



2. Novas Abordagens do Orçamento Público

3º Lugar

Sebastião Helvecio Ramos de Castro

**Impacto Desalocativo no Orçamento Público
Estadual em Face de Decisões Judiciais.**

CONCURSO IV PRÊMIO SOF DE MONOGRAFIAS

**IMPACTO DESALOCATIVO NO ORÇAMENTO PÚBLICO ESTADUAL EM FACE
DE DECISÕES JUDICIAIS**

TEMA EM QUE CONCORRE: NOVAS ABORDAGENS DO ORÇAMENTO PÚBLICO
A Gestão de Riscos no Orçamento Público

Belo Horizonte
2011

“As aparências para a mente são de quatro tipos: as coisas ou são o que parecem ser; ou não são, nem parecem ser; ou são e não parecem ser; ou não são, mas parecem ser. Posicionar-se, corretamente, frente a todos esses casos é tarefa do homem sábio.”

Epicteto, século II d.C.

RESUMO

Esta monografia tem como objeto o estudo do impacto desalocativo no orçamento do Estado de Minas Gerais no biênio 2009/2010, em face de decisões judiciais. Analisa também o conceito de judicialização da saúde no contexto do federalismo trino, estabelecendo o contraponto entre os princípios da reserva do possível e da dignidade humana. São apresentadas as bases constitucionais para a política de saúde no Brasil e destacadas as assimetrias federativas no financiamento da saúde pública, a partir da vigência da Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000. Verifica-se que o dispêndio com o atendimento das sentenças judiciais em 2010 (R\$61,551 milhões) é 78,64% maior que o apurado em 2009 (R\$34,454 milhões), enquanto a receita corrente líquida do Estado, no mesmo período, teve crescimento nominal de 13,95% e variação real de +7,92%. Na comparação com atividades executadas na função saúde, no orçamento do Estado de Minas Gerais, demonstra-se que tal atividade em 2010, suplanta programas e atividades tais como a Farmácia de Minas, Promoção e Execução de Ações de Saúde e Ampliação da Cobertura Populacional do Programa Saúde Família (PSF).

Palavras-Chave: judicialização da saúde, financiamento da saúde pública, orçamento público e gastos com medicamentos.

ABSTRACT

This paper aims to study the impact of reducing the budget of Minas Gerais State during the biennium 2009/2010, because of judicial decisions. It also examines the concept of legalization of health in the context of federalism three, setting the contrast between the principle of reserve of possible and human dignity. It presents the constitutional basis for health policy in Brazil and highlights disparities in the financing of public health from the Constitutional Amendment nº29; September 13, 2000. The paper checks that the expenditure because of judicial decisions in 2010 (R\$ 61.551 million) was 78.64% higher than in 2009 (R\$ 34.45 million), while the state net revenue has grew, in the same period, 13.95% and has real variation of +7.92%. In comparison with activities implemented in the health function, in the budget of Minas Gerais State, it demonstrates that such activity in 2010 supplants programs and activities such as Minas Pharmacy, Promotion and Enforcement of Actions for Health and Expansion of Population Coverage of Family Health Program (PSF).

Keywords: legalization of health, financing of public health, public budget, medicine spending.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Gráfico Despesa por Função no Estado de Minas Gerais – 2009-2010 .	38
FIGURA 2: Gráfico - Gastos da Função Saúde com Sentenças Judiciais por Item de Despesa 2009-2010	42
FIGURA 3: Gráfico – Despesa com Medicamentos por Medidas Judiciais, por trimestre – 2009 a 2011	44

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 Programas estruturadores Área Vida Saudável - 2010	40
TABELA 2 Programas Associados de Destaque na Área Vida Saudável – 2010	40
TABELA 3 Despesas nas Ações do Programa Farmácia de Minas - 2010	41
TABELA 4 Execução Orçamentária da Função Saúde segundo Projeto Atividade – Biênio 2009-2010	42
TABELA 6 Maiores Gastos em Saúde por meio de Medidas Judiciais – 2009.....	46
TABELA 7 Maiores Gastos em Saúde por meio de Medidas Judiciais – 2010.....	46

LISTA DE SIGLAS

ADI – Ação Direta de Inconstitucionalidade

CE – Estado do Ceará

CENDES-OPS – Centro de Estudos para o Desenvolvimento – Organização
Panamericana de Saúde

CF – Constituição da República Federativa do Brasil, 1988

CM-89 – Constituição do Estado de Minas Gerais, 1989

CR- 88 – Constituição da República Federativa do Brasil, 1988

DASP – Departamento Administrativo do Serviço Público

FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

FIFA – Fédération Internationale de Football Association

FUNDEB – Fundo do Desenvolvimento e Manutenção do Ensino Básico e
Valorização dos Profissionais da Educação

FUNED – Fundação Ezequiel Dias – Minas Gerais

GoElro – Comissão do Estado para a Eletrificação da Rússia

GOSPLAN – Comissões de Planejamento do Estado

GRS – Gerência Regional de Saúde

HEMOMINAS – Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia do Estado de
Minas Gerais

ICMS – Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias - Minas Gerais

LOA – Lei Orçamentária Anual – Minas Gerais

LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal, Lei Complementar 101, de 4/5/2000

MC – Medida Cautelar

PES – Planejamento Estratégico Situacional

PIB – Produto Interno Bruto

PMDI – Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado

PNB – Produto Nacional Bruto

POF-IBGE – Pesquisa de Orçamentos Familiares – Instituto Brasileiro de Geografia
e Estatística

PPA – Plano Plurianual

PPAG – Plano Plurianual de Ação Governamental de Minas Gerais

PSF – Programa da Saúde da Família

RCL – Receita Corrente Líquida

REAgr – Agravo de Instrumento

SES-MG – Secretaria de Estado de Saúde – Minas Gerais

SIAFI – Sistema Integrado de Administração Financeira

STA – Suspensão de Tutela Antecipada

STF – Supremo Tribunal Federal

SUS – Sistema Único de Saúde

TO – Estado do Tocantins

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	BASES CONSTITUCIONAIS PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE..	14
3	RESERVA DO POSSÍVEL	24
4	O ORÇAMENTO DO ESTADO DE MINAS GERAIS E O IMPACTO DESALOCATIVO FACE AS DECISÕES JUDICIAIS.....	35
5	CONCLUSÃO.....	44
	REFERÊNCIAS.....	48

1 INTRODUÇÃO

O tema desta monografia – Impacto desalocativo no orçamento público estadual em face de decisões judiciais – é resultante da visível percepção do crescimento da despesa pública para o atendimento de sentenças judiciais em todos os níveis da República Federativa do Brasil.

O escopo adotado fundamenta-se no orçamento executado, isto é, despesas empenhadas, liquidadas e pagas no biênio 2009-2010, cotejando-se a execução de atividades em saúde previstas nas respectivas Leis Orçamentárias Anuais do Estado de Minas Gerais e o dispêndio resultante do atendimento de sentenças judiciais no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde. Infere-se, portanto, que o presente estudo alcança apenas a despesa pública com saúde no âmbito do ente “Estado de Minas Gerais”, excluindo-se da análise o dispêndio imposto ao conjunto dos 853 Municípios mineiros e à União.

A presente pesquisa é desenvolvida em cinco capítulos, a saber: Introdução, Bases constitucionais para as políticas públicas de saúde, Reserva do possível, Orçamento do Estado de Minas Gerais e o Impacto Desalocativo no Orçamento Público Estadual em Face de Decisões Judiciais e Conclusões, além de Anexos e Referências.

O Capítulo 2 – Bases constitucionais para as políticas públicas de saúde – inicia-se com a abordagem histórica da possibilidade de adjudicação de um direito social pelo judiciário, caso o poder público falhe em suas atribuições. Na década de noventa, o Judiciário pátrio, sobretudo o Superior Tribunal de Justiça, tinha o entendimento de que os direitos sociais previstos na Constituição da República de 1988 (CR-88) – Constituição Cidadã – teriam sido consubstanciados em normas programáticas, não gerando, portanto, direitos subjetivos. Em outras palavras, os direitos sociais, tal qual a saúde, não teriam, portanto, normatividade. Esse entendimento já foi superado. Seguiu-se uma segunda fase com a intervenção atuante do Poder Judiciário, levando-se ao termo “judicialização das relações políticas e sociais.” Nesse capítulo, foi revisado o conceito de judicialização e o marco teórico desta monografia, além da compatibilização da CR com a Constituição do Estado de Minas Gerais de 1989 (CM-89), a Constituição Compromisso.

Aborda-se as origens do planejamento, a importância do planejamento estratégico em políticas públicas de saúde e o cenário legal vigente no Estado de Minas Gerais.

No Capítulo 3 – Reserva do Possível – descreve-se as funções do orçamento público e os princípios que regem sua elaboração. A discussão central é embasada no ativismo judicial como instrumento enfraquecedor do princípio da separação dos poderes, ao desconsiderar a função exclusiva da Administração em definir políticas públicas, redundando em indevida interferência do Poder Judiciário nas diretrizes de políticas governamentais. Faz-se a interpretação do art. 196 da CR que, ao assegurar o direito à saúde, estabelece comando constitucional que deve mostrar a elaboração e implementação de políticas públicas em nível universal, direcionadas à população, compreendida em sua totalidade, e não direcionada a casos individualizados, a exemplo do fornecimento de medicamentos e tratamentos excepcionais e de alto custo – e que, por isso – não constam da lista do sistema Único de Saúde (SUS). Demonstra-se que a realidade orçamentária do Estado defende a saúde pública e, quando desfalcada em seu orçamento para atender a um interesse ou necessidade individual, o fará às custas e em detrimento da coletividade.

No Capítulo 4 – O Orçamento do Estado de Minas Gerais e o impacto desalocativo face as decisões judiciais – o foco é uma análise da programação financeira da despesa pública em saúde resultante das quatro leis que conformam o ciclo orçamentário no Estado: Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI), Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG), Lei das Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA). Aponta-se a arrecadação resultante da receita fiscal em 2010 (R\$46,618 bilhões), em 2009 (R\$40,562 bilhões) e a receita corrente líquida (RCL) nos exercícios de 2010 (R\$33,179 bilhões) e 2009 (R\$29,118 bilhões), elementos fundamentais para se compreender a realização da despesa pública e, em especial, os gastos com a saúde, incluídos em uma área de resultado – Vida Saudável – com cinco programas estruturadores: Regionalização: Urgência e Emergência; Saneamento Básico: Mais Saúde para Todos; Saúde em Casa; Vida no Vale; Viva Vida e dezessete programas associados, verificando-se que os quatro que realizaram mais despesa em 2010 foram: Farmácia de Minas; Atenção Assistencial à Saúde; Desenvolvimento, Produção e Entrega de Medicamentos e Imunobiológicos, Atendimentos Hospitalar, Ambulatorial e Emergencial; Gestão do

Sistema Único de Saúde. Como o âmago do presente estudo é a análise de gastos face a sentenças judiciais, verifica-se que a ação 4302 referente a medicamentos de alto custo realizou execução orçamentária de R\$231,453 milhões, distribuindo 84,312 milhões de unidades e beneficiando 135.694 pessoas, com um custo per capita de R\$1.705,70/ano; lado outro, a execução orçamentária no mesmo período para atender sentenças judiciais com medicamentos foi de R\$55,052 milhões, resultando 28.104 atendimentos e beneficiando 4.762 pessoas, com um custo per capita anual de R\$12.924,00.

No Capítulo 5 são apresentadas as conclusões dessa monografia com ênfase à repercussão da execução orçamentária face a decisões judiciais no biênio estudado: enquanto a receita corrente líquida do Estado cresceu 7,92%, a despesa para o atendimento de sentenças judiciais cresceu 78,64% com tendência de crescimento no exercício de 2011. Identifica-se, na execução orçamentária, que Projetos/Atividades de caráter universal tiveram redução de aporte, apesar do crescimento nominal da despesa (10,82%) na função saúde, quando se compara 2010 a 2009. Constatou-se redução de 21,38% na ação Fortalecimento e Melhoria de Qualidade dos Hospitais do Sistema Único de Saúde; redução de 10,54% no Complexo Urgência/Emergência; 10,39% no Complexo de Hospitais Gerais; 8,48% na Promoção e execução de Ações de Saúde e, 7,10% na Aplicação e Cobertura populacional do Programa Saúde da Família. Decorre, então a necessidade crescente do debate entre atores responsáveis pela formulação e implementação de políticas públicas e autoridades envolvidas na promoção dos direitos fundamentais, buscando-se com ponderação o estabelecimento de critérios racionais para a intervenção do Poder Judiciário, para evitar que os mais excluídos sejam ainda mais excluídos.

A superação do positivismo jurídico exige uma revisão de vários institutos jurídicos e inúmeras teorias que, embora servissem ao modelo liberal de Estado de direito, atualmente não se sustentam no seio do novo constitucionalismo. Na prática, toda decisão ampliadora de recursos é implicitamente, também uma decisão desalocativa de recursos – o Estado executa o orçamento votado, buscando atender a uma série de demandas, algumas impositivas como encargos da dívida, outras determinadas por comandos constitucionais (educação, saúde, ciência e tecnologia), e ainda aquelas definidas em legislações complementares, tais como despesa total com pessoal (art. 19, 20, 22 da Lei Complementar 101 a Lei de Responsabilidade

Fiscal – LRF), além de portarias, resoluções e instruções normativas. Na verdade, quanto maior a participação do cidadão – diretamente ou por seus representantes – melhor a qualidade de dados e conhecimentos para a tomada de decisão – com transparência – e menor a possibilidade de ser praticada a iniquidade, símbolo maior da exclusão.

Portanto, a pesquisa apresentada não é um trabalho finalístico, ao contrário, é seminal e tem o objetivo de dar conhecimento do impacto desalocativo ocorrido no orçamento do Estado de Minas Gerais no biênio 2009-2010, permitindo a criação de série histórica que determinará melhor avaliação e monitoramento dos gastos públicos face a decisões judiciais no âmbito da saúde.

2 BASES CONSTITUCIONAIS PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

A VIII Conferência Nacional de Saúde, convocada pelo Decreto 91.466, de 23 de julho de 1985, é um marco no movimento reformista da saúde no Brasil. Na verdade é a primeira Conferência que se realiza com ampla participação: as sete anteriores foram realizadas em ambientes fechados. Entre o final de 1985 e o início de 1986 ocorreram centenas de reuniões preparatórias municipais e 21 estaduais, sendo a segunda-feira de 17 de março de 1986 o “dia da implantação da Oitava” um referencial na história da saúde pública do Brasil, pois abria-se a vereda da construção de um sistema nacional de saúde e três questões cruciais compunham o eixo temático: “Saúde como Dever do Estado e Direito do Cidadão”, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “Financiamento Setorial”.

O tema saúde, na CR 88, tem duas características essenciais: inclusão como direito fundamental e regras gerais e princípios para a condução das políticas públicas na área.

Os direitos fundamentais (individuais, coletivos e sociais) gozam de aplicabilidade direta, nos termos do parágrafo 2º do art. 5º da Constituição.

A fundamentação principiológica é retirada de leitura sistematizada dos artigos 194, 196 e 198:

- a) universalidade da cobertura e do atendimento;
- b) caráter democrático e descentralizado da administração com a participação de trabalhadores, empregadores, aposentados e Governo nos órgãos colegiados;
- c) regionalização e hierarquização;
- d) atendimento integral, priorizando as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

O art. 200 enumera algumas competências do sistema único de saúde, incluindo entre outras a formulação de política e da execução das ações de saneamento básico.

No Brasil, inúmeros legisladores e constituintes tentaram ao longo da história estabelecer uma vinculação entre gastos em ações e serviços públicos de saúde e receitas dos orçamentos públicos.

O ordenamento jurídico que consolidou esta ideia é a Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000, também conhecida como “Emenda da Saúde” e que determinou o comprometimento de receitas da União, dos Estados e dos Municípios para o financiamento dos gastos públicos em saúde.

A União deve aplicar recursos mínimos equivalentes ao valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação do Produto Interno Bruto – PIB; a base de referência foi o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999, acrescido de, no mínimo, cinco por cento.

Os Estados e Municípios devem aplicar 12% e 15% de suas receitas, no mínimo, respectivamente, sendo que o ano referência para a implantação da norma foi o exercício de 2000 ao qual se atribuiu um percentual mínimo de 7%; nos cinco exercícios seguintes dever-se-ia, gradativamente, aproximar-se do percentual determinado, que seria alcançado no exercício financeiro de 2004.

Castro (2007), na sua tese de doutoramento, demonstra que a vigência da EC-29 não determinou maiores aportes de recursos próprios do Estado de Minas Gerais e do conjunto dos 853 Municípios mineiros, ao financiamento de gastos com ações e serviços públicos de saúde, na série histórica de dez anos (1996-2005).

No caso específico de Minas Gerais há de se considerar a decisão histórica e única em todas as unidades da federação dos constituintes à CM-89 – Constituição Compromisso – de insculpir no parágrafo 1º do art. 158: “os recursos para os programas de saúde não serão inferiores aos destinados aos investimentos em transporte e sistema viário”. Tal dispositivo é decorrente da impossibilidade, à época, de vincular um percentual da receita própria do Estado para o financiamento da saúde.

O comando constitucional definidor de saúde ao olhar do constituinte à IV Constituição Mineira, a Constituição Compromisso de 1989 também é objetivo: opta-se pelo conceito ampliado de saúde, tendência oriunda do sentimento predominante da VIII Conferência Nacional de Saúde que inspirou os constituintes nacionais e estaduais.

Lê-se então no art. 186, da CM-89:

Art. 186 – A saúde é direito de todos, e a assistência a ela é dever do Estado, assegurada mediante políticas sociais e econômicas que visem à eliminação do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário à ações aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Parágrafo único: O direito à saúde implica a garantia de:

I – condições dignas de trabalho, moradia, alimentação, educação, transporte, lazer e saneamento básico;

II – acesso às informações de interesse para a saúde, obrigado o Poder Público a manter a população informada sobre os riscos e danos à saúde e sobre as medidas de prevenção e controle;

III – dignidade, gratuidade e boa qualidade no atendimento e no tratamento de saúde;

IV – participação da sociedade, por intermédio de entidades representativas na elaboração de políticas, na definição de estratégias de implementação e no controle das atividades com impacto sobre a saúde.

A interpretação correta do dispositivo constitucional acima mencionado (art. 186 da CM de 89) está na mesma diretriz da CR-88 que em seu artigo 196 esclarece que a garantia do direito à saúde se dará por meio de políticas sociais e econômicas. Infere-se, portanto, que a possibilidade do Poder Judiciário concretizar, independentemente de mediação legislativa, o direito à saúde é mitigado, no modo de interpretar o art. 196, da CR-88 e o art. 188 da CM 89, que, limpidamente, identifica a ação de órgãos executores de políticas públicas.

Verifica-se que partir da promulgação da CR-88 – Constituição Cidadã – os direitos sociais vêm ganhando mais força normativa e efetividade. A saúde é colocada na centralidade dos governos e da sociedade.

Na verdade, a CR-88 reflete um projeto reformista que pressupõe um novo modelo de intervenção do Estado na saúde e o reconhecimento de um federalismo trino, com a reconfiguração do papel dos três entes da federação.

A CR-88 reconhece a saúde como direito social de cidadania e, conseqüentemente a inclui no rol de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade voltadas para garantir a nova ordem social, cujos objetivos precípuos são o bem-estar e a justiça sociais.

A discussão de políticas de saúde no Brasil encontra nos artigos 6º e 196 da CR de 1988 um marco teórico consagrador, pois se infere que a saúde é um direito fundamental das pessoas e dever do Estado, ou seja, o tema desloca-se da seara técnica e política e passa a ser também jurídico e de ordem constitucional.

É um salto quântico¹ pois a “juridicização constitucional”, ou seja, o status constitucional das políticas de saúde traz o tema para uma zona de interface de duas das mais exponenciais áreas do conhecimento humano: os operadores da política de saúde têm de percorrer a vereda de princípios e limites legais que antes não se abasteciam no manancial constitucional e, lado outro, o seio do mando jurídico tem de albergar uma das mais complexas racionalidades na elaboração de políticas públicas do Estado hodierno. Ledo engano, imaginar que a transposição dessas importantes vertentes possa ocorrer sem conflitos de ideias e disputas de poder.

Uma análise perfunctória da questão já identifica um enorme problema: de um lado especialistas em políticas de saúde partem da premissa que o recurso destinado à função é escasso e deve ser alocado,, com a maior eficácia, eficiência e efetividade e na outra ponta a visão embasada pelo judiciário que a premissa da saúde é direito fundamental, logo a escassez de recursos para provê-la é secundária.

Outra reflexão necessária: a saúde das pessoas é determinada por uma série de fatores inter-relacionados (biológicos, ambientais, econômicos, sociais), permitindo concluir que a atenção à saúde depende de políticas multissetoriais das quais os serviços médicos e o fornecimento de remédios são uma parte do sistema e assim contrapõe-se à maioria das ações que movimentam o Judiciário que tratam de intervenções médicas pontuais e específicas, como a realização de exames sofisticados, cirurgias e fornecimento de medicamentos. Verifica-se que o dilema se robustece: a questão saúde deve ser enfrentada no contexto sócio econômico ambiental mais amplo ou recortada ao prisma reducionista dos cuidados médicos?

A judicialização da saúde, também identificada na literatura como “Judicialização de Assistência Farmacêutica”, “Judicialização do Direito à Saúde” “Fenômeno da Judicialização dos Medicamentos” tem um viés que merece destaque: as políticas públicas de saúde devem se embasar na redução das desigualdades econômicas e sociais e quando o Judiciário é protagonista na implementação dessas políticas constata-se que o cumprimento de decisões judiciais alcança na sua maioria a classe média brasileira, ou seja, a possibilidade de

¹ Salto quântico é a denominação que identifica a mudança de posição de um elétron na eletrosfera de um átomo, em função da absorção ou emissão de energia. É um patamar diferente do inicial.

o Judiciário determinar a entrega gratuita de medicamentos é prática que consolida a iniquidade e contrasta com o princípio do acesso universal.

Adota-se o conceito de judicialização no sentido de que “judicialização da política” e “politização da justiça” são expressões correlatas e indicam os efeitos da expansão do Poder Judiciário no processo decisório das democracias contemporâneas. Há de se ressaltar que tal conceituação não é uniforme entre autores e atores, quer no cenário do Judiciário, quer nos formuladores de políticas públicas.

Os juristas preferem uma conceituação minimalista e usam o termo judicialização para se referirem à obrigação legal de que determinado tema seja apreciado judicialmente. Mais reducionista, com caráter normativo, afirma-se que judicialização é o ingresso em juízo de determinada causa, que indicaria certa preferência do autor por esta via.

Autores referenciais na literatura brasileira como Werneck Vianna (1999) adotam o termo para descrever as transformações advindas da Constituição Cidadã de 1988 que permitiram o maior protagonismo do Judiciário, face à nítida expansão dos instrumentos de proteção judicial, usados à exaustão por entes federados, (Estados e Municípios), bancadas parlamentares que representam as minorias, além de entidades classistas e associações civis e profissionais.

Evidente que o foco do presente estudo é medir o impacto desalocativo no orçamento público do Estado de Minas Gerais face às sentenças judiciais na área da saúde, razão pela qual o presente trabalho faz um recorte na judicialização da política para ater-se à judicialização da saúde, aplicando o termo não só à ação dos juízes, mas também profissionais de outras carreiras judiciais (Ministério Público, Defensoria Pública) e grupos de representações que defendem o recurso das arenas judiciais para aplicar a proteção à saúde ou minimizar discriminação.

Na contextualização da abordagem do papel do Poder Judiciário na democracia brasileira, Arantes (2002) e Werneck Vianna em obra de sua organização (2002), colocam luz no dilema conceitual e normativo da judicialização da política: o primeiro utiliza a ideia de judicialização da política para referir-se ao ativismo voluntarista do Ministério Público e suas implicações negativas, seja para a integridade das funções políticas das instituições representativas, seja para a própria manutenção da independência funcional da instituição, o segundo incorpora conceito de Giselle Citadino dando dimensão constitucional ao ativismo positivo de agentes

sociais e judiciais na produção da cidadania e conclui que a procedimentalização do direito e ampliação dos instrumentos judiciais como um sítio público de destaque para a formação de opinião é o acesso do cidadão à agenda das instituições políticas.

Maciel e Koerner (2002) no trabalho intitulado Sentidos da Judicialização da Política: Duas Análises, resenham as duas obras que ilustram o dilema anteriormente colocado: Luis Werneck Vianna (org.): A democracia e os três poderes no Brasil, e Rogério Bastos Arantes: Ministério Público e política no Brasil.

Cittadino (2000) entende que a CR 88 - Constituição Cidadã teria sido marcada pela ação de juristas alinhados com o ideário do constitucionalismo democrático em contraponto ao constitucionalismo liberal assentado na defesa do individualismo racional, na garantia limitada dos direitos civis e políticos e clara separação dos poderes. Nessa esteira, os valores da dignidade humana, da solidariedade social, a ampliação do âmbito de proteção dos direitos e a redefinição das relações entre os poderes do Estado, ao serem incorporados pelos constituintes de 1988 dão ao Judiciário um novo espaço público e a efetivação dos direitos fundamentais seria obra de círculo de intérpretes na esfera judicial construída por meio de instrumentos processuais – procedimentais. A autora, então, sente-se segura para inferir (p. 39): “a judicialização da política é o processo por meio do qual uma comunidade de intérpretes, pela via de um amplo processo hermenêutico, procura dar densidade e corporificação aos princípios abstratamente configurados na Constituição”. Conclui-se, então que o fenômeno expressa a transformação constitucional com a expansão do âmbito de atuação do Judiciário.

Maciel e Koerner (2002, p. 129) concluem que “a concepção original de judicialização da política é marcada por uma concepção formal das atribuições e relações dos poderes, assim como uma conotação de progressidade, de processo unidirecional cuja pertinência empírica é discutível”. No Brasil, o debate público incorporou a expressão num sentido fortemente normativo e provocou a proliferação dos seus sentidos. A produção acadêmica também apresenta fluidez no uso da expressão, a qual não se torna mais que um nome que é tomado como ponto de partida para análises cujas perspectivas são bastante divergentes.

A normatividade e a efetividade das disposições constitucionais estabeleceram novos patamares para o constitucionalismo no Brasil e em Minas Gerais, identificados pelo Professor Canotilho (2003) como a “viragem

jurisprudencial', ou seja, as decisões dos tribunais constitucionais passaram a considerar-se como um novo modo de praticar o direito constitucional – daí o nome moderno direito constitucional.

Struchiner (2005) em sua tese de doutorado a Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), ao demonstrar o desenho institucional para a investigação filosófica acerca dos casos difíceis do direito permite uma instigante vertente para contestar a outorga ao Judiciário da prerrogativa de aplicar de maneira direta e imediata o preceito que positiva o direito à saúde. A decisão do constituinte originário impõe um desenho institucional cristalino: o direito à saúde é garantido através de políticas sociais e econômicas, formuladas em leis, majoritariamente de iniciativa do Poder Executivo que possui visão global tanto dos recursos orçamentários disponíveis quanto da demanda a ser atendida, com a decisiva participação do Poder Legislativo, quer pela apresentação de emendas ao texto original, quer pela aprovação, do Plenário. Portanto, aí está a segunda diretriz de contestação à judicialização da saúde: as decisões judiciais que determinam a entrega gratuita de medicamentos pelo Poder Público alteram o arranjo institucional previsto na Constituição da República, a Constituição Cidadã de 1988 e também pela CM-89, a Constituição Compromisso.

O tripé contestatório à judicialização da saúde se completa com a fundamentação na legitimidade democrática. Não há de se permitir em retirar ou minimizar poderes legitimados pelo voto popular. A questão orçamentária dos entes federados é tratada à exaustão quer pela CR-88, quer pelas Constituições Estaduais e Leis Orgânicas dos Municípios brasileiros.

O constituinte mineiro de 1989 também inovou nesta área, pois além das três leis do ciclo orçamentário previstas pela CM-89 determinou a elaboração do Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) com visão de longo prazo.

O planejamento é vital para a viabilização da Administração Pública. Porém, a ideia de planejamento não é tão antiga como nos faz crer seu uso disseminado nos dias de hoje.

Plano, etimologicamente, se origina do adjetivo “liso”, “sem dificuldade”. Cunha (1982) leciona que o derivativo “planejar” surge em 1881. Mas para entendê-lo com o significado que conhecemos hoje, foi necessária a Grande Depressão determinar a estagnação econômica do capitalismo liberal no ocidente para que o mundo despertasse a sua atenção para a União das Repúblicas Socialistas

Soviéticas que continuava a crescer, sem parar, alheia ao que acontecia em outros países.

Hobsbawn (1995) destaca que a primeira instituição de planejamento a se organizar integralmente foi a GoElro (Comissão do Estado para a Eletrificação da Rússia), em 1920, que foi sucedida pela GOSPLAN (1921) a famosa “Comissão de Planejamento do Estado” e tornou-se a ancestral e inspiradora de todas as instituições estatais destinadas a planejar ou mesmo exercer supervisão macroeconômica sobre as economias dos Estados do século XX. A economia planejada dos Planos Quinquenais (1929-1941) estava voltada para a criação de novas empresas: o Produto Nacional Bruto (PNB) soviético crescia a 5,7% ao ano.

Na América Latina, o planejamento em saúde se estruturou a partir da década de setenta com o método CENDES-OPS de Programação em Saúde. MATTOS (1988) fez um amplo e detalhado estudo a respeito da metodologia CENDES-OPS, concluindo que a programação tem o grande mérito de estabelecer uma série de critérios para o uso eficiente do recurso público privilegiando-se a intervenção em problemas que respondiam melhor à tecnologia existente, àqueles numericamente mais prevalentes e que teriam condições sobre outros setores da sociedade. As críticas dos métodos fulcravam-se nos seus aspectos prescritores e normatizadores.

Surge então o Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus e o Planejamento Estratégico de Mario Testa, documentos extremamente importantes para o preparo da VIII Conferência Nacional da Saúde, com repercussão na implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil.

O constituinte originário de 1988 se inspira na constituição germânica para a redação do art. 84, que no seu inciso XXIII estabelece a competência privativa do Presidente da República para “enviar ao Congresso Nacional o plano plurianual, o projeto de lei de diretrizes orçamentárias e as propostas de orçamento previstas nesta Constituição.

O constituinte mineiro de 1989, valorizando ao máximo o planejamento na consecução das políticas públicas faz insculpir o art. 154 que assevera:

A lei que instituir o plano plurianual de ação governamental estabelecerá, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da Administração Pública para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas a programas de duração continuada.

Parágrafo Único: o plano plurianual e os programas estaduais, regionais e setoriais previstos nesta Constituição serão elaborados em consonância

com o Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado e submetidos à apreciação da Assembléia Legislativa.

Conclui-se, portanto, que as ações governamentais em Minas Gerais são decididas em planejamento de longo prazo (PMDI) com visão do Estado em cenário de mais de vinte anos, médio prazo (PPAG) com elaboração quadrienal e revisão anual, contemplando metas e recursos que se desdobram em leis a mais, Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA).

Uma digressão histórica dos PMDI's mineiros se obtém a partir da Lei 12.051, de 1995; Lei 15.604, de 2004 que em seu Anexo lista as seguintes diretrizes para a saúde:

- a) regionalizar a oferta de serviços de acordo com a demanda, proporcionando ganhos de escala (Plano Diretor de Regionalização e Plano Diretor de Investimentos);
- b) enfatizar as ações preventivas mediante expansão do Programa Saúde da Família;
- c) ampliar a assistência farmacêutica, com ênfase em doenças crônico-degenerativas;
- d) promover a redução da mortalidade infantil por meio do Programa Viva Vida;
- e) implantar a coordenação e regulação dos serviços de saúde no espaço supra-municipal;
- f) reduzir a mortalidade infantil e materna por meio de ações estratégicas.
- g) fortalecer e melhorar a qualidade dos hospitais do SUS-MG;
- h) desenvolver um programa de educação permanente e de capacitação profissional para funcionários do SUS e da SES-MG;
- i) desenvolver um conjunto de ações voltadas para o conhecimento, prevenção e enfrentamento contínuo de problemas de saúde, selecionados e relativos aos fatores e às condições de risco;
- j) promover estudos diagnósticos e prospectivos para nortear a definição de prioridades de pesquisa e de desenvolvimento tecnológico em saúde;
- k) integrar as fundações (Hemominas, Funed e Fhemig) à SES-MG, numa gestão participativa e colegiada;

- l) estimular a participação da sociedade civil por meio dos conselhos municipais e estadual de saúde;
- m) estabelecer parcerias com entidades de classe (ex: SESI) para a execução de campanhas e ações educativas de promoção da saúde;
- n) estabelecer parcerias com entidades da sociedade civil que atuam na recuperação de dependentes químicos.

O PMDI elegeu a gestão fiscal como necessidade prioritária para o equilíbrio das contas públicas e escolheu o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) como indicador para acompanhar a qualidade de vida.

Os planos plurianuais em Minas Gerais, em atendimento às disposições constitucionais estão representados pelos seguintes diplomas legais:

- a) Lei 10.578 de 30/12/1991 (1992-1995)
- b) Lei 12.052 de 29/12/1995 (1996-1999)
- c) Lei 13.472 de 18/1/2000 (2000-2003)
- d) Lei 15.033 de 20/1/2004 (2004-2007)
- e) Lei 17.347 de 16/1/2008 (2008-2011)

A Lei de Diretrizes Orçamentárias em vigor é a Lei 18.313 de 06/01/2009 que no parágrafo primeiro, art. 8º determina que “para fins do disposto no inciso V, consideram-se ações e serviços públicos de saúde aqueles implementados em consonância com os art. 200 da CR e 190 da CE.

A Lei Orçamentária em vigor é a Lei 18.693, de 4/1/2010 que fixou a despesa em saúde na área de resultado Vida Saudável. A execução das políticas públicas de saúde foi prevista em 5 programas estruturadores e 17 associados, sendo apurado, conforme Parecer Prévio das Contas do Governador, aprovado em 8/7/2011, um total de R\$3,16 bilhões o que significa que o índice das aplicações em saúde foi de 12,08%.

Infere-se portanto que a atuação judicial altera o orçamento do Estado e o objetivo da monografia é medir o efeito desalocativo no orçamento público de Minas Gerais.

3 RESERVA DO POSSÍVEL

A função alocativa no orçamento é tarefa das mais difíceis, face que o recurso disponibilizado é finito e as demandas são infinitas. A necessidade de se equilibrar receita e despesa é expediente de execução sofrida, com repetidas “escolhas de Sofia”.

A saúde, um dos três extratos componentes do instituto denominado seguridade social, ao lado da previdência e da assistência, de acordo com a Constituição vigente, deve ser regida pelo princípio da universalidade em detrimento ao da seletividade.

Contudo, é sabido que o Estado não possui recursos materiais para atender ao princípio da universalidade integralmente, motivo pelo qual, no limite da reserva do possível, deve-se ponderá-lo com o princípio da seletividade, cabendo ao Poder Público estabelecer parâmetros para a prestação da saúde. Adita-se ainda que, face a decisão constitucional de financiamento trino (União, Estados e Municípios) e a legislação infraconstitucional eleger o Município como o ente responsável pela execução das ações e serviços públicos de saúde, torna-se vital o planejamento em saúde.

O Brasil é um Estado federal originário de um Estado unitário, por isso, desde a Carta Imperial de 1824 até a Constituição Cidadã de 1988 transcorreram movimentos de centralização/descentralização administrativas com repercussão direta no efetivo atendimento às ações e serviços públicos de saúde.

No caso brasileiro as imensas desigualdades socioeconômicas e espaciais vistas na federação e o modelo de financiamento da saúde pública, exigem um conjunto de procedimentos fiscais e orçamentários que conformam uma rede complexa, que exhibe conflitos legislativos e financeiros com os entes federados.

Não há legislação definidora da participação de cada ente federado na construção do financiamento público e o vácuo para a correta interpretação do que são “ações e serviços públicos de saúde” persistem, apesar dos esforços – muitas vezes conflitantes – de legislação de diferentes entes e resoluções de diferentes conselhos.

Elazar (1987) permite conhecer as raízes históricas do termo “federal”, ao apontar a sua origem latina – *foedus amicitiae* – que, assim como o termo hebreu *brit* significa “pacto”, e em entendimento mais ampliado, “paz”, “constituição”.

O canadense adita que “federalismo” é assim um princípio ou valor, que permeia os sistemas políticos federativos e que diz respeito à necessidade das pessoas e das unidades políticas de se unirem para atingirem objetivos comuns e ainda assim se manterem separados para preservar suas respectivas integridades.

Fiori (1995) ressalta a “importância da integridade regional e da dimensão espacial no conceito de federalismo, compatibilizadas na forma de um pacto constitucional onde são simultaneamente definidos os espaços e os limites da soberania”.

Ataliba (1985) defende “a indissociabilidade entre federalismo e república, considerando o primeiro um dos pressupostos da segunda”.

Ferrari (1993) embora reconhecendo que “o federalismo se assenta sobre duas ideias fundamentais – a autonomia das entidades federativas e a sua participação na formação da vontade dos órgãos federais e nas suas decisões – vê no modelo brasileiro arranjo peculiar.” Afirma a autora:

“... na Federação brasileira, conforme determina a CF, os municípios são unidades territoriais, com autonomia política, administrativa e financeira, autonomia esta limitada pelos princípios contidos na própria Lei Magna do Estado Federal e naqueles das Constituições Estaduais.”

Chagnazaroff (1989) identifica as três estratégias da CF 1988 que colocam o Município como ator importante na eficácia das políticas de descentralização:

- 1) As Câmaras de Vereadores passaram a elaborar as Leis Orgânicas Municipais;
- 2) as Câmaras de Vereadores passaram a elaborar, através de lei específica, o orçamento municipal, determinando em que ações e programas serão realizadas as despesas;
- 3) confirmação jurídica da iniciativa de legislação popular, através de mecanismos como o plebiscito, o referendo e a proferição de projetos de lei com apoio de 5% dos eleitores dos municípios.

Assim o constituinte brasileiro de 1988, ao resgatar a importância do poder local, entendeu o sentido coletivo de valorização da descentralização que se manifesta hodiernamente em inúmeros eventos, mundiais, os quais sinalizam a importância das cidades na ordem mundial, conforme destacam Huntington (1997) e Borja (1996).

Desta forma, além de conhecer a situação orçamentária de três entes federados que atuam solidariamente na execução de uma mesma função, o magistrado ao optar por uma sentença que determine movimentação no orçamento, apropriará da função de executivo-legislativo e sozinho decide que vai subtrair recursos de uma área para alocá-lo em outra, pois investir recursos em determinado setor sempre implica deixar de investi-los em outros. É como leciona Amaral (1994): “Todos os direitos tem custos porque todos pressupõem o custeio de uma estrutura de fiscalização para implementá-los”.

Vertente importantíssima na avaliação e monitoramento dos gastos em saúde, notadamente no acompanhamento dos gastos públicos na função saúde, é a nova disciplina conceituada como economia da saúde. Tal tema é central em governos, planejadores de políticas públicas, organismos internacionais e entidades privadas que prestam serviços de saúde.

O recorte tem sido desenvolvido em dois aspectos fundamentais: a busca do atendimento planejado e universalista e a gestão mais eficaz e eficiente dos recursos disponíveis.

A Organização Mundial da Saúde, conforme citado por Castro (2007, p. 89) demonstra em seu relatório de 2006, em 193 países analisados, um dispêndio de US\$3,6 trilhões em saúde.

Deste total, 33% são providos pelos orçamentos públicos governamentais, 25% pelas contribuições sociais, 20% pelos seguros privados, 18% pelas despesas diretas das famílias e 4% por outras fontes.

Analisando a situação mundial constata-se que existem países que não dispõem de planos nacionais de saúde, outros financiam a saúde, principalmente, com recursos orçamentários e, um terceiro grupo, é financiado com recursos privados na sua essência.

Outro indicador da repercussão dos gastos com a saúde é medir a participação dos gastos com saúde em relação à riqueza de cada nação.

O Relatório da Organização Mundial da Saúde citado por Castro (2007, fl. 91) demonstra que existem países que gastam mais de 13% do PIB com a saúde (Estados Unidos: 13,9%) enquanto outros não atingem 3%. O Brasil situa-se na faixa intermediária com gastos em saúde em redor de 8,9% do PIB em 2006.

Ugá & Santos (2005) em detalhado estudo comprovam que o gasto nacional em saúde tem diferente composição, quando se decompõe o gasto total em

participação do setor público, setor privado e desembolso direto das famílias. O financiamento da saúde no Reino Unido é essencialmente público (96,9%) enquanto no Brasil, o financiamento público (48,7%), é responsável por menos da metade dos gastos em saúde.

O Relatório da Economia Mundial, de 1993, preparado pelo Banco Mundial, a partir dos dados levantados por Schieber y Poullier (1989), permite verificar o incremento do gasto nacional com saúde em relação ao Produto Interno Bruto (PIB). A variação impressiona ao analista de gasto público.

A Alemanha em quatro décadas aumenta o gasto com saúde em 70,21% do seu PIB, pois em 1960 o referencial era de 4,7% do PIB e em 1990 atinge 8,0%; o Canadá experimenta incremento de 65,45% partindo de 5,5% do PIB para 9,1% do PIB; os Estados Unidos tradicionalmente o país que mais gasta com saúde sai do patamar de 5,2% em 1960 para alcançar 12,7% do PIB em 1990 com aumento de 244,23%! O fenômeno se repete em países orientais (Japão eleva em 224,13% seus gastos com saúde, pois em 1960 representavam 2,9% do PIB e em 1990 significam 6,5%) e em países que adotaram o modelo welfariano² precocemente: Reino Unido eleva em 156,41% partindo do patamar de 3,9% do PIB em 1960 para 6,1% em 1990; Suécia em 1960 gastava 4,7% do PIB com saúde e em 1990 passa a gastar 8,8% do PIB com aumento de 187,23%.

Piola & Servo (2005) em instigante trabalho para a Organização Mundial da Saúde de análise da participação pública e privada no financiamento da saúde em países federativos e ou de cobertura universal, demonstram que há semelhança na composição do financiamento do gasto em saúde entre Brasil (cobertura universal) e Estados Unidos (modelo liberal de assistência à saúde): o gasto público dos Estados Unidos com a saúde é de 44,1% e no Brasil é de 48,7%, enquanto o gasto privado é de 55,9% e 51,3%, respectivamente. Essa assimetria é altamente preocupante, pois sistemas de saúde amparados por legislação completamente diversa, não deveriam ter composição semelhante. Lado outro, federações tradicionais como Alemanha e Canadá mostram semelhança em suas composições: na Alemanha 77,5% do gasto com saúde é público e 22,5% é gasto privado, enquanto no Canadá 72% do gasto com saúde é público e 28% é privado. O Reino Unido, que não é federação mas é o

² Modelo Welfariano: assistência integral e universal à saúde sem o pagamento específico de seguro ou contribuição para garantir o acesso.

berço do *Welfare State (Estado do Bem-Estar Social)* tem 96,9% do gasto com saúde financiado pelo poder público e apenas 3,1% pelo gasto privado.

No Brasil constata-se a existência de dois subsistemas (público e privado), simultâneos, que mantêm interfaces, cujas partes até se comunicam no financiamento (a renúncia fiscal do montante gasto com os planos e seguros de saúde os subsídios aos planos de empresas diminuem os recursos disponibilizados a favor do SUS).

Ugá & Santos (2005), ao estratificarem a composição do gasto privado direto em saúde por decil de renda para o Brasil no ano de 2002, a partir da Pesquisa de Orçamentos Familiares/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (POF/IBGE) 2002/2003, constatam que nos nove primeiros decis a despesa com medicamentos é maior que a soma de todos os outros gastos, sendo que apenas no decil 10 da renda tal fato não ocorre; mas ainda assim, equivale a 42% do gasto. É evidente que tal constatação não pode ser desconhecida pelas autoridades envolvidas na dispensação de fármacos e mais do que nunca justifica um detalhado acompanhamento dos gastos com medicamentos especialmente na esfera pública, buscando otimizar a despesa pública, dando-lhe eficácia, eficiência e efetividade com programação coletiva e planejada.

Dain e outros (2001) alertou para a presença do “estado invisível” e a sua permissividade sobre o financiamento da saúde pública, em razão da renúncia fiscal e do segmento da assistência médica suplementar, colocando-se de modo oposto ao movimento da universalização da cobertura e de redistribuição da oferta de serviços no território. A magnitude do problema é revelada por inteiro quando se analisa dados da Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda: no ano base 1996, constatou-se que 34,7 mil empresas efetuaram deduções sobre o lucro real relativas a despesas com saúde, com renúncia fiscal de 800 milhões. No mesmo ano base, na área de pessoas físicas, 2 milhões 662 mil contribuintes apresentaram despesas médicas de R\$7,4 bilhões, implicando renúncia fiscal de R\$726 milhões. Tais números mostram que o “estado invisível” é poderoso extrator de recursos para o financiamento público da saúde! O financiamento público com objetivos privados é carregado de iniquidade pois a facilidade final é desfrutada por famílias de mais alta renda em suas declarações anuais de ajuste de rendimentos e por empresas com elevado faturamento, em território que concentra parcela importante do PIB nacional.

Os gastos em saúde dos cidadãos mineiros com plano de saúde, conforme dados do Atlas 2010, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, permitem inferir que no corrente ano estão em atividade 684 operadoras, com cerca de 4,933 milhões de beneficiários, correspondente a 25,17% da população do Estado de Minas Gerais, com uma contraprestação média de R\$91,50 (representando 2,96% a menos do valor apurado em 2008 que foi de R\$94,29), incluindo-se no cálculo todos os tipos de planos de saúde na área médico-hospitalar, como auto-gestão, medicina de grupo, cooperativas médicas, filantrópicas, seguradoras especializadas em saúde e administradoras de benefícios.

O encarecimento do financiamento do gasto com a saúde é universal e preocupante, fundamentando-se em motivações tão díspares como:

- a) extensão territorial da cobertura: a clientela aumenta de forma gradativa com a acessibilidade e eventuais momentos de crise econômica;
- b) extensão vertical da cobertura: resulta da complexificação e da crescente oferta de serviços médico-sanitários, incluindo-se assistência odontológica, psicanálise, terapias de alto custo como diálise renal, transplantes, quimioterapias. Aaron Widavsky, da Universidade de Berkeley assevera: “o incrementalismo dos orçamentos públicos para a área de saúde é de tal monta, que os gastos em saúde vão aumentar até atingir o nível dos recursos disponíveis”. Uma visão pragmática da Lei de Widavsky é que a sociedade, frente ao risco do esgotamento dos recursos, possa elaborar estratégias para a contenção dos gastos em saúde, já que “as necessidades” em saúde podem ser potencialmente infinitas;
- c) transformação na estrutura das morbimortalidades da clientela: detecta-se que a representatividade do gasto com a saúde desloca-se do eixo de doenças infecto-contagiosas para as doenças crônico-degenerativas com custo per capita significativamente maior face intensidade e prolongamento da enfermidade;
- d) tecnologia médica: é evidente que a melhoria do diagnóstico com a incorporação de novas técnicas laboratoriais e procedimentos de imagens e a qualidade do tratamento com a oferta de fármacos de “última geração” pela poderosa indústria farmacêutica determinam maiores gastos em saúde. É uma exceção aos princípios econômicos aplicados em outras

áreas do conhecimento pois aqui há uma exclusividade: os serviços de saúde ao incorporarem mais capital (equipamentos), necessitam de mais custeio (mais e melhor recursos humanos para operarem os equipamentos e mais demanda (pelos serviços e pelos fármacos disponibilizados por uma poderosa indústria farmacêutica);

Roemer (1993), da Universidade da Califórnia documentou com maestria a presença de um novo serviço de saúde disponibilizado à sociedade: “Um novo serviço de saúde tem a capacidade de gerar sua própria demanda, mesmo em mercados saturados”. É a prática, na saúde, da constatação do economista francês do séc XVIII, Jean Baptiste Say³: “a oferta cria a sua própria demanda”. Não se deseja ser apocalíptico, mas ressalta-se a constatação de que a Lei de Say foi um dos pilares da economia ortodoxa até a crise de 1929 e a Grande Depressão;

- e) melhoria da renda familiar e conseqüentemente maior aporte de recursos adicionais para a saúde. Comparando-se com o imaginário coletivo: alguns anos atrás o objeto do desejo era ter um celular, agora é se afiliar a um plano de saúde.

Essa fundamentação é necessária para demonstrar que o orçamento público sempre será insuficiente para o atendimento de todas as demandas sociais e no caso específico do financiamento público da saúde as modernidades conduzem a uma elevação do patamar de alocação para que não haja inanição das demais políticas públicas.

É interessante, nesse momento, auscultar autores para melhor compreensão do sítio adequado para a elaboração das políticas públicas de saúde.

Gouvea (2003) retrata a desorganização da Administração Pública quando programas de atendimentos integral, no âmbito dos quais, além de medicamentos, os pacientes recebem atendimento médico, social e psicológico. Quando há uma decisão judicial determinando a entrega imediata de medicamentos, frequentemente o Governo retira o fármaco do programa, desatendendo a um paciente que o recebia para entregá-lo ao litigante individual que obteve a decisão favorável. *In verbis*, assim manifesta o autor:

³ Jean Baptiste Say, economista francês, nascido em Lyon em 1767, em seu *Traité d'Economie Politique* (2 volumes, 1803) estabelece a chamada “Lei dos Mercados”, ou seja, um produto tão logo seja criado, gera mercado para os outros produtos em toda a grandeza de seu próprio valor.

Em tese, seria possível aventar uma infinidade de medidas que contribuiriam para a melhoria das condições de saúde da população, decorrendo daí a necessidade de se precisar que meios de valorização da saúde poderiam ser postulados judicialmente. Um grupo de cidadãos poderia advogar que a ação do Estado, na área de saúde, fosse máxima, fornecendo tudo o quanto, ainda remotamente, pudesse satisfazer tal interesse; outros poderiam enfatizar o cuidado com práticas preventivas, concordando com o fornecimento, pelo Estado, de vacinas de última geração, de eficácia ainda não comprovada; um terceiro grupo poderia pretender que o estado tivesse impulso a uma política de saúde calcada na medicina alternativa, ou ao subsídio aos planos privados de saúde. Existe, enfim, um leque infinito de estratégias possíveis, o que aparentemente tornaria inviável sindicarem-se prestações positivas, nesta seara, sem que o constituinte ou o legislador elegessem uma delas.

Weintraub (2005) ao analisar a efetividade de política de saneamento como fator de promoção de saúde, valoriza os gastos com prevenção e os comandos constitucionais que balizam as diretrizes do gasto público:

O atendimento integral é fruto da universalidade objetiva, sendo que a prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, é oriunda da razoabilidade. Como diria São Jerônimo, *sancta simplicitas*: é melhor prevenir que remediar. E remediar faz mais sentido quando se trata de saúde. Previnam-se as doenças, mantendo-se o atendimento para os já enfermos. Tal prevenção envolve um conceito amplo de saúde, associado com o equilíbrio físico, o psicológico e o social. (...) Estas diretrizes [as do art. 200 da CF/88] confirmam o alcance de um conceito amplo de saúde, associado com o equilíbrio físico, o psicológico e o social o meio ambiente do trabalho e a saúde do trabalhador, v.g., são interesses difusos, pois causam impacto social. A vigilância sanitária e epidemiológica também é prioridade. Temos visto recentemente o governo investir mais em referendos do que no controle da febre aftosa ou da gripe aviária. São questões intrínsecas à saúde, que deveriam ser essência da atuação estatal.

Outra vertente é a sedutora análise da efetividade da política pública, incluindo-se aí, a saúde. Trata-se do raciocínio dicotômico entre micro-justiça e macro-justiça a partir do ambiente decisório na escolha do destinatário prioritário da despesa pública.

Barcellos (2006) ao entender que juiz é um ator social que observa apenas os casos concretos e sob demanda na denominada micro-justiça não tem o horizonte descortinado pela Administração Pública que lida com as demandas ilimitadas. Interessante visitar a sua dicção:

Ainda que superadas as críticas anteriores, o fato é que nem o jurista, e muito menos o juiz, dispõem de elementos ou condições de avaliar, sobretudo em demandas individuais, a realidade da ação estatal como um todo. Preocupado com a solução dos casos concretos – o que se poderia denominar de micro-justiça -, o juiz fatalmente ignora outras necessidades relevantes e a imposição inexorável de gerenciar recursos limitados para o atendimento de demandas ilimitadas: a macro-justiça. Ou seja: ainda que

fosse legítimo o controle jurisdicional das políticas públicas, o jurista não disporia do instrumental técnico ou de informação para levá-lo a cabo sem desencadear amplas distorções no sistema de políticas públicas globalmente considerado.

A impossibilidade de atuação do juiz como legislador positivo é um dos argumentos que fundamentam as decisões de tribunais superiores brasileiros para minimizarem o efeito da judicialização dos direitos sociais, notadamente da saúde.

Importante trazer ao conteúdo a lição do eminente Ministro do Supremo Tribunal Federal (STF), Celso de Mello, ao sentenciar a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 2075 – Medida Cautelar (MC), que coloca luz ao determinar a “reserva de lei” já que a Constituição prescreve que o regime jurídico de determinada matéria deva ser regulado por lei e apenas por lei, com exclusão de outras fontes normativas. *In verbis*:

O princípio constitucional da reserva de lei formal traduz limitação ao exercício das atividades administrativas e jurisdicionais do Estado. A reserva de lei analisada sob tal perspectiva constitui postulado revestido de função excludente, de caráter negativo, pois veda, nas matérias a ela sujeitas, quaisquer intervenções normativas, a título primário, de órgãos estatais não-legislativos. Essa cláusula constitucional, por sua vez, projeta-se em uma dimensão positiva, eis que a sua incidência reforça o princípio, que, fundado na autoridade da Constituição, impõe, à administração e à jurisdição, a necessária submissão aos comandos estatais emanados, exclusivamente, do legislador. Não cabe, ao Poder Executivo, em tema regido pelo postulado da reserva de lei, atuar na anômala (e inconstitucional) condição de legislador, para, em assim agindo, proceder à imposição de seus próprios critérios, afastando, desse modo, os fatores que, no âmbito de nosso sistema constitucional, só podem ser legitimamente definidos pelo Parlamento. É que, se tal fosse possível, o Poder Executivo passaria a desempenhar atribuição que lhe é institucionalmente estranha (a de legislador), usurpando, desse modo, no contexto de um sistema de poderes essencialmente limitados, competência que não lhe pertence, com evidente transgressão ao princípio constitucional da separação de poderes.

O Ministro Celso de Mello ao manifestar sobre a Petição n. 1246 Santa Catarina e Agravo de Instrumento (REAgr) 393175 esclarece que a limitação orçamentária não pode ser óbice a impedir a concretização do direito fundamental à saúde pelo Poder Judiciário que abre a vereda do entendimento sobre a limitação orçamentária e o respeito indeclinável à vida e à saúde humana. Eis a sua decisão:

Entre proteger a inviolabilidade do direito à vida e à saúde, que se qualifica como direito subjetivo inalienável assegurado a todos pela própria Constituição da República (art. 5º, caput e art. 196), ou fazer prevalecer, contra essa prerrogativa fundamental, um interesse financeiro e secundário do Estado, (...) impõem ao julgador uma só e possível opção: aquela que privilegia o respeito indeclinável à vida e à saúde humana.

Hora portanto de confrontar dois princípios basilares: em uma margem o contingente que afirma ser dever do Estado garantir aos indivíduos um núcleo mínimo de direitos sem os quais não há de se falar em vida digna sintetizando o princípio da mínima existência ou seja, compreender o conceito da dignidade humana; em outra margem o princípio da reserva do possível apoiando-se no fato de que a atuação do Estado é limitada diante da indisponibilidade de recursos financeiros para custear todos os direitos sociais de toda a população.

As águas que permeiam tais margens, ora em quedas, ora em correntezas mas, jamais no remanso, apontam para um estuário certo: a ponderação.

O eminente Ministro Gilmar Mendes, ao manifestar em sede de Suspensão de Tutela, em momentos diversos, tem apontado um caminho de equilíbrio. Assim o ilustre Ministro declarou na Suspensão de Tutela Antecipada (STA) 175 Ceará (CE) em 17 de maio de 2010:

A dependência de recursos econômicos para a efetivação dos direitos de caráter social leva parte da doutrina a defender que as normas que consagram tais direitos assumem a feição de normas programáticas, dependentes, portanto, da formulação de políticas públicas para se tornarem exigíveis. Nesse sentido, também se defende que a intervenção do Poder Judiciário, ante a omissão estatal quanto à construção satisfatória dessas políticas, violaria o princípio da separação dos Poderes e o princípio da reserva do financeiramente possível.

Ao se pronunciar na STA 238 TO, assim o Ministro Gilmar Mendes lecionou:

[...] ante a impreterível necessidade de ponderações, são as circunstâncias específicas de cada caso que serão decisivas para a solução da controvérsia. Há que se partir, de toda forma, do texto constitucional e de como ele consagra o direito fundamental à saúde.

Conclui-se, portanto, esta análise, inferindo-se que a ponderação de interesses, feita nas particularidades de cada caso e cada demanda é a forma recomendada de se aferir a real imprescindibilidade da concessão da tutela do Judiciário.

O princípio da reserva do possível não é algo limitador da integridade do paciente, mas sim uma oportunidade de se otimizar a despesa pública e a judicialização da saúde não pode ser banalizada ou servir de fonte de renda de escritórios de advocacia e laboratórios farmacêuticos facilitadora de desorganização da Administração Pública.

Uma vereda de grande possibilidade, aberta com o espírito da ponderação e amparada no princípio da dignidade humana, é a possibilidade concreta da

Defensoria Pública atuar na “pré-judicialização” em ambiente em que o demandante é alcançado antes do apelo ao judiciário, em atendimento rápido, embasado por especialistas em saúde das Secretarias Estaduais e Municipais, como experiências em Belo Horizonte e Estado do Rio Grande do Norte.

4 O ORÇAMENTO DO ESTADO DE MINAS GERAIS E O IMPACTO DESALOCATIVO FACE AS DECISÕES JUDICIAIS

Castro (2007) em tese de doutorado apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em Saúde Coletiva ao Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro constrói a série histórica de 1989 a 2005 dos gastos em saúde da União, do estado de Minas Gerais e do conjunto de 853 Municípios mineiros.

No presente trabalho o objeto será identificar o dispêndio em ações de saúde decorrentes de ações judiciais no biênio 2009 – 2010.

A discussão do tema será aberta invocando-se o testemunho do economista Carlos Matus, pioneiro na utilização do Planejamento Estratégico Situacional, no sentido de se identificar o “que é governar”.

Matus (1989) entende que a arte de governar implica em articular três variáveis: a) Projeto de Governo (conteúdo programático, com as políticas públicas, programas e projetos que o detentor do mandato se propõe a implementar ao longo do seu mandato); b) Governabilidade: variáveis controladas ou não pelo governo em cada situação; c) capacidade de Governo (hoje reconhecida como governança, representa o acervo de técnicas, métodos, habilidades e disponibilidades de recursos para que o governo efetivamente possa implementar o que foi planejado).

A ideia de planejamento, hoje consensual, ganhou dimensão cosmopolita a partir dos trabalhos pioneiros da GOEiro e GOSPLAN na extinta União das Repúblicas Socialistas Soviéticas no final da década de vinte. No Brasil certamente é o período decorrente da revolução de trinta e a chegada de Getúlio Vargas ao poder que permite o ideário do planejamento tupiniquim com as teses desenvolvimentistas e a adoção dos princípios da administração burocrática weberiana (criação de Departamento Administrativo do Serviço Público, Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP) em 1938 e o Decreto-Lei 1058/1939 que institui o Plano Especial de Obras Públicas e Aparelhamento da Defesa Nacional (1939-1943), cuja filha dileta é a indústria siderúrgica brasileira.

Não há espaço nesse trabalho para discorrer sobre as várias etapas do planejamento na formação do Brasil, mas é absolutamente fundamental compreender que o constituinte originário de 1988 o adotou por inteiro.

O ciclo orçamentário atual é fundamentado no artigo 165 da CR de 1988, que em seu parágrafo primeiro determina a necessidade do Plano Plurianual (PPA) – inspiração da Constituição germânica – que “estabelecerá, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada”.

O parágrafo 2º do citado artigo delinea a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) que

compreenderá as metas e prioridades da administração pública federal, incluindo as despesas de capital para o exercício financeiro subsequente, orientará a elaboração da lei orçamentária anual, disporá sobre as alterações na legislação tributária e estabelecerá a política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento.

Na prática, o processo orçamentário brasileiro vem sendo aperfeiçoado de forma gradativa ao longo dos anos, principalmente por intermédio das LDO's, que têm sido o instrumento legal para alterar a Lei 4.320/64 e também portarias e decretos da Secretaria do Orçamento Federal.

A Lei Orçamentária Anual, em cumprimento ao art. 5º da Lei Complementar 101, de 4/5/2000 – Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) – deverá ser compatível com o PPA e LDO.

Pode-se então inferir que o orçamento é um documento, que para o período de um ano, determina a quantidade de moeda que deva entrar e sair do cofre público, com a especificação das fontes de financiamento e categorias de despesas. Proposta pelo Poder Executivo, apreciada pelo Poder Legislativo na forma definida pela Constituição.

O orçamento tem como funções a alocação de recursos para prover a oferta de bens e serviços, a intervenção na economia com o objetivo de tornar a sociedade menos desigual (função distributiva) e a promoção do equilíbrio de preços, manutenção de empregos e estabilidade da sociedade (função estabilizadora).

No caso de Minas Gerais, a CM-1989, Constituição Compromisso, insculpiu ainda, como peça do planejamento o PMDI. A Receita Fiscal arrecadada pelo Estado de Minas Gerais em 2010 foi de R\$ 46,618 bilhões, 9,04% acima da previsão da Lei Orçamentária Anual; no ano e 2009 foi de R\$ 40,562 bilhões.

A Receita Tributária arrecadada pelo Estado de Minas Gerais em 2010 foi de R\$ 31,745 bilhões, contra R\$ 26,800 bilhões em 2009.

A arrecadação do Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços (ICMS) em Minas Gerais em 2010 foi de R\$ 20,485 bilhões, contra R\$ 17,006 bilhões em 2009, consolidando na segunda posição do ranking nacional (crescimento de 16%).

A Lei Complementar 101, de 4 de maio de 2000, em seu art. 2º, estabelece que a Receita Corrente Líquida (RCL) é calculada a partir do somatório das receitas tributárias, de contribuições, patrimoniais, agropecuárias, industriais, de serviços, transferências correntes e outras receitas correntes, arrecadadas no mês em referência e nos onze anteriores, consideradas algumas deduções e excluídas as duplicidades, ou seja, transferências constitucionais devidas aos Municípios, a contribuição dos servidores para o custeio do seu sistema de previdência e assistência social, as receitas provenientes da compensação financeira entre regimes de previdência citada no art. 201 (parágrafo 9º) da CR 88 – Constituição Cidadã e as receitas para a formação do Fundo de Desenvolvimento e Manutenção do Ensino Básico e Valorização dos Profissionais da Educação (FUNDEB).

O valor da RCL de Minas Gerais, relativo ao período de janeiro a dezembro de 2010 é de R\$ 33,179 bilhões, enquanto o valor de 2009 foi de R\$ 29,118 bilhões, com crescimento nominal de 13,95% e variação real de +7,92%.

Na análise da despesa por funções e participação na despesa total em 2010, o maior volume de despesa é Encargos do Estado (R\$11,895 bilhões, ou seja 25,83%), seguido de Segurança Pública (R\$6,741 bilhões, ou seja 14,64%), Previdência Social (R\$5,640 bilhões, ou seja 12,25%), Educação (R\$5,334 bilhões, ou seja 11,58%) e Saúde (R\$4,561 bilhões ou seja 9,90%), conforme figura 1.

Tais números confirmam que apenas estas funções consomem 74,21% da despesa do Estado.

No ano de 2009 o quadro é similar: Encargos Especiais (R\$10,334 bilhões, ou seja 25,67%), Segurança Pública (R\$ 5,619 bilhões, ou seja 13,96%), Previdência Social (R\$4,705 bilhões, ou seja 11,69%), Educação (R\$4,746 bilhões, ou seja 11,70%), Saúde (R\$3,977 bilhões ou seja 9,88%), totalizando 72,99% da despesa do Estado, como demonstrado na figura 1.

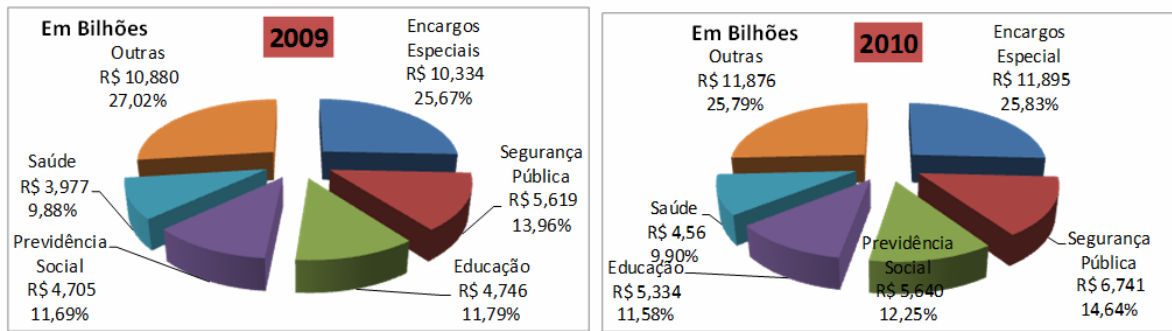


FIGURA 1: Gráfico Despesa por Função no Estado de Minas Gerais – 2009-2010

Fonte: Armazém de Informações-Siafi

No presente estudo pretende-se verificar os gastos em saúde e, especialmente, a despesa decorrente de determinação judicial.

Minas Gerais, mostra o planejamento governamental submetido à seguinte fundamentação básica:

- a) CR 88 - Constituição Cidadã; CM 89 – Constituição Compromisso: artigos 165 e 153, respectivamente, estabelecem o plano plurianual, as diretrizes orçamentárias e os orçamentos anuais;
- b) CM 89, artigo 231: prevê o Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado;
- c) CR 88: art. 165, parágrafos 1º, 4º, 7º, CM 89: art. 154, parágrafo único e art. 157, parágrafos 1º e 2º, que dispõem sobre a regionalização das políticas públicas e a compatibilidade entre os instrumentos de planejamento, medida de eficácia do planejamento e da observância ao princípio da continuidade administrativa;
- d) Lei Complementar 101/2000, a denominada LRF, dispõe que a responsabilidade na gestão fiscal seja amparada em ação planejada e transparente (parágrafo 1º do art. 1º);
- e) CR 88, art. 74 e Portaria 42 de 14/4/99, do então Ministério do Orçamento e Gestão que institui o planejamento estratégico do setor público brasileiro.

O Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI), plano inédito no país, teve origem no trabalho da IV Constituinte Mineira e visa promover o desenvolvimento socioeconômico integrado do Estado. Representa um avanço nos mecanismos de planejamento, contribuindo para que o modelo mineiro seja referência no Brasil.

Instituído pela Lei 15.032, de 20/1/2004, o PMDI, foi atualizado pela Lei 17.007, de 28/9/2007, introduzindo um modelo de gestão por resultados no Estado, devendo balizar os demais instrumentos de planejamento e execução orçamentária. Consta de 11 áreas de resultados e 2 pilares do sistema. No presente estudo verifica-se que a área “Vida Saudável”, destinatária de R\$3,648 bilhões (6,51%), do total de R\$ 56 bilhões previstos no Orçamento Fiscal (R\$ 46,1 bilhões) e Orçamentos de Investimento das Empresas Controladas pelo Estado (R\$ 9,9 bilhões).

No exercício de 2009 a área de resultados “Vida Saudável” teve execução orçamentária de R\$ 3,091 bilhões em 2008 e R\$ 2,640 bilhões, ou seja acréscimo de 18,02% de 2010 em relação a 2009.

O atual Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG) decorre da Lei 17.347, de 16/1/08, para o período de 2008 a 2011. O PPAG para 2010 foi revisado mediante a Lei 18.694 de 4/1/10, oportunidade em que foram incluídos 12 programas ao Plano, sendo um estruturador, de número 7 – Copa do Mundo 2014 – cujo objetivo é organizar com excelência os eventos Fédération Internationale de Football Association (FIFA) e excluídos 15, dentre eles o estruturador ampliação da Profissionalização de Gastos Públicos em razão da sua conclusão em 2009.

Tem-se, portanto, em Minas Gerais, no momento, 251 programas vigentes, dos quais 57 são Estruturadores, 136 Associados e 58 Especiais. Uma digressão nos exercícios anteriores não revela significância no quantitativo dos programas, pois eram 258 em 2008 (1º ano do plano) e 253 em 2009.

Hora de revisitar Matus (1991) em sua análise do planejamento com a antológica observação: “o plano só se completa na ação, nunca antes”.

Importa destacar que em Minas Gerais os processos de elaboração e revisão do PPAG contam com a participação popular (seis audiências no estudo do projeto de lei da revisão do PPAG para 2010 com a proposição de 99 emendas ao PPAG e 80 ao orçamento, com impacto financeiro de R\$ 14, 17 milhões) e extensa apresentação de emendas parlamentares.

Na área de resultados “Vida Saudável”, em 2010, estão inseridos cinco Programas Estruturadores e dezessete Associados conforme demonstrado no Anexo XIX; a despesa fixada em R\$3.697.761.157,00, apresentou realizações de R\$ 3.648.196.585,49 (98,66%).

Os programas estruturadores considerados no PPAG para a área “Vida Saudável”, constam da Tabela 1:

TABELA 1
Programas estruturadores Área Vida Saudável - 2010

Programa Estruturador	Despesa Realizada	%
Regionalização: Urgência e Emergência	R\$ 1.238.574.613,00	50,57%
Saneamento Básico: Mais Saúde para todos	R\$ 846.050.501,00	34,55%
Saúde em Casa	R\$ 219.310.000,00	8,95%
Vida no Vale	R\$ 80.121.413,00	3,27%
Viva Vida	R\$ 65.010.000,00	2,66%

Fonte: Armazém de Informações - SIAFI e PPAG2008/2011

Verificam-se os programas associados de destaque na Tabela 2:

TABELA 2
Programas Associados de Destaque na Área Vida Saudável – 2010

Programa Associado	Despesa Realizada	%
Farmácia de Minas	R\$ 396.086.082,23	30,38%
Atenção Assistencial a Saúde	R\$ 277.939.206,24	21,32%
Desenvolvimento, Produção e Entrega de Medicamentos e Imunobiológicos	R\$ 169.085.516,75	12,97%
Atendimentos Hospitalar, Ambulatorial e Emergencial	R\$ 125.589.024,33	9,63%
Gestão do Sistema Único de Saúde	R\$ 100.966.425,46	7,75%
Outros	R\$ 234.013.296,36	17,95%
Total	R\$ 1.303.679.551,37	100,00%

Fonte: Relatório Anual das Contas do Governador – Exercício 2010 - TCEMG

Avançando ainda mais o nível de detalhamento dos gastos em saúde, especialmente com medicamentos, veja-se o programa associado “Farmácia de Minas”, definido no PPAG com o objetivo de definir um modelo de assistência farmacêutica no SUS, ampliando o acesso a medicamentos, humanizando o atendimento, promovendo a efetividade terapêutica e o uso racional dos fármacos.

Os objetivos estratégicos da “Farmácia de Minas” são universalizar a atenção primária e reduzir disparidades regionais no atendimento à saúde, como também aumentar a eficiência alocativa e a otimização do sistema de atenção à saúde.

Infere-se que o programa tem sintonia fina com as diretrizes constitucionais, conforme a análise seguinte:

- a) em 2010, a programação financeira foi de R\$ 514.363.806,00 e a execução orçamentária totalizou R\$ 396.086.082,23 em três ações:

TABELA 3

Despesas nas Ações do Programa Farmácia de Minas - 2010

Ação Código/Descrição	Execução Orçamentária	
4197 Implantação e Manutenção da Farmácia de Minas. Incentivo e atenção farmacêutica	R\$	36.056.096,12
4299 Medicamentos básicos	R\$	128.576.397,22
4302 Medicamentos de alto custo	R\$	231.453.588,89
Total	R\$	396.086.082,23

Fonte: Armazém de Informações - Siafi

O quantitativo de fármacos de alto custo distribuídos foi de 84.312.084 unidades (programado: 5 5.155.845), atendendo 135.694 pessoas, com um custo per capita de R\$ 1.705,70/ano. Na ação 4299, medicamentos básicos encontra-se um custo de R\$0,62/medicamento.

- b) em 2009 o valor aportado foi de R\$426.409.568,32, sendo financiado com R\$186.077.292,67 da fonte 10 (Recursos Próprios) e R\$ 240.332.275,65 da fonte 37 (Transferências da União Vinculadas à Saúde).

Analisando-se o impacto desalocativo na área da saúde, face a decisões judiciais tem-se o seguinte resultado:

- a) em 2009, na atividade 7018 – Sentenças Judiciais, com medicamentos contata-se uma despesa realizada de R\$30.153.799,62 (87,51%), além de R\$3.656.223,24 gastos com material médico e hospitalar (10,61%), R\$ 360.535,17 (1,04%) com serviços médicos, odontológicos e laboratoriais, e ainda, R\$ 284.437,78 com demais despesas (0,83%), totalizando R\$34.454.995,81 (0,87% dos gastos com saúde), suplantando gastos com desenvolvimento, produção e entrega de imunobiológicos (R\$33,197 milhões), implantação e manutenção da Farmácia de Minas (R\$19,349 milhões), em 23º no ranking das atividades mais dispendiosas para a função saúde;
- b) em 2010, com medicamentos (básicos e de alto custo) tem-se uma despesa orçamentária realizada de R\$360.029.986,11, enquanto a atividade 7024 que agrupa as despesas em saúde decorrentes de sentença judicial indica com medicamentos uma despesa de R\$55.052.215,84 (89,44%), R\$3.194.334,27 com material de distribuição gratuita (5,18%), R\$2.422.899,71 com material médico-hospitalar (3,93%),

além de R\$881.838,72 com outros gastos, totalizando R\$ 61.551.288,54 (1,35% da despesa) e 16ª atividade mais dispendiosa da saúde, suplantando Farmácia de Minas, Promoção e Execução de Ações de Saúde, Ampliação da Cobertura populacional do PSF, etc.

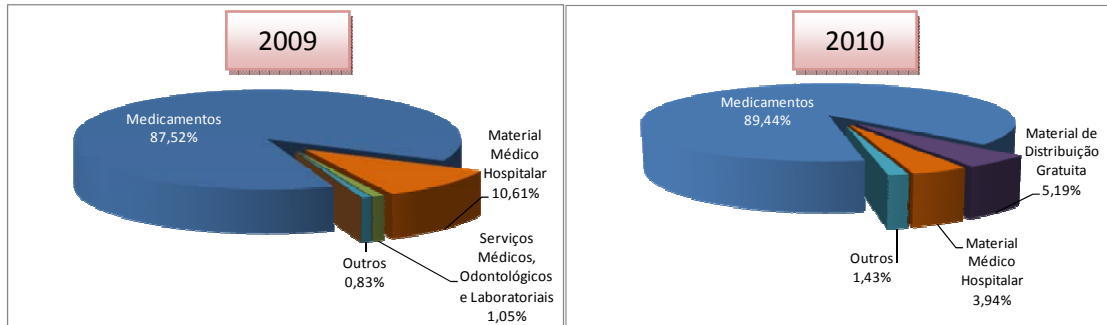


FIGURA 2: Gráfico - Gastos da Função Saúde com Sentenças Judiciais por Item de Despesa 2009-2010

Fonte: Armazém de Informações - Siafi

O gasto em saúde, no âmbito da execução orçamentária do Estado de Minas Gerais, no exercício de 2010, decorrente de sentenças judiciais, experimenta um aumento de 78,64%, causando impacto desalocativo no orçamento da saúde em MG, conforme se verifica na comparação da execução orçamentária da função saúde, quando se analisa o biênio 2009-2010 os principais projetos e atividades da área, conforme tabela a seguir:

TABELA 4

Execução Orçamentária da Função Saúde segundo Projeto Atividade – Biênio 2009-2010

Projeto Atividade - Descrição	2009		2010		Variação % 2010/2009
	Desp. Realizada	AV %	Desp. Realizada	AV %	
1 4067 Assistência Hospitalar e Ambulatorial / Programação Pactuada Integrada	879.908.157,64	21,38	990.354.399,05	21,71	12,55
2 2417 Remuneração de Pessoal Ativo e encargos Sociais	666.836.463,33	16,20	762.451.061,35	16,72	14,34
3 4370 Assistência à Saúde Descentralizada no Interior	196.356.221,83	4,77	259.335.304,20	5,69	32,07
4 4302 Medicamentos de Alto Custo	-	-	231.453.588,89	5,07	0,00
5 4388 Fortalecimento da Rede Municipal de Saúde	169.855.407,55	4,13	209.181.550,99	4,59	23,15
6 4392 Assistência Médico-Hospitalar aos Segurados Militares e a seus Dependentes	192.339.965,43	4,67	205.564.738,46	4,51	6,88
7 4420 Produção de Medicamentos e Imunobiológicos	-	-	169.085.516,75	3,71	0,00
8 2002 Planejamento, Gestão e Finanças	112.390.072,99	2,73	130.825.828,46	2,87	16,40
9 4299 Medicamentos Básicos	123.732.823,81	3,01	128.576.397,22	2,82	3,91
10 4638 Rede de Urgência e Emergência	50.912.293,55	1,24	121.480.451,69	2,66	138,61
11 2008 Remuneração de Pessoal sob Regime de Contrato Administrativo	122.900.031,15	2,99	116.232.813,10	2,55	-5,42
12 4371 Assistência à Saúde Descentralizada na Capital	91.630.865,56	2,23	114.309.828,95	2,51	24,75
13 1079 Implantação e Operação dos Sistemas de Água e esgoto	-	-	100.121.413,00	2,19	0,00
14 4308 Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do Sistema Único de Saúde - Pro-Hosp	123.371.142,89	3,00	96.997.992,50	2,13	-21,38
15 4364 Assistência à Saúde no Hospital Governador Israel Pinheiro	68.348.864,64	1,66	67.753.054,88	1,49	-0,87
16 7024 Sentenças Judiciais	34.454.995,81	0,84	61.551.288,54	1,35	78,64
17 4391 Promoção e execução de Ações de Saúde	67.099.659,12	1,63	61.412.541,82	1,35	-8,48
18 4387 Vigilância epidemiológica e Ambiental	38.129.499,61	0,93	56.864.292,92	1,25	49,13
19 1116 Ampliação da Cobertura Populacional do PSF	55.620.276,00	1,35	51.669.039,40	1,13	-7,10
20 1127 Financiamento de Reforma, Construção e equipamento das Unidades Básicas de Saúde do PSF	39.575.000,00	0,96	51.127.500,00	1,12	29,19
21 4372 Desenvolvimento do Programa de Sangue e Hemoderivados	47.313.309,76	1,15	47.869.868,96	1,05	1,18
22 4202 Implementação e Manutenção da Rede Viva Vida	32.646.666,77	0,79	45.001.970,18	0,99	37,85
23 4003 Complexo de Urgência e emergência	47.217.573,70	1,15	42.240.450,49	0,93	-10,54
24 4197 Implantação e Manutenção da Farmácia de Minas - Incentivo a Atenção Farmacêutica	19.349.549,82	0,47	36.056.096,12	0,79	86,34
25 4006 Complexo de Hospitais Gerais	37.228.292,15	0,90	33.361.370,10	0,73	-10,39
26 4395 Assistência Odontológica aos Segurados Militares e seus Dependentes	25.448.148,19	0,62	25.557.616,78	0,56	0,43
27 4078 Manutenção do Hospital Escola Clemente de Faria	21.815.395,72	0,53	24.281.558,89	0,53	11,30
28 2094 Desenvolvimento de Tecnologia da Informação - Gestão do Sistema Único de Saúde	12.242.475,25	0,30	23.987.316,39	0,53	95,94
29 4004 Complexo de Especialidades	25.380.127,43	0,62	21.352.123,50	0,47	-15,87
30 4539 Assistência Complementar	18.736.815,79	0,46	20.239.161,49	0,44	8,02
Outros	795.216.549,91	19,32	255.057.993,13	5,59	-67,93
Total	4.116.056.645,40	100,00	4.561.354.128,20	100,00	10,82

FONTE: Armazém de Informações - Siafi

Verifica-se, portanto, que entre as 30 atividades estudadas para o orçamento de 2010 na função saúde (as que tiveram execução orçamentária acima de 20 milhões) apenas duas têm restrições à clientela: 16-Sentenças Judiciais; 26-Assistência Odontológica aos Segurados Militares e seus Dependentes.

No âmbito dessa investigação constata-se que as sentenças judiciais determinaram despesas realizadas, no ano de 2010 de R\$61.551.288,54 contra um crédito inicial autorizado de R\$40.000.000,00. O custo da despesa per capita é R\$12.925,00/ano, considerando-se 4.762 pessoas atendidas em 28.104 atendimentos.

5 CONCLUSÃO

- a) O presente estudo confirma a prevalência de sentenças judiciais repercutindo no orçamento da saúde no período analisado, sendo que no exercício de 2010 o atendimento a sentenças judiciais determinou um dispêndio de R\$61.551.288,54, superando o valor apurado em 2009 que foi de R\$34.454.995,81;
- b) constata-se que no período analisado – biênio 2009/2010 – o valor da receita corrente líquida variou de R\$29,118 bilhões (2009) para R\$33,179 bilhões, com crescimento nominal de 13,95% e variação real de +7,92%, enquanto o gasto em saúde com atendimento de sentenças judiciais cresceu 78,64%;
- c) verifica-se que a tendência no exercício de 2011 é que a situação revele maior intensidade, pois decotando-se os gastos para o primeiro trimestre do último triênio, tem-se os seguintes valores para gastos com medicamentos em face de sentenças judiciais: 2009–R\$4.425.323,49; 2010–R\$6.194.585,99; 2011–R\$11.334.628,00.

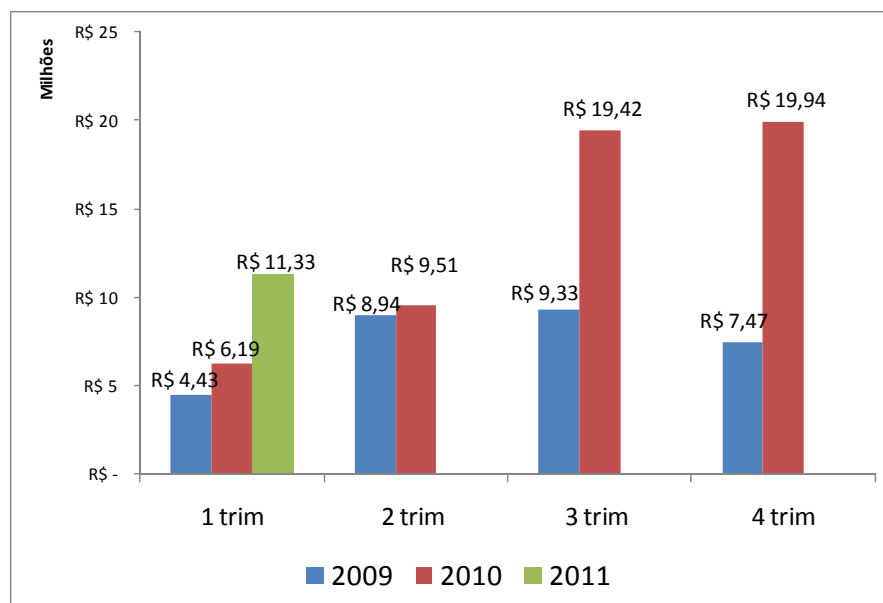


FIGURA 3: Gráfico – Despesas com Medicamentos por meio de Medidas Judiciais, por trimestre – 2009 a 2011

Fonte: Armazém de Informações - Siafi

Os dados acima revelam que no 1º trimestre de 2011 o gasto é 82,97% maior que no primeiro de 2010 e 156,13% maior que em 2009! É da maior relevância

informar que se a evolução dos gastos for, pelo menos, constante a cada trimestre a previsão é de que haja dispêndio do Tesouro estadual de R\$100.734.544,54, em 2011, o que representa R\$70.580.744,92 a mais que em 2009, e R\$45.682.328,70 a mais do que em 2010;

d) o impacto desalocativo no orçamento do Estado de Minas Gerais é evidente, como se percebe na análise da despesa pública realizada em Projetos/Atividades constantes da função saúde, no biênio 2009/2010.

- Fortalecimento e Melhoria de Qualidade dos Hospitais do Sistema Único de Saúde – PROHOSP – despesa realizada em 2009: R\$123.371.142,89; despesa realizada em 2010: R\$96.997.992,50 (redução de 21,38%)
- Promoção e execução de Ações em Saúde
 - Despesa realizada em 2009: R\$67.099.659,12;
 - Despesa realizada em 2010: R\$61.412.541,82
 - Diminuição de 8,48%
- Ampliação da Cobertura populacional do Programa Saúde Família
 - Despesa realizada em 2009: R\$55.620.276,00
 - Despesa realizada em 2010: R\$ 51.669.039,40
 - Diminuição de 7,10%
- Complexo Urgência/Emergência
 - Despesa realizada em 2009: R\$47.217.573,70
 - Despesa realizada em 2010: R\$42.240.450,49
 - Diminuição de 10,54%
- Complexo de Hospitais Gerais
 - Despesa realizada em 2009: R\$37.228.292,15
 - Despesa realizada em 2010: R\$33.361.370,10
 - Diminuição de 10,39%

Tais valores revelam ainda maior relevância quando se observa que o total de gastos com saúde em 2010 foram 10,82% maiores que os verificados em 2009.

e) detalhando-se os gastos com sentenças judiciais por item de despesa, verifica-se que no biênio 2010-2009, o item de maior prevalência é a despesa com medicamentos: 89,44% e 87,52%, respectivamente;

f) aprofundando-se a análise do gasto com medicamentos no biênio 2009/2010, verifica-se que o item de maior despesa em 2009 foi o medicamento BOSENTANA com 7,30% de despesa realizada, enquanto em 2010 foi o medicamento INFLIXIMAB com 6,86%. É o que demonstram as tabelas (TAB. 6 e 7) com os trinta medicamentos mais prevalentes na despesa oriunda de sentença judicial.

TABELA 6

Maiores despesas, com Medicamentos, oriundas de sentença judicial – 2009

Remédio/Serviço/Material	Despesa Realizada	%	% Acum	Indicações Terapêuticas
1 BOSENTANA	2.515.484,16	7,30	7,30	hipertensão arterial pulmonar
2 SUPLEMENTO ALIMENTAR	2.296.660,96	6,67	13,97	Leite em pó/dieta enteral- Nutrição
3 TOBRAMICINA	2.044.750,74	5,93	19,90	infecção bacteriana nos olhos
4 TRASTUZUMAB	1.806.211,90	5,24	25,14	câncer de mama
5 TEMOLOZOMIDA	1.593.024,90	4,62	29,77	melanoma maligno avançado
6 FABRAZYME	1.490.218,16	4,33	34,09	reposição enzimática - doença FRABRY
7 GALSULFASE	1.269.558,05	3,68	37,78	mucopolissacaridose
8 MALEATO DE SUNITINIBE	1.204.182,56	3,49	41,27	tumor estromal, gastroestestinal/cálculos renais
9 ETANERCEPTE	1.038.479,04	3,01	44,29	artrite reumatóide
10 RITUXIMAB	1.024.235,10	2,97	47,26	linfomas, leucemias
11 BOMBA DE INFUSAO DE INSULINA E ACESSORIOS	973.487,43	2,83	50,08	diabetes (Acessórios da bomba: reservatório de insulina, cateter, cânula)
12 LARONADASEL	791.043,65	2,30	52,38	mucopolissacaridose
20 XINAFATO SALTEROL	739.093,34	2,15	54,52	doenças obstrutivas reversíveis das vias respiratórias
15 BEVACIZUMAB	575.841,50	1,67	56,20	câncer colo retal e pulmão
14 CITRATO DE SILDENAFIL	575.613,75	1,67	57,87	disfunção eretil e hipertensão arterial (pulmonar)
16 MATERIAL AMBULATORIAL	548.088,74	1,59	59,46	gaze, algodão, curativo, esparadrapo, fita micropore
18 MATERIAL MEDICO HOSPITALAR	518.955,26	1,51	60,96	SEM ESPECIFICAÇÃO NO EMPENHO
17 TOSILATO DE SORAFENIBE	462.718,20	1,34	62,31	câncer do rim e do fígado
18 ERLOTINIB	416.354,40	1,21	63,51	câncer pulmão, pâncreas e fígado
19 CETUXIMABE	392.028,00	1,14	64,65	câncer de cólon, câncer de reto; câncer de cabeça; câncer de pescoço
21 MESILATO DE IMATINIBE	382.500,00	1,11	65,76	tratamento de Leucemia Mielóide Crônica (LMC)
22 RANIBIZUMAB - LUCENTIS	358.870,69	1,04	66,80	Lesão na retina
23 ACIDO URSODESOXICOLICO	358.131,39	1,04	67,84	Dissolução dos cálculos biliares, formados por colesterol
25 TIRAS REAGENTES PARA MEDICAO DE GLICEMIA	346.570,30	1,01	68,85	diabetes (Acessórios da bomba: reservatório de insulina, cateter, cânula)
26 DASATINIB	344.561,28	1,00	69,85	leucemia mielóide crônica
27 MIGLUSTATE	321.526,42	0,93	70,78	Doença de Gaucher tipo 1
28 TERIPARATIDA	314.523,72	0,91	71,70	osteoporose
28 LAPATINIB	305.105,40	0,89	72,58	tratamento de cânceres de mama ou cólon, avançado e metastizado
30 ATORVASTATINA	287.122,35	0,83	73,41	colesterol
Outros	9.160.054,42	26,59	100,00	outros medicamentos/materiais/serviços
Total	34.454.995,81	100,00		

Fonte: Armazém de Informações – Siafi

TABELA 7

Maiores despesas, com Medicamentos, oriundas de sentença judicial – 2010

Remédio/Serviço/Material	Despesa Realizada	%	% Acum	Indicações Terapêuticas
1 INFLIXIMAB	4.220.409,80	6,86	6,86	artrite reumatóide ou doenças inflamatórias intestinais
2 ADALIMUMABE	4.003.338,24	6,50	13,36	artrite reumatóide
3 SUPLEMENTO ALIMENTAR	3.562.961,74	5,79	19,15	Nutrição(leite em pó, dieta enteral)
4 MEDICAMENTOS PARA ATENDER ACOES JUDICIAIS	3.000.000,00	4,87	24,02	SEM ESPECIFICAÇÕES NO EMPENHO
5 XINAFATO SALTEROL	2.818.049,89	4,58	28,60	doenças obstrutivas reversíveis das vias
6 GALSULFASE	2.443.583,19	3,97	32,57	diagnóstico confirmado de Mucopolissacaridose
7 ETANERCEPTE	2.344.490,40	3,81	36,38	artrite reumatóide
8 TOBRAMICINA	1.950.473,28	3,17	39,55	infecção bacteriana nos olhos
9 ECLIZUMAB	1.872.699,88	3,04	42,59	doença do sangue: hemoglobinúria paroxística
10 BOMBA DE INFUSAO DE INSULINA E ACESSÓRIOS	1.726.476,81	2,80	45,40	MATERIAL
11 AGUA BIDESTILADA e outros	1.618.510,16	2,63	48,03	dilúente de medicamentos
12 TRASTUZUMAB	1.543.587,24	2,51	50,53	câncer de mama
13 RANIBIZUMABE	1.331.807,22	2,16	52,70	Lesão nas retinas
14 BEVACIZUMAB	1.323.533,50	2,15	54,85	câncer colorretal e pulmão
15 BOSENTANA	1.315.656,00	2,14	56,99	hipertensão arterial pulmonar
16 IDURSULFASE	1.284.450,04	2,09	59,07	Síndrome de Hunter (mucopolissacaridose)
17 TEMOLOZOMIDA	1.152.595,23	1,87	60,95	melanoma maligno avançado
18 RITUXIMAB	953.103,60	1,55	62,49	linfomas, leucemias, rejeições de a transplantados
19 MATERIAL AMBULATORIAL	830.472,33	1,35	63,84	(gaze, algodão, curativo, esparadrapo, fita)
20 LARONIDASE	804.215,83	1,31	65,15	doentes com
21 ERLOTINIB	794.974,80	1,29	66,44	um diagnóstico confirmado de Mucopolissacaridose I
22 CITRATO DE SILDENAFIL	778.141,50	1,26	67,71	impotência sexual e hipertensão arterial pulmonar
23 MIGLUSTATE	762.051,77	1,24	68,94	doença de Gaucher tipo 1
24 COLISTIMETATO SODICO	707.034,49	1,15	70,09	tratamento de infecções devido aos seguintes
25 TOSILATO DE SORAFENIBE	662.840,22	1,08	71,17	câncer (avançado) do rim e câncer de fígado
26 SALTEROL XINAFATO	513.900,00	0,83	72,00	doença obstrutiva reversível de vias respiratórias
27 CETUXIMABE	513.636,36	0,83	72,84	câncer de cólon; câncer de reto; câncer de cabeça;
28 SOMATROPINA	460.077,48	0,75	73,59	tratamento de crianças com alterações do
29 MALEATO DE SUNITINIBE	445.455,36	0,72	74,31	tumor estromal/gastrointestinal/cálculos renais
30 BUDESONIDA	429.462,06	0,70	75,01	asma.
Outros	15.383.300,12	24,99	100,00	(outros medicamentos/materiais/serviços...)
Total	61.551.288,54	100,00		

Fonte: Armazém de Informações – Siafi

- g) importante registrar que o acompanhamento da Advocacia Geral do Estado no controle de demandas judiciais – mandados de segurança em que as autoridades coatoras eram a Secretaria de Estado de Saúde (SES) e as Gerências Regionais de Saúde (GRS) – permitiu uma inversão da tendência. Em 2008, de 442 Mandados de Segurança, 56% foram concedidos; em 2009, de 375, foram atendidos 51% e, em 2010, de 382 lograram êxito 47%;
- h) analisando-se o destinatário da despesa em saúde face a sentenças judiciais, constata-se, no exercício de 2010, 28.104 atendimentos decorrentes de ações judiciais relativas a fornecimento de medicamentos, insumos, serviços e procedimentos, representando o valor R\$2.190,00 por atendimento e beneficiando 4.762 pessoas, com um custo *per capita* de R\$1.287,13/mês;
- i) a judicialização indiscriminada da saúde, em primeiro plano, enfraquece o princípio da separação dos poderes, ao desconsiderar a função constitucional do Poder Executivo em definir políticas públicas, submetendo-as ao crivo do Poder Legislativo. Assim, um provimento jurisdicional que ordene o atendimento público de determinada necessidade médica individual – fora do estabelecido pelas normas e regulamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) ou à revelia das políticas públicas traçadas dentro das limitações orçamentárias do Poder Público – age em desfavor de toda a coletividade, pois atende a uma necessidade individual em detrimento do equilíbrio financeiro do sistema e subverte, portanto, os próprios direitos fundamentais que, a princípio, pretendeu garantir;
- j) é necessário que o tema esteja na agenda de discussão, destacando a sensibilidade do Poder Judiciário mineiro que vem participando do debate em busca de mecanismos que possibilitem a interface entre o poder público – responsável pela formulação e implementação de políticas públicas – e demais autoridades envolvidas na promoção dos direitos fundamentais, tais como a Ordem dos Advogados do Brasil, a Defensoria Pública, o Ministério Público, o Poder Judiciário e os operadores de saúde.

Os Tribunais de Contas, pilares republicanos da cidadania e do controle externo da despesa pública devem atuar como indutores desse entendimento, visando o bem comum.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Claudiano Manoel de; MEDEIROS, Márcio Bastos; SILVA, Paulo Henrique Feijó da. **Gestão de finanças públicas**. 2. ed. Brasília: 2008. 580p.
- AMARAL, Gustavo. **Direito, escassez & escolha: em busca de critérios jurídicos para lidar com a escassez de recursos e as decisões judiciais**. 71-73p.
- ARANTES, Rogério Bastos. **Ministério público e política no Brasil**. São Paulo: Sumaré, 2002.
- ATALIBA, Geraldo. República e constituição. **Revista dos Tribunais**, São Paulo, 1985.
- BARCELLOS, Ana Paula de. Constitucionalização das políticas públicas em matéria de direitos fundamentais: o controle político-social e o controle jurídico no espaço democrático. **Revista de direito do Estado**, p.3-32, 2006.
- BARROSO, Luis Roberto. **O direito constitucional e a efetividade de suas normas: limites e possibilidades da constituição brasileira**. 3. Ed. São Paulo: Renovar, 1996.
- BRASIL. Tribunal de Contas da União. Acórdão 975/2005.
- CANOTILHO, J. J. Gomes. **Direito constitucional e teoria da constituição**. 2003. 26p.
- CASTRO, Marcus Faro de. O STF e a judicialização da política. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 12, n. 34, 1997.
- CASTRO, Sebastião Helvecio Ramos de. **Sístoles e Diástoles no Financiamento da Saúde em Minas Gerais: o período pós-constituinte 1989**. Tese (Doutorado) em Saúde Coletiva. Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007.
- CITTADINO, Gisele. **Pluralismo, direito e justiça distributiva: elementos da filosofia constitucional contemporânea**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2000.
- CKAGNAZAROFF, I. B. A nova constituição: uma nova administração municipal? **Revista de Administração Pública**, v. 23, n.4. p. 104-107, 1989.
- CUNHA, A. G. da. **Dicionário Etimológico Nova Fronteira de Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982.
- DEBUS, Ilvo; MORGADO, Jeferson Vaz; FILHO, Luiz Gonçalves de Lima. **Orçamento público**. 5. Ed. Brasília: Vestcon, 2007. 398 p.
- ELAZAR, D.J. **Exploring federalism**. Tuscaloosa: The University of Alabama Press, 1997.

FERRARI, Regina Maria Macedo Nery. Elementos de direito municipal. **Revista dos Tribunais**, São Paulo, 1993.

FIORI, J. L. O federalismo frente ao desafio da globalização. Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro: Série Estudos em Saúde coletiva, 115.

GOUVÊA, Marcos Maselli. O direito ao fornecimento estatal de medicamentos. **Revista Forense**, p. 37-108, 2003.

HOBSBAWM. E.J. **A era dos extremos: O breve século XX: 1914-1991**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995, 369p.

MACIEL, Débora Alves; KOERNER, Andrei. **Sentidos da judicialização da política: duas análises**. **Revista Lua Nova**, São Paulo, n. 57, p. 114-133, 2002.

MATUS, Carlos. O Plano como aposta. **São Paulo**, out/dez 1991. São Paulo Perspectiva, 5 (4). p. 28-42.

MATUS, Carlos. **Adeus, senhor presidente – planejamento, antiplanejamento e governo**. Trad. FILHO, Francisco A.C. da Cunha. Recife: Litteris Editora Ltda., 1989. 34 p.

MELO, André Luis Alves de. A judicialização do estado brasileiro, um caminho antidemocrático e monopolista. **Revista Jus Navigandi**, Terezina, p. 6, nov. 2001.

NALINI, José R. Com as próprias pernas. **Estado de São Paulo**. São Paulo, p.A2, 21/012002.

NEGRI, B; DI GIOVANNI, G. **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas: Unicamp, 2001, p. 233-290.

PIOLA, Sérgio F.; SERVO, Luciana Mendes. **Contas em saúde: um instrumento de apoio à gestão do SUS**. Rio de Janeiro: IPEA, 2005.

REISENGER, William M. Resenha de The global expansion of judicial power. **Law and Politics Book Review**, v. 6, n. 1.

ROEMER, M.I. **National health systems of the world**. Oxford: Oxford University Press, 1993.

SILVA, José Afonso da. **Aplicabilidade das normas constitucionais**. 1999 83-84p.

STRUCHINER, Noel. **Para falar de regras. O positivismo conceitual como cenário para uma investigação filosófica acerca dos casos difíceis do direito**. Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

TATE, C. Neal; TORBJORN, Vallinder. **The global expansion of judicial power**. New York University Press, 1995.

TEIXEIRA, Ariosto. **A judicialização da política no Brasil (1990-1996)**. Dissertação de Mestrado – Universidade de Brasília, Brasília.

UGÁ, Maria Alicia D.; SANTOS, Isabela Soares. **Análise da equidade do financiamento do sistema de saúde brasileiro**. São Paulo: FIOCRUZ, 2005. Disponível em <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ciclo2-2006_02.pdf>. Acesso em 16.05.2011.

UGÁ, Maria Alicia D. In: Seminário de políticas de saúde no Chile e no Brasil. São PAULO: ENSP, 2006.

VIANNA, Luis Werneck (arg.). **A democracia e os três poderes no Brasil**. Belo Horizonte: UFMG, 2002.

WEINTRAUB, Arthur Bragança de Vasconcelos. Direito à saúde no Brasil e princípios da seguridade social. **Revista de Direito Social**, p. 20-58, 2005.