica (doutrina). Para Gonçalves (2018), na atual situação econômica, política e social do Brasil, essa variável interna, o liberalismo, é uma incerteza crítica, mais que um erro estratégico, e pode se tornar um erro trágico. O autor afirma que há evidente quadro de “estresse térmico” – economia, sociedade, política e instituições – que tem baixado a capacidade do país a choques ortodoxos. Portanto, o principal adversário interno ao novo governo é a ortodoxia econômica liberal que determinará a conduta e o desempenho da área econômica do governo. “Vale destacar que não se trata simplesmente de liberalismo e, sim, de uma ortodoxia econômica liberal.” (GONÇALVES, 2018, p. 4).

Gonçalves (2018) apresenta dois argumentos em sua análise de cenários. O primeiro diz que as falhas do modelo econômico liberal poderão ser agravadas pelos erros de condução (formulação e governança) da equipe econômica. Falhas de governança somadas às falhas de modelo afetarão significativamente o desempenho do governo. Para o autor, o superávit de doutrina e arrogância da equipe econômica, combinados com o déficit de proficiência e pragmatismo, poderão ser fatais para o governo Bolsonaro. O segundo argumento é a conduta das forças de oposição, variável externa ao governo: “é muito provável que os grandes perdedores das eleições para a Presidência da República em 2018 adotem a estratégia de *brinkmanship*. Ou seja, a conduta e o combate focados no ganho por meio de estratégia de levar a disputa até o limite do conflito aberto.” (GONÇALVES, 2018, p. 5). Em resumo, as incertezas críticas (ortodoxia econômica liberal e poder desestabilizador da oposição) são determinantes da configuração de cenários.

Os cenários desenvolvidos por Gonçalves (2018) são de caráter exploratório, como os até aqui mencionados por outros economistas – ou seja, o foco dos cenários é a conduta e o desempenho do governo Bolsonaro. Evidente que é um exercício amplo, pois engloba ajuste macroeconômico, reformas estruturais, ganhos econômicos e sociais, governança, expectativas e estabilidade institucional. O autor escolheu como incertezas críticas ou determinantes principais para estabelecer os cenários a velha matriz ortodoxa econômica liberal (variável endógena ao governo) e o poder desestabilizador da oposição (determinante principal externa ao governo).

A hipótese central é que, quanto mais ortodoxia econômica liberal for aplicada, maior será o risco de instabilidade e, portanto, maior será o poder desestabilizador da oposição. Por outro lado, é possível visualizar a situação em que o alto poder desestabilizador da oposição cause mudanças na aplicação de políticas e reformas liberais. (GONÇALVES, 2018, p. 13).

A partir desses determinantes, o autor elabora a confecção de quatro cenários: *Mais um tango*, *Morte súbita*, *Sobrevivência na selva* e *Giro 180°*. O cenário A (*Mais um tango*) é o **cenário de base** e supõe a aplicação da matriz ortodoxa econômica liberal e o baixo poder desestabilizador da oposição. Implica um ajuste ortodoxo que possa alcançar metas de ajuste fiscal, equilíbrio de contas externas e estabilidade monetária, mas provoca efeitos graves sobre os níveis de renda e emprego. No campo político, a hipótese é que o alto nível de frustração das expectativas do eleitorado de Bolsonaro e a moderada intensidade do poder da oposição configurem um processo eleitoral tranquilo em 2022. Nesse caso, é provável a alternância de poder nos termos do regime democrático (GONÇALVES, 2018).

O cenário B (*Morte súbita*) é o **cenário ordinário**, que tem como referências históricas as crises observadas no Governo Dilma (2011-2016) e, principalmente, no Governo Collor (1990-1992), que levaram à interrupção das presidências. Supõe-se que a matriz econômica do governo Bolsonaro, nos termos de plano de governo, seja semelhante à matriz econômica liberal do Governo Collor. Esse cenário se baseia na adoção da matriz ortodoxa liberal e na existência de uma oposição com alto poder desestabilizador (faca nos dentes). No cenário B, as políticas econômicas e as reformas estruturais provocam tensões econômicas, sociais e políticas; e com alto poder desestabilizador da oposição (faca nos dentes), a crise institucional é inevitável e marcada pela interrupção da presidência (GONÇALVES, 2018).

Cenário C (*Sobrevivência na selva*) é o **cenário ideal** e baseia-se na diretriz de que o objetivo fundamental é a vontade de sobreviver. É visto como ideal na medida em que é o cenário com melhor desempenho econômico e social. O governo implementa políticas de ajuste e reformas de maneira gradual e pragmática, deixando de lado os fundamentos doutrinários da ortodoxia liberal. Os ganhos são moderados, já que a herança recebida pelo governo Bolsonaro é marcada por graves e extraordinários desequilíbrios: da violência e corrupção ao desemprego e endividamento das famílias; dos elevados níveis do déficit público e da dívida pública às oceânicas deficiências na saúde e infraestrutura (GONÇALVES, 2018). Este cenário supõe razoável governança e relativa estabilidade política. Nas eleições de 2022, o segundo mandato presidencial para Bolsonaro ou alternância de poder são eventos que dependerão das virtudes e fortunas do governo e da oposição.

O cenário D (*Giro 180°*) é o **cenário da ruptura** e tem como referência histórica a experiência do governo Dutra (31/01/1946 a 31/01/1951), que foi particularmente relevante. Teve bom desempenho econômico (crescimento, investimento, inflação, finanças públicas e contas externas), começando com medidas próprias da matriz econômica liberal, mas depois de dois anos de mandato, houve o esgotamento do modelo liberal, com uma profunda crise

cambial e econômica. Então o governo Dutra deu uma guinada de 180° na política econômica e adotou medidas de controle e intervenções estatais. Segundo, o que parecia ser uma ruptura com o modelo nacional-desenvolvimentista adotado por Getúlio Vargas a partir de 1930, após o desvio liberal de 1946-47, acabou por adotar esse modelo.

Diferentemente do governo Dutra, o cenário traçado aqui é de um início de governo Bolsonaro no qual se opera a reconfiguração da matriz liberal; as políticas econômicas e reformas estruturais têm como estratégia o gradualismo e o pragmatismo, ainda que balizadas pelo liberalismo; e os ganhos econômicos e sociais são modestos. Para o autor, não devemos descartar a hipótese de o governo Bolsonaro mudar a matriz econômica na direção de estratégias e políticas nacional-desenvolvimentistas: **“O liberalismo enraizado não impediria a efetiva intervenção estatal em questões consideradas estratégicas ou de risco.”** (GONÇALVES, 2018, p. 22 – grifo nosso).

O cenário D coloca as expectativas dos investidores e a confiança da sociedade em níveis de satisfação moderados, mas nessa hipótese a oposição é marcada pela estratégia do *brinkmanship*, com escalada temerária para conflitos. O elevado poder desestabilizador da oposição “faca nos dentes” causará permanente tensão política, risco de governabilidade e instabilidade institucional. Nessa hipótese, o governo reage com a própria ruptura institucional, e o Brasil entraria em mais uma fase de autoritarismo (GONÇALVES, 2018).

Quanto ao dinamismo dos cenários, a partir do A (*Mais um tango*), cenário de base, o governo pode transitar para os outros três cenários. A explicação para isso é que o cenário de base é mais provável no início do governo, mas tem baixa sustentabilidade no longo prazo. Os deslocamentos para o cenário B (*Morte súbita*) e o D (*Giro 180°*) são determinados, em grande medida, pelo poder efetivo de desestabilização das forças de oposição. Já o deslocamento do cenário A para o C (*Sobrevivência na selva*) responde à crescente predominância do pragmatismo ao longo do governo, que força a reconfiguração da matriz liberal, e até mesmo uma direção ao nacional-desenvolvimentismo. (GONÇALVES, 2018).

Os cenários A e C estão associados a um poder inicialmente baixo de desestabilização por parte da oposição. Já os cenários B e D têm em comum o alto poder desestabilizador da oposição e a crise institucional. Os cenários A e C têm mais probabilidade de ocorrer no início do mandato, enquanto B e D têm pouca probabilidade de ocorrer nessa fase. “Supondo que Bolsonaro mantenha a matriz liberal, continue recebendo apoio da maioria da população e a propensão ao autoritarismo na sociedade continue alta, o cenário D (*Giro 180°*), que envolve autoritarismo, torna-se mais provável que o B (*Morte súbita*).” (GONÇALVES, 2018, p. 26).

Mas no início do governo, tanto os cenários B e D têm baixa probabilidade de ocorrer,

mesmo com uma oposição “faca nos dentes”. O cenário A (*Mais um tango*) não somente é o mais provável para o início do governo Bolsonaro, como é o mais propenso ao deslocamento para outros cenários. A direção ao cenário B (*Morte súbita*), aumenta no longo prazo se o governo mantiver a matriz ortodoxa liberal no contexto de crescente poder desestabilizador da oposição – a probabilidade de ocorrência desse cenário no longo prazo é 20%.

A segunda trajetória é o deslocamento do cenário A (*Mais um tango*) na direção do D (*Giro 180°*). Nesse caso, há duas mudanças radicais: a primeira é a inversão da matriz ortodoxa liberal; e a segunda é o combate frontal à oposição “faca nos dentes”. O governo, com apoio da população, apela para a ruptura institucional. Esse cenário tem a possibilidade de ocorrência de 30%.

O deslocamento do cenário A (*Mais um tango*) para o C (*Sobrevivência na selva*) também é possível no longo prazo. A oposição seria equilibrada e o governo mais pragmático e menos doutrinário. A institucionalidade é mantida e o processo eleitoral de 2022 repete a disputa acirrada de 2018. No longo prazo, esse é o cenário mais provável – 40%.

Resumindo, no longo prazo, o governo Bolsonaro tem as seguintes possibilidades: 1) cenário mais provável (40%) é o C (*Sobrevivência na selva*); 2) segundo cenário mais provável, o D (*Giro 180°*) 30%; 3) terceiro cenário mais provável (20%), B (*Morte súbita*). Por fim, o cenário A (*Mais um tango*) tem a menor probabilidade de ocorrência a longo prazo (10%), segundo Gonçalves (2018).

Esses são cenários estabelecidos a partir de campos extremamente dinâmicos, como política, economia, sociedade e instituições. Todos os cenários aqui apresentados por economistas de diversas tendências têm algo em comum: partem da análise de um quadro econômico extremamente grave para o país. Depois de uma recessão brutal, o Brasil não consegue engendrar um ciclo de crescimento. E mais, a queda da economia foi tão grande que crescendo a taxas módicas de 2,0% do PIB, o país levará anos para voltar ao patamar de 2013/2014.

As escolhas realizadas a partir de 2015, ainda no governo do PT – que abraçou a matriz liberal com um choque de corte de gastos, desvalorização cambial e aumento da taxa de juros – se revelaram ineficazes para controlar o déficit fiscal, e até o agravaram. Depois, com o programa “Uma Ponte Para o Futuro”, de Temer, aprofundou-se o ajuste fiscal ao inaugurar o teto dos gastos e o novo regime fiscal. E ainda fez uma reforma trabalhista que flexibilizou a favor do empregador as relações nesse campo. Com a eleição da direita em 2018 e sua busca por implantar o modelo ortodoxo liberal, o quadro a partir do qual é possível traçar cenários se completa.

As últimas decisões de governo, tanto na área econômica, como política, fragilizaram em muito as relações sociais, e a relação trabalho-capital pendeu fortemente para o segundo. A desoneração da folha de pagamentos, as novas relações de emprego e a “pejotização” formaram uma tríade diabólica contra a Previdência Social. Completando o quadro danoso ao RGPS, o desemprego decorrente da maior crise econômica do Brasil retira os recursos que poderiam financiar o sistema. A conjunção de fatores tão graves na diminuição de fontes de financiamento reforça todos os argumentos favoráveis à Reforma da Previdência.

Com a recente eleição do candidato mais à direita do espectro político e a futura condução da economia com viés ultraliberal, o SUS, como política de Estado, pode ser ameaçado com a combinação que ora se dá: um desfinanciamento contínuo e o estrangulamento das demais políticas sociais decorrentes da austeridade fiscal iniciada em 2015.

Tudo indica que a construção do projeto neoliberal se apodera dos governos, apropria-se da máquina governamental. E então, com a conivência dos políticos de plantão, lançam seus processos de desconstrução do social, vendendo a tese de que o mercado proverá a felicidade do consumidor, em detrimento, é claro, de seus direitos. O indivíduo perde o *status* de cidadão e adquire a grife de consumidor. Incentiva-se o individualismo, e não a coletividade, como forma de garantir a prosperidade. É uma estratégia artilosa, que vende a felicidade individual, seu poder de consumo. Afasta o indivíduo de suas responsabilidades com o coletivo, com sua comunidade. Neste caso, as políticas sociais perdem o poder de persuasão, a real necessidade, em prol de soluções em que o mercado é o condutor e único artífice das relações sociais.

As projeções para a judicialização da saúde no futuro colocam o fenômeno como item contínuo e crescente frente às decisões que serão tomadas. O problema é que a garantia do direito constitucional à saúde exercido dessa forma não elimina as iniquidades do SUS, não promove condições adequadas de saúde à população. A experiência colhida no Estado do Rio de Janeiro mostra que, apesar das constantes intervenções do PJ, via MPRJ e DPRJ, acolhendo as reivindicações da população, o acesso aos serviços de saúde não tem apresentado melhoria, tanto em quantidade, o que dizer da qualidade.

O programa neoliberal tende, assim, a favorecer globalmente a ruptura entre a economia e as realidades sociais, e a construir nesse mundo, na realidade, um sistema econômico ajustado à descrição teórica, isto é, uma espécie de máquina lógica, que se apresenta como uma cadeia de constrangimentos enredando os agentes econômicos. (BOURDIEU, 1998).

O que representa a maioria dos atuais diagnósticos e cenários futuros vistos para a saúde pública no Brasil e para a judicialização? Responder à pergunta com outra pergunta pretende ser uma instigação ao fim desta tese: a reconstrução da economia brasileira passa, necessariamente, por um padrão mais restritivo do gasto social?

A resposta para as perguntas volta ao cerne da questão: “o direito à saúde”. É fundamental, para que esse direito seja exercido plenamente, a possibilidade financeira de poder realizá-lo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As características da judicialização vistas aqui não representam o todo do fenômeno, mesmo porque ele é um fenômeno social que muda ao longo do tempo. Algumas considerações finais são pertinentes à revisão bibliográfica realizada no capítulo 2 desta tese. Observou-se alto índice de sucesso no litígio contra o Estado. As sentenças judiciais são favoráveis aos demandantes e condenam o Estado a cumprir a determinação judicial concedendo liminares com antecipação de tutela.

Sobre os operadores do Direito que atuam nas ações, há uma diferença entre os estados, sendo notória a presença de escritórios de advocacia representando os cidadãos nos estados de São Paulo, Minas Gerais e Santa Catarina. No Estado do Rio de Janeiro, é forte a presença da Defensoria Pública Estadual na defesa dos interesses dos usuários do SUS.

Conforme visto em Pepe et al. (2010), os usuários do SUS são maioria no Rio de Janeiro, Ceará, Distrito Federal e no município de São Paulo. Pacientes que possuem planos de saúde, com receitas particulares, são os autores de ações mais presentes nos estados de São Paulo, Minas Gerais, Espírito Santo e Santa Catarina. Curiosa é a situação em São Paulo, onde o perfil das pessoas que procuram a via judicial contra a saúde pública é dual. Os usuários do SUS com prescrições médicas do sistema público de saúde acionam a capital do estado, o município de São Paulo. No restante do estado, é forte a presença de prescrições médicas vindas de profissionais da saúde suplementar.

Uma característica marcante da judicialização é que desde seu início, nos anos 1990, a solicitação de medicamentos fora das listas oficiais e sem registro na ANVISA é ponto comum. Sempre há nas requisições pelo menos um medicamento nessa condição, ou seja, o que começou como um caso específico, a solicitação de medicamentos para tratamento do HIV/AIDS, continuou e se ampliou, como verificado nos estudos de Messeder, Osório-de-Castro e Luiza (2005). Tal fato conduz a outra conclusão verificada em vários estudos: quando um medicamento é alvo de ações judiciais, há uma posterior incorporação do mesmo nas listas oficiais do SUS. É o uso da judicialização da saúde como via para incorporação de novas tecnologias no SUS, o maior comprador de medicamentos e insumos de saúde do país.

Diversos estudos mostram a associação entre médicos, advogados e indústria farmacêutica, que se utilizam da via judicial para forçar a incorporação de tecnologias. Fatos bem demonstrados por Marques e Dallari (2007) em São Paulo, que em seu estudo provaram

que quase 70% das ações judiciais contra o Estado de São Paulo eram representadas por advogados particulares. O estudo de Chieffi e Barata (2010) confirmou a situação vista no trabalho anterior. E no estudo de Vieira e Zucchi (2007) no município de São Paulo, observou-se a mesma condição. Em Minas Gerais, Andrade (2008) e Campos Neto et al. (2012) também identificaram a associação entre escritórios de advocacia, médicos e o laboratório farmacêutico.

Os fatos descritos acima chamam a atenção para um dos problemas da judicialização da saúde: o automatismo das decisões judiciais. Esse automatismo gerou uma situação que fragiliza as políticas públicas de saúde, especialmente a PNAF, e privilegia os interesses financeiros de bancas de advogados e médicos especialistas. Isso é extremamente grave, porque esse mecanismo automático de conceder tudo a todos não contribui para a garantia dos direitos sociais determinados na CRFB-88.

Vários estudos mostraram que as ações judiciais no interior do Estado de São Paulo pertenciam a receituários de médicos particulares. Fica evidente a utilização do SUS para incorporação de medicamentos recém-lançados pela indústria farmacêutica, fato descrito no estudo de Pandolfo, Delduque e Amaral (2012), em concordância com Pepe (2010), que assinalam existir um *lobby* da indústria farmacêutica para incorporação tecnológica no SUS através da via judicial. É uma ação de poucos indivíduos, movidos por interesses escusos, que penalizam o sistema público de saúde.

Além disso, a DP pode ser usada de forma indevida nesse processo. Não há como negar que por detrás de uma receita de medicamentos, para um usuário de poucos recursos financeiros, exista um médico forçando a incorporação do medicamento em consonância com o laboratório farmacêutico. Sem falar no prejuízo da gestão da AF, que busca oferecer os medicamentos essenciais para a maioria das patologias atendidas pela PNAF.

A essencialidade dos medicamentos não é observada na judicialização da saúde, como visto, por exemplo, no estudo de Sant'Ana, Pepe e Osório-de-Castro (2011). A atuação do Poder Judiciário no fenômeno da judicialização da saúde é vista em grande parte dos estudos como uma ação evidente de interferência desse Poder nas políticas públicas de saúde, pois o mesmo, em suas sentenças, desconsidera os elementos constantes da PNAF. E somando-se a Barroso (2008), acreditam que o PJ interfira excessivamente nas políticas de saúde. E ainda, muitos estudos concluíram que o princípio da equidade estava sendo descumprido pelas sentenças judiciais, ao privilegiarem o direito individual em detrimento das ações coletivas em saúde pública (VIEIRA; ZUCCHI, 2007; MARQUES; DALLARI, 2007; ANDRADE, 2008; BARROSO, 2008; CHIEFFI; BARATA, 2009).

Considerando os efeitos negativos da judicialização da saúde descritos nos estudos acima, quando o direito à saúde é exercido de forma a aumentar a iniquidade do SUS, o ambiente de controle de gastos públicos torna o processo mais lesivo à sociedade, como observado no estudo de Ferraz e Vieira (2009), que faz uma analogia entre a judicialização da saúde e a escassez de recursos, incorporando a iniquidade para a discussão do tema.

O estudo de Delduque, Marques e Ciarlini, (2013) afirma que a judicialização da saúde interfere na formulação e implantação das políticas públicas de saúde. Além disso, a excessiva judicialização, de caráter individual, inviabiliza a racionalidade coletiva do SUS. Ou seja, judicializar excessivamente fragiliza o SUS. E mesmo reconhecendo o direito à saúde, esses autores e Siqueira (2015) afirmam que todo direito tem custo. E mais, a discussão sobre integralidade da assistência é acrescida de outras questões, como a “cláusula da reserva do possível” e “do mínimo existencial”, conforme aponta Barroso (2008). Questões que orbitam no princípio da razoabilidade: o que é razoável exigir do Estado e o que é razoável o Estado realizar, construções doutrinárias do direito alemão.

A saúde tem custos e eles são elevados. Fechar os olhos a isso não resolve o problema. A judicialização da saúde atende ao direito individual, mas em contrapartida gera iniquidade no sistema conforme os estudos citados acima.

Estudo realizado em Minas Gerais mostrou que quase 55% dos medicamentos solicitados por via judicial apresentavam alternativa terapêutica no SUS (MACHADO et al., 2011). Isso leva a concluir que os médicos não estão acompanhando as listas do SUS, apesar de o MS contar com uma comissão responsável pela avaliação e incorporação de tecnologias no SUS, a CONITEC, que realiza trabalho relevante sobre a questão, conforme verificado no estudo de Caetano et al. (2017).

Sabemos que o SUS tem deficiências, no caso da AF, que desencadearam várias ações judiciais, que foram objeto do estudo de Pandolfo, Delduque e Amaral (2012), e de discussão nos relatórios do TCU sobre a judicialização da saúde. Tais estudos e os relatórios do TCU apontam o vazio assistencial existente no sistema público de saúde como grave deficiência a ser enfrentada. Mas a judicialização que gera despesas elevadas são ações que solicitam medicamentos novos e não incorporados às listas, fato demonstrado nos estudos de Vieira (2016) e David, Andreilino e Beghin (2016). Esses estudos prospectivos realizaram uma boa investigação desse item nas despesas da União nos últimos anos e avançaram em direção aos desafios futuros do Estado brasileiro.

Na judicialização da saúde, a situação conflituosa entre sociedade e Estado também acontece entre os Poderes de Estado. O estudo de caso sobre a judicialização de saúde em Juiz

de Fora-MG, realizado por Nunes (2016), revelou um conflito inusitado: a Procuradoria Geral do Município de Matias Barbosa-MG ajuizou ações contra o Município de Juiz de Fora-MG. Na revisão bibliográfica, este foi o único caso de um município ajuizando ações contra outro município, fato inédito e que merece destaque, pois caso se torne comum, veremos uma situação alarmante de municípios contra municípios por causa de uma diretriz do SUS. Pode-se dizer que é uma aberração do processo de judicialização da saúde.

A mediação de conflitos, vista no estudo de Asensi e Pinheiro (2015), descreve as estratégias adotadas pelos municípios de Araguaína-TO, Lages-SC e Brasília-DF para diminuir o número de ações judiciais. O que torna esse estudo singular é a descrição das medidas tomadas nesses municípios para inaugurar uma forma dialógica frente à judicialização da saúde. Essas medidas podem ser vistas também como uma forma de fortalecer a cidadania, é uma obediência à norma constitucional sem o agravante de produzir iniquidade no SUS. Os mesmos autores têm estudo raro sobre as relações entre o Ministério Público e o Conselho Estadual de Saúde na cidade de Porto Alegre, para tratar da judicialização. O MP soma, ao controle social, a fiscalização e acompanhamento de implementação das políticas públicas de saúde.

Dada a importância do momento econômico no Brasil, o estudo de Vieira e Benevides (2016) sobre a promulgação da EC-95 é de extrema relevância, pois mostra as perdas financeiras do SUS com a emenda constitucional. O tema é revisitado na apresentação de Vieira no IX Congresso de Gestão Pública (CONSAD), realizado em junho de 2016, em Brasília. Esses trabalhos inauguram uma nova etapa no debate sobre o financiamento da saúde pública, sob a vigência do Novo Regime Fiscal, e são importantes para o debate da tese porque pavimentam uma das conclusões principais deste trabalho.

Depois de destacar algumas reflexões adicionais sobre a revisão bibliográfica, é evidente a mudança no padrão do fenômeno: judicialização da saúde. Uma reivindicação circunscrita a determinado segmento de cidadãos solicitando tratamento gratuito para a infecção por HIV se tornou uma situação recorrente. Ações judiciais solicitam medicamentos para uma gama variada de doenças. Essa mudança de característica do fenômeno da judicialização da saúde atesta sua natureza singular perante os outros direitos sociais.

Esta tese apresenta duas considerações importantes para o debate do tema: a primeira é que há uma apropriação indevida do direito à saúde por parte de agentes do Direito e médicos para usufruir vantagens financeiras. Isso produz iniquidade no sistema de saúde e desvirtua a real intenção dos constituintes ao consagrarem os direitos sociais na CRFB-88.

Ações judiciais que solicitam medicamentos *off label* e recém-lançados pela indústria

farmacêutica são os itens mais relevantes nas despesas da União com a judicialização da saúde e, enquanto isso, pacientes morrem no Rio de Janeiro por não contarem com vaga em CTI. Nesse caso, nos deparamos com duas graves infrações à LOS. Primeiro, a iniquidade produzida por essa forma de judicialização, que privilegia o indivíduo e lhe fornece um medicamento não incorporado ao SUS. Ao mesmo tempo, vazios assistenciais e deficiências de gestão na AF deixam pacientes sem medicamentos essenciais.

A segunda infração cometida é a quebra do princípio da integralidade da assistência, ao se negar um leito de CTI a quem necessita. Então, já vimos que neste caso o SUS não é integral, muito menos segue o princípio da igualdade. E corre o risco de perder também a universalidade do sistema, de acordo com as conclusões que veremos a seguir.

A segunda conclusão desta tese se concentra na questão orçamentária e no financiamento do SUS, tendo na formulação de perspectivas, as condições futuras para a garantia dos direitos sociais. A partir da discussão dos elementos citados acima e da leitura dos textos “Uma Ponte Para o Futuro” (PMDB, 2015), “Desafios da Nação” (IPEA, 2018) e “Governo Bolsonaro, Brasil 2019-22: cenários” (GONÇALVES, 2018), foi estabelecido o quadro atual e buscaram-se, nas análises prospectivas, as condições políticas e econômicas para o futuro do financiamento do SUS.

As propostas políticas e econômicas discutidas nos textos citados acima têm a austeridade fiscal como medida essencial para a retomada do crescimento econômico do Brasil. O Novo Regime Fiscal e a condução de uma política de ortodoxia liberal na economia para os próximos anos são apontados por vários autores, entre eles Gonçalves (2018), como a primeira e principal escolha da nova equipe econômica que conduzirá a economia do país.

Para muitos economistas, essa visão austera aprofundará a crise econômica. É contraproducente acreditar que todos os Estados investindo menos aquecerá a economia mundial. Como afirmava Keynes: “se todos pouparmos ao mesmo tempo, não há consumo que estimule o investimento”. E mais, a austeridade é uma ideia perigosa porque ignora as externalidades que gera, o impacto das opções de uma pessoa nas opções de outra pessoa, especialmente em sociedades com uma distribuição de renda altamente distorcida (BLYTH, 2013, p. 39).

As prospecções gerais dos textos mencionados indicam a clara intenção de uma nova reforma do Estado. Gonçalves (2018) faz uma análise do quadro atual e põe em campo quatro cenários possíveis para o governo de direita eleito democraticamente em 2018, admitindo que há forte tendência a um aprofundamento da ortodoxia liberal no governo que se inicia.

A tese parte do princípio de que estamos em franco processo de desfinanciamento

progressivo do SUS. E que o subfinanciamento é coisa do passado, porque o futuro acena com a provável desvinculação das despesas obrigatórias da União, que se iniciará com a Reforma da Previdência Social, consenso entre as forças políticas. Um dos objetivos é separar o Regime Previdenciário da Assistência Social – desta forma, estará sepultado o “tripé” construído na CRFB-88: Assistência Social, Previdência e Saúde.

A Reforma da Previdência Social está atrelada à Lei do Teto dos Gastos. Com o Novo Regime Fiscal, as despesas obrigatórias do governo devem ser desvinculadas, pois sem essa medida, o “teto explode”. Daí a urgência da reforma, ao mesmo tempo que fortalece o mercado na área da Previdência Social. Na Saúde, ele já está consumado desde a criação do SUS. O novo desenho do social inclina-se para o mercado.

Os elementos adicionais descritos nos cenários prospectivos do estudo de Gonçalves (2018) alimentam hipóteses de agravamento da disputa política e ruptura institucional. Hipóteses que podem se concretizar, tendo em vista o passado recente das instabilidades políticas se tornarem instabilidades econômicas e vice-versa. Aliás, elas andam sempre juntas no Brasil.

Segundo os textos comentados no fim desta tese, um quadro de ortodoxia liberal, austeridade e reformas estruturais está sedimentado. A judicialização da saúde, cada vez mais presente, é uma solução individual, que atende de momento àqueles que procuram a via judicial. A sociedade continuará penalizada em virtude da não disponibilização dos meios financeiros para a garantia do direito à saúde.

Ao perceber, no decurso da pesquisa para realização desta tese, a transdisciplinaridade que envolve a questão, ficou evidente que para avançar no debate, elementos essenciais seriam necessários para tratar o tema. Por isso, de início se optou por uma revisão bibliográfica, para saber o que outros pesquisadores já tinham descoberto e o que diziam sobre o tema. Concluiu-se então que a CRFB-88 era o cerne do processo, pois a leitura do texto constitucional é a base para que o fenômeno da judicialização se materialize e se amplie.

O panorama traçado sobre a judicialização da saúde e suas interfaces entre Estado e sociedade é ratificado pelo próprio poder do Estado. Segundo Bourdieu (2014): “[...] uma das funções mais gerais do Estado é a produção e a canonização das classificações sociais”. O autor, examinando as estruturas de Estado e da sociedade, formula uma tese que pode explicar todos os fenômenos desse universo:

[...] o Estado é essa ilusão bem fundamentada, esse lugar que existe essencialmente porque se acredita que ele existe. Essa realidade ilusória, mas coletivamente validada pelo consenso, é o lugar para o qual somos remetidos quando regredimos a

partir de certo número de fenômenos. (BOURDIEU, 2014, p. 38).

A responsabilidade do Estado transcende, pois o mesmo pode ser considerado uma invenção da sociedade. Para Bourdieu, “o Estado é uma invenção que consiste em pôr as pessoas juntas de tal maneira que, estando organizadas desse jeito, elas façam coisas que não fariam se não estivessem organizadas assim.” (BOURDIEU, 2014, p. 57).

Ao entender o Estado não como bloco, mas como um campo, Bourdieu nos facilita a compreensão sobre a atual disputa pelo orçamento federal no momento de contingência de gastos. O Estado como um campo administrativo é um espaço estruturado segundo oposições ligadas a formas de capital específicas, interesses diferentes. Existem antagonismos no núcleo desse campo; são divisões organizacionais com funções específicas, associadas aos diferentes corpos correspondentes. O autor cita a oposição entre ministérios financiadores e ministérios gastadores dentro da função pública. Tomamos como exemplo a atualidade brasileira: a área econômica do Governo Federal, responsável pela arrecadação e posterior distribuição do bolo orçamentário, se opõe aos ministérios gastadores ou sociais (Educação, Saúde, Previdência e Assistência Social).

Seguindo a linha de pensamento que tem na CRFB-88 a sentinela do direito à saúde e a configuração legal da judicialização, viu-se também que a questão econômica era um componente dos mais nobres para o estudo, desde os ditames macroeconômicos, a inserção internacional da economia nacional, até as variáveis fiscais e tributárias, essenciais para o universo orçamentário dos governos e a disposição financeira para áreas sociais.

As crises fiscais, os programas de ajuste e a busca do equilíbrio orçamentário dos governos, dentro de uma visão austera de condução da política fiscal, são outros fatores que suprem o debate realizado e permitem realizar prospecções para a judicialização da saúde.

Para Stiglitz, prêmio Nobel de Economia em 2001, a abordagem do “equilíbrio” que Schumpeter criticava com tanta contundência continua sendo o paradigma dominante. E o capitalismo enfrenta uma nova ameaça, não do socialismo, mas da direita, dos próprios capitalistas: no presente, a questão é principalmente salvar o capitalismo dos capitalistas, de uma forma de estatismo muito pior, em certos aspectos, que o socialismo, algo que chamamos de “*welfarismo empresarial*”, no qual o poder do Estado é usado para proteger os ricos e poderosos, não os pobres e a sociedade em geral. Trata-se de uma falha decorrente das limitações do tipo de democracia competitiva que ele, Schumpeter, proclamava (SCHUMPETER, 2017).

Conforme visto no decorrer deste estudo, o impacto da judicialização nos orçamentos

públicos da saúde se faz presente no financiamento do SUS e, especialmente, da AF, diante da aquisição de medicamentos e insumos das ações judiciais. O direito à saúde sofre dois ataques simultâneos à sua garantia: o primeiro é o automatismo da judicialização da saúde. O uso excessivo da via judicial para efetivar o direito social à saúde de forma individual tem efeito adverso, porque afasta a possibilidade de oferecer à coletividade os meios financeiros necessários para esse direito, tendo em vista o sequestro de financiamento para atender às despesas com ações judiciais.

O segundo ataque vem de fator externo ao fenômeno da judicialização: é o desfinanciamento progressivo do SUS com a EC-95. A combinação do efeito endógeno ao processo (automatismo) e o efeito exógeno (desfinanciamento) é explosiva para o direito à saúde. Pior que isso, esse problema alcançará a universalização do SUS. O financiamento das ASPS estará abaixo da necessidade por vinte anos, enquanto cerca de 170 milhões de pessoas, possivelmente, só terão o SUS a atendê-las.

Estudar esse processo em escalas diferentes, partindo do microcosmo de um município médio para o macrocosmo da União, permite afirmar que o problema da judicialização não é pequeno, nem tende a desaparecer, a não ser que haja uma mudança constitucional. Vale lembrar, a história mostra que as Constituições brasileiras são transitórias, e a atual já sofreu várias emendas.

A judicialização da saúde e dos direitos sociais passa, a partir de agora, a encontrar no Poder Legislativo a salvaguarda desses direitos. O Parlamento define direitos, ou sua limitação e/ou supressão, mais intensamente. A manutenção dos direitos sociais, ou a velocidade de sua extinção, está fortemente atrelada ao entendimento do Legislativo sobre o tema. Qual a importância dos direitos sociais para os parlamentares eleitos para a nova legislatura que se iniciou em 01/02/2019? Em resposta a esta indagação, podemos citar novamente Bourdieu: “a política que visa preservar a confiança dos mercados corre o risco de perder a confiança do povo.” (BOURDIEU, 1998, p. 41-42).

O exame feito nesta tese mostra que o exercício do direito à saúde exercido através da judicialização, ou não, ficará a cada dia mais obstruído em decorrência de um financiamento que não comportará as necessidades das ASPS.

Controlar o orçamento é a peça-chave na engrenagem de desestabilização do Estado social. Tudo começa com a justa e necessária medida de manter a estabilidade fiscal do governo. É a senha para que se inicie o processo de desmonte das políticas sociais, porque o Estado não suporta as despesas fixas com o social. Essa prática odiosa é martelada todos os

dias pelos meios de comunicação.³

O desfinanciamento progressivo do SUS é a grande amarra para a execução do direito à saúde. Embora acolhido no texto constitucional, não haverá financiamento compatível com sua garantia, o que fica claro com a EC-95, assim como em alguns estudos citados nesta revisão bibliográfica. É expressão clara e inequívoca de que o direito à saúde, mesmo garantido constitucionalmente, não será exercido pela sociedade porque os recursos financeiros necessários para tal não serão disponibilizados pelos governos.

A trajetória de baixa priorização da saúde nos orçamentos anuais e no processo de execução orçamentária será agravada com o Novo Regime Fiscal, instituído pela Emenda Constitucional nº 95, de 2016, que congela o gasto primário federal por vinte anos, com profundos impactos no financiamento da saúde (VIEIRA; BENEVIDES, 2016). O resultado do subfinanciamento é sentido na deficiência de várias ações e programas do SUS, entre eles, o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica. E o reflexo dessas deficiências é o comprometimento dos orçamentos familiares com saúde, especialmente a compra de medicamentos.

A importância da carga tributária e da composição dos gastos em saúde nos orçamentos públicos deve ser sempre avaliada nos estudos sobre a judicialização da saúde. Os panoramas vistos no âmbito das crises fiscais de 1993-1997 e 2014-2017, as respectivas soluções para os quadros de instabilidade e recessão, como a LRF de 2000, e a EC-95 de 2016, são pontos de destaque no entendimento da fragilidade que atinge os orçamentos sociais, dentro do plano de execução dos orçamentos públicos, em que governos atendem em primeiro plano ao mercado financeiro.

O quadro traçado para o SUS, de acordo com as escolhas econômicas a serem efetivadas no novo governo, é distante da necessidade da sociedade. Tudo indica que as ações e serviços de saúde, já tão comprometidos com o desfinanciamento, serão mais fragilizados.

Relembrando Bourdieu,

[...]a preferência pela mão direita continuará prevalecendo sobre a mão esquerda. Essa nobreza de Estado, que prega a extinção do Estado e o reinado absoluto do mercado e do consumidor, substituto comercial do cidadão, assaltou o Estado: fez do

³ “Dito isso, essa ‘teoria’ originariamente dessocializada e des-historicizada tem, hoje mais do que nunca, os meios de tornar-se verdadeira, empiricamente verificável. Efetivamente, o discurso neoliberal não é um discurso como os outros. À maneira do discurso psiquiátrico no asilo, segundo Erving Goffman, é um ‘discurso forte’, que só é tão forte e tão difícil de combater porque tem a favor de si todas as forças de um mundo de relações de força, que ele contribui para fazer tal como é, sobretudo orientando as escolhas econômicas daqueles que dominam as relações econômicas e acrescentando assim a sua força própria, propriamente simbólica, a essas relações de força.” (BOURDIEU, 1998, p. 81-82).

bem público um bem privado, da coisa pública, da República, uma coisa sua. (BOURDIEU, 1998, p. 25).

Assim, ao término destas considerações, é bom citar o fundador da macroeconomia e um dos pensadores, senão o mais importante, do Estado de bem-estar social, Lorde Keynes, que em seus conselhos econômicos ao Presidente Roosevelt para tirar os Estados Unidos da Grande Depressão dos anos 1930, aconselhou: “ponho esmagadora ênfase no aumento de poder de compra nacional resultante do aumento do gasto público financiado por empréstimos, e não pela tributação das rendas atuais.” E mais, defendeu “crédito barato e abundante e, em particular, a redução das taxas de juros de longo prazo” (WAPSHOOTT, 2016, p. 192-3).

Keynes, ao incentivar o presidente americano a realizar grandes obras públicas em circunstâncias tão adversas para a economia e para o Tesouro Americano, se colocava na contramão dos economistas ortodoxos. Mas naquele momento, os ortodoxos não tinham como expressar reação a suas ideias, pois o mercado não conseguiu prever o *crash* de 1929, e além do mais, não tinham resposta para uma recessão tão brutal, em que 40% da força de trabalho norte-americana estava desempregada e as famílias tinham fome. Em resposta aos críticos, Keynes disparava: “Com um dólar pago por ajuda, ou qualquer outra coisa, criavam-se quatro dólares de renda nacional.” (WAPSHOOTT, 2016, p. 196).

Ao fim, cabe esclarecer que a judicialização da saúde em si não pode ser desprezada se for atender devidamente aos cidadãos que precisam do auxílio do PJ para fazer valer um direito social. Acima de tudo, tem-se o conhecimento de que o SUS tem falhas e a necessidade de interferência judicial se faz necessária quando da violação do direito constitucional, mas é racional impor algum tipo de limitação para o alcance desse direito. Até países ricos e com sistemas universais, como a Inglaterra, não disponibilizam tudo para todos.

O título da tese é bem claro quanto ao conteúdo: saímos de um subfinanciamento crônico, coisa do passado, para um desfinanciamento progressivo nos próximos anos. Conclui-se que o desfinanciamento progressivo por vinte anos será a asfixia financeira das áreas sociais, especialmente para o SUS, que desde sua criação tem sido subfinanciado.

Diante do quadro atual, finalizamos esta tese sobre a judicialização da saúde e o financiamento do SUS, na expectativa de um severo desfinanciamento progressivo por vinte anos. A judicialização crescente esbarrará na contração orçamentária das áreas sociais. E afirmamos: “a possibilidade do exercício do direito constitucional à saúde passa pela possibilidade financeira de poder executá-lo.”

No entanto, o PJ está sendo provocado a julgar a constitucionalidade das emendas

constitucionais que congelam os gastos sociais, especialmente da saúde. Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADIs) em curso no STF foram propostas por diversas entidades: partidos políticos, como o Partido dos Trabalhadores (PT), o Partido Democrático Trabalhista (PDT) e o Partido Socialismo e Solidariedade (PSOL), junto a outras entidades da sociedade civil questionam a constitucionalidade da EC-95.

O STF passou então a se defrontar com o aspecto orçamentário do direito à saúde. Antes, os ministros da corte julgavam o caráter do acesso à saúde de forma individual, o que se convencionou denominar como “fenômeno da judicialização da saúde”. Agora o STF, além de se pronunciar sobre o aspecto do direito individual à saúde, a microjustiça, também debaterá o direito à saúde vinculado à condição financeira de sua execução, a macrojustiça.

Assim, o STF inaugura uma nova fase da observância do direito à saúde a partir das ADIs propostas pela sociedade que questionam a EC-95/2016. Pautando-se na teoria do Direito, nas suas fontes e leis, especialmente na CRFB-88, os debates e os julgamentos das ADIs podem ser um novo aceno para a manutenção do financiamento adequado para o SUS. Dessa forma, o PJ mais uma vez será o fiel da balança entre as necessidades da sociedade brasileira, agora atendidas em caráter coletivo, e não mais individual, e a obediência do PE à manutenção de políticas públicas devidamente financiadas, visando à garantia do direito à saúde constitucionalmente estabelecido.

O PJ pode evitar os retrocessos no acesso a bens e serviços de saúde no Brasil, julgando inconstitucional a EC-95/2016, e assim, evitar o desfinanciamento do SUS. Manter o caráter universal, a integralidade das ações e serviços de saúde, e de forma igualitária distribuir os recursos necessários para suprir as deficiências em saúde pública da população, é o que se espera de todo governo, seja qual for sua orientação política.

A única bandeira que têm a saúde pública e o SUS é aquela que leva a milhões de brasileiros os recursos essenciais para a garantia do direito à saúde. O desprezo por uma política pública de saúde, nos moldes do SUS, servirá como combustível para o aumento da judicialização da saúde. Esse é um dos horizontes de perspectiva que esta tese apresenta, mas que o autor gostaria que não se confirmasse.

REFERÊNCIAS

AFONSO, J. R.; CASTRO, K. P. Saúde pública tem remédio? **Conjuntura Econômica**, p. 34-36, abr. 2018.

AFONSO, J. R. et al. As duas dimensões do ajuste fiscal. In: BACHA, E. (Org.). **A crise fiscal e monetária brasileira**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016. p. 467-480.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Análise de impacto regulatório**. Disponível em: <<http://www.portal.anvisa.gov.br/analise-de-impacto-regulatorio>>. Acesso em: 06 abr. 2018.

ANDRADE, E. L. G. et al. A judicialização da saúde e a política de assistência farmacêutica no Brasil: gestão da clínica e medicalização da justiça. **Rev. Med. Minas Gerais**. Belo Horizonte, v. 18, n. 4, p. 46-50, 2008.

ARANTES, R. **Ministério Público e Política no Brasil**. São Paulo: Sumaré/Educ, 2002.

ARAÚJO, V. L. B17, ano 1: mais estagnação e desemprego. **Jornal dos Economistas**. Rio de Janeiro, n. 353, p. 4-5, jan 2019.

ASENSI, F. D.; PINHEIRO, R. (Orgs.). **Direito Sanitário**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

_____. Indo além da judicialização: o Ministério Público e o direito à saúde. **Confluências**, v. 11, n. 2, p. 27-68, 2010.

_____. **Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiências**. Rio de Janeiro: Conselho Nacional de Justiça, 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). **Ação de inconstitucionalidade pauta debate da macrojustiça do direito à saúde no STF**. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/saude-da-populacao/thiago-campos-adi-5595-stf/31792>>. Acesso em: 02 jan 2019.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS AUDITORES FISCAIS DA RECEITA FEDERAL. **Previdência: reformar para excluir?** Contribuição técnica ao debate sobre a reforma da Previdência Social Brasileira. Brasília-DF: ANFIP/DIEESE, 2017. 212p.

AVRITZER, L.; MARONA, M. C. Judicialização da política no Brasil: ver além do constitucionalismo liberal para ver melhor. **Revista Brasileira de Ciência Política**, Brasília, v. 15, p. 69-94, dez. 2014.

BACHA, E. (Org.). **A crise fiscal e monetária brasileira**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016. 686 p.

BANCO MUNDIAL. **Um ajuste justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil**. Brasília: Banco Mundial, 21. nov. 2017 (Working Paper). Disponível em: <<https://www.worldbank.org/pt/country/brazil/publication/brazil-expenditure-review-report>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

BARBOSA, R. M. Uma ponte inacabada. **Jornal dos Economistas**. Rio de Janeiro, n. 352, dez 2018.

BARBOSA FILHO, F. H. Crises econômicas e política de 2015: origens e consequências. **Conjuntura Econômica**, v. 69, n. 9, set. 2015.

BARBOSA FILHO, F. H.; PESSOA, S. Desaceleração recente da economia. In: CENTRO DE DEBATES DE POLÍTICAS PÚBLICAS. **Sob a luz do Sol, uma agenda para o Brasil: a Política Econômica do governo Dilma: a volta do experimentalismo**. São Paulo: CDPP, 2014. p. 15-30.

BARROS, M. E. D.; PIOLA, S. F. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (Orgs.). **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES / Brasília: Ministério da Saúde; OPAS/OMS no Brasil, 2016, p. 101-138.

BARROSO, L. R. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial**. Rio de Janeiro: Faculdade de Direito, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2008. 37 p.

_____. **Ministro Supremo Tribunal Federal. STF. Voto ADI 2566**. Brasília-DF. 16. maio 2018. Disponível em: <<https://www.portal.stf.jus.br/processo/downloadPeca.asp?id=15338886622&=.pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2018.

_____. Neoconstitucionalismo e Constitucionalização do Direito (o triunfo tardio do direito constitucional no Brasil). **Revista do Direito Administrativo - FGV**. Rio de Janeiro, v. 240, p. 1-42, abr.-jun. 2005.

BASTOS, C. P. **Jornal dos Economistas**. Rio de Janeiro, n. 352, p. 11-12, dez 2018.

BECK, M. Com reajuste da educação: teto quase impossível. **O Globo**. Rio de Janeiro, 16 ago. 2018.

BELLUZO, L. G. Dinheiro e as transfigurações da riqueza. In: TAVARES, M. da C.; FIORI, J. L. (Orgs.). **Poder e dinheiro: uma economia política da globalização**. Petrópolis: Vozes, 1997. p. 151-193.

BIASOTO JR, G.; AFONSO, J. R. Política Fiscal no pós-crise de 2008: a credibilidade perdida. In: NOVAIS, L. F.; CAGNIN, R. F.; BIASOTO JR., G. (Orgs.). **A economia brasileira no contexto da crise global**. São Paulo: Fundap, 2014. p. 251-279.

BITTENCOURT, G. O “estado da arte” da produção acadêmica sobre o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil. **Cadernos Ibero-americanos de Direito Sanitário**, v. 5, n.

1, p. 102-121, 2016.

BLYTH, M. **Austerity**: the history of a dangerous idea. New York: Oxford University Press, 2013.

BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

_____. Presente y porvenir de los derechos humanos. **Anuário de Derechos Humanos**. V. 1. Madrid: Universidad Complutense, 1981. p. 9.

BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de política**. Tradução de Carmen C. Varriale, Gaetano Lo Mônaco, João Ferreira, Luís Guerreiro Pinto Cacais e Renzo Dini. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2010.

BORGES, D. da C. L.; UGÁ, M. A. D. Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1ª instância nas ações individuais contra o Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 2005. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 59-69, 2010.

BOURDIEU, P. **Contrafogos 2**: por um movimento social europeu. Tradução de André Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

_____. **Contrafogos**: táticas para enfrentar a invasão neoliberal. Tradução de Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

_____. **Sobre o Estado**: Cursos no Collège de France (1989-92). Tradução de Rosa Freire de Aguiar. 1ª edição. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

BOVA, E.; KINDA, T.; WOO, J. **Austerity and inequality**: the size and composition of fiscal adjustment matter. VOX CEPR Policy Portal, 07 fev 2018. Disponível em: <<https://voxeu.org/article/size-and-composition-fiscal-adjustment-matter-inequality>>. Acesso em: 13 maio 2018.

BANCO CENTRAL DO BRASIL. **Estatísticas Fiscais. Dívida Líquida do Setor Público e Dívida Bruta do Governo Geral (2018)**. Nota para a imprensa, 28 dez 018. Disponível em: <https://www.bcb.gov.br/estatísticas/estatísticas_fiscais> Acesso em: 20. jan. 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília-DF: Senado Federal, 1988. 140 p.

_____. Lei n 8.080, de 19 de setembro de 1.990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **DOU**, 20 set 1990, p. 18.055. Direitos dos usuários dos serviços e ações de saúde no Brasil: legislação federal compilada – 1973 a 2006/ Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 494 p.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1.990. Dispõe sobre a participação da

comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **DOU**, 31 dez 1990, p. 25.694. Direitos dos usuários dos serviços e ações de saúde no Brasil: legislação federal compilada – 1973 a 2006/ Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 494 p.

_____. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Resoluções do Conselho Nacional de Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 648 p.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Cobertura da população por planos e seguros de saúde com ou sem cobertura odontológica. Junho/2018**. Brasília-DF. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>>. Acesso em: 30. jul. 2018.

_____. **Decreto nº 7.646**, de 21 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Brasília-DF, 21 dez. 2011.

_____. **Decreto nº 8.901**, de 10 de novembro de 2016. Aprova a Estrutura Regimental do MS e dá outras providências. Brasília-DF, 10 nov. 2016.

_____. **Emenda Constitucional nº 29/2000**, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34,35,156,160,167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: <https://planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm>. Acesso em: 04.jun.2018

_____. **Emenda Constitucional nº 86/2015**, de 17 de março de 2015. Altera os artigos 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Brasília-DF, 2015. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/emendas/emc/emc86.htm>. Acesso em 02.fev.2018.

_____. **Emenda Constitucional nº 93/2016**, de 08 de setembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para prorrogar a desvinculação de receitas da União e estabelecer a desvinculação de receitas dos Estados, Distrito Federal e Municípios. Brasília-DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc93.htm>. Acesso em: 17set. 2018

_____. **Emenda Constitucional nº 95/2016**, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília-DF. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br>>. Acesso em: 17 set. 2018.

_____. **Lei Complementar nº 101**, de 04 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças

públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Brasília-DF, 04 mai 2000.

_____. **Lei complementar nº 141**, de 13 de janeiro de 2012. Dispõe sobre a base de cálculo e aplicação mínima pelos entes federados em ações e serviços públicos de saúde. Regulamenta o artigo 198 da Constituição Federal. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Brasília-DF, 2013.

_____. **Lei nº 12.401**, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília-DF, 2011.

_____. **Lei nº 9.313**, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV e doentes de Aids. Brasília-DF, 13 nov. 1996.

_____. **Lei nº 9.782**, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Brasília-DF, 26 jan. 1999.

_____. **Lei nº 9.961**, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Brasília-DF, 28 jan. 2000.

_____. **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: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEI/L8212cons.htm>. Acesso em: 15. jan. 2018.

_____. **Lei nº 8.213**, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03?LEI/L8213cons.htm>. Acesso em: 15. jan. 2018

_____. Ministério da Fazenda. **Gastos Federais e Finanças Públicas**. Disponível em: <<http://www.fazenda.gov.br/noticias/2016/maio/200b/relatorio-de-analise-de-gastos-federais-revela-rigidez-orcamentaria>>. Acesso em: 05 ago. 2016.

_____. **Boletim da Secretaria de Política Econômica. Pesquisa de contas nacionais trimestrais do PIB**. Disponível em: <<https://www.fazenda.gov.br/centrais-de-conteudos/publicacoes/conjuntura-economica/atividade-economica-2018/ie-2018-11-30-pib30-trimestre-2018.pdf>>. Acesso em: 27.jan. 2019

_____. Ministério da Economia. Secretaria de Política Econômica. **Prisma Fiscal. Relatório Mensal – Previsões Anuais**. Disponível em: <www.fazenda.gov.br/centrais-de-conteudos/publicacoes/relatorios-do-prisma-fiscal/relatorio-mensal/relatorio-mensal-2019_01.pdf>. Acesso em 20. jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RE nº 246, de 31 de janeiro de 2018**. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/wpcontent/uploads/2018/05/anvisa-resolucao-re-nº-246-de-31-janeiro-de-2018-1.pdf>>. Acesso em: 26. jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Liminar aponta “afrenta a concorrência” em compra para doenças raras.** Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.datasus.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42669>>. Acesso em: 02 mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório de Análise Econômica dos Gastos Públicos Federais** - Evolução dos Gastos Públicos Federais no Brasil: uma análise para o período 2006-2015. Brasília-DF: Secretaria de Política Econômica. Ministério da Fazenda, maio 2016.

BREMAEKER, F. E. J. de. **As despesas municipais na área da saúde em 2014.** Rio de Janeiro: Observatório de Informações Municipais, mar. 2016.

BRESSER-PEREIRA, L. C.; OREIRO, J. L.; MARCONI, N. **Macroeconomia desenvolvimentista: teoria e política do novo-desenvolvimentismo.** Rio de Janeiro: Elsevier. 2016.

BRÍGIDO, C. STF decide que MP pode entrar com ação para pedir ao poder público remédio a pacientes. **O Globo.** 15 ago. 2018. Diário. Disponível em: <<https://www.oglobo.globo.com/sociedade/saude/stf-decide-que-mp-pode-entrar-com-acao-para-pedir-remedio-pacientes>> Acesso em: 21 ago. 2018.

BUCCI, M. P. D. O conceito de política pública em direito. In: BUCCI, M. P. D. (Org.). **Políticas Públicas: reflexões sobre o conceito jurídico.** São Paulo: Editora Saraiva; 2006. p. 1-51.

CAETANO, R. et al. Incorporação de novos medicamentos pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS, 2012 a junho de 2016. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2.513-2.525, 2017.

CAMBI, E. Neoconstitucionalismo e neoprocessualismo. **Revista Panóptica.** Vitória, ano 1, n. 6, p. 1-44, fev. 2007. Disponível em: <http://www.panoptica.org>. Acesso em: 15 abr. 2018.

CAMPOS NETO, O. H. et al. Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. **Revista de Saúde Pública.** São Paulo, v. 46, n. 5, p. 784-90, 2012.

CANTERBERRY, E. R. **The rise and fall of global austerity.** London: Word Scientific, 2015.

CAPPELLETTI, M. **Acesso à justiça.** Tradução de Ellen Gracie Northfleet. Porto Alegre: Fabris, 1988. 168p.

_____. **Juízes legisladores.** Tradução de Carlos Alberto Álvaro de Oliveira. Porto Alegre: Fabris, 1993. 134p.

CARNEIRO, R. **Desenvolvimento em crise: a economia brasileira no último quarto do século XX.** São Paulo: Editora Unesp/ IE-Unicamp, 2002.

CARNEIRO, R.; BALTAR, P.; SARTI, F. (Orgs.). **Para além da política econômica.** São Paulo. Editora Unesp, 2018.

CARVALHO, E. R. de. Em busca da judicialização da política no Brasil: apontamentos para uma nova abordagem. **Revista de Sociologia e Política**. Curitiba, n. 23, p. 115-126, nov. 2004.

CERVO, A. L.; LESSA, A. C. O declínio: inserção internacional do Brasil (2011-2014). **Rev. Bras. Polít. Int.**, v. 57, n. 2, p. 133-151, 2014.

CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. de C. B. Ações Judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para a introdução de novos medicamentos. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 44, n. 3, p. 421-9, 2010.

_____. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1839-49, 2009.

COLUCCI, C. Tamanho do SUS precisa ser revisto, diz novo ministro da Saúde. Entrevista com Ricardo Barros. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 17 maio 2016. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/05/1771901-tamanho-do-sus-precisa-ser-revisto-diz-novo-ministro-da-saude.shtml>>. Acesso em: 23 nov. 2016.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E CARIBE (CEPAL). **Horizontes 2030: a igualdade no centro do desenvolvimento sustentável; 36º período de sessões da CEPAL**. Cidade do México. 23-27 maio 2016. Santiago: CEPAL, 2016.

COHN, A. et al. **A saúde como direito e como serviço**. 6º ed. São Paulo: Cortez, 2010.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS (CNM). **Teto Constitucional encolherá gasto da União com saúde**. Brasília, 19 jan. 2018. Disponível em: <<http://www.cnm.org.br/comunicacao/noticias/teto-constitucional-encolhera-gasto-da-uniao-com-saude-indica-estudo-da-cnm>>. Acesso em: 02 fev. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Audiência Pública. TCU e Estados apontam aumento dos gastos com a judicialização da saúde**. Brasília-DF, 11 dez. 2017. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/85911-tcu-e-estados-apontam-aumento-dos-gastos-com-a-judicializacao-da-saude>>. Acesso em: 02 mar. 2018.

_____. **Consolidação de Enunciados do Comitê Executivo do Fórum Nacional de Saúde do CNJ no Rio de Janeiro**. Enunciados Auxiliaram Magistrados Contra a Judicialização da Saúde. 2014. Brasília-DF. Disponível em: <<https://cnj.jus.br/noticias/59070-enunciados-auxiliacao-magistrados-contr-a-judicializacao-da-saude>>. Acesso em: 18 fev. 2017.

_____. **Justiça em Números 2018: ano-base 2017/Conselho Nacional de Justiça**. Brasília-DF: CNJ, 2018. 212f.

_____. **Portaria nº 650**, de 20 de novembro de 2009. Cria grupo de trabalho para estudo e proposta de medidas concretas e normativas para as demandas judiciais envolvendo à assistência à saúde. Presidência Ministro Gilmar Mendes. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/files/atos_administrativos/portaria-n650-20-11-2009-presidencia-pdf>. Acesso em: 06 jun. 2017.

_____. **Portaria nº 8**, de 02 de fevereiro de 2016. Cria o Comitê Organizador do Fórum Nacional do Poder Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à Saúde. Presidência Ministro Ricardo Lewandowski. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/conteudo/arquivo/2016.pdf>>. Acesso em: 06 mar. 2017.

_____. **Recomendação nº 31**, de 30 de março de 2010. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/images/atos_normativos/recomedacao/recomendacao_31_30032010_221012173049.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2016.

_____. **Recomendação nº 36**, de 12 de julho de 2011. Presidência Ministro Cezar Peluso. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br?images/atos_normativos/recomendacao/recomendacao_36_12072011_221020170026.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2016.

_____. **Relatórios de Cumprimento da Resolução CNJ nº 107**. Ações em Saúde: números dos Tribunais de Recursos Federais e Tribunais de Justiça Estaduais. 2014. Brasília-DF. Disponível em: <<https://cnj.jus.br>> Acesso em: 18 fev. 2017.

_____. **Resolução nº 107**, de 06 de abril de 2010. Institui o Fórum Nacional do Judiciário para Monitoramento e Resolução das Demandas de Assistência à Saúde. Presidência Ministro Gilmar Mendes. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=2831>>. Acesso em: 21 fev. 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). **O papel dos laboratórios farmacêuticos oficiais no acesso a medicamentos no SUS**. Seminário, 09 mai 2018. Brasília-DF: CONASEMS. Disponível em: <<https://www.conasems.org.br>>. Acesso em: 26 jun. 2018.

_____. **Desabastecimento de medicamentos de oncologia e hematologia. Ofício do CONASEMS ao MS**. Disponível em: <<http://conasems.org.br/wpcontent/uploads/2018/05/minuta-oficio-conasems-desabastecimento-medicamentos-oncologia-hematologia-1.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). CÂMARA TÉCNICA DE DIREITO SANITÁRIO (CTDS). **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília-DF: CONASS. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/direito-sanitario>>. Acesso em: 04 fev. 2018.

CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MISNISTÉRIO DA SAÚDE (CONJUR/MS). **Excepcionalidade do Poder Judiciário em matéria de saúde – comprovação da omissão/deficiência da política pública de saúde. AgRg na STA 175/CE do STF**. Disponível em: <<https://www.portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/inepcia-da-inicial-patologia-nao-informada>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

_____. **Intervenção Judicial na Saúde Pública – panorama no âmbito da Justiça Federal e apontamentos na seara das justiças estaduais**. Disponível em: <<https://www.portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/29/Panorama-da-judicializacao-2012-modificado-em-junho-de-2013.pdf>> Acesso em: 10 jul. 2017.

_____. **Judicialização da Saúde:** desafios para mediação. Brasília-DF, abr. 2017. Disponível em: <<https://www.portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/maio/17judicializacao/da-saude-no-brasil-desafios-para-mediacao>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

_____. **Judicialização da Saúde no âmbito da União em números:** Recursos Extraordinários 566471 e 657718. Brasília-DF, maio 2017. Disponível em: <<https://www.portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/maio/17judicializacao-da-saude-no-ambito-da-uniao-recursos-extraordinarios-566471-e-657718>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

_____. **Judicialização da Saúde no Brasil:** principais projetos desenvolvidos pela Coordenação de Assuntos Judiciais do Ministério da Saúde. Disponível em: <<https://www.portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/maio/17judicializacao-da-saude-no-brasil-principais-projetos-desenvolvidos-pela-coordenacao-de-assuntos-judiciais>> Acesso em: 10 jul. 2017.

COSTA, A. Em cinco anos, mais de R\$ 2,1 bilhões foram gastos com ações judiciais. **Agência Saúde.** Brasília-DF, 2015. Disponível em: <<http://brasil.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude>>. Acesso em: 18 fev. 2017.

COSTA, F. N. Avaliação da série histórica de 2002 a 2015 da carga tributária. **Cidadania & Cultura.** Campinas, 16 maio 2017. Disponível em: <<https://fernandonogueira.wordpress.com/2017/05/16/avaliacao-da-serie-historica-de-2002-a-2015-da-carga-tributaria>>. Acesso em: 20. jun. 2018.

_____. Maiores Grupos Econômicos no Brasil na Grande Depressão de 2015 e 2016. **Cidadania & Cultura.** Campinas, 22 jul. 2018 Disponível em: <<https://fernandonogueiracosta.files.wordpress.com/2018/07/receita-e-pl-200-maiores-2002-2016.png>>. Acesso em: 22 jul. 2018.

DAIN, S. O financiamento do SUS e o direito à saúde: das frustrações aos desafios. In: ASENSI, F.; PINHEIRO, R. (Orgs.). **Direito Sanitário.** Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2012.

_____. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 12, supl., p. 1.851-1.864, 2007.

DALLARI, S. G. et al. Advocacia em saúde no Brasil contemporâneo Health advocacy in contemporary Brazil. **Revista de Saúde Pública.** São Paulo, v. 30, n. 6, p. 592-601, 1996.

DAVID, G.; ANDRELINO, A.; BEGHIN, N. **Direito a medicamentos:** avaliação das despesas com medicamentos no âmbito do sistema único de saúde entre 2008 e 2015. Brasília: INESC, 2016.

DE CONTI, B.; BLIKSTAD, N. Impacto da economia chinesa sobre a brasileira no início do século XXI: o que querem que sejamos e o que queremos ser. In: CARNEIRO, R.; BALTAR, P.; SARTI, F. (Orgs.). **Para além da política econômica.** São Paulo: EdUnesp, 2018.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (DPERJ). **Defensoria**

denúncia à CIDH falta de vagas em UTIs do Rio. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<http://www.defensoria.rj.def.br/noticia/detalhes/5935-Defensoria-denuncia-a-CIDH-falta-de-vagas-em-UTIs-do-Rio>>. Acesso em: 25 jun. 2018.

_____. **Educação em Direitos.** 2018. Rio de Janeiro Disponível em: <<http://www.defensoria.rj.def.br/Cidadao/Programas-e-servicos/detalhes/2883-Educacao-em-direitos>>. Acesso em: 25 jun. 2018.

_____. **Grupo de trabalho estuda estratégias para garantir acesso a remédios.** 2018. Disponível em: <<http://www.defensoria.rj.def.br/noticia/detalhes/5957-Grupo-de-trabalho-estuda-estrategias-para-garantir-acesso-a-remedios>>. Acesso em: 25 jun. 2018.

_____. **Justiça obriga Unimed manter reajuste igual a servidores municipais. Aposentados de Casemiro de Abreu tiveram aumento de até 300% na mensalidade do plano de saúde, diferente dos ativos, que sofreram reajuste de pouco mais de 9%.** Rio de Janeiro, 29 maio 2018. Disponível em: <<http://www.defensoria.rj.def.br/noticia/detalhes/5954-Justica-obriga-Unimed-manter-reajuste-igual-a-servidores-municipais>>. Acesso em: 25 jun. 2018.

DELDUQUE, M. C.; MARQUES, S. B.; CIARLINI, A. Judicialização das políticas de saúde no Brasil. In: ALVES, S. M. C.; DELDUQUE, M. C.; NETO, N. D. (Orgs.). **Caderno Direito Sanitário em Perspectiva.** v. 2. Brasília-DF: Fiocruz, 2013. p. 185-221.

DWECK, E. et al. **Impacto da austeridade sobre o crescimento e a desigualdade no Brasil.** In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA POLÍTICA, XXIII., 2018.

DWECK, E.; OLIVEIRA, A. L. M.; ROSSI, P. **Austeridade e retrocesso:** impactos sociais da política fiscal no Brasil. São Paulo: Fundação Friedrich Ebert, 2018.

DWECK, E.; ROSSI, P. Impactos do Novo Regime Fiscal na saúde e educação. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 32, n. 12, p. e00194316, 2016.

DWECK, E.; TEIXEIRA, R. A. **A política fiscal do governo Dilma e a crise econômica.** Campinas: Unicamp, 2017 (Texto para discussão, 303).

DWORKIN, R. **O império do direito.** Tradução de Jefferson Luiz Camargo. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

ESPING-ANDERSEN, G. **The Three Worlds of Welfare Capitalism.** Princeton: University Press, 1990.

FAGNANI, E. Austeridade e seguridade: a destruição do marco civilizatório brasileiro. In: ROSSI, P.; DWECK, E.; OLIVEIRA, A. L. M. de. **Economia para poucos:** impactos sociais da austeridade e alternativas para o Brasil. São Paulo: Autonomia Literária, 2018. p. 57-82.

FAUSTO, B. **História do Brasil.** Colaboração de Sérgio Fausto. 14ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2013.

FERNANDES, W. **RJ cria estrutura própria para atender casos de saúde que chegam à**

Justiça. 2015. Agência CNJ de Notícias. Brasília-DF. Disponível em: <<http://cnj.jus.br/noticias/cnj/80770-rj-cria-estrutura-propria-para-atender-casos-que-chegam-a-justica>>. Acesso em: 18 fev. 2018.

FERRAZ, O. L. M.; VIEIRA, F. S. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. **DADOS - Rev. Ciências Sociais**, v. 52, n. 1, p. 223-251, 2009.

FEDERAÇÃO DAS INDÚSTRIAS DE SÃO PAULO (FIESP). **A participação da indústria de transformação no PIB: novas séries, piores resultados.** São Paulo: FIESP, maio 2015. Disponível em: <<http://www.fiesp.com.br/indices-pesquisas-e-publicacoes/a-participacao-da-industria-de-transformacao-no-pib-novas-series-piores-resultados>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

_____. **O processo de desindustrialização.** São Paulo: Federação das Indústrias de São Paulo. Jan. 2011. Disponível em: <http://www.fiesp.com.br/economia/pdf/o_processo_de_desindustrializacao_jan11.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2018.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia de pesquisa científica.** Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FÓRUM 21. FUNDAÇÃO FRIEDRICH EBERT STIFTUNG (FES). GT DE MACRO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ECONOMIA POLÍTICA (SEP). PLATAFORMA DE POLÍTICA SOCIAL. **Austeridade e retrocesso: finanças públicas e política fiscal no Brasil.** São Paulo: Fórum 21/ FES/ SEP/ Plataforma Social, 2016.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. (FIOCRUZ). **A Judicialização da Política Pública de Saúde nos municípios brasileiros.** Seminário, Brasília-DF, 24. jan. 2018. Disponível em: <<https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br>>. Acesso em: 18 fev. 2018.

FURTADO, C. Estado e empresas transnacionais na industrialização periférica. **Revista de Economia Política**, v. 1, n. 1. jan-mar 1981.

GARAPON, A. **O juiz e a democracia: o guardião de promessas.** Tradução de Maria Luiza de Carvalho. Rio de Janeiro: Revan, 1999. 272 p.

GARCIA, M.; AFONSO, J. R. Regras fiscais e volatilidade cambial. In: BACHA, E. (Org.). **A crise fiscal e monetária brasileira.** 1ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016. 686 p.

GENTIL, D. L. et al. Uma análise não convencional para o problema da previdência social no Brasil: aspectos teóricos e evidências empíricas. In: PUTY, C. A. C. B.; GENTIL, D. L. (Orgs.). **A Previdência Social em 2060: as inconsistências do modelo de projeção atuarial do governo brasileiro.** Brasília: ANFIP/Dieese, 2017. p. 40-62.

GIAMBIAGI, F. O ajuste fiscal de 1999. In: BACHA, E. (Org.). **A crise fiscal e monetária brasileira.** 1ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GOMES, P. “Não lido com o cofre”, diz ministra do STF sobre judicialização da saúde.

Jornal Folha de São Paulo. São Paulo, 07 nov. 2016. Diário. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/11/1830051-nao-lido-com-o-cofre-diz-ministra-do-stf-sobre-judicializacao-da-saude.shtml>>. Acesso em: 05 dez. 2017.

GONÇALVES, R. **Nacional-desenvolvimentismo às avessas.** In: CIRCUITO DE DEBATES ECONÔMICOS., 1. **Anais...** Rio de Janeiro, IPEA, 2011.

GONÇALVES, R. **Governo Bolsonaro, Brasil 2019-22: Cenários.** Rio de Janeiro: Instituto de Economia/UFRJ, 2018 (Texto para Discussão, 16). Disponível em: <<http://www.ie.ufrj.br/index.php/publicacoes/testos-para-discussao>>. Acesso em: 19.jan. 2019.

GOODMAN, C. S. **HTA 101: Introduction to Health Care Technology Assessment.** Bethesda, MD: US National Library of Medicine, 2014.

GOULART, G. SISREG tem mais de 300 mil cadastrados, um aumento de 62,7% em relação a julho de 2017. **Jornal O Globo.** Rio de Janeiro, 04 out. 2018. Diário. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/rio/sisreg-tem-mais-de-300-mil-cadastrados-um-aumento-de-627-em-relacao-julho-de-2017-23125752>>. Acesso em: 04 out. 2018.

GUIMARÃES, R. de C. M.; PALHEIRO, P. H. Medidas adotadas para enfrentar a judicialização na Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro e a experiência da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde. **Para Entender a Gestão do SUS.** Brasília: CONASS, 2015. p. 9.

HABERMAS, J. **Direito e democracia: entre facticidade e validade.** v. 1. Tradução de Flávio Beno Siebeneichler. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997.

_____. **O Ocidente dividido: pequenos escritos políticos.** Tradução de Bianca Tavolari. 1ª ed. São Paulo: Editora Unesp, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Conta-satélite de saúde: Brasil: 2010-2013.** Rio de Janeiro: IBGE/Coordenação de Contas Nacionais, 2015.

_____. **Conta-satélite de saúde: Brasil: 2010-2015.** Rio de Janeiro: IBGE/Coordenação de Contas Nacionais, 2017.

_____. **Pnad/2008.** Pesquisa nacional por amostra de domicílios. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. Disponível em: <<https://www.ibge.org.br/pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-2008-um-panorama-da-saude-no-brasil-acesso-e-utilizacao-dos-servicos-condicoes-de-saude>>. Acesso em: 14 fev. 2018.

_____. **POF/2008-2009.** Pesquisa Nacional de Orçamentos Familiares. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/rendimentos-despesas-e-consumo/9050-pesquisas-de-orçamentos-familiares.html>. Acesso em: 14 fev.2018.

_____. **Contas Regionais 2016. IBGE. Agência de Notícias.** Contas Regionais 2016: entre as 27 unidades da federação, somente Roraima teve crescimento do PIB. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de>>

[imprensa/agencia-de-noticias/releases/contas-regionais-2016](#)>. Acesso em: 23. nov. 2018.

INSTITUTO DE ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS (INESC). **Quais despesas do governo federal são obrigatórias ou vinculadas.** Disponível em: <<http://www.inesc.org.br/noticias/noticias-gerais/2016/maio/quais-despesas-do-governo-federal-sao-obrigatorias-ou-vinculadas>>. Acesso em: 05 ago. 2016.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Desafios da Nação.** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Brasília: IPEA. 2018. vol.1. 162 p.

_____. **Mapa da Defensoria Pública no Brasil.** Brasília: ANDEP/IPEA, 2013. 84p.

JUNQUEIRA, F. Hospital Albert Schweitzer está com 20 leitos de UTI fechados há mais de 1 ano. **O Globo.** Rio de Janeiro, 02 out. 2018. Diário. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/rio/hospital-alberto-schweitzer-esta-com-20-leitos-de-uti-fechados-ha-mais-de-um-ano-23117573>>. Acesso em: 04 out. 2018.

KRUGMAN, P. The case for cuts was a lie. Why does Britain still believe it? The austerity delusion. **The Guardian.** 29 Apr 2015. Disponível em: <<https://www.theguardian.com/business/ng-interactive/2015/apr/29/the-austerity-delusion>>. Acesso em: 13 ago. 2018.

LEIVAS, P. G. C. Princípios de direito e de justiça na distribuição de recursos escassos. **Revista Bioética.** Brasília, v. 14, n. 1, p. 9-15, 2006

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” - anos 80. **Physis Revista de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 1, ano 1, p. 77-96, 1991.

MACHADO, F. R. S.; DAIN, S. A Audiência Pública da Saúde: questões para a judicialização e para a gestão de saúde no Brasil. **Rev. Adm. Pública.** Rio de Janeiro, v. 46, n. 4, p. 1017-36, jul./ago. 2012.

MACHADO, M. A. de A. et al. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. **Revista de Saúde Pública.** São Paulo, v. 45, n. 3, p. 590-8, 2011.

MARCOLINO, T. Q.; MIZUKAMI, M. G. N. Narrativas, processos reflexivos e prática profissional: apontamentos para pesquisa e formação. **Interface.** Botucatu, v. 12, n. 26, p. 541-547, 2008.

MARIZ, R. Justiça autoriza governo a importar remédios sem certificado da Anvisa. **O Globo.** Rio de Janeiro, 20 mar. 2018. Diário. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/sociedade/saude/justica-autoriza-governo-importar-remedios-sem-certificado-da-anvisa>> Acesso em: 20 mar 2018.

MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; OCKÉ-REIS, C. O. Desafios e perspectivas futuras no financiamento do SUS. In: MARQUES, R.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento.** Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde/OPAS/OMS no Brasil, 2016, p. 247-260.

MARQUES, S. B.; DALLARI, S. G. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 41, n. 1, p. 101-7, 2007.

MAZUI, G. Novo ministro da Saúde diz que atuação de médicos cubanos no Brasil parecia convênio entre Cuba e o PT. **G1.Globo**. Brasília: 20 nov. 2018. Diário. Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2018/novo-ministro-da-saude-diz-que-atuacao-de-medicos-cubanos-parecia-convenio-entre-cuba-e-o-pt>>. Acesso em: 20 nov. 2018.

MELO, M. A. **Aditamento ao voto. Recurso Extraordinário 566.471. Rio Grande do Norte**. Brasília-DF: Superior Tribunal Federal, 2016.

MENDONÇA, H. Mudança brusca fez atual crise brasileira se transformar na “pior do século”: economia do Brasil vive sua maior recessão desde os anos 1930. **El País**. Insper, 18 fev. 2016.

MENICUCCI, T. A implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. In: HOCHMAN, G. et al. (Orgs.). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 303-325.

MESQUITA, M. A política econômica do governo Dilma: a volta ao experimentalismo. In: CENTRO DE DEBATES DE POLÍTICAS PÚBLICAS. **Sob a luz do Sol, uma agenda para o Brasil: a política econômica do governo Dilma: a volta do experimentalismo**. Rio de Janeiro: CDPP, 2014, p. 3-15.

MESSEDER, A. M.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; LUIZA, V. L. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 525-534, 2005.

MEYER, P. **A irresponsabilidade médica**. São Paulo: Editora Unesp, 2002.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (MPRJ). **MPRJ ajuíza ACP contra a União por sistema de informações que mascara baixos investimentos na Saúde do Estado do Rio**. 2018. Disponível em: <<http://www.mprj.mp.br/web/guest/home/-/detalhe-noticia/visualizar/58601>>. Acesso em: 25 jun. 2018.

MONTESQUIEU, C. de S. **O espírito das leis/Montesquieu**. Tradução de Cristina Murachco. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

NAFFAH FILHO, M.; CHIEFFI, A. L.; CORREA, M. M. S-Codes: um novo sistema de informações sobre ações judiciais da Secretaria de Saúde de São Paulo. **Boletim Epidemiológico da SES-SP**. São Paulo: SES-SP, 2010.

NASCIMENTO, J. M. do. **A judicialização da saúde sob a perspectiva da gestão local: um estudo da experiência de Saquarema – RJ**. 2013. 111f. Dissertação (Mestrado Profissional) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

NOTÍCIAS/AGÊNCIA-SAÚDE. **CNJ e Ministério da Saúde lançam ferramenta de apoio**

ao judiciário para ações em saúde. Brasília-DF: MS, 21 nov. 2017. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/41905-cnj-e-ministerio-da-saude-lancam-ferramenta-de-apoio-ao-judiciario-para-acoes-em-saude>> Acesso em: 02 mar. 2018.

_____. **Liminar aponta “afrenta a concorrência” em compra para doenças raras.** Brasília-DF: MS, 28 fev. 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42669-liminar-aponta-afrenta-a-concorrenca-em-compra-para-doencas-raras>>. Acesso em: 02 mar. 2018.

NUNES, R. P. **Judicialização No Âmbito Do Sistema Único de Saúde:** um estudo descritivo sobre o custo das ações judiciais na saúde pública do município de Juiz de Fora. 2016. 95f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2016.

NEWDICK, C. *Who should we treat? Rights, rationing, and resources in the NHS.* Oxford: Oxford University Press, 2005.

OCKÉ-REIS, C. O.; GAMA, F. N. de. **Radiografia do gasto tributário em saúde: 2003-2013.** Brasília: Ipea, maio 2016 (Nota Técnica, 19).

OCKÉ-REIS, C. O.; FERNANDES, A. M. P. **Descrição do gasto tributário em Saúde – 2003 a 2015.** Brasília: Ipea, abril 2018 (Nota Técnica, 48).

OLIVEIRA, F. de. **A Economia Brasileira:** crítica à razão dualista. Petrópolis: Editora Vozes, 1981.

OLIVEIRA, V. de E. **Judiciário e Privatizações no Brasil: existe uma judicialização da política? DADOS – Revista de Ciências Sociais.** Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, p. 559-587, 2005.

OLIVEIRA, M. dos R. M. et al. **Judicialização da saúde: para onde caminham as produções científicas? Saúde em Debate.** Rio de Janeiro, v. 39, p. 525-535, 2015.

ORAIR, R. O.; GOBETTI, S. W. **O gasto público e o ciclo da política fiscal: 1999-2014.** Monografia Prêmio SOF - 1º lugar, Tema 1 – Qualidade do Gasto Público, 2015.

ORAIR, R. O.; GOBETTI, S. W.; SIQUEIRA, F. F. **Política fiscal e ciclo econômico:** uma análise baseada em multiplicadores do gasto público. Prêmio Tesouro Nacional de Monografias – 2º lugar, 2016.

OREIRO, J. L.; MARCONI, N. **O novo-desenvolvimentismo e seus críticos.** Cadernos do Desenvolvimento, v. 11, n. 19, p. 167-179, jul.-dez, 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil.** Brasília: OPAS-Brasil; Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Indicadores Básicos – Situação da Saúde nas Américas – 2018.** Disponível em: <iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49511/IndicadoresBasicos2018_spa.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2018.

ORGANIZAÇÃO PARA COOPERAÇÃO ECONÔMICA (OCDE). **Gastos em saúde em relação ao PIB-2012**. Disponível em: <https://www.oecd-library.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statics/oecd-health-dataeconomic-references_dat00548>. Acesso em: 02 jan. 2017.

PANDOLFO, M.; DELDUQUE, M. C.; GORETI A. R. Aspectos jurídicos e sanitários condicionantes para o uso da via judicial no acesso aos medicamentos no Brasil. **Rev. Salud Publica**, v. 14, n. 2, p. 340-349, 2012.

PAULA, L. F. Perspectivas para a economia brasileira. **Jornal dos Economistas**. Rio de Janeiro, n. 353, p. 8, jan 2019.

PASSARINHO, P. A ponte para o futuro de Temer: qual ponte, qual futuro? **Jornal dos Economistas**. Rio de Janeiro, n. 352, p. 5-8, dez 2018.

POCHMANN, M. Novo ciclo político da economia? **Jornal dos Economistas**. Rio de Janeiro, n. 352, p. 3-4, dez 2018.

PASTORE, A. C. Desajuste fiscal e inflação. In: BACHA, E. (Org.). **A crise fiscal e monetária brasileira**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

PANERAI, R. B.; PEÑA-MOHR, J. P. **Health Technology Assessment Methodologies for developing countries**. Washington: PAHO, 1989.

PENIDO, A.; ROCHA, G. CNJ e Ministério da Saúde lançam ferramenta de apoio ao judiciário para ações em saúde. **Agência Saúde**. Brasília-DF, 2017. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia/saude/41905-cnj-e-ministerio-da-saude-lancam-ferramenta-de-apoio-ao-judiciario-para-aco-es-em-saude>>. Acesso em: 02 mar. 2018.

PEPE, V. L. E. et al. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2.405-2.414, 2010.

PEREIRA, J. R. et al. Análise das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 3.551-3560, 2007.

PIANCASTELLI, M.; PEREIRA, F. **Gasto público federal**: análise da despesa não-financeira. Brasília: IPEA, ago. 1996 (Texto Para Discussão, 431).

PIKETTY, Thomas. **O capital no século XXI**. Tradução de Mônica Baumgarten de Bolle. 1ª ed. - Rio de Janeiro: Intrínseca, 2014.

PIOLA, S. F. Tendências do financiamento da saúde. **Debates GV Saúde**. Rio de Janeiro, v. 2, p. 12-14, 2006.

PIOLA, S. F. et al. **Financiamento Público da Saúde**: uma história à procura de rumo. Rio de Janeiro: IPEA, 2013.

POGREBINSCHI, T. **Judicialização ou representação?** Política, direito e democracia no

Brasil. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

POLANYI, K. **A grande transformação**: as origens da nossa época. Tradução de Fanny Wrobel. 2ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

PORTUGAL, M. Política fiscal na primeira fase do plano real, 1993-1997. In: BACHA, E. (Org.). **A crise fiscal e monetária brasileira**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

PUTY, C. A. et al. Quão acuradas são as projeções financeiras e atuariais do Regime Geral de Previdência Social? In: PUTY, C. A.; GENTIL, D. L. (Orgs.). **A Previdência Social em 2060**: as inconsistências do modelo de projeção atuarial do governo brasileiro. Brasília: ANFIP/DIEESE; Plataforma Política Social, 2017.

RASELLA, D. et al. **Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: a nationwide microsimulation study**. May, 22, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002570>>. Acesso em: 12 ago. 2018.

RIBEIRO, J. Presidenciáveis pregam mais dinheiro para saúde, mas não dizem como vão aumentar o orçamento. **Jornal O Globo**. Diário. Rio de Janeiro, 17 set. 2018.

ROSSI, P.; DWECK, E.; OLIVEIRA, A. L. M. de. **Economia para poucos**: impactos sociais da austeridade e alternativas para o Brasil. São Paulo: Autonomia Literária, 2018.

SANT'ANA, J. M. B. et al. Essencialidade e assistência farmacêutica: considerações sobre o acesso a medicamentos mediante ações judiciais no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 29, n. 2, p. 138-144, 2011.

SANTOS, L. SUS: contornos jurídicos da integralidade da atenção à saúde. In: AMARAL, G. (Org.). **Direito, escassez & escolha**. Rio de Janeiro: Renovar, 2001. p. 142.

SAMPAIO, M. A. **A medida provisória no presidencialismo brasileiro**. São Paulo: Malheiros, 2007.

SAMPAIO JR., P. A. Acima de tudo e de todos, a tirania do mercado. **Jornal dos Economistas**. Rio de Janeiro, n. 353, p. 3, jan 2019.

SAWAYA, R. Há racionalidade no caos? **Jornal dos Economistas**. Rio de Janeiro, n. 353, p. 6-7, jan 2019.

SCHEFFER, M.; BAHIA, L.; BRAGA, I. F. **A saúde nos programas dos candidatos à Presidência da República do Brasil em 2018**: uma análise sobre a relevância das proposições para a melhoria da rede de serviços e da saúde da população. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/sistemas-de-saude/saude-nos-programas-dos-candidatos-presidencia-em2018/37077>>. Acesso em: 25 set. 2018.

SCHIMIDT, S. Prefeitura do Rio reduz orçamento destinado à área da saúde para o ano que vem. **Jornal O Globo**, 03 out. 2018. Diário. Disponível em:

<<https://oglobo.globo.com/rio/prefeitura-do-rio-reduz-orcamento-destinado-area-da-saude-para-o-ano-que-vem-1-23122279>>. Acesso em: 04 out. 2018.

SCHYMURA, L. G. Ajuste fiscal é imprescindível, mas quais as chances de que seja feito em 2019? Carta do IBRE. **Conjuntura Econômica**, jul. 2018.

SCHUMPETER, J. A. **Capitalismo, socialismo e democracia**. Tradução de Luiz Antônio Oliveira de Araújo. São Paulo: Editora da Unesp, 2017.

SERRANO, F.; SUMMA, R. **Demanda agregada e a desaceleração do crescimento econômico brasileiro de 2011 a 2014**. Washington, D.C.: Center for Economic and Policy Research, ago. 2015.

SILVEIRA, F. G.; OSORIO, R. G.; PIOLA, S. F. Os gastos das famílias com saúde. In: _____. (Org.). **Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas**. Brasília: Ipea, 2007. v. 1.

SIQUEIRA, P. S. F. Judicialização em saúde no Estado de São Paulo. In: CONASS. (Org.). **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2015.

SOUZA, M. de. Gastos com 10 remédios mais pedidos na Justiça para o SUS é de quase R\$1 bi. **FOLHA-UOL Notícias**. São Paulo. Diário. 06 abr. 2017. Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2017/04/06/gasto-com-10-remedios-mais-pedidos-na-justica-para-o-sus-chega-a-r-1-bi.htm>>. Acesso em: 06 abr. 2017.

STIGLITZ, J. E. **A austeridade estrangulou o Reino Unido**. Apenas o Partido Trabalhista poderá relegá-la à história. Rio de Janeiro: CEBES, 2017.

_____. **The price of inequality**. Nova York: Penguin Books, 2012.

SUPERIOR TRIBUNAL FEDERAL (STF). **Recurso Extraordinário 566.471 Rio Grande do Norte. Aditamento ao Voto proferido em 15 de setembro de 2016**. Ministro Marco Aurélio Melo. Brasília-DF. Disponível em: <<https://www.portal.stf.jus/processos/detalhes.asp?incidente=2565078>>. Acesso em: 02 mar. 2018.

_____. **Suspensão de Tutela Antecipada nº 175/CE**. Voto do Ministro Gilmar Mendes. 2009. Brasília-DF. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaSTF/anexo/STA175.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2017.

TATE, C. N. Why the expansion of Judicial Power? In: TATE, C. N.; VALLINDER, T. (Orgs.). **The global expansion of Judicial Power**. New York, London: New York University Press, 1995.

TEIXEIRA, F.; OUCHANA, G. Prefeitura vai reduzir atendimentos nas Clínicas da Família para poder cortar gastos. **Jornal O Globo**. Rio de Janeiro, 04 out. 2018. Diário. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/rio/prefeitura-vai-reduzir-atendimentos-nas-clinicas-da-familia-para-poder-cortar-gastos-23125809>>. Acesso em: 04 out. 2018.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (TCU). **Acórdão nº 1787/2017 - TCU – PLENÁRIO**. Disponível em: <www.tcu.gov.br/autenticidade>. Acesso em: 13 maio 2018.

_____. **Acórdão nº 693/2014, Plenário, de 26 de março de 2014. Voto do Ministro Benjamim Zymler**. Relatório Sistêmico de Fiscalização de Saúde. FISCOSAÚDE. Brasília-DF, 2014. Disponível em: <<https://contas.tcu.gov.br/pesquisaJurisprudencia/#/pesquisa/acordao-completo>>. Acesso em: 02 mar. 2018.

_____. **Decisão nº 143/2002, Plenário, de 16 de março de 2002**. Decide sobre consulta formulada pela comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados sobre o significado da expressão “ano anterior” na Emenda Constitucional 29/2000, que trata do piso de recursos para a saúde. Brasília-DF, 2002. Disponível em: <<https://contas.tcu.gov.br/pesquisaJurisprudencia/#/detalhamento/11/emenda-constitucional-29>>. Acesso em: 02 mar. 2018.

_____. **Processo 032.324/2013-1. Relator Ministro Benjamim Zymler**. Relatório Sistêmico de Fiscalização de Saúde. FISCOSAÚDE. Brasília-DF, 2014. Disponível em: <<https://contas.tcu.gov.br/pesquisaJurisprudencia/#/pesquisa/acordao-completo/326420131.Proc>> Acesso em: 02 mar. 2018.

TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORAL (TSE). **Propostas de Governo dos Candidatos ao Cargo de Presidente da República**. 2018. Brasília-DF. Disponível em: <<http://www.tse.jus.br/eleicoes-2018/propostas-de-candidatos>> Acesso em: 20. set. 2018.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M.; PIOLA, S.F. Financiamento e Alocação de Recursos em Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. 1100p.

VELOSO, F. A.; VILLELA, A.; GIAMBIAGI, F. Determinantes do “milagre” econômico brasileiro (1968-1973): uma análise empírica. **Revista Brasileira de Economia**. Rio de Janeiro, v. 62, n. 2, p. 221-246, abr/jun. 2008.

VENTURA, M. et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 77-100, 2010.

VIDOTTI, C. C. F.; CASTRO, L. L. C.; CALIL, S. S. New drugs in Brazil: do they meet Brazilian public health needs? **Rev Panam Salud Publica**, v. 24, n. 1, p. 36-45, 2008.

VIANNA, L. W. et al. **A judicialização da política e das relações sociais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 1999.

VIANNA, L. W.; BURGOS, M. B. Entre princípios e regras: cinco estudos de caso de Ação Civil Pública. **Dados: Revista de Ciências Sociais**. Rio de Janeiro, v. 48, n. 4, p. 777-843, 2005.

_____. **Revolução processual do direito e democracia progressiva**. In: VIANNA, L. W.

- (Org.). **A democracia e os três poderes**. Rio de Janeiro: IUPERJ/FAPERJ, 2002. p.337-491.
- VIANNA, S. W.; VIANNA, M. L. W. **Qual padrão de desenvolvimento? Cenários macroeconômicos no longo prazo**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2015.
- VIEIRA, F. S. **Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas?** Brasília: Ipea, 2016a. (Nota Técnica, 26).
- _____. **Evolução do gasto com medicamentos do sistema único de saúde no período de 2010 a 2016**. Revista do IPEA. Brasília, v. 2.356, p. 46, 2018.
- _____. **Garantia do direito à saúde, judicialização e o mito de que os recursos não são escassos: Desafios atuais e futuros do Estado brasileiro**. In: Congresso CONSAD de Gestão Pública. IX., 8-10, jun., 2016b. Brasília-DF. (p. 231).
- VIEIRA, F. S.; SANTOS, I.S.; OCKÉ-REIS, C.; RODRIGUES, P.H.A. **Políticas sociais e austeridade fiscal: como as políticas sociais são afetadas pelo austericídio da agenda neoliberal no Brasil e no mundo**. Rio de Janeiro, CEBES, 2018, 64 p.
- VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, v. 10, n. 3, p. 1-28, 2016b.
- _____. **Os impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. Brasília: Ipea, 2016a (Nota Técnica, 28).
- VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F. **Restos a pagar de despesas com ações e serviços públicos de saúde da União: impactos para o financiamento federal do Sistema Único de Saúde e para a elaboração das contas de saúde**. Brasília: Ipea, 2016. (Texto para Discussão, 2.225).
- VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. **Revista de Saude Publica**, v. 41, n. 2, p. 214-22, 2007.
- VIVIANE, L. “A dor tem pressa”, diz Carmem Lúcia em evento sobre judicialização da saúde. **JOTA**, 07 nov. 2016. Disponível em: <<http://www.jota.info/dor-tem-pressa-diz-carmem-lucia-em-evento-sobre-judicializacao-da-saude>>. Acesso em: 05 dez. 2016.
- WAPSHOOTT, N. **Keynes x Hayek: as origens – e a herança – do maior duelo econômico da história**. Tradução de Ana Maria Mandim. 1ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2016.
- WANG, D. W. L. et al. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. **Rev. Adm. Pública**. Rio de Janeiro, v. 48 n. 5, p. 1191-1206. 2014.
- WATANABE, M.; CARRO, R. Seis Estados à beira do colapso somam rombo superior a R\$74 bi. **Valor Econômico**. Diário. 21. jan. 2019. Disponível em: <<https://www.valor.com.br/brasil/seis-estados-beira-do-colapso-somam-rombo-superior->

[74bi](#)>. Acesso em: 21. jan. 2019.

ZIULKOSKI, P. **Prefeituras investem hoje 22,5% de sua arrecadação em saúde.** Brasília: CNM, 22. jan. 2018. Disponível em: <<http://www.cnm.org.br/comunicacao/noticias/prefeituras-investem-hoje-22-5-de-sua-arrecadacao-em-saude-afirma-ziulkoski>>. Acesso em: 02 fev. 2018.

ANEXO A – Recomendação nº 31, de 30 de março de 2010*Conselho Nacional de Justiça***RECOMENDAÇÃO Nº 31 DE 30 DE MARÇO DE 2010**

Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde.

O PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA – CNJ, no uso de suas atribuições, e

CONSIDERANDO o grande número de demandas envolvendo a assistência à saúde em tramitação no Poder Judiciário brasileiro e o representativo dispêndio de recursos públicos decorrente desses processos judiciais;

CONSIDERANDO a relevância dessa matéria para a garantia de uma vida digna à população brasileira;

CONSIDERANDO que ficou constatada na Audiência Pública nº 4, realizada pelo Supremo Tribunal Federal para discutir as questões relativas às demandas judiciais que objetivam o fornecimento de prestações de saúde, a carência de informações clínicas prestadas aos magistrados a respeito dos problemas de saúde enfrentados pelos autores dessas demandas;

A blue ink signature, appearing to be a stylized 'S' or similar character, written in a cursive style.

CONSIDERANDO que os medicamentos e tratamentos utilizados no Brasil dependem de prévia aprovação pela ANVISA, na forma do art. 12 da Lei 6.360/76 c/c a Lei 9.782/99, as quais objetivam garantir a saúde dos usuários contra práticas com resultados ainda não comprovados ou mesmo contra aquelas que possam ser prejudiciais aos pacientes;

CONSIDERANDO as reiteradas reivindicações dos gestores para que sejam ouvidos antes da concessão de provimentos judiciais de urgência e a necessidade de prestigiar sua capacidade gerencial, as políticas públicas existentes e a organização do sistema público de saúde;

CONSIDERANDO a menção, realizada na audiência pública nº 04, à prática de alguns laboratórios no sentido de não assistir os pacientes envolvidos em pesquisas experimentais, depois de finalizada a experiência, bem como a vedação do item III.3, "p", da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde;

CONSIDERANDO que, na mesma audiência, diversas autoridades e especialistas, tanto da área médica quanto da jurídica, manifestaram-se acerca de decisões judiciais que versam sobre políticas públicas existentes, assim como a necessidade de assegurar a sustentabilidade e gerenciamento do SUS;

CONSIDERANDO, finalmente, indicação formulada pelo grupo de trabalho designado, através da Portaria nº 650, de 20 novembro de 2009, do Ministro Presidente do Conselho Nacional de Justiça, para proceder estudos e propor medidas que visem aperfeiçoar a prestação jurisdicional em matéria de assistência à saúde;

RESOLVE:

I. Recomendar aos Tribunais de Justiça dos Estados e aos Tribunais Regionais Federais que:

a) até dezembro de 2010 celebrem convênios que objetivem disponibilizar

 2

apoio técnico composto por médicos e farmacêuticos para auxiliar os magistrados na formação de um juízo de valor quanto à apreciação das questões clínicas apresentadas pelas partes das ações relativas à saúde, observadas as peculiaridades regionais;

b) orientem, através das suas corregedorias, aos magistrados vinculados, que:

b.1) procurem instruir as ações, tanto quanto possível, com relatórios médicos, com descrição da doença, inclusive CID, contendo prescrição de medicamentos, com denominação genérica ou princípio ativo, produtos, órteses, próteses e insumos em geral, com posologia exata;

b.2) evitem autorizar o fornecimento de medicamentos ainda não registrados pela ANVISA, ou em fase experimental, ressalvadas as exceções expressamente previstas em lei;

b.3) ouçam, quando possível, preferencialmente por meio eletrônico, os gestores, antes da apreciação de medidas de urgência;

b.4) verifiquem, junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisas (CONEP), se os requerentes fazem parte de programas de pesquisa experimental dos laboratórios, caso em que estes devem assumir a continuidade do tratamento;

b.5) determinem, no momento da concessão de medida abrangida por política pública existente, a inscrição do beneficiário nos respectivos programas;

c) incluam a legislação relativa ao direito sanitário como matéria individualizada no programa de direito administrativo dos respectivos concursos para ingresso na carreira da magistratura, de acordo com a relação mínima de disciplinas estabelecida pela Resolução 75/2009 do Conselho Nacional de Justiça;

d) promovam, para fins de conhecimento prático de funcionamento, visitas dos magistrados aos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, bem como às unidades de saúde pública ou conveniadas ao SUS, dispensários de

medicamentos e hospitais habilitados em Oncologia como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - UNACON ou Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - CACON;

II. Recomendar à Escola Nacional de Formação e Aperfeiçoamento de Magistrados – ENFAM, à Escola Nacional de Formação e Aperfeiçoamento de Magistrados do Trabalho – ENAMAT e às Escolas de Magistratura Federais e Estaduais que:

- a) incorporem o direito sanitário nos programas dos cursos de formação, vitaliciamento e aperfeiçoamento de magistrados;
- b) promovam a realização de seminários para estudo e mobilização na área da saúde, congregando magistrados, membros do ministério público e gestores, no sentido de propiciar maior entrosamento sobre a matéria;

Publique-se e encaminhe-se cópia desta Recomendação a todos os Tribunais.

Ministro **GILMAR MENDES**



ANEXO B – Resolução nº 107, de 3 de abril de 2010



Conselho Nacional de Justiça

RESOLUÇÃO Nº 107, DE 6 ABRIL DE 2010

Institui o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde

O PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, no uso de suas atribuições constitucionais e regimentais, e,

CONSIDERANDO o elevado número e a ampla diversidade dos litígios referentes ao direito à saúde, bem como o forte impacto dos dispêndios decorrentes sobre os orçamentos públicos;

CONSIDERANDO os resultados coletados na audiência pública nº 04, realizada pelo Supremo Tribunal Federal para debater as questões relativas às demandas judiciais que objetivam prestações de saúde;

CONSIDERANDO o que dispõe a Recomendação nº 31 do Conselho Nacional de Justiça, de 30 de março de 2010;

CONSIDERANDO o deliberado pelo Plenário do Conselho Nacional de Justiça na 102ª Sessão Ordinária, realizada em 6 de abril de 2010, nos autos do ATO 0002243-92.2010.2.00.0000;

A large, stylized handwritten signature in black ink, consisting of a single continuous line that forms a shape resembling a large 'S' or a similar abstract mark.

RESOLVE:

Art. 1º Fica instituído, no âmbito do Conselho Nacional de Justiça, o Fórum Nacional para o monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde, com a atribuição de elaborar estudos e propor medidas concretas e normativas para o aperfeiçoamento de procedimentos, o reforço à efetividade dos processos judiciais e à prevenção de novos conflitos.

Art. 2º Caberá ao Fórum Nacional:

I - o monitoramento das ações judiciais que envolvam prestações de assistência à saúde, como o fornecimento de medicamentos, produtos ou insumos em geral, tratamentos e disponibilização de leitos hospitalares;

II - o monitoramento das ações judiciais relativas ao Sistema Único de Saúde;

III - a proposição de medidas concretas e normativas voltadas à otimização de rotinas processuais, à organização e estruturação de unidades judiciárias especializadas;

IV - a proposição de medidas concretas e normativas voltadas à prevenção de conflitos judiciais e à definição de estratégias nas questões de direito sanitário;

V - o estudo e a proposição de outras medidas consideradas pertinentes ao cumprimento do objetivo do Fórum Nacional.

Art. 3º No âmbito do Fórum Nacional serão instituídos comitês executivos, sob a coordenação de magistrados indicados pela Presidência e/ou pela Corregedoria Nacional de Justiça, para coordenar e executar as ações de natureza específica, que forem consideradas relevantes, a partir dos objetivos do artigo anterior.



Parágrafo único. Os relatórios de atividades do Fórum deverão ser apresentados ao Plenário do CNJ semestralmente.

Art. 4º O Fórum Nacional será integrado por magistrados atuantes em unidades jurisdicionais, especializadas ou não, que tratem de temas relacionados ao objeto de sua atuação, podendo contar com o auxílio de autoridades e especialistas com atuação nas áreas correlatas, especialmente do Conselho Nacional do Ministério Público, do Ministério Público Federal, dos Estados e do Distrito Federal, das Defensorias Públicas, da Ordem dos Advogados do Brasil, de universidades e outras instituições de pesquisa.

Art. 5º Para dotar o Fórum Nacional dos meios necessários ao fiel desempenho de suas atribuições, o Conselho Nacional de Justiça poderá firmar termos de acordo de cooperação técnica ou convênios com órgãos e entidades públicas e privadas, cuja atuação institucional esteja voltada à busca de solução dos conflitos já mencionados precedentemente.

Art. 6º O Fórum Nacional será coordenado pelos Conselheiros integrantes da Comissão de Relacionamento Institucional e Comunicação.

Art. 7º Caberá ao Fórum Nacional, em sua primeira reunião, a elaboração de seu programa de trabalho e cronograma de atividades.

Art. 8º As reuniões periódicas dos integrantes do Fórum Nacional poderão adotar o sistema de videoconferência, prioritariamente.

Art. 9º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Ministro **GILMAR MENDES**



ANEXO C – Recomendação nº 36, de 12 de julho de 2011



Conselho Nacional de Justiça

RECOMENDAÇÃO Nº 36 , DE 12 DE JULHO DE 2011.

Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, com vistas a assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde suplementar.

O PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ), no uso de suas atribuições;

CONSIDERANDO que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada e que são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle (arts. 197 e 199 da Constituição da República),

CONSIDERANDO que os planos de saúde constituem forma contratual de assistência à saúde, regulamentada pela Lei nº 9.656/1998,

CONSIDERANDO o crescente número de demandas envolvendo a assistência à saúde suplementar em tramitação no Poder Judiciário brasileiro,

A small, handwritten signature in black ink, appearing to be the name of the President of the Conselho Nacional de Justiça.



Conselho Nacional de Justiça

CONSIDERANDO que o Poder Judiciário tem buscado a mediação como melhor forma de solução de conflitos,

CONSIDERANDO a decisão plenária da 130ª Sessão Ordinária, de 5 de julho de 2011, deste Conselho Nacional de Justiça, exarada nos autos do Ato nº 0003257-77.2011.2.00.0000,

RESOLVE:

I – Recomendar aos Tribunais de Justiça dos Estados e Tribunais Regionais Federais que:

a) celebrem convênios que objetivem disponibilizar apoio técnico, sem ônus para os Tribunais, composto por médicos e farmacêuticos, indicados pelos Comitês Executivos Estaduais, para auxiliar os magistrados na formação de um juízo de valor quanto à apreciação das questões clínicas apresentadas pelas partes, observadas as peculiaridades regionais;

b) facultem às operadoras interessadas o cadastramento de endereços para correspondência eletrônica junto às Comarcas, Seções e Subseções Judiciárias, com vistas a facilitar a comunicação imediata com os magistrados, e, assim, fortalecer a mediação e possibilitar a autorização do procedimento pretendido ou a solução amigável da lide, independentemente do curso legal e regular do processo;

c) orientem os magistrados vinculados, por meio de suas corregedorias, a fim de que oficiem, quando cabível e possível, à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), ao Conselho Federal de Medicina (CFM), ao Conselho Federal de Odontologia (CFO), para se manifestarem acerca da matéria debatida dentro das atribuições de cada órgão, específica e respectivamente sobre obrigações regulamentares das operadoras, medicamentos, materiais, órteses, próteses e tratamentos experimentais. *ts*



Conselho Nacional de Justiça

II – Recomendar à Escola Nacional de Formação e Aperfeiçoamento de Magistrados (ENFAM) e às Escolas de Magistratura Estaduais e Federais que promovam a realização de seminários para estudo e mobilização na área da saúde, congregando magistrados, membros do Ministério Público e operadoras, a fim de propiciar maior entrosamento sobre a matéria.

III – Recomendar aos Comitês Executivos Estaduais que incluam, dentre os seus membros, um representante de planos de saúde suplementar, no intuito de fomentar o debate com as operadoras, diante dos dados constantes em seus arquivos.

Publique-se e encaminhe-se cópia desta Recomendação a todos os Tribunais.

A stylized, handwritten signature in black ink, appearing to be 'Cezar Peluso'.

Ministro **Cezar Peluso**
Presidente

ANEXO D – Judicialização da Saúde no Brasil: desafios para a mediação

ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL: Desafios para a mediação

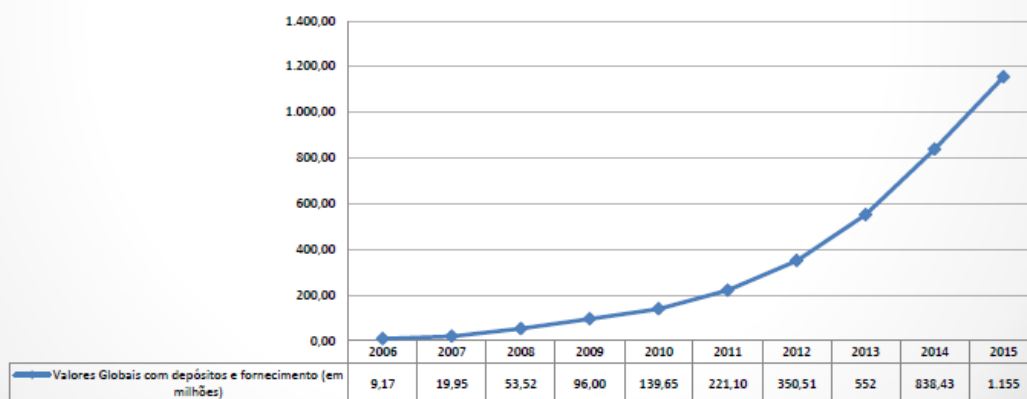
Brasília, abril/2017

1. Introdução

- A judicialização é uma forma de acesso às ações e serviços públicos de saúde.
- Esta garantia constitucional, quando utilizada de forma indevida, gera efeitos negativos, com impactos orçamentários e financeiros capazes de afetar a execução das políticas públicas de saúde, destacando-se as ações judiciais na área de assistência farmacêutica e oncológica.

2. Perfil, Volume e Impacto Financeiro da Judicialização no âmbito da União

- Abrupto crescimento de gastos públicos → de cerca de R\$ 9,17 milhões em 2006 para mais de R\$ 1 bilhão em 2015. Mesmo contabilizando apenas os custos com depósitos e fornecimentos, houve um aumento de mais de 700%.



Fonte: Cálculos CODEJUR a partir de dados CDJU/MS, 2016

2. Perfil, Volume e Impacto Financeiro da Judicialização no âmbito da União

- Muitas vezes a judicialização cria injustiças, dos mais de 1 bilhão de reais gastos para atender a 4.855 pacientes/autores em razão do cumprimento de ordens judiciais, R\$ 845.175.420,03 foram para o atendimento de apenas 1.174 pacientes. Ou seja, na judicialização, 24% das demandas consumiram 77% dos recursos;
- Segundo dados do próprio CNJ*, a cada ano, para cada dez novas demandas propostas, apenas três demandas antigas são resolvidas. Some-se a este preocupante dado o fato de que **se encontram pendentes cerca de 93 milhões de feitos no âmbito do Poder Judiciário.**

*Conselho Nacional de Justiça

3. Diagnóstico

- Desequilíbrio na distribuição dos recursos quando o atendimento ocorre pela via judicial, desorganização do sistema, custos muito altos;
- Se por um lado, cada vez mais o Poder Judiciário vem interferindo na essencial atividade do Executivo e Legislativo de desenhar e implementar políticas públicas. Por outro lado, o próprio Poder Judiciário percebeu que as causas em saúde são um grande problema, pois representam uma grande parte das milhões de ações que tramitam;
- Inexistência de um levantamento preciso, de âmbito nacional, da dimensão do fenômeno que se convencionou chamar de judicialização da Saúde, tampouco do seu impacto para todo o SUS e seus usuários.

- Tendo em vista todos os desafios expostos, o Excelentíssimo Senhor Ministro de Estado da Saúde, por meio do Memorando Circular nº 025/2016/GM/MS, criou um Grupo de Trabalho **para discutir, entre outros pontos, a viabilidade da mediação como alternativa à judicialização das políticas públicas de saúde no Brasil**, pela solução administrativa dos conflitos.

4. Desafios a serem Enfrentados em uma Proposta de Mediação

- Valorização dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde;
- Necessidade de se prestigiar a capacidade gerencial do gestor, as políticas públicas existentes e a organização do sistema público de saúde;
- Atenção ao problema de se criar filas paralelas (fura-fila);
- Valorização da Regulação (Portaria GM nº. 1.559/2008/MS);
- Reinserção do paciente no Sistema Único de Saúde;
- Não fornecimento de medicamentos/tratamentos que não estejam dentro de listas/protocolos do SUS;
- Estímulo à implementação e melhoria da Regulação por todos os entes;
- Recuperação da confiança no SUS por parte do paciente;
- Resgate da confiança no SUS por parte de todas as entidades envolvidas na judicialização (Justiça/ Defensoria Pública/Ministério Público);

4. Desafios a serem Enfrentados em uma Proposta de Mediação

- Busca de diálogo e interação entre o sistema de justiça e o sistema de saúde, de modo a harmonizar ambas as vertentes;
- Oportunidade de qualificar melhor a ação judicial ao se exigir que o paciente apresente documentação completa (receituário, relatório médico, ineficácia do tratamento oferecido pelo SUS, negativa da administração, etc);
- Maior informação do magistrado/defensor/MP a respeito dos protocolos e listas do SUS a serem seguidos (política pública de saúde);
- Oportunidade de informar o paciente sobre os caminhos a serem seguidos para se obter diretamente determinada prestação de saúde;
- Oportunidade de redução dos custos na aquisição de medicamentos/insumos em grande escala;
- Oportunidade de se acompanhar a evolução do tratamento do paciente;
- Hoje em dia faltam dados para se mensurar o real impacto das iniciativas já implementadas de mediação.

CONTATOS:

Consultoria Jurídica da Advocacia Geral da União junto ao Ministério da Saúde – CONJUR/MS

Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, bloco G – 6º andar
Telefones: (61) 3315-2304 e 3315-3329 E-mail: conjur@saude.gov.br

**ANEXO E – Judicialização da Saúde no Brasil: principais projetos desenvolvidos pela
Coordenação de Assuntos Judiciais**



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL:

Principais Projetos Desenvolvidos pela Coordenação de
Assuntos Judiciais

Palestrante: Christabelle-Ann Xavier

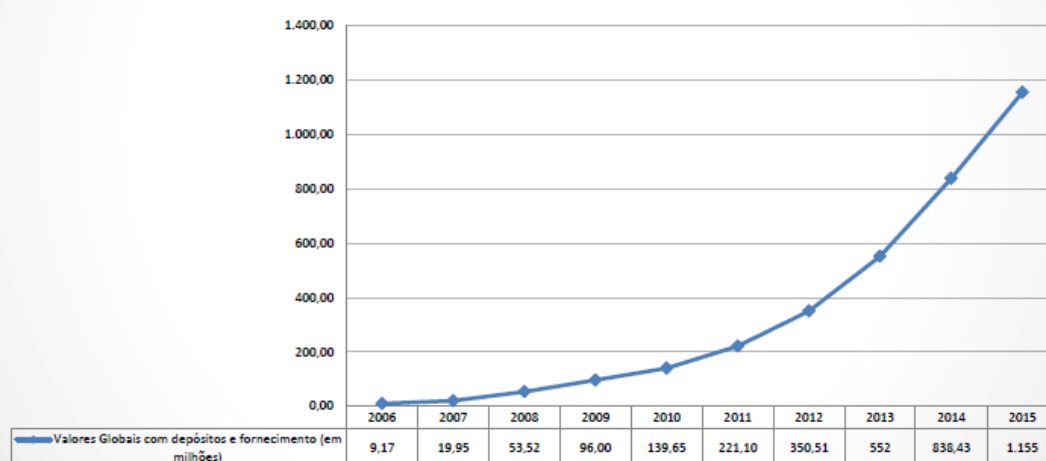
Brasília, maio/2017

Introdução

- A judicialização é uma forma de acesso às ações e aos serviços públicos de saúde.
- Esta garantia constitucional, quando utilizada de forma indevida, gera efeitos negativos, com impactos orçamentários e financeiros capazes de afetar a execução das políticas públicas de saúde, destacando-se as ações judiciais na área de assistência farmacêutica e oncológica.

Perfil, Volume e Impacto Financeiro da Judicialização no âmbito da União

- Abrupto crescimento de gastos públicos (global) → de cerca de R\$ 9,17 milhões em 2006 para mais de R\$ 1 bilhão em 2015.



Fonte: Cálculos CODEJUR a partir de dados CDJU/MS

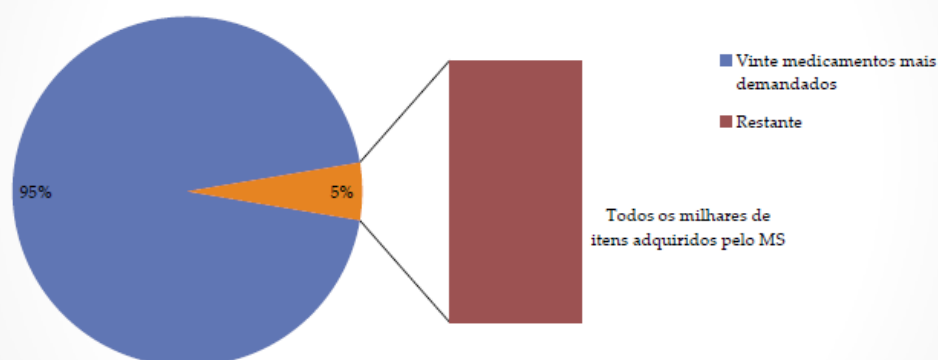
Perfil, Volume e Impacto Financeiro da Judicialização no âmbito da União

Medicamentos com maior impacto financeiro em 2015

Nome dos medicamentos de alto custo	valor empenhado
1) Eculizumabe, 10 Mg/ML, Solução Injetável	R\$ 369.963.304,00
2) Galsulfase, 1 Mg/ML, Concentrado para Perfusão Injetável	R\$ 167.178.583,82
3) Idursulfase, 2 Mg/ML, Solução p/ Infusão Venosa	R\$ 84.252.421,17
4) Elosulfase Alfa, 1 Mg/ML, Solução Injetável	R\$ 70.635.232,53
5) Alfagalsidase, 1 Mg/ML, Solução p/ Infusão	R\$ 69.212.543,91
6) Betagalsidase, 35 Mg, Pó Liófilo p/ Injetável	R\$ 46.651.215,22
7) Lomitapida, 10 Mg	R\$ 41.420.509,51
8) Alfaglicosidade	R\$ 20.11.036,75
9) Atalureno, 250 Mg, Granulado para Suspensão Oral	R\$ 18.049.541,95
10) Laronidase 0,58mg/ml	R\$ 16.617.078,12
11) Inibidor de Esterase, Inibidor de Esterase C1 Humana, 500 Ui, Pó Liófilo para Injetar	R\$ 14.088.143,71
12) Lomitapida, 5 Mg	R\$ 8.565.831,93
13) Abiraterona Acetato 250 mg	R\$ 5.201.781,60
14) Brentuximabe Vedotina 50mg	R\$ 4.942.901,16
15) Atalureno, 1000 Mg, Granulado para Suspensão Oral	R\$ 4.748.643,28
16) Terizidona 250 mg	R\$ 4.424.896,00
17) Tafamidis, 20 Mg	R\$ 4.151.560,94
18) Mercaptamina, Sal Bitartarato, 75 Mg	R\$ 3.403.005,95
19) Bevacizumabe 25 mg/ml	R\$ 3.196.367,49
20) Mipomersen, Sódico, 200 Mg/ML, Solução Injetável	R\$ 2.970.638,36
TOTAL GASTO PARA AQUISIÇÃO DESSES MEDICAMENTOS	R\$ 959.785.237,40

Perfil, Volume e Impacto Financeiro da Judicialização no âmbito da União

Gráfico - Valores relativos gastos na aquisição de medicamentos e insumos pela CDJU (ano-base 2015)



Fonte: Cálculos CODEJUR a partir de dados CDJU/MS

Conclusão: poucos medicamentos representam a maior parte dos gastos.

Perfil, Volume e Impacto Financeiro da Judicialização no âmbito da União

- Tais valores foram destinados ao atendimento de demandas individuais: pouquíssimos beneficiários se comparados com o total de atendimentos do SUS.
- Em 2015, foram atendidos 4855 pacientes/autores em razão do cumprimento de ordens judiciais, sendo que R\$ 845.175.420,03 foram gastos para o atendimento de apenas 1174 pacientes.

Quantidade de pessoas beneficiadas pelo fornecimento dos medicamentos mais custosos (ano-base: 2015)			
Medicamento	Quantidade de pacientes	Gasto total com aquisição do medicamento	Gasto por paciente
1)Soliris (eculizumabe)	281	R\$ 369.963.304,00	R\$ 1.316.595,38
2)Elaprase (idursulfase)	132	R\$ 84.252.421,17	R\$ 638.275,91
3)Fabrazyme (betagalsidase)	115	R\$ 46.651.215,22	R\$ 405.661,74
4)Aldurazyme (laronidase)	53	R\$ 16.617.078,12	R\$ 313.529,77
5)Myozyme (alfaglicosidase)	38	R\$ 20.111.036,75	R\$ 529.237,80
6)Naglazyme (galsulfase)	155	R\$ 167.178.583,82	R\$ 1.078.571,50
7)Replagal (alfagalsidase)	288	R\$ 69.212.543,91	R\$ 240.321,33
8)Juxtapid (lomitapida)	59	R\$ 49.986.341,44	R\$ 847.226,12
9)Vimizim (elosulfase)	53	R\$ 70.635.232,53	R\$ 1.332.740,23
TOTAL	1174	R\$ 845.175.420,03	

Perfil, Volume e Impacto Financeiro da Judicialização no âmbito da União

SUBSTÂNCIA (PRINCÍPIO ATIVO)	REGISTRO NA ANVISA	INCORPORADO AO SUS	ALTERNATIVA FARMACÊUTICA OFERECIDA PELO SUS
1) SOLIRIS - Eculizumabe, 10mg/ML, Solução Injetável	não	não	sim
2) NAGLAZYME - Galsulfase, 1mg/ML, Concentrado para Perfusão Injetável	sim	não	sim
3) ELAPRASE - Idursulfase, 2mg/ML, Solução para Infusão Venosa	sim	não	sim
4) VIMIZIM - Elosulfase Alfa, 1 Mg/ML, Solução Injetável	sim	não	sim
5) MYOZYME - Alfagalsidase, 1mg/ML, Pó Liófilo para Injetável	sim	não	sim
6) FABRAZYME - Betagalsidase, 50mg, Pó Liófilo para Injetável	sim	não	sim
7) JUXTAPID - Lomitapida, 10 E 20 Mg	não	não	sim
8) TRANSLARNA - Atalurenol, 250 Mg, 1000mg, Granulado para Suspensão Oral	não	não	sim
9) VYNDAQEL - Tafamidis, 20mg	não	não	sim
10) CYSTAGON - Mercaptamina, Sal Bitartarato, 75 Mg	não	não	sim
11) KYNAMRO - Mipomersen, Sódico, 200 Mg/ML, Solução Injetável	não	não	sim
12) SOVALDI - Sofosbuvir, 400 Mg	sim	sim	sim
13) HARVONI - Sofosbuvir, Associado ao Ledipasvir, 400 Mg + 90 Mg	não	não	sim
14) REVLIMID - Lenalidomida, 25 Mg	não	não	sim
15) ORFADIN - Nitisinona, 10 Mg	não	não	sim

Perfil, Volume e Impacto Financeiro da Judicialização no âmbito da União

LISTA DOS MAIS PEDIDOS: FORNECIMENTO DOS MEDICAMENTOS SEM REGISTRO NA ANVISA

Medicamento	Valores Gastos
1) SOLIRIS - Eculizumabe 10 Mg/MI	R\$ 369.963.304,00
2) JUXTAPID - Lomitapida 10 Mg	R\$ 41.420.509,51
3) TRANSLARNA - Atalureno 250 Mg	R\$ 18.049.541,95
4) JUXTAPID - Lomitapida 5 Mg	R\$ 8.565.831,93
5) TRANSLARNA - Atalureno 1000mg	R\$ 4.748.643,28
6) VYND AQEL -Tafamidis 20 Mg	R\$ 4.151.560,94
7) CYSTAGON - Mercaptamina, Sal Bitartarato, 75 Mg	R\$ 3.403.005,95
8) KYNAMRO - Mipomersen Sódico 200mg/MI	R\$ 2.970.638,36
9) HARVONI - Sofosbuvir, associado ao Ledipasvir 400mg +90mg	R\$ 1.441.608,84
10) REVLIMID - Lenalidomida 35 Mg	R\$ 1.083.974,62
11) ORFADIN - Nitisinoma 10 Mg	R\$ 957.135,43
TOTAL:	456.755.754,81

Diagnóstico

- Cada vez mais o Poder Judiciário vem interferindo na essencial atividade do Executivo e Legislativo de fazer e implementar políticas públicas na área da saúde. Ativismo judicial;
- Desequilíbrio na distribuição dos recursos quando o atendimento ocorre pela via judicial;
- Seletividade;
- O Administrador é obrigado a custear um serviço de saúde, independente se está inserido ou não no âmbito das políticas e programas públicos executados pelo Sistema Único de Saúde – SUS;
- Enfraquecimento do Sistema Único de Saúde, descon sideração em relação à legislação que rege o SUS, esvaziamento das competências da ANVISA, da CONITEC e do gesto de saúde. (Ex: caso da Fosfoetanolamina)

O que a CONJUR/MS tem
feito a esse respeito?

Atuação estratégica

Frentes de atuação estratégica

- 1) Acompanhamento e suporte à AGU no julgamento dos Res* nº. 566471 e 657718 no Supremo;
- 2) Fraudes;
- 3) Sistema nacional de informação sobre a judicialização;
- 4) Projeto de Lei;
- 5) Proposta de mediação sanitária;
- 6) Melhoria do processo de compra.

1. Recursos Extraordinários 566471 e 657718

- **A 1ª versão do voto do Marco Aurélio representou um grande avanço em relação a toda a jurisprudência anterior:**
 - Imprescindibilidade e Necessidade;
 - Vedava fornecimento público de medicamento sem registro na ANVISA.
- **Tese FINAL proposta pelo Min. Marco Aurélio:**
 - Flexibiliza bastante o critério da necessidade (família, mesmo tendo condições, não tem a obrigação de custear medicamento).

1. Recursos Extraordinários 566471 e 657718

- Os votos seguintes, do Ministro Roberto Barroso e Ministro Edson Fachin trouxeram critérios diferentes. Difícil saber quais pontos serão considerados no fornecimento de medicamento de alto custo e sem registro na ANVISA.

2. Detecção de fraudes

- A partir do levantamento de dados a respeito de alguns fármacos, foi constatada a possibilidade de fraude no **fornecimento judicial** de medicamentos de alto custo;
- Doenças raras, que deveriam ter diagnóstico mais cuidadoso;
- Gastos no âmbito da União, só em 2015:
 - Eculizumabe (R\$370 milhões de reais),
 - Lomitapida (R\$ 50 milhões de reais) e
 - Mipomersen (3 milhões de reais).
- Sem registro na ANVISA;
- Coincidências suspeitas → Polícia Federal

3. Sistema de Informação Nacional sobre Judicialização

- Não existe um levantamento sobre o volume, perfil e impacto da judicialização em âmbito nacional;
- Necessidade antiga (mapeado pelos GTs anteriores);
- Análise de 3 sistemas:
 - Sistema Nacional de Demandas Judiciais (RJ);
 - PEC-JUDICIAL/SILOS (Ministério da Saúde);
 - S-CODES (SP);
- S-CODES já está em 15 estados.

4.Proposta de Mediação

- Dificuldade para transigir em saúde;
- Experiências existentes não têm dados para se mensurar impacto, não são “mediação” de verdade, não respeitam princípios do SUS;
- Melhor solução: deve ser construído um diálogo entre o Sistema de Saúde e o Sistema de Justiça;
- Pontos positivos da proposta:
 - Qualificar melhor a ação judicial,
 - Resgate da confiança no SUS,
 - Reinserção do paciente no SUS e efetivo acompanhamento,
 - Retomada de confiança dos outros atores da judicialização no SUS etc.

5. Proposta de Projeto de Lei

- Principais pontos:
 - Dispõe sobre o **parecer técnico-científico**, com evidência científica do objeto da demanda, para subsidiar a atividade jurisdicional do magistrado (CNJ);
 - Trata das **competências entre os gestores do SUS** (entes) para o cumprimento da decisão judicial;
 - Solicita renovação periódica do **relatório médico**;
 - Disciplina a responsabilidade e **prestação de contas** periódica do beneficiário da ordem judicial.

6. Processo de Compras

- O MS demora a fornecer o medicamento e paga muito caro por isso (compras individualizadas, unitárias, frete, multas);
- União não tem estoque nem capilaridade;
- **Solução:** Ata de registro de preço (+ judicializados)
- **Melhor solução** (?): Convênio com os demais entes para que estes executem a compra e forneçam, enquanto a União somente reembolse.

Afinal de contas, quando o Judiciário deve intervir?

- Questão a ser enfrentada: recursos escassos vs. possibilidades infinitas;
- Respeito às competências dos demais Poderes;
- Em outros países, com sistemas de saúde semelhantes, não há intervenção do Judiciário (INCOMPETÊNCIA).
- Visão pessoal:
 - O Judiciário deve cobrar o efetivo fornecimento das prestações de saúde já incorporadas;
 - Atuação apenas em causas coletivas (seletividade/ direito social deve ser para todos).

“Com uma combinação de ótimas intenções, falta de sistematicidade e descrença nas políticas públicas, a aplicação brasileira do conceito de mínimo existencial deixou de ser uma ferramenta para universalizar o básico e se converteu em um atalho para distribuição seletiva do máximo, contribuindo para a desorganização geral da rede pública. Ainda que produza histórias felizes e consciências pacificadas, tal arranjo não tem sido capaz de proteger a clientela mais vulnerável do sistema de saúde. Os pacientes do SUS merecem mais do que isso.”

(MENDONÇA, Eduardo. Remédio ineficaz: a judicialização desordenada das políticas públicas de saúde. Revista eletrônica JOTA. 27/9/2016)

CONTATOS:

Consultoria Jurídica da Advocacia Geral da União junto ao Ministério da Saúde – CONJUR/MS

Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, bloco G – 6º andar
Telefones: (61) 3315-2304 e 3315-3329 E-mail: conjur@saude.gov.br

ANEXO F – Judicialização da Saúde no Âmbito da União em Números: recursos extraordinários 566471 e 657718

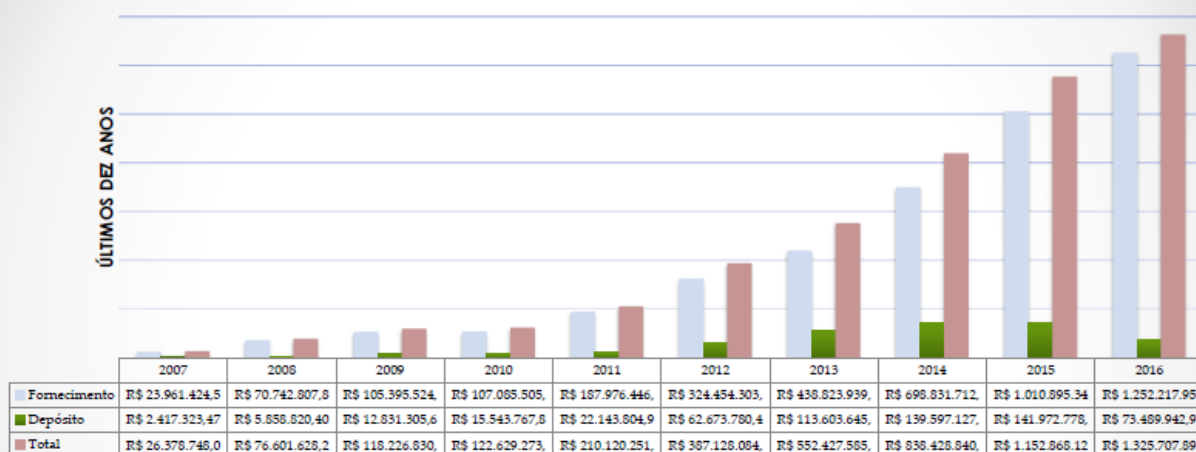


ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO
MINISTÉRIO DA SAÚDE

**JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE
NO ÂMBITO DA UNIÃO EM
NÚMEROS:
Recursos Extraordinários 566471 e 657718**

Brasília, maio/2017

Gastos com Judicialização da Saúde no âmbito da União



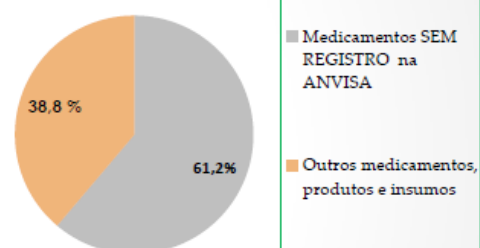
Fonte: Cálculos com dados FNS CODEJUR a partir de dados CDJU/MS

- ✓ Houve um aumento de quase 5.000% nos gastos com judicialização em dez anos, de R\$ 26 milhões (2007) para mais de R\$ 1,325 bilhão de reais (2016), só no âmbito da União;
- ✓ Cerca de 150 milhões de brasileiros dependem exclusivamente do SUS para ter acesso à Saúde (dados IBGE). Com a crise, esse número tem crescido;
- ✓ As ações judiciais consomem milhões e beneficiam a uma parcela mínima da população.

Gastos com medicamentos sem registro na ANVISA

Fornecimento de medicamentos SEM registro na ANVISA (ano-base 2016)	
Medicamento	Valores Gastos
1)Eculirumabe *	R\$ 624.621.563,43
2)Atalureno	R\$ 61.012.191,90
3)Metreleptina	R\$ 27.918.708,40
4)Lomitapida	R\$ 27.398.974,68
5) Mipomersen Sódico	R\$ 12.397.820,02
6)Mercaptamina	R\$ 6.576.590,03
7)Lenalidomida	R\$ 1.224.870,93
8)Idurulfase	R\$ 964.264,60
9)Canabidiol	R\$ 804.923,94
10)Ácido Quenodesoxicólico	R\$ 586.402,00
11)Nitisinoma	R\$ 561.232,80
12)Hemina	R\$ 439.019,44
13)Ponatinibe	R\$ 422.002,80
14)Ruxolitinibe	R\$409.401,84
15)Sofosbuvir	R\$ 305.760,00
16)Pirfenidona	R\$ 170.551,40
17)Nabilona	R\$84.055,00
18)Miltefosina	R\$ 66.316,32
19)Levetiracetam	R\$55.125,10
20)Interferona	R\$52.058,16
TOTAL:R\$766.071.832,79	

Proporção do total de aquisições realizadas pela CDJU para atender às demandas judiciais no âmbito da União (ano-base:2016)



*(ATENÇÃO: O medicamento Eculirumabe (Soliris®) teve o seu registro deferido pela ANVISA no início do ano de 2017).

- ✓ Uma fatia generosa do que se gasta com judicialização vai para a compra de medicamentos sem registro na ANVISA, drogas que não tiveram a sua segurança nem a sua eficácia comprovadas.

Medicamentos de alto custo e sem registro na ANVISA*: o caso do Soliris



por Fausto Macedo

Operação Cálice de Hígia investiga fraude compra de medicamentos de alto custo

Um relatório dos servidores da Polícia e o relatório da São Paulo com os Comandos e outros no São Paulo

Uma Polícia, São Paulo, Brasil/Brasil



- ✓ Usado no tratamento de doenças raras (SHUA e HPN);
- ✓ O Soliris não representa cura para a doença. O SUS, por sua vez, oferece tratamento alternativo com chance de cura (transplante);
- ✓ Apenas no ano passado o medicamento consumiu mais de R\$624 milhões em recursos para atender a apenas 364 paciente;
- ✓ O Ministério da Saúde já gastou mais de R\$1,3 bilhão (€ 390 milhões) para aquisição do Soliris. Por quase uma década, a estratégia de comercialização do medicamento no país se deu por meio da judicialização;
- ✓ A judicialização do medicamento é alvo de investigação por parte da PF (fraudes);
- ✓ No caso do Soliris, apenas um escritório é responsável por patrocinar mais de 70% das causas contra União;
- ✓ No aguardo de ordem judicial, há notícia de que o laboratório tem fornecido o medicamento para pacientes antes de qualquer determinação da Justiça;
- ✓ Reportado caso em que representante da empresa se apropriou de frascos do medicamento, adquiridos pela União, a pretexto de atender emergencialmente a um outro paciente.
- ✓ Recentemente, a droga obteve seu registro na ANVISA (março de 2017)*.

Resumo dos votos no RE 566471 e RE657718

MARCO AURÉLIO

Alto custo: reconhece direito do paciente ao fornecimento pelo Estado desde que seja comprovada a imprescindibilidade, a impossibilidade de substituição, a incapacidade financeira do enfermo e a falta de espontaneidade da família.

Sem registro na ANVISA: Estado é obrigado a fornecer, desde que remédio seja registrado no país de origem, não haja similares no Brasil e seja indispensável para saúde do paciente

Alto custo: Reconhece o direito do paciente desde que atendido aos parâmetros: a) prévio requerimento administrativo; b) prescrição realizada por médico da rede pública; c) denominação por DCB ou DCI; d) justificativa da inadequação ou inexistência de alternativa na rede pública; e) laudo escrito pelo médico prescritor em que se indique a necessidade do tratamento, seus efeitos, evidências, vantagens para o paciente, comparação com alternativas existentes.

Sem registro na ANVISA: contra, exceto quando a decisão da agência desrespeitar a lei e apresentar uma demora exagerada.

EDSON FACHIN

Resumo dos votos no RE 566471 e RE657718

LUÍS ROBERTO BARROSO

Alto custo: contra o fornecimento fora de lista do SUS, exceto quando comprovada a incapacidade financeira do paciente para adquirir medicamento, não houver expressa recusa de incorporação do remédio no SUS, inexistência de substitutos pelo SUS, comprovação de eficácia, a propositura da ação contra a União (pois a ela cabe a decisão da incorporação). Completamente contra fornecimento de medicamentos em fase de testes ou experimentais.

Sem registro na ANVISA: contra, exceto em caso de medicamentos com eficácia comprovada em testes e incorporação já solicitada à ANVISA, mas que ainda não tenha sido analisada pela agência no prazo de um ano ou mais.

CONTATOS:

Consultoria Jurídica da Advocacia Geral da União junto ao Ministério da Saúde – CONJUR/MS

Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, bloco G – 6º andar
Telefones: (61) 3315-2304 e 3315-3329 E-mail: conjur@saude.gov.br

ANEXO G – Acórdão nº 1787/2017 – TCU – Plenário



TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO

TC 009.253/2015-7

ACÓRDÃO Nº 1787/2017 – TCU – Plenário

1. Processo nº TC 009.253/2015-7.
- 1.1. Apensos: TC 016.757/2015-7; TC 016.918/2015-0; TC 016.741/2015-3; TC 016.859/2015-4; TC 016.804/2015-5; TC 017.454/2015-8; TC 016.831/2015-2; TC 017.224/2015-2; TC 017.293/2015-4.
2. Grupo I – Classe de Assunto: V - Relatório de Auditoria.
3. Órgão: Ministério da Saúde.
5. Relator: Ministro Bruno Dantas.
6. Representante do Ministério Público: não atuou.
7. Unidade Técnica: Secretaria de Controle Externo da Saúde (SecexSaúde).
8. Representação legal: não há.

9. Acórdão:

VISTOS, relatados e discutidos estes autos de auditoria operacional realizada com o objetivo de identificar o perfil, o volume e o impacto das ações judiciais na área da saúde, bem como investigar a atuação do Ministério da Saúde e de outros órgãos e entidades dos três poderes para mitigar os efeitos negativos da judicialização nos orçamentos e no acesso dos usuários à assistência à saúde;

ACORDAM os Ministros do Tribunal de Contas da União, reunidos em sessão do Plenário, diante das razões expostas pelo Relator, em:

9.1. recomendar ao Ministério da Saúde, com fundamento no art. 250, III, do Regimento Interno do TCU, c/c arts. 4º, 6º e 8º, II e III, da Resolução TCU 265/2014, que, em articulação com os demais órgãos envolvidos, avalie a conveniência e a oportunidade de adotar os seguintes procedimentos, com vistas à melhoria do controle administrativo sobre as ações judiciais referentes à saúde, bem como da eficiência, eficácia e economicidade dos procedimentos adotados para tratar o problema dos crescentes gastos com a judicialização da saúde:

9.1.1. rotinas permanentes de coleta, processamento e análise de dados relativos às ações judiciais de saúde, bem como rotinas de detecção de indícios de fraude, por meio do cruzamento de dados e da observação de padrões e inconsistências, podendo usar como referência o Sistema de Coordenação das Demandas Estratégicas do SUS (S-Codes), adotado pela Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo;

9.1.2. estabelecimento de objetivos e metas com o intuito de minimizar os impactos da crescente judicialização da saúde;

9.1.3. criação de coordenação, núcleo ou congêneres para centralizar todas as informações relativas aos processos judiciais e coordenar todas as ações que envolvam a judicialização da saúde, com atribuições, em especial, de:

9.1.3.1. auxiliar a formulação da defesa do ente público pela respectiva procuradoria;

9.1.3.2. produzir um diagnóstico preciso e consistente sobre o impacto da judicialização no orçamento e na gestão da política pública;

9.1.3.3. tornar mais racional, eficiente e econômica a compra de medicamentos que deverão ser fornecidos por força de decisões judiciais;

9.1.3.4. tornar mais racional, eficiente e econômica a prestação de serviços concernentes ao tratamento médico-hospitalar a ser fornecido por força de decisões judiciais;

9.1.3.5. detectar a ocorrência de fraudes cometidas no âmbito da judicialização da saúde;

9.1.3.6. identificar duplicidades de pagamento por parte dos entes federativos;

9.1.3.7. monitorar os pacientes beneficiários de decisões judiciais;

9.1.3.8. realizar inspeções em processos e avaliações de pacientes, selecionados conforme critérios de risco e materialidade;



9.1.3.9. classificar os itens de saúde judicializados (como, por exemplo: existência ou não de registro na Anvisa, apreciação ou não pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – Conitec, incorporados ou não às políticas do SUS e uso *off-label*);

9.1.3.10. identificar os itens incorporados ao SUS que são judicializados, de forma a reconhecer e corrigir eventuais falhas na gestão;

9.1.3.11. auxiliar os magistrados na tomada de decisão por meio do fornecimento de informações técnicas, a serem disponibilizadas preferencialmente na *internet*, a fim de que possam alcançar as varas judiciais mais remotas, sobre medicamentos e tratamentos incorporados ao SUS, protocolos clínicos, medicamentos e tratamentos alternativos, medicamentos não registrados na Anvisa etc.;

9.1.3.12. monitorar o atingimento dos objetivos e metas estabelecidos, propondo melhorias;

9.2. recomendar ao Ministério da Saúde, com fundamento no art. 250, III, do Regimento Interno do TCU, c/c arts. 4º, 6º e 8º, II e III, da Resolução TCU 265/2014, que, em articulação com os demais órgãos envolvidos, avalie a conveniência e a oportunidade de adotar os seguintes procedimentos, com vistas a diminuir gastos com medicamentos judicializados de alto custo não incorporados ao SUS, não registrados na Anvisa ou já regularmente fornecidos pelo SUS:

9.2.1. envio tempestivo das informações ao Ministério Público Federal, diante do indício de fraudes no âmbito da judicialização da saúde, como, por exemplo, a repetição sistemática de prescrições por parte dos mesmos profissionais de saúde e/ou de advogados e a existência de rede entre pacientes, associações, médicos e advogados que denotem ações articuladas objetivando benefícios indevidos;

9.2.2. exame da possibilidade e da pertinência de concessão, de ofício, de licença compulsória para a exploração da patente, nos casos de emergência nacional ou interesse público, conforme disposto no art. 71 da Lei 9.279, de 14 de maio de 1996;

9.3. recomendar ao Ministério da Saúde, nos termos do art. 250, inciso III, do Regimento Interno do TCU, c/c arts. 4º, 6º e 8º, II e III, da Resolução TCU 265/2014, que, em articulação com os demais órgãos e entidades envolvidos, avalie a conveniência e a oportunidade de adotar os seguintes procedimentos, com vistas à melhoria dos procedimentos de ressarcimento financeiro a estados e municípios que custeiam ações e serviços de saúde judicializados que são de competência federal:

9.3.1. regulamentação do processo de ressarcimento de valores despendidos pelas secretarias estaduais e municipais de saúde em face do cumprimento de decisões judiciais que imputam a estados, ao Distrito Federal e aos municípios obrigações diversas das estabelecidas nas políticas de saúde do SUS, considerando, inclusive, a glosa de valores despendidos pela União no cumprimento de decisões judiciais cujas ações e serviços de saúde são de competência de outro ente federativo;

9.3.2. controle e divulgação do ressarcimento dos valores acima descritos;

9.4. recomendar ao Conselho Federal de Medicina (CFM), com fundamento no art. 250, III, do Regimento Interno do TCU, c/c art. 6º da Resolução TCU 265/2014, que, com vistas a prevenir a emissão de prescrições em dissonância com o Parecer CFM 2/2016:

9.4.1. conjuntamente com os Conselhos Regionais de Medicina, fiscalize a emissão de prescrições médicas de medicamentos, procedimentos e outros itens de saúde que não tenham sido registrados pela Anvisa, inclusive os casos *off-label*, exigindo o registro das motivações, o acompanhamento do paciente e, nos casos *off-label*, o consentimento esclarecido do paciente ou, em razão de impedimento, do seu responsável legal, tendo em vista o disposto no Parecer CFM 2/2016;

9.4.2. divulgue e alerte aos profissionais médicos que a prescrição de medicamento sem registro na Anvisa afronta a Lei 6.360/1976 e o Código de Ética Médica (Resolução CFM 1.931/2009, Capítulo III, art. 21);

9.5. determinar ao Ministério da Saúde, nos termos do art. 250, II, do Regimento Interno do TCU, c/c arts. 4º e 8º, II e III, da Resolução TCU 265/2014, que apresente, no prazo de 90 dias,



plano de ação a respeito das recomendações feitas nos itens 9.1, 9.2 e 9.3 acima listados, especificando para cada uma das recomendações as ações a serem adotadas para tratamento dos problemas identificados, os responsáveis pelas ações e os prazos para implementação, ou, se for o caso, a justificativa para a sua não implementação;

9.6. encaminhar cópia desta deliberação (Relatório, Voto e Acórdão), bem como do Relatório de Auditoria à peça 148:

- 9.6.1. ao Ministério da Saúde (MS);
- 9.6.2. ao Conselho Nacional de Justiça (CNJ);
- 9.6.3. ao Supremo Tribunal Federal (STF);
- 9.6.4. ao Superior Tribunal de Justiça (STJ);
- 9.6.5. à Procuradoria-Geral da República (PGR);
- 9.6.6. aos Tribunais Regionais Federais (TRF);
- 9.6.7. à Comissão de Assuntos Sociais (CAS) do Senado Federal;
- 9.6.8. à Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) da Câmara dos Deputados;
- 9.6.9. ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass);
- 9.6.10. ao Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems);
- 9.6.11. ao Conselho Federal de Medicina (CFM);
- 9.6.12. aos seguintes órgãos e entidades estaduais/municipais que participaram do trabalho:
 - 9.6.12.1 secretarias de saúde;
 - 9.6.12.2 tribunais de justiça;
 - 9.6.12.3 ministérios públicos;
 - 9.6.12.4 tribunais de contas;
 - 9.6.12.5 procuradorias-gerais;
 - 9.6.12.6 defensorias públicas;
 - 9.6.12.7 conselhos de saúde;
 - 9.6.12.8 conselhos regionais de medicina;
- 9.6.13. aos procuradores da República que requisitaram informações, consoante peça 139

deste processo e peça 1 do TC 035.670/2015-0;

9.7. encaminhar cópia dos respectivos relatórios de auditoria das Secretarias Estaduais de Controle Externo constantes nos processos apensados a este trabalho aos seguintes órgãos e entidades dos estados e municípios participantes:

- 9.7.1. secretarias de saúde;
- 9.7.2. tribunais de justiça;
- 9.7.3. ministérios públicos;
- 9.7.4. tribunais de contas;
- 9.7.5. procuradorias-gerais;
- 9.7.6. defensorias públicas;
- 9.7.7. conselhos de saúde;
- 9.7.8. conselhos regionais de medicina;

9.8. dar ciência ao Ministério Público do Estado de São Paulo e ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) sobre a ocorrência de prescrições médicas, naquele estado, em desacordo com a Lei Estadual 10.241/1999 e com a Resolução do Cremesp 278/2015, consoante disposto no relatório de auditoria do TC 016.918/2015-0;

9.9. determinar à Secretaria de Controle Externo da Saúde (SecexSaúde) que realize o monitoramento da implementação da determinação constante do subitem 9.5 deste Acórdão, nos termos do art. 8º da Resolução TCU 265/2014, c/c art. 4º da Portaria-Segexex 27/2009;

9.10. arquivar o presente processo, nos termos do art. 169, inciso V, do Regimento Interno do TCU.

10. Ata nº 31/2017 – Plenário.



11. Data da Sessão: 16/8/2017 – Ordinária.
12. Código eletrônico para localização na página do TCU na Internet: AC-1787-31/17-P.
13. Especificação do quorum:
 - 13.1. Ministros presentes: José Múcio Monteiro (na Presidência), Walton Alencar Rodrigues, Benjamin Zynler, Bruno Dantas (Relator) e Vital do Rêgo.
 - 13.2. Ministro-Substituto convocado: Marcos Benquerer Costa.
 - 13.3. Ministro-Substituto presente: Weder de Oliveira.

(Assinado Eletronicamente)
JOSE MUCIO MONTEIRO
na Presidência

(Assinado Eletronicamente)
BRUNO DANTAS
Relator

Fui presente:

(Assinado Eletronicamente)
LUCAS ROCHA FURTADO
Procurador-Geral, em exercício