

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS
MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

PRISCILLA RIBEIRO MORAES RÊGO DE SOUZA

**DIREITO À SAÚDE E ORÇAMENTO PÚBLICO: o protagonismo político do Poder
Judiciário no cenário maranhense (2011 a 2014)**

Dissertação apresentada ao Programa de
Políticas Públicas da Universidade Federal do
Maranhão para obtenção do título de Mestre em
Políticas Públicas

Orientadora: Profa. Dra. Joana A. Coutinho

SÃO LUÍS – MA

2016

PRISCILLA RIBEIRO MORAES RÊGO DE SOUZA

DIREITO À SAÚDE E ORÇAMENTO PÚBLICO: o protagonismo político do Poder
Judiciário no cenário maranhense (2011 a 2014)

Dissertação apresentada ao Programa de
Políticas Públicas da Universidade Federal do
Maranhão para obtenção do título de Mestre em
Políticas Públicas

Orientadora: Profa. Dra. Joana A. Coutinho

SÃO LUÍS – MA

2016

Souza, Priscilla Ribeiro Moraes Rêgo de.

Direito à saúde e orçamento público : o protagonismo político do Poder Judiciário no cenário maranhense 2011 a 2014 / Priscilla Ribeiro Moraes Rêgo de Souza. - 2016.
147 f.

Orientador(a): Joana A. Coutinho.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas/ccso, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2016.

1. Direito à saúde. 2. Judicialização. 3. Orçamento público. 4. Poder Judiciário. I. Coutinho, Joana A. II. Título.

PRISCILLA RIBEIRO MORAES RÊGO DE SOUZA

**DIREITO À SAÚDE E ORÇAMENTO PÚBLICO: o protagonismo político do Poder
Judiciário no cenário maranhense (2011 a 2014)**

Dissertação apresentada ao Programa de
Políticas Públicas da Universidade Federal do
Maranhão para obtenção do título de Mestre em
Políticas Públicas

Orientadora: Profa. Dra. Joana A. Coutinho

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Joana Aparecida Coutinho

Profa. Dra. Ilse Gomes Silva

Profa. Dra. Marly de Jesus Sá Dias

Prof. Dr. Antônio Gonçalves

Aos meus pais Francisco Ribeiro e Maria José,
que estiveram sempre comigo nessa
caminhada.

Ao meu esposo Marcelo e aos meus filhos
Mariana, Gustavo pelo amor e carinho.

E ao meu filho Rafael que está por vir para
encher a minha vida com mais alegria.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais que sempre me incentivaram e me deram carinho para continuar seguindo em frente na constante busca pelo conhecimento.

Ao meu esposo pela amizade, compreensão, apoio e amor para que este trabalho pudesse ser concretizado.

A minha orientadora Joana Coutinho pela enorme paciência, sinceridade e sabedoria na orientação desse trabalho.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, especialmente as professoras Marly Dias e Ilse Gomes, pelas críticas indispensáveis para o aperfeiçoamento do trabalho.

Aos meus colegas do mestrado e do doutorado (turma de 2014) pelo convívio enriquecedor, aprendizado e oportunidade de crescimento mútuo.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, sempre prontos para auxiliar os alunos em suas dúvidas e necessidades.

RESUMO

A pesquisa tem como objetivo analisar o direito à saúde a partir de seus aspectos econômicos e políticos, em face da aplicação dos recursos públicos destinados à política de saúde e do protagonismo institucional e político do Poder Judiciário nos processos decisórios sobre saúde. A proposta metodológica situa-se no materialismo histórico dialético, considerando-se a dinâmica da realidade e seu contexto. No que tange ao procedimento técnico, a investigação foi realizada mediante pesquisa bibliográfica ampla e pesquisa documental, com levantamento de leis, resoluções e portarias, entre outros documentos relacionados a saúde pública. Quanto às técnicas para a coleta de dados e informações, utilizou-se o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), sistema utilizado pelo Ministério da Saúde para monitoramento e avaliação dos recursos aplicados na área da saúde, bem como o sistema de informações THEMIS PG 3.0, utilizado pelo Poder Judiciário maranhense, responsável pelo controle, acompanhamento e distribuição processual de 1º Grau em todas as comarcas do Estado do Maranhão, com o intuito de descrever os gastos públicos com saúde, fazendo uma análise com as demais políticas sociais, bem como a interpretação dos seus reflexos no aumento da atuação do Poder Judiciário nas demandas de saúde. Aborda o direito à saúde e a sua relação com a seguridade social, no contexto das transformações do Estado capitalista, destacando o padrão de proteção social adotado pelo Brasil, bem como o percurso do Movimento Sanitarista que repercutiu na universalização do direito à saúde. Busca, ainda, analisar a política de saúde, gestada pela Constituição Federal de 1988, e a atuação dos Conselhos de Saúde na elaboração da política de saúde nos municípios, em especial, no Município de São Luís. E, por fim, analisa-se o suposto protagonismo institucional e político do Poder Judiciário frente às demandas sobre saúde pública no Estado do Maranhão. A atenção aqui é a análise das demandas judiciais no Estado do Maranhão e do Município de São Luís entre 2011 e 2014, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Poder Judiciário; Direito à saúde; Orçamento público; Judicialização.

ABSTRACT

The aim of the present study is to analyze the right to health as of its economical and political aspects, in face of the proper use of public resources allocated to health policies, and the institutional and political protagonism of the Judiciary Power in the deciding processes on health thereof. The proposed methodology is based on the historical dialectic materialism, taking into account the dynamics of reality and its context. As to technical approach, the research was carried out making use of documental and comprehensive bibliographic research, examining rulings and proceedings pertaining to public health. For data collecting, the Information System on Public Health Budget, a system used by the Health Ministry for monitoring and assessing resources applied into the health sector, as well as the THEMIS PG 3.0 information system used by the Judiciary Power of the State of Maranhão, responsible for the control, follow-up, and distribution of First Instance processes in all counties of the State of Maranhão, in order to describe public health expenditures coupled with other social policies, as well as the interpretation of their response on the increasing role of the Judiciary Power on health demands, were used. The study highlights the right to health and its relation to Social Security, in the context of the changings of the Capitalist State, pointing out the standard social protection adopted by Brazil, as well as the Sanitary Movement which reverberate on the universalization of the right to health. Furthermore, the study analyzes the health policy instituted by the Federal Constitution of 1988, and the performance of the Health Boards in elaborating health policies in the counties, and especially in the County of Sao Luis, MA-Brazil. And finally, the alleged political and institutional protagonism of the Judiciary Power is analyzed as to the demands on Public Health in the State of Maranhão, and the County of Sao Luis, within the SUS (Unified Health System) system.

Keywords: Judiciary Power, Right to Health, Public Budget, Judicialization

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|--|-----|
| Gráfico 1 – Orçamento Geral de União – executado em 2014 | 67 |
| Gráfico 2 - Evolução da execução orçamentária da União – 2011 a 2014 | 68 |
| Gráfico 3 – Evolução entre as receitas previstas e as receitas realizadas – 2011 a 2014 | 75 |
| Gráfico 4 – Comparativo entre as despesas previstas e as despesas executadas com saúde no Estado do Maranhão – 2011 a 2014 | 76 |
| Gráfico 5 – Gasto total com saúde no Maranhão – 2011 a 2014 | 77 |
| Gráfico 6 – Demandas de saúde em São Luís – 2011 a 2014 | 97 |
| Gráfico 7 – Demandas de saúde em relação ao réu – 2011 a 2014 | 98 |
| Gráfico 8 – Concessões de liminares/antecipações de tutela nas demandas de saúde – 2011 a 2014 | 99 |
| Gráfico 9 – Situação processual das demandas de saúde – 2011 a 2014 | 100 |
| Gráfico 10 – Concessão de assistência jurídica nas demandas de saúde – 2011 a 2014 | 101 |
| Gráfico 11 – Tipos de ações propostas nas demandas de saúde – 2011 a 2014 | 102 |
| Gráfico 12 – Bens de saúde demandados – 2011 a 2014 | 103 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Federalismo das Constituições brasileiras | 46 |
| Tabela 2 – Competências comuns e concorrentes..... | 53 |
| Tabela 3 – Programas Federais para os Municípios..... | 54 |
| Tabela 4 – Distribuição de atribuições do Município definida pelo SUS..... | 58 |

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ADI – Ação Direta de Inconstitucionalidade

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde

CNBB – Centro Nacional dos Bispos do Brasil

LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias

LOA – Lei Orçamentária Anual

OAB – Ordem dos Advogados do Brasil

PPA – Plano Plurianual

SBPC – Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência

SUS – Sistema Único de Saúde

STF – Supremo Tribunal Federal

STJ – Superior Tribunal de Justiça

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| INTRODUÇÃO | 11 |
| 1 A POLÍTICA SOCIAL NO BRASIL: saúde pública e seguridade social | 16 |
| 1.1 O Estado brasileiro e a origem da seguridade social..... | 19 |
| 1.2 O padrão de proteção social e a reforma das políticas sociais | 28 |
| 1.3 A reforma sanitária e a universalização do direito à saúde..... | 32 |
| 2 A POLÍTICA DE SAÚDE E A SUA IMPLEMENTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA | 44 |
| 2.1 A descentralização da política pública de saúde..... | 48 |
| 2.2 Fundo público e a capacidade de gasto público em saúde | 59 |
| 2.3 Análise crítica do orçamento destinado à saúde pública no Maranhão | 72 |
| 3 A EXPANSÃO DO PROTAGONISMO INSTITUCIONAL E POLÍTICO DO PODER JUDICIÁRIO EM PROCESSOS DECISÓRIOS SOBRE SAÚDE | 81 |
| 3.1 A formação do protagonismo institucional e político dos tribunais | 85 |
| 3.1.1 Judicialização da política no Brasil: intervenção judicial nas políticas públicas | 90 |
| 3.2 Judicialização da saúde no Estado do Maranhão entre 2011 e 2014 | 95 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 110 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 116 |
| ANEXO A | 126 |
| ANEXO B | 127 |
| ANEXO C | 128 |
| ANEXO D | 129 |
| ANEXO E | 130 |
| ANEXO F | 132 |
| ANEXO G | 134 |
| ANEXO H | 137 |
| ANEXO I | 140 |
| ANEXO J | 142 |
| ANEXO K | 145 |
| ANEXO L | 146 |

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa analisa o direito à saúde a partir de seus aspectos econômicos e políticos, em face da aplicação dos recursos públicos destinados à política de saúde e da atuação do Poder Judiciário para a garantia desse direito. As seguintes indagações surgiram em meu trabalho de monografia com o título “ORÇAMENTO PARTICIPATIVO COMO FERRAMENTA DE GESTÃO”, apresentado no Curso de Especialização em Gestão Pública.

Nesse trabalho analisou-se a participação popular na elaboração das leis orçamentárias, bem como o reflexo dessa participação na democratização no gasto dos recursos públicos.

A relação observada entre o referido trabalho monográfico e a dissertação de mestrado está na análise do orçamento público no seu aspecto técnico-contábil, assim como vai transparecendo o seu caráter de instrumento político-ideológico.

Ao abordar o direito à saúde é preciso compreender a concepção de “ter direitos” na sociedade capitalista. Segundo Pinheiro (2009), o caráter formal e abstrato do direito oculta o fato de que esses diferentes direitos (civil e social) correspondem a interesses de diferentes classes sociais, motivo por que são contraditórios, o que aparece claramente na luta política.

Pachukanis (1988, p.13) chama a atenção para o objetivo prático da mediação jurídica:

O objetivo prático da mediação jurídica é o de dar garantias à marcha, mais ou menos livre, da produção e da reprodução social que, na sociedade de produção mercantil, se operam formalmente através de uma série de contratos jurídicos privados. Não se pode atingir este objetivo recorrendo unicamente ao auxílio de formas de consciência, isto é, através de momentos puramente subjetivos: é necessário, por isso, recorrer a critérios precisos, a leis, e a rigorosas interpretações de leis, a uma casuística, a tribunais e à execução coativa das decisões judiciais. É por esta razão que não podemos limitar-nos na análise da forma jurídica à “pura ideologia”, negligenciando todo este aparelho objetivamente existente.

De fato, o direito tem por objetivo não apenas garantir a reprodução do modo de produção capitalista por meio da ideologia, mas acima de tudo concebe a plena manutenção das relações de produção capitalistas, notadamente no que se refere a propriedade privada.

Ressalta-se que a saúde, por ser um direito social que está relacionado com a vida dos indivíduos, traz aspectos muito importantes, pois deixa nas mãos do juiz a decisão sobre a manutenção da vida daquele que propõe uma demanda judicial.

No atual quadro de debates sobre a relação entre o direito e a saúde, o Poder Judiciário tem se apresentado como protagonista nessa relação. Contudo, esse protagonismo vem afetando a relação entre o Poder Judiciário e os demais poderes (Legislativo e Executivo)

acerca dos limites de cada um deles no Estado Democrático de Direito. E nessa relação entre os Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário não se observa a independência entre eles, conforme dispõe a Constituição de 1988 em seu art. 2º, mas sim uma disputa de poder presente em cada um desses aparelhos ideológicos do Estado.

Os gastos públicos são também uma questão política. Fattoreli demonstra, a partir da execução orçamentária da União, que R\$ 978 bilhões de reais, em 2014, foram destinados ao pagamento de juros e amortizações da dívida pública, sacrificando todas as demais rubricas orçamentárias. Significa dizer que da receita realizada em 2014, no montante de R\$ 2,168 trilhões de reais, 45,11% foram destinados para o pagamento de juros e amortização da dívida, enquanto que, para a saúde, foi destinado o percentual de apenas 3,98% dos recursos da União (equivalente a um pouco mais de 86 bilhões de reais) (AUDITORIA CIDADÃ DA DÍVIDA, 2015).

Outro aspecto a se considerar é o processo de reestruturação produtiva, na era da globalização e da reforma do Estado (a mesma lógica), onde a tríade central da ofensiva neoliberal, tanto no plano material/objetivo quanto no plano ideológico/subjetivo, está disseminando, justificando e operacionalizando os interesses e as estratégias do capital na sua investida para a superação da crise (SILVA, Sheyla, 2011).

Nesse caso, a figura do Estado mínimo para a classe trabalhadora, a transformação do direito numa judicialização e num formalismo jurídico processual; a publicização da esfera privada e a privatização do domínio público são fenômenos percebidos no interior do Estado capitalista brasileiro. É nesse contexto de intensas demandas relacionadas à questão social que a judicialização da política de saúde¹ surge como forma de efetivação de direitos sociais.

Contudo, vale ressaltar que o fenômeno da judicialização não é encontrado apenas sobre a temática saúde, pois ele perpassa os demais direitos sociais² como a moradia, a educação, o trabalho, entre outros.

Exemplo disso são as frequentes ações de despejo em decorrência de decisões judiciais que privilegiam o direito de propriedade, ou seja, a maior parte das decisões proferidas pelo Judiciário continuam favorecendo os interesses dos proprietários.

¹ Falamos em Direito à Saúde, tema da nossa pesquisa, mas pode-se observar a judicialização em todos os aspectos da vida: o direito de ir e vir (repressão às manifestações populares); o direito à moradia (reintegrações de posses, etc).

² Art. 6º. São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 2014).

Diante disso, percebe-se que o Poder Judiciário não pode ser visto como o “grande guardião dos direitos sociais”, porque ele está no interior da estrutura do Estado capitalista burguês. Nesse caso, ele não está imune às relações, principalmente no campo ideológico/subjetivo como instrumento legitimador dos interesses e das estratégias do capital. De forma sagaz, Foucault (1996) observa que em toda sociedade a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua materialidade.

A partir daí, deve-se analisar o protagonismo institucional e político do Poder Judiciário com bastante cautela, pois ele também está inserido na lógica do Estado capitalista, com suas ambiguidades e contradições.

Tanto o Ministério Público quanto a Defensoria Pública têm uma grande participação para a expansão desse suposto protagonismo institucional e político do Poder Judiciário, que pode ser observado por meio da judicialização da política pública e do ativismo judicial.

No caso da judicialização da saúde, pode-se dizer que é um fenômeno amplo e diverso, que reclama bens e direitos como medicamentos, assistência à saúde, entre outros serviços. Contudo, tal fenômeno pode configurar, por um lado, a possibilidade de efetivação de um direito (quase sempre individual) e, como resultado, a interferência do Poder Judiciário na formulação e implementação das políticas públicas.

No sistema de proteção social, a política de saúde é uma política social que se estrutura em diferentes formatos e que necessita da atuação do poder público para assegurar o acesso a inúmeras ações e prestações de serviços. Sendo assim, observar-se-á o Movimento Sanitarista brasileiro dando ênfase ao modelo institucional do setor para o cumprimento dos objetos almejados: universalidade e equidade na construção do direito à saúde, sob a responsabilidade de um Sistema Único de Saúde.

Ressalta-se que, até os anos 1980, o acesso ao tratamento da saúde no Brasil estava limitado aos trabalhadores vinculados ao sistema previdenciário, por meio das relações de trabalho formais e regulares; sua universalização (pelo menos a pretensão de) é fruto das lutas dos movimentos sociais populares de saúde, como o Movimento de Saúde e o Movimento Sanitarista.

Diante dos argumentos acima, as reflexões procuram responder a alguns questionamentos. Como assegurar o direito fundamental à saúde diante da constatação de que os recursos públicos destinados a saúde são negligenciados em face de outras rubricas

orçamentárias? Qual é o montante dos gastos públicos direcionados às políticas públicas de saúde no Estado do Maranhão e na cidade de São Luís? Como os poderes dialogam (ou disputam) entre si, no que se refere ao orçamento público para as políticas públicas de corte social? Quais os limites da judicialização nas questões de saúde?

Portanto, o objetivo central dessa pesquisa é analisar o direito à saúde a partir de seus determinantes econômicos, políticos e jurídicos, em face da aplicação dos recursos públicos destinados à política de saúde no Estado do Maranhão e em São Luís e a atuação do Poder Judiciário para a garantia, ou não, desse direito.

A pesquisa tem como referencial empírico a realidade maranhense, fazendo um recorte espacial sobre a cidade de São Luís, dando ênfase às abordagens feitas nos últimos quatro anos (governo de Roseana Sarney Murad - 2011 a 2014) quanto ao histórico dos recursos repassados e devidamente aplicados na área da saúde pública, bem como a atuação do Poder Judiciário nas demandas relacionadas a saúde pública nesse mesmo período.

A proposta metodológica busca considerar a dinâmica da realidade e seu contexto. No que se refere ao procedimento técnico, a pesquisa foi realizada mediante pesquisa bibliográfica multidisciplinar; pesquisa documental com levantamento de leis, resoluções e portarias, entre outros documentos relacionados a saúde pública.

Quanto às técnicas para a coleta de dados e informações, estas foram realizadas de forma qualitativa, pois busca-se descrever os gastos públicos com saúde fazendo-se uma análise com as demais políticas sociais, bem como a interpretação dos seus reflexos no aumento da atuação do Poder Judiciário nas demandas de saúde.

O resultado da pesquisa encontra-se exposto em três capítulos. No primeiro, verifica-se o direito à saúde e a sua relação com a seguridade social, no contexto das transformações do Estado capitalista, destacando o padrão de proteção social adotado pelo Brasil, bem como o percurso do Movimento Sanitarista que repercutiu na universalização do direito à saúde.

No segundo capítulo analisa-se a política de saúde perpassando pela forma de federalismo adotada no Brasil e, conseqüentemente, a descentralização política, administrativa e fiscal imposta pela Constituição Federal de 1988, além da percepção dessa Carta Política como um ponto de inflexão no ideário neoliberal vigente à época da sua edição.

E, por fim, no terceiro capítulo analisa-se o suposto protagonismo político do Poder Judiciário frente às demandas sobre saúde pública no Estado do Maranhão, analisando as demandas judiciais do Estado do Maranhão e do Município de São Luís entre 2011 e 2014, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Diante disso, a presente pesquisa não tem a pretensão de esgotar o tema, mas tão somente contribuir para a crítica do processo acerca do papel do Judiciário na implementação e execução das políticas de saúde no Maranhão.

1 A POLÍTICA SOCIAL NO BRASIL: saúde pública e seguridade social

O objetivo deste capítulo é analisar o papel do Estado no Brasil em relação a política social, o que nos permite refletir sobre as principais consequências para as políticas públicas e a perda de direitos sociais.

Nesse sentido, é necessário aprofundar a conexão entre a mudança do papel do Estado capitalista e a seguridade social, no que tange a execução das políticas públicas, especificamente nas suas funções de assegurar a saúde frente às constantes reformas (e contrarreformas) desse Estado.

Parte-se da concepção de Estado, na sociedade capitalista, como instrumento que cumpre a função de assegurar a integração institucional e a coesão social em uma dada formação social, assim como condensa as contradições entre os diversos níveis dessa formação (Poulantzas, 1977).

Segundo Farias (2001), quanto ao Estado, uma vez constituído em si (como forma) e para si (como função) no seio de uma sociedade capitalista, as razões de sua finalidade são muito intrincadas e variáveis no tempo e no espaço, bem como nas formas de sua intervenção econômica.

Nessa percepção, Farias (2001) situa o papel do Estado capitalista sob três segmentos: como mediador, como agente de intervenção e no seu papel no espaço.

Como mediador, o Estado participa da resolução das contradições entre as classes como, por exemplo, entre os capitalistas e a classe trabalhadora; e entre os capitalistas em concorrência.

No papel de agente de intervenção, o Estado acata a ideologia do mercado “autorregulável” (com o Estado mínimo), assim como a ideologia do Estado de Bem-Estar Social (que pressupõe um Estado com intervenções no social). Na visão de Farias (2001, p. 42), essa transformação do Estado trata-se

de mitos e ideias que têm uma eficácia no nível de práxis burguesa contemporânea de intervenção governamental. Por isso, convêm ao movimento conjuntural de entrada e de saída de cena do Estado, cuja verdade se encontra em outro nível, na evolução da divisão capitalista de trabalho e da luta de classes que formam um todo contraditório.

Com isso, as transformações observadas a partir do Estado liberal são, na verdade, o retrato da evolução da divisão do trabalho e da luta de classes no sistema capitalista. Da mesma forma, Poulantzas (2000) atribui as transformações do Estado às mudanças nas relações

de produção capitalista, e, conseqüentemente, nas lutas de classes e nas atividades econômicas estatais.

Nesse caso, tanto Poulantzas (2000) quanto Farias (2001) expressam que as transformações ocorridas no interior do Estado capitalista burguês decorrem das mudanças nas relações de produção capitalista.

Além de compreender esse complexo de relações no interior do Estado capitalista, Mascaro (2013a, p. 111) acrescenta que a relação entre capitalismo e Estado “se estabelece a partir de uma penetração do econômico no político, num processo de implicação recíproca; as duas regiões do todo social se erigem e se estruturam conjuntamente”.

Nesse caso, o Estado se consolida como estrutura política do capital, pois intervém na sociedade com o intuito de manter ou requalificar a valorização do capital e o Direito entra nessa ótica para legitimação da dominação.

Nesse contexto, Farias (2001) compreende que o papel espacial do Estado se refere à expansão no espaço das relações capitalistas dominantes, referente à divisão capitalista do trabalho e à articulação espacial de todas as relações produtivas existentes numa formação econômica e social dada, relativa à divisão regional do trabalho.

Nessa nova divisão do trabalho no capitalismo, não se pode compreender a articulação entre o Estado e o espaço sem considerar as possibilidades das leis que estruturam a localização das cidades e dos sistemas produtivos, da penetração seletiva das relações capitalistas no território do Estado-nação, hoje redimensionadas pelas relações internacionais na globalização.

Portanto, analisando o papel do Estado capitalista, percebe-se que as lutas de classes são uma consequência da caracterização da divisão do trabalho e se estruturam no processo de acumulação do capital e da reestruturação capitalista, mediante as relações sociais em um intenso movimento dialético.

Marx (2012), na obra “As lutas de classes na França de 1848 a 1850”, revela um período de intenso processo de mudanças na esfera político-jurídica na França. Porém, Marx (2012) relata que esse processo tem suas raízes na configuração de poder e contradições entre as diversas classes frente às alterações na base da sociedade francesa. Ele demonstrou, neste texto, que os conflitos políticos têm relação dialética com as causas econômicas, sem o predomínio de qualquer das esferas.

De fato, com os conflitos, a legitimidade do Estado é posta em xeque devido ao aumento da carga tributária e à distribuição desses valores para pagamento da dívida pública com a aristocracia financeira. Nessa situação, no centro da crise estava o Estado endividado e

preso a essa aristocracia, tentando enfrentar a crise com medidas governamentais que impactaram principalmente sobre os camponeses, os pequenos comerciantes e os industriais.

Com isso, percebe-se que as sucessões de conflitos que se estabeleceram após a Revolução de 1848 até a instauração do golpe de Estado de Luís Bonaparte, em 1851, expressam as várias transações entre as classes frente às reformas no Estado francês e o exercício do poder.

Nessa situação, o Estado capitalista burguês revela o seu caráter classista, ao qual ficam expostas as diferenças na sociedade por meio de luta direta dos trabalhadores contra a classe dominante.

Nesse caso, o Estado procura mediar as relações entre o capital e o trabalho por meio da ideologia. Para Althusser (1970, p. 22):

A reprodução da força de trabalho tem, pois, como condição *sine qua non*, não só a reprodução da *qualificação* desta força de trabalho, mas também a reprodução da sua sujeição à ideologia, com tal precisão que não basta dizer: “não só, mas também”, pois conclui-se que *é nas formas e sob as formas da sujeição ideológica que é assegurada a reprodução da qualificação da força de trabalho.* (grifo do autor)

Interessante observar que essa ideologia também se dá com o efeito da norma jurídica, pois esta realiza uma relação de igualdade entre os indivíduos na sociedade burguesa, mas que, na verdade, repercute na atomização social, pois garante a exploração dos trabalhadores, já que estes estão “livres” para vender a sua força de trabalho.

Ressalta-se que a categoria ideologia teve (e tem) grande importância para a universalização (daquilo que não pode ser universalizado) e pulverização do caráter de classe nas relações. A criação do sujeito de direito com o objetivo de fortalecer o indivíduo (em detrimento do coletivo) buscou “igualar” juridicamente os proprietários dos meios de produção com a classe trabalhadora no sistema de produção capitalista.

Saes (2012) observa que o capitalismo elege os trabalhadores como sujeitos de direitos; ou seja, são encarados como sujeitos igualmente capazes de praticar atos de vontade, diferente do que ocorria nos sistemas pré-capitalistas³ onde o sobretrabalho é arrancado à força, enquanto que no capitalismo a prestação de sobretrabalho assume uma forma *contratual*, como se fosse uma *troca de equivalentes* (salário X trabalho).

Na análise de Saes (2012), no capitalismo reina uma dupla submissão: a submissão de todos os agentes econômicos à estrutura econômica capitalista; e a submissão do trabalhador

³ Os sistemas pré-capitalistas são sistemas econômicos historicamente anteriores ao capitalismo, como o escravista, o feudal e o asiático. Nesses sistemas, o sobretrabalho, ou seja, o trabalho excedente extraído dos trabalhadores destituídos dos meios de produção, é arrancado à força.

ao capitalista e, no entorno, o sistema jurídico ratificando essa relação de submissão. Althusser (1970, p. 113), de forma perspicaz, aponta a ambiguidade existente nessa submissão mútua, pois a figura do “sujeito de direito” pressupõe o indivíduo livre e portador de vontade própria para que ele possa, paradoxalmente, inserir-se dentro de um sistema de submissão (o sistema econômico capitalista), ou seja, “o indivíduo é interpelado como sujeito (livre) para que se submeta livremente às ordens do Sujeito [as ordens do capital ou do Estado], portanto para que aceite (livremente) essa sujeição [...]”.

Diante disso, observa-se que nessa relação de submissão entre esses sujeitos o Estado capitalista moderno assume o papel de mediador das relações entre os diversos capitalistas e também das relações sociais entre capitalistas e trabalhadores, atuando na resolução das suas contradições.

1.1 O Estado brasileiro e a origem da seguridade social

Para entender o Estado brasileiro e suas peculiaridades, é necessário fazer um resgate histórico do Estado no modo de produção capitalista, além de analisar esse Estado com a política social demonstrando as suas contradições nessa relação dialética.

No final do século XIX, o surgimento da política social teve relação com os movimentos de ascensão do capitalismo na Revolução Industrial, as lutas sociais e o desenvolvimento do aparelho estatal; contudo, a sua disseminação estava relacionada ao período após Segunda Guerra Mundial, ou seja, meados do século XX.

Legislações promulgadas até 1795, como a *Poor Law*, a Lei dos Domicílios e a *Speenhamland Act* tinham como função principal manter a ordem de castas e impedir a livre circulação da força de trabalho (POLANYI, 2000 e CASTEL, 1998).

As Leis dos Pobres (*Poor Law*) formavam um conjunto de regulações pré-capitalistas que se aplicava às pessoas situadas à margem do trabalho. Segundo Dorigon (2006, p. 119):

[...] a lei de 1601 [primeira Lei dos Pobres] foi influenciada por três fatores importantes, que podem auxiliar na interpretação da sua criação. O primeiro foi o aumento da população, conforme já mencionado, que influiu significativamente na desestabilização da ordem econômica; o segundo diz respeito à nova concepção de homem baseada no humanismo e no protestantismo, a qual pregava a responsabilidade do governo pelo auxílio aos pobres; o terceiro tem como base a organização dos setores dominantes, que almejavam o controle da população.

Sendo assim, a Lei dos Pobres tentou minimizar os problemas sociais enfrentados na Inglaterra naquela época, haja vista o número significativo de pobres sem trabalho em condições degradantes, bem como buscou o controle da população pela classe dominante.

Depreende-se que a Lei dos Pobres apresentava características bem peculiares: o trabalho era colocado como uma punição para os pobres; havia o pagamento em dinheiro, considerado uma pensão, para aqueles que não podiam trabalhar (crianças, idosos e enfermos); e era imposta uma proibição do auxílio aos mendigos que buscavam auxílio ocasionalmente.

Em 1662, além da Lei dos Pobres, foi editada a Lei de Domicílio (*Act of Settlement*) que restringia a mobilidade espacial das pessoas, protegendo as paróquias mais dinâmicas da invasão de indigentes de paróquias menos ativas. Na análise de Polanyi (2000, p. 101):

Na Inglaterra, tanto a terra como o dinheiro foram mobilizados antes do trabalho. Este se viu impedido de formar um mercado nacional pelas restrições estritamente legais impostas à sua mobilidade física: o trabalhador estava praticamente restrito à sua paróquia. O *Act of Settlement* (Decreto de Domicílio) de 1662, que estabeleceu as regras da assim chamada servidão paroquial, só foi abrandado em 1795.

Com isso, observou-se que a Lei de Domicílio era contrária a qualquer sistema de mão de obra livre, e isso repercutiu de forma negativa para a expansão da Revolução Industrial. Nesse caso, a Lei de Domicílio foi revogada parcialmente por interferir nas relações entre o capital e o trabalho, já que a referida lei “prendia a mão-de-obra à paróquia” (POLANYI, 2000, p. 130).

Mesmo com a revogação parcial da Lei de Domicílio, a edição da *Speenhamland Act* em 1795 representou uma inflexão nas relações de trabalho, pois subverteu o princípio do trabalho obrigatório e da assistência confinadora e possibilitou um abono salarial para aqueles indivíduos que não pudessem auferir, mediante o seu trabalho, o suficiente para sobreviver.

Polanyi (2000) relatou que os juízes de Berkshire, em Speenhamland, decidiram conceder abonos, de acordo com uma tabela que dependeria do preço do pão, conforme a citação a seguir:

A famosa recomendação dos magistrados dizia: Quando o preço do quilo de pão de uma determinada qualidade custar 1 shilling, qualquer pessoa pobre e diligente terá 3 shillings por semana para seu sustento, quer ganhos por ela própria ou pelo trabalho de sua família, quer como um abono proveniente do imposto dos pobres, e 1 shilling e 6 pence para o sustento de sua mulher e qualquer outro membro da sua família. Quando o quilo de pão custar 1/6,4 shillings por semana, mais 1/10. A cada pence acima de 1 shilling no aumento do preço do pão corresponderão 3 pences para ele e 1 pence para os demais" (POLANYI, 2000, p. 101).

Diante disso, observa-se que a *Speenhamland Law* possibilitou, por meio de abono salarial, a extensão da assistência social existente aos pobres capacitados para trabalhar, porém mal remunerados, algo inconcebível para o liberalismo.

Mesmo durando 39 anos, a *Speenhamland Law*, que proclamou o princípio de que “nenhum homem precisava temer a fome porque a paróquia o sustentaria” (POLANYI, 2000, p. 112), estava fadada à extinção, pois pregava princípios contrários à expansão do capitalismo.

Vale ressaltar que em 1834 a Lei Revisora das Leis dos Pobres (*Poor Law Amendment Act*) transformou o auxílio aos pobres (com ou sem trabalho) em um abono de caráter seletivo e residual, permitindo a formação de um proletariado desprotegido socialmente obrigado a vender sua força de trabalho a um baixo preço, pondo fim ao “direito natural de viver”.

Desta forma, percebe-se que as legislações sociais pré-capitalistas tinham aspectos restritivos e punitivos, agindo no viés da assistência social e do trabalho forçado, enquanto que, no período da Revolução Industrial, estas se apresentavam como uma “liberdade” (para compra e venda da força de trabalho) sem proteção social.

Teorias como a de Malthus e Spencer pregaram que o pobre deveria garantir sozinho a sua sobrevivência, sem a proteção institucional, contra as desvantagens que a economia de mercado lhe impunha.

Ressalta-se que, com a Revolução Industrial, o trabalho perdeu seu sentido como processo de humanização, sendo incorporado como atividade natural de produção para troca. Marx (1987, p. 54) já explicitava que a força de trabalho, ao ser tratada como mercadoria, possuía um duplo caráter: ser produtora de valor de uso e valor de troca, ou

Todo trabalho é, de um lado, dispêndio de força humana de trabalho no sentido fisiológico, e, nessa qualidade de trabalho humano igual ou abstrato, cria valor de mercadorias. Todo trabalho, por outro lado, é dispêndio de força humana de trabalho, sob forma especial, para um determinado fim, e, nessa qualidade de trabalho útil e concreto, produz valor de uso.

Contudo, o fortalecimento dos trabalhadores e a investigação científica sobre a pobreza propuseram reformas econômicas e sociais como condição de melhoria de vida da população pobre. Com isso, o liberalismo foi pressionado a assegurar e expandir a assistência social.

Behring (2011) lista alguns elementos essenciais do liberalismo para demonstrar a reduzida intervenção estatal nas políticas sociais nesse período, como: predomínio do individualismo; o bem-estar individual maximiza o bem-estar coletivo; predomínio da

liberdade e competitividade⁴; naturalização da miséria; predomínio da lei da necessidade; manutenção de um Estado mínimo; as políticas sociais estimulam o ócio e o desperdício; e a política social deve ser paliativa.

É nesse contexto histórico que a mobilização da classe trabalhadora foi determinante para a mudança do Estado Liberal no fim do século XIX e início do século XX, pois conseguiu assegurar importantes conquistas como, por exemplo, o direito de voto, de organização em sindicatos e partidos, de livre expressão e manifestação, e tais transformações repercutiram na ampliação dos direitos sociais.

Vale ressaltar que tais modificações no Estado Liberal não tiveram o condão de instituir uma nova ordem social, mas serviu para questionar o papel do Estado no âmbito do capitalismo, pois, segundo Behring (2011, p. 63):

Não se trata, então, de estabelecer uma linha evolutiva linear entre o Estado Liberal e o Estado Social, mas sim de chamar a atenção para o fato de que ambos têm um ponto em comum: o reconhecimento de direitos sem colocar em xeque os fundamentos do capitalismo.

Nesse período as políticas sociais foram surgindo de forma gradual e diferenciada entre os países, dependendo dos movimentos de pressão da classe trabalhadora, do grau de desenvolvimento das forças produtivas e dessas relações com o Estado.

No surgimento do Estado brasileiro, Saes (1994) analisa que este cumpriria a dupla função de: a) a individualização dos agentes de produção ou a sua conversão em sujeitos de direito; e b) a neutralização da tendência do trabalhador assalariado a se organizar em classe social para se contrapor ao proprietário dos meios de produção.

Nesse contexto histórico, o Estado capitalista brasileiro atuou como mediador dos interesses da classe dominante, nos impasses encontrados nos conflitos de classes e nos conflitos federativos. Para Sampaio Jr. (1999), a estratégia nacional era obstaculizada pela situação de dependência do Brasil dentro da estrutura capitalista mundial, chegando a um estágio em que, ou se superaria essa situação ou o país entraria em um processo de reversão neocolonial ou a desagregação de unidade nacional, gerando uma fragmentação.

De fato, o Brasil passou por um intenso processo de emergência e consolidação do capitalismo, porém esse processo apresentou características particulares. Florestan Fernandes (1976, p. 223) aponta que nenhuma das fases do capitalismo brasileiro⁵ chegou a impor

⁴ Nesse caso, a liberdade e a competitividade são entendidas como formas de autonomia do indivíduo para decidir o que é melhor para si e lutar por isso. Os liberais não reconhecem que a liberdade e a competitividade não asseguram igualdade de condições nem de oportunidades para todos.

⁵ A fase de eclosão de um mercado capitalista moderno, a formação e expansão de um capitalismo competitivo e a fase do capitalismo monopolista.

- 1º) a ruptura com a associação dependente, em relação ao exterior (ou aos centros hegemônicos da dominação imperialista);
- 2º) a desagregação completa do *antigo regime* e de suas sequelas ou, falando-se alternativamente, das formas pré-capitalistas de produção, troca e circulação;
- 3º) a superação de estados relativos de subdesenvolvimento, inerentes à satelização imperialista da economia interna e à extrema concentração social e regional resultante da riqueza.

Dessa forma, depreende-se que o processo de formação do capitalismo brasileiro foi marcado pela dependência e pelo subdesenvolvimento.

De fato, as classes dominantes só aceitam as inovações que conseguem dominar, dirigir e aproveitar, ou seja, as modificações que não modificam a estrutura e suas perspectivas de desenvolvimento, pois:

Aí está o dilema social brasileiro, que urge aflorar à esfera da consciência coletiva e precisa ser combatido com denodo construtivo. *Ele consiste numa resistência residual ultra-intensa à mudança social, que assume proporções e consequências sociopáticas [...]* Os efeitos negativos das pressões conservantistas têm solapado, contínua e profundamente, a consolidação da ordem social democrática no País, proscurendo do cenário histórico os influxos construtivos das classes médias e das camadas populares na reconstrução social. Até as medidas mais elementares, que amparam a formação da concepção e do estilo democráticos de vida, são sistematicamente sabotadas, diluídas e adulteradas (FERNANDES, 1976, p.211-225).

É nesse contexto que podemos compreender o Estado brasileiro, com fortes traços de resistência às mudanças, pois as classes dominantes buscavam sustentar posições privilegiadas na estrutura da sociedade.

Fernandes (1976) demonstra que, no Brasil, o fim do Império e o começo da República assinalam o início de uma transição em direção à recomposição das estruturas de poder, pela qual se configurariam o poder burguês e a dominação burguesa.

A aliança com as classes dominantes retrógradas se mostrou funcional às suas intenções de classe, pois, associada à estrutura do Estado, permitiu realizar a industrialização e manter a estrutura de privilégios da qual desfrutava.

Vale lembrar que desde as primeiras décadas do século XX, a classe trabalhadora no Brasil já se organizava politicamente e lutava por direitos. Esse período, conhecido como a Era Vargas, foi marcado pela expansão sindical, pelas primeiras greves, entre outros.

A política de Vargas foi centrada na organização das relações entre capital e trabalho. Nesse período se pode perceber um intenso controle da classe trabalhadora por meio de uma legislação centrada eficazmente no controle estatal.

De fato, todo o aparato legal destinado ao trabalhador urbano foi legitimado na Constituição de 1934, definindo o campo dos direitos que passaram a ser assegurados ao povo brasileiro, destacando a regulamentação do trabalho feminino e dos menores no âmbito

industrial, o salário mínimo, o repouso remunerado, a fixação da jornada de trabalho de oito horas, férias anuais remuneradas, regulamentação especial para o trabalho agrícola, entre outros direitos.

A legitimação do governo de Getúlio Vargas se deu por meio da criação de um projeto social, de cunho autoritário, voltado especificamente para a arena dos direitos sociais, haja vista a necessidade da expansão da industrialização do país.

É nesse modelo de transformação capitalista na periferia dependente e subdesenvolvida que existiu uma revolução burguesa negadora das aspirações democráticas e liberais. É nesse contexto que se explica o golpe militar de 1964.

Uma das formas que o regime militar encontrou para amenizar as consequências advindas com o golpe e se legitimar no poder foi a implantação de políticas sociais seletivas, dentre as quais estava a seguridade social.

A estratégia modernizadora autoritária incluiu a criação de uma previdência complementar privada e a privatização da assistência médico-social, o processo de privatização na área da saúde, entre outros.

Mota (2015, p. 153-154) analisa historicamente as particularidades da seguridade social brasileira pós-64, mostrando as reformas pontuais do Estado brasileiro:

Parametrado pelas exigências do processo de acumulação, pela contenção das formas de *rebeldia* política das classes subalternas e pela necessidade de estabelecer uma *ordem consentida*, além de atender exigências do grande capital, o Estado militar-tecnocrático promove algumas mudanças no âmbito das políticas sociais, procurando *funcionalizar* essas demandas de acordo com o seu projeto político, por meio da *expansão seletiva* de alguns serviços sociais. Essa ampliação da cobertura dos programas sociais, em que se incluem as políticas de seguridade social, respondeu, preponderantemente, pela estratégia de *modernização autoritária* adotada pelos governos militares.

A forma encontrada pela ditadura militar para conter revoltas da classe trabalhadora e a própria necessidade de legitimação política foi a ampliação da cobertura de alguns programas sociais que tiveram como características a diferenciação dos serviços em função da clientela atendida, a privatização da assistência médico-social, a criação da previdência complementar privada, afora a supressão e o desmantelamento dos mecanismos de controle e de participação dos trabalhadores no sistema de proteção vigente até 1964.

Marx (2012, p. 14), ao analisar as lutas de classes na França em 1848 a 1850, afirma que:

[...] se abstrairmos do conteúdo concreto de cada caso, a forma comum a todas essas revoluções é a de que eram revoluções de minorias. Inclusive quando a maioria participou, isso aconteceu – conscientemente ou não – só a serviço de uma minoria;

esta, porém, ganhou assim, ou já em virtude da atitude passiva da maioria que não ofereceu resistência, a aparência de ser representante de todo o povo.

De fato, o Brasil, no século XX, passou por um verdadeiro cenário de instabilidades com ditaduras e rupturas políticas. Segundo Prado Júnior (1987), o setor público aglutinava vários interesses privados da burguesia brasileira. Contudo, nas estatais havia uma centralidade na política e nas ações públicas no governo autoritário que distanciou inclusive a burguesia mais ortodoxa, pois havia perdido a sua capacidade de dar rumos ao Golpe de 64 em que deixou aos militares o papel de impedir a luta do trabalho com o capital.

Contudo, na Assembleia Nacional Constituinte de 1987, as massas populares estavam na rua lutando pela democratização da ordem social, mas foram silenciosamente afastadas da organização do país. Nas palavras de Fernandes (1989, p. 128), “o povo penetrou dentro da casa, mas não a conquistou. Tudo foi feito para excluí-lo, da forma mais minuciosa possível”.

Este salto histórico é importante para compreendermos a dinâmica do Estado na construção de uma política social.

A abertura nada tem de “democrática”: os governantes que assaltaram o Estado brasileiro e o amoldaram a seus fins políticos engendraram uma forma policial-militar de ditadura burguesa que pode oscilar, “endurecendo” ou “liberalizando-se” de acordo com a conjuntura econômica, social e política e com o volume de pressões contra a ordem ilegal estabelecida como “institucional” e “revolucionária”. [...] A “abertura” é fechada demais para que, através dela, possa atravessar uma pulga. A ordem ilegal, implantada e defendida com base na força bruta, não possui qualquer flexibilidade. Está dimensionada para reproduzir e aperfeiçoar a ditadura, com seu espaço político típico das formas restritas de democracia, nas quais somente os senhores são livres. (FERNANDES, 2007, p. 208-210).

Mesmo com as barreiras impostas pelas classes dominantes, a Constituição Federal de 1988 foi promulgada e demonstrou uma profunda inflexão na evolução institucional do Estado, justamente ao garantir direitos civis e sociais no âmbito constitucional.

A princípio, a Constituição de 1988 foi recepcionada como um grande marco para as políticas sociais brasileiras. Porém, no plano internacional, esse período foi marcado por grandes ajustes estruturais entre os países centrais e os países periféricos, de acordo com o Consenso de Washington, que propugnou uma forte disciplina fiscal, controle da inflação e redução da presença do Estado na economia e na sociedade, impactando diretamente na concretização dos direitos sociais.

As políticas sociais brasileiras ficaram comprometidas em virtude das políticas neoliberais, que tinham a necessidade de implementar novos princípios como a reestruturação

estatal. A reforma ou a contrarreforma⁶ refletiu uma estratégia de inserção passiva e forçada na dinâmica internacional e representou uma escolha político-econômica regressiva. Desta forma, apreende-se que a contrarreforma do Estado no Brasil deu-se de forma destrutiva, antipopular e antidemocrática, pois:

[...] existe uma forte capacidade extrativa do Estado brasileiro, mas que não está voltada para uma intervenção estruturante e para os investimentos sociais, mas para alimentar a elite rentista financeira. Nessa direção, os investimentos sociais não são, evidentemente, as causas da crise, como insistiam em afirmar os discursos neoliberais mais dogmáticos. O déficit público não está neles localizado, embora tenha sido construída uma cortina de fumaça ideológica e algumas artimanhas para forjar e justificar este argumento (BEHRING, 2008, p. 280).

Behring (2008) afirma que aqueles que buscaram a Constituição de 1988 como um espaço de solução para os problemas essenciais do Brasil depararam-se com uma espécie de “híbrido entre o velho e o novo”, que deixou muitas questões para serem deliberadas por legislações complementares⁷.

Na verdade, o texto constitucional refletiu a disputa de hegemonia entre as classes dominantes e os trabalhadores, já que contemplou avanços como a inclusão dos direitos sociais e políticos, mas que manteve fortes traços conservadores como a manutenção de prerrogativas do Executivo (como, por exemplo, a edição de medidas provisórias⁸ e a competência para tratar de assuntos sobre a ordem econômica do país).

Com a promulgação da Constituição, o sistema de seguridade social, que compõe a saúde, a previdência e a assistência social repercutiu em um grande avanço institucional.

A expressão seguridade social, nos termos da Constituição Federal de 1988, refere-se à proteção social ao indivíduo em face do risco, da vulnerabilidade, da limitação temporária ou permanente e de determinados acontecimentos previsíveis ou fortuitos nas várias fases da vida. Ela instituiu, de forma ampliada, um sistema de seguridade social reunindo três segmentos principais: a) a *assistência social*, destinada a assegurar os mínimos de subsistência aos membros da sociedade considerados incapacitados de obtê-los; b) *sistema de saúde*, destinado a atender a toda a população com serviços de medicina preventiva e curativa; e, c) *previdência social*, destinada a garantir ao segurado ou seu dependente renda certa, proporcional à sua

⁶Na seguinte pesquisa trabalhar-se-á com a perspectiva da contrarreforma para fazer referências às mudanças implantadas no interior do Estado capitalista brasileiro em virtude das políticas neoliberais.

⁷ Um exemplo clássico sobre matéria que foi deixada para ser regulamentada por lei complementar e que, até hoje não foi apreciada, é a instituição do Imposto sobre Grandes Fortunas – IGF.

⁸Medida provisória se caracteriza por ser um dispositivo que integra o ordenamento jurídico brasileiro, reservado ao Presidente da República, e se destina a apreciação de matérias que sejam consideradas de relevância ou urgência pelo Poder Executivo, regulada de forma exclusiva pelo artigo 62 da Constituição de 1988.

contribuição, quando da retirada do emprego ou do afastamento do mercado de trabalho em razão de incapacidade definitiva ou temporária, de idade ou de tempo de serviço.

Contudo, a edição da Constituição não inovou quanto às ações típicas de seguridade a cargo do Estado; a grande diferença foi a inclusão da seguridade social em nível constitucional, com força normativa. Claro que essa inclusão da seguridade no âmbito constitucional não assegurou direitos, pois estes dependem de financiamento para consecução dos gastos públicos.

No âmbito das fragilidades do sistema de seguridade social, em períodos de crise, ocorre uma tensão na relação capital-trabalho, que repercute na mercantilização da saúde e da previdência e na ampliação da assistência social como forma de enfrentamento da desigualdade social, além de ser responsável pela (re)mercantilização da força de trabalho, como demonstra Mota (2015, p. 26-27):

[...] o lugar ocupado pela seguridade social, no processo de produção e reprodução social, particulariza, no plano material e político, sua vinculação com as necessidades de socialização dos custos da reprodução da força de trabalho enquanto condição da acumulação do capital e com o processo político deflagrado pelos trabalhadores em torno das conquistas sociais, institucionalizadas nos direitos sociais.

[...] a necessidade de criar mecanismos de contratendência à queda tendencial da taxa de lucro revela estreita vinculação entre os requerimentos do processo de valorização e realização do capital e as condições sociopolíticas sob as quais o capital tenta superar as crises de sua reprodução, sem perder a condição de classe hegemônica, valendo-se, dentre outras medidas, das políticas sociais.

Nessa situação, observa-se que a seguridade social está a serviço tanto da valorização do capital quanto da reprodução da força de trabalho, e essas contradições no processo de produção material e reprodução social são intrínsecas ao modo de produção capitalista, além de se transformar em necessidades de classe e objeto da prática política dos trabalhadores e do capital.

Atualmente verifica-se uma ação ofensiva do capital para deslocar os objetos reais das lutas dos trabalhadores para o campo das propostas de enfrentamento da crise econômica.

Sendo assim, a proteção social no Brasil, inserida na seguridade social, precisa ser analisada em conjunto com a sociedade capitalista. Tal análise será realizada no tópico seguinte, no qual iremos tratar do padrão de proteção social e das reformas das políticas sociais.

Destarte, a análise da política social de saúde perpassa a análise do Estado capitalista burguês apresentando suas ambiguidades e contradições. Aqui, discutir-se-á o Movimento Sanitarista que pautou a garantia de direitos sociais como bandeira, mas esses direitos não foram plenamente implementados por conta das limitações de recursos públicos.

1.2 O padrão de proteção social e a reforma das políticas sociais

Nesse tópico buscou-se identificar as principais tendências quanto aos sistemas de proteção social na sociedade brasileira no contexto da reforma das políticas sociais.

A proteção social está inserida num conjunto de seguranças sociais que uma sociedade garante aos seus membros. Portanto, a centralidade está no processo histórico de cada sociedade e nele o trânsito pelo qual determinadas condições sociais de dignidade e sobrevivência são asseguradas enquanto um direito universal.

Sposati (2013) destaca que a proteção social carrega uma marca genética que a torna um tanto distinta de outras políticas sociais, pois seu campo de ação não se refere, propriamente, à provisão de condições de reprodução social para restauração da força viva de trabalho humano, mas sim um conjunto de atenções que constituem respostas a necessidades de dependência, fragilidade, vitimização de demandas próprias da condição humana.

Nesse caso, as atenções de proteção social, assim como sua gestão e processos de trabalho, são submetidas a múltiplas racionalidades geradoras de formas parciais e desarticuladas de respostas às desproteções sociais. Na verdade, essas (ir)racionalidades são estratégias para o enfraquecimento do sistema de proteção social, pois cumprem dupla função: a) baixar a estabilidade do sistema para possibilitar ajustes nos períodos de crises do capital e b) manter a capacidade de reproduzir a desigualdade entre os indivíduos para impedir uma universalidade de cidadania.

Não é por acaso que o sistema de proteção social brasileiro é marcado por descontinuidade, não integralidade, fracionamento, desigualdade de acesso, que repercutem na distinção, no individualismo, na competição.

O fato é que a universalidade da proteção social se contrapõe às regras do capital e de sua acumulação, pois confere igualdade em uma sociedade que, pelas regras de mercado, é fundada na desigualdade. Nesse caso, o Estado terá participação preponderante nessa racionalidade na desproteção social.

Segundo Pereira (2011), para os liberais, o direito à proteção social, garantido por lei, é antinatural e nocivo à liberdade individual, porque induz os pobres a submeterem-se passivamente à tutela estatal e a aprofundar-se mais ainda na pobreza.

Silva e Silva (1999) afirma que a política social surgiu na ocorrência de três modelos explicativos: a) a resposta econômica do sistema capitalista no sentido de qualificar e recuperar a força de trabalho; b) a evolução da vida social moderna, que passa a exigir uma

forma perene de garantia de ações antes exclusivas de uma solidariedade tradicional; e c) a necessidade de legitimação do poder.

Na concepção de Silva e Silva (1997), a política social está em permanente contradição com a política econômica, pois aquela confere primazia às necessidades sociais, enquanto esta tem como objeto fomentar a acumulação do capital na esfera do mercado. De fato, Ademir Silva (2010, p. 33) ratifica que “as políticas sociais não podem ser antieconômicas, mas é frequente que as políticas econômicas sejam antissociais”; isso equivale dizer que as políticas sociais e as políticas econômicas são a expressão das contradições entre as classes sociais.

O fato é que a política social está no centro do embate econômico e político, pois traz parte do conflito capital-trabalho para a lógica dos direitos sociais. Segundo Draibe (1993), a política social brasileira não tem sido examinada sob a tradição do *welfare state*⁹. Dessa forma, a definição da política social parece estar relacionada às áreas da previdência, assistência social, saúde e educação.

Para Esping-Andersen (1995), o *welfare state* significou mais do que um simples incremento das políticas sociais no mundo industrial, pois representou um esforço de reconstrução econômica, moral e política:

Economicamente, significou um abandono da ortodoxia da pura lógica do mercado, em favor da exigência de extensão da segurança do emprego e dos ganhos como direitos de cidadania; moralmente, a defesa das idéias de justiça social, solidariedade e universalismo. Politicamente, o *welfare state* foi parte de um projeto de construção nacional, a democracia liberal, contra o duplo perigo do fascismo e do bolchevismo. (ESPING-ANDERSEN, 1995, p. 73)

A expressão *welfare state*, também denominado de Estado de Bem-Estar Social, foi muito utilizada como contraponto às concepções liberais do século XIX, onde o Estado intervencionista estava preocupado em assegurar o direito à propriedade que, posteriormente, direcionou o foco para as questões de soberania nacional e de proteção de seus mercados.

Briggs (1961 apud DRAIBE, 1993, p. 7-8) conceituou o *welfare state* como:

[...] um Estado no qual se usa deliberadamente o poder organizado (através da política ou da administração) num esforço para modificar o jogo das forças de mercado em pelo menos três direções: primeiro, garantindo aos indivíduos e às famílias uma renda mínima independente do valor de mercado do seu trabalho ou de sua propriedade; segundo, restringindo o arco de insegurança, colocando os indivíduos e famílias em condições de fazer frente a certas “contingências sociais” (por exemplo: a doença, a velhice e a desocupação), que, de outra maneira, conduziriam a crises individuais ou familiares; e terceiro, assegurando que a todos os cidadãos, sem distinção de status ou

⁹ De acordo com a autora, a exceção cabe a Wanderley Guilherme dos Santos, em “Cidadania e Justiça: política social na ordem brasileira”, no qual trata a questão das políticas sociais no Brasil segundo a tradição analítica do *welfare state*.

classe, sejam oferecidos padrões mais altos de uma gama reconhecida de serviços sociais.

O *welfare state* pode ser compreendido como um conjunto de serviços e benefícios sociais de alcance universal promovidos pelo Estado com a finalidade de garantir o avanço das forças de mercado e uma relativa estabilidade social. Contudo, esse Estado de Bem-Estar Social é permeado de contradições, pois tais serviços e benefícios sociais promovidos pelo Estado, ao menor sinal de crise do capital, promovem a supressão de políticas e benefícios sociais, que significam segurança aos indivíduos para manterem um mínimo de base material e de padrão de vida.

Importante frisar que as formas de concretização e implementação dessas políticas variam de acordo com as concepções do modelo adotado pelo Estado, como, por exemplo, na classificação de Esping-Andersen (1995), que privilegia os regimes ou ideologias políticas os quais informam os diferentes Estados de Bem-Estar, como: *Estados de Bem-Estar em regimes liberais*, nos quais o mercado assume a primazia; *Estados de Bem-Estar em regimes conservadores*, nos quais são preservados o *status quo*, a hierarquia social e as diferenças de classes; e *Estados de Bem-Estar de regimes socialdemocratas*, nos quais prepondera o Estado como principal agente de proteção social e de garantia de direitos.

No caso do Brasil, segundo essa classificação, não é possível determinar qual o padrão de Estado de Bem-Estar, pois o padrão de proteção social brasileiro aglutinou um misto de elementos presentes na classificação do autor, pois são encontradas características dos três tipos: *modelo liberal*, considerando as intervenções públicas tópicas e seletivas; *modelo conservador*, pois adota medidas autoritárias e desmobilizadoras dos conflitos sociais; e *modelo socialdemocrata*, que estabelece esquemas universais e não contributivos de distribuição de benefícios e serviços.

O Estado de Bem-Estar Social no Brasil, de acordo com Draibe (1990), dar-se à em dois momentos marcados por governos autoritários: o primeiro, no período de 1930-1943, marcado por uma intensa produção legislativa no campo previdenciário, trabalhista e sindical; e o segundo, no período de 1966-1971, no contexto da industrialização e urbanização, consolidando-se o perfil da política social.

Contudo, essa consolidação do perfil da política social brasileira se dá de forma seletiva com organização de um sistema público nas áreas de bens e serviços sociais, como educação, saúde, assistência social, previdência e habitação.

Para Silva e Silva (1999, p. 41), ressalvadas as variações históricas do *welfare state* e os sujeitos envolvidos na arena política, alguns elementos de sua constituição são comuns:

- Ação estatal na organização e implementação das políticas;
- Relação Estado/mercado, marcada pela alteração do livre movimento e dos resultados socialmente adversos do mercado por parte do Estado;
- Noção de substituição da renda por perda temporária ou permanente;
- Referência menos ao trabalhador contributivo e mais ao cidadão (realça a noção de direito).

Draibe (1990) esclarece que, no Brasil, há um padrão de Bem-Estar Social do tipo meritocrático particularista, com matizes do corporativismo e do clientelismo, com denso esquema assistencial, mas descontínuo e fragmentado, tendo por base uma perversa estrutura de emprego, baixos salários e concentração de renda.

Esse padrão de Bem-Estar Social do tipo meritocrático particularista é marcado pelas seguintes características: subordinação da política social à econômica; extrema centralização política e financeira, acentuada fragmentação institucional; exclusão da participação social nos processos decisórios; autofinanciamento do investimento social, privatização e uso clientelístico da máquina estatal (DRAIBE, 1990).

Contudo, a promulgação da Constituição de 1988 representou, para o sistema de proteção social, o deslocamento do modelo meritocrático particularista para o modelo institucional distributivo.

No modelo institucional distributivo as características marcantes foram:

[...] a ampliação e extensão dos direitos sociais; perspectiva de universalização de acesso; expansão da cobertura; certo afrouxamento do vínculo contributivo como princípio estruturante do sistema; seguridade social com forma mais abrangente (previdência, saúde e assistência social; recuperação e redefinição de patamares mínimos de valores dos benefícios (SILVA E SILVA, 2000, p. 31).

De fato, concordando ou não com a existência de um Estado de Bem-Estar Social no Brasil, não se pode afirmar que houve um esgotamento do modelo de bem-estar, como vivenciado nos países desenvolvidos, porque aqui não ocorreu, de fato, uma universalização do acesso aos serviços sociais.

Contudo, a seguinte pesquisa assume a perspectiva defendida por Draibe de que, no Brasil, houve um Estado de Bem-Estar Social mesmo que não tenha se concretizado nos moldes dos países desenvolvidos.

Registre-se que a crise fiscal do Estado e a adoção do ideário neoliberal vêm impondo uma crescente restrição dos programas sociais e, conseqüentemente, o desmonte dos direitos sociais.

Para Draibe (1995), na conjuntura atual, os fundos públicos¹⁰ são disputados, de um lado, pelo trabalho e, de outro, pelo capital, ou seja, o capital demandando o financiamento da acumulação para sua reprodução versus o trabalho, disputando o mesmo fundo em forma de políticas públicas, tendo em vista sua reprodução a partir de padrões mínimos.

Assim sendo, com a modernização da sociedade brasileira, a classe dominante demanda por reformas das políticas sociais como pressupostos de estabilização e a retomada do crescimento econômico, que seriam condições para reduzir a pobreza, entendendo o social como mera derivação do econômico.

Diante disso, observa-se que o Estado de Bem-Estar Social, tardio no Brasil, consolida-se com a Constituição Federal de 1988, mesmo com o padrão de proteção social do tipo periférico, no qual algumas demandas das classes populares são atendidas, porém, padecem com o desmonte dos direitos sociais frente à concretização do ideário neoliberal.

1.3 A reforma sanitária e a universalização do direito à saúde

Para compreendermos o direito à saúde como “direito de todos e dever do Estado”, conforme preconizado na Constituição Federal de 1988, faz-se necessária uma análise histórica do surgimento do Movimento Sanitarista, juntamente com as inflexões no Sistema Único de Saúde – SUS.

Inicialmente, tratar-se-á o conceito de Reforma Sanitária que, segundo Teixeira (2011, p. 39), refere-se:

[...] a um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado.

Tal conceito pressupõe uma análise da transição democrática brasileira que garantiu o direito a saúde como direito social constitucional, bem como entender a Reforma Sanitária como fenômeno político que exige uma análise cuidadosa para que não haja o risco de cair no discurso oficial.

Cohn (1989) relata que um dos fatos mais significativos do Movimento Sanitarista foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, pois, naquele momento, a saúde foi trazida para a

¹⁰ O conceito e as características sobre o fundo público são discutidos no capítulo 2 dessa pesquisa.

arena de um amplo debate público. Nesse caso, a referida Conferência conduziu a uma grande arrancada para o embate político na Assembleia Nacional Constituinte.

Nos estudos sobre a questão da saúde começaram a ser descortinadas as acepções sociais, políticas e econômicas da prática médica e das medidas na área da saúde. Diante disso, na construção de uma medicina social, retirou-se a saúde da esfera apenas técnica e rompeu-se a dicotomia prevenção-cura. Isso se deve, além de outros fatores, à concepção de saúde-doença não só no aspecto fisiológico, mas como fenômeno social.

No processo de saúde-doença, sob o prisma positivista, a doença era vista como um desvio para mais ou para menos das funções fisiológicas de órgãos e tecidos. Contudo, na visão do paciente, a percepção da doença pode variar em função de sua inserção na sociedade.

Porém, existem outros fatores ligados ao fenômeno saúde-doença, tais como distribuição de renda, ocupação, escolaridade, industrialização, urbanização, entre outros. Nesse sentido, argumenta Pereira (2003, p. 195) que: “[...] frequentemente os micro-organismos patogênicos não são suficientes, por si sós, para causar doenças infecciosas, sendo necessária a presença de fatores coadjuvantes, de natureza social, econômica, cultural e política para que a moléstia se instale”.

Nesse aspecto, interessante citar a análise feita por Luna (2009, p. 313), quando trata da fabricação dos sujeitos debilitados em saúde, acometidos pelas intituladas “doenças de pobre”:

No dia 20 de janeiro de 2008, o programa *Fantástico*, exibido todos os domingos na Rede Globo de Televisão, apresentou uma matéria bastante reveladora sobre o quadro da saúde do brasileiro da ralé. O grande mérito daquela reportagem foi indicar a existência de doenças esquecidas por todos nós, que matam mais de cinco mil pessoas por ano. E não estamos nos referindo à febre amarela ou à dengue, que alarmaram o Brasil nesse mesmo ano – chamando atenção de toda a mídia -, incluindo setores de classe média, com suas incidências inesperadas. Referimo-nos a doenças persistentes e mal combatidas, como a malária e a tuberculose. A tuberculose é quantificada em 75 mil novos casos no Brasil. A favela da Rocinha, na cidade do Rio de Janeiro, é um foco exemplar da doença, contando cerca de 50 novos casos todo mês. Em entrevista ao *Fantástico*, o coordenador da Campanha de Acesso a Medicamentos explica que essas doenças “são doenças da pobreza, literalmente. Então elas dependem de fatores como saneamento, boa alimentação ou acesso à informação”. São justamente doenças típicas de periferias das grandes cidades e também das regiões mais remotas do Brasil, atingindo grupos desfavorecidos material e culturalmente. Além disso, segundo o secretário nacional da Parceria Brasileira contra a Tuberculose, Carlos Basília, a maioria das drogas que combatem a tuberculose data das décadas de 1940 e 1950, não havendo depois dessa época o desenvolvimento de grandes inovações medicamentosas contra a doença. O esclarecimento para esse fato nos é dado pelo epidemiologista Eduardo Costa, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz): “Não vale a pena investir em produzir medicamentos para esses grupos. Então, é uma doença que é negligenciada, e a grande indústria não se interessa em desenvolver produtos para ela.

Dessa forma, observa-se que o fenômeno saúde-doença está associado a outros fatores e estes precisam ser compreendidos sob a perspectiva do Estado capitalista e das lutas de classes.

Para Camacho (1987), os movimentos sociais têm duas grandes manifestações, pois, por um lado, existem aqueles que expressam os interesses dos grupos hegemônicos e, por outro lado, os que expressam os interesses dos grupos populares.

Daí a necessidade de perceber dois pontos importantes sobre os movimentos sociais, como preceitua Machado (2013): se a luta é para preservar o *status quo* ou se a luta é para contestá-lo.

No que tange a Reforma Sanitária, percebe-se que tal movimento surgiu para contestar o aparato institucional brasileiro voltado para a área da saúde, o olhar dado ao processo saúde-doença, as políticas de saúde, a formação de recursos humanos, entre outros.

Contudo, vale ressaltar que no seio da Reforma Sanitária impõe-se a discussão de dois termos: o político e o técnico. Tais termos compõem as dimensões do Movimento Sanitarista brasileiro que demandam ser transformado num processo efetivo envolvendo as diferentes forças sociais na luta pela democratização da saúde.

O Movimento Sanitarista, apesar de ter se constituído, no início, de um conjunto de intelectuais e técnicos (integrantes do CEBES e da ABRASCO), ao longo dos anos ganhou a contribuição de diversos setores da sociedade civil, entre eles a CNBB, a OAB, a SBPC, o Centro Brasil Mulher, sindicatos, partidos políticos, universidades, associações estudantis e associações comunitárias.

Segundo Bravo (2007), os estudos enfatizaram a análise das transformações ocorridas no âmbito da saúde, relacionando-as com os efeitos perversos da economia centralizadora que agravou as condições de vida da população, dificultando o acesso a bens essenciais.

De fato, a perda do poder aquisitivo da população, associada ao processo de urbanização desordenada, resultou em vários danos à saúde pública como o aumento da mortalidade infantil, as incidências de epidemias, gerando um alerta à população e ao governo. Com isso, instalou-se um quadro de verdadeira “crise sanitária” (BRAVO, 2007, p. 53).

Além disso, outro aspecto importante para o movimento sanitário foi o assalariamento do médico, ou seja, a absorção desse profissional pelo setor público. Contudo, as péssimas condições de trabalho e os baixos salários resultaram nas primeiras mobilizações dos médicos por mudanças na política de saúde pública.

Segundo Bravo (2007), em 1977, uma luta na categoria médica entre progressistas e conservadores foi iniciada com o Movimento de Renovação Médica (REME), que procurou atuar nos sindicatos da categoria e organizar-se para as eleições nos Conselhos Regionais e Conselho Federal de Medicina e Associação Médica Brasileira.

A autora relata que esses movimentos desenvolvidos pela categoria médica, apesar do cunho corporativista inicialmente, na luta por melhores salários e condições de trabalho, tiveram dimensão mais ampla na questão da saúde, como o combate à mercantilização da atenção médica, à exploração do trabalho, à política da saúde, ao autoritarismo e ao modelo econômico vigente (BRAVO, 2007).

Além dos movimentos oriundos da categoria médica, outros movimentos sociais que lutavam pela mudança na política de saúde se destacavam como os movimentos de bairro na luta por saneamento, água, luz e postos de saúde; o movimento político oposicionista com propostas enfatizando a saúde pública; os movimentos sindicais que enfrentavam grave situação quanto à saúde dos trabalhadores, entre outros.

Decerto, no período de 1974 a 1979 as reformas implantadas pelo governo, como o Sistema Nacional de Saúde e o SINPAS, tiveram destaque. O Sistema Nacional de Saúde visava disciplinar a articulação dos órgãos atuantes no setor de saúde, enquanto que o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS¹¹ compreendia o processo de crescente universalização e de adoção do modelo de seguridade.

Contudo, as reformas implementadas não foram capazes de resolver a crise decorrente da contradição entre universalização e a pouca flexibilidade financeira no que tange ao sistema de contribuições dos segurados.

Sendo assim, nota-se que a política de saúde enfrentou “permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário” (BRAVO, 2007, p. 59).

Retomando a análise dos Movimentos Sociais, Machado (2013) argumenta que o Estado capitalista goza de relativa autonomia em relação às classes e às relações de produção. Nessa situação, as classes se organizam em “movimentos” para direcionarem as suas demandas para ele. Contudo, ele esclarece que:

¹¹ O SINPAS era composto por novas autarquias: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), para a prestação de assistência médica, e o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS).

Uma das formas, portanto, de enquadrar os movimentos sociais é o processo de ‘institucionalização’ das suas demandas, ou seja, o Estado necessita colocá-los de acordo com a sua materialidade institucional que, no fundo, se remete à própria dominação de classe (MACHADO, 2013, p. 10).

Cohn (1989) explicita que dois fatores precisam ser compreendidos na construção do processo da Reforma Sanitária, sendo que o primeiro diz respeito ao Movimento Sanitarista que teve início predominantemente no Executivo e trouxe as propostas e medidas no sentido dos preceitos reformistas; e o segundo foi a dificuldade para identificar na literatura as forças políticas que compunham o referido movimento.

Nesse caso, pode-se dizer que houve (e há) a participação da sociedade civil no Movimento Sanitarista. Contudo, Cohn (1989) relata que a estratégia adotada pelo Movimento da Reforma Sanitária foi a de ocupação de espaços institucionais e de criação de projetos institucionais para que os pensamentos contra-hegemônicos no interior do aparelho estatal fossem palcos de luta, objeto de disputa entre os diferentes interesses.

No que tange às dificuldades de percepção das forças políticas que compunham o referido movimento, Gallo e Nascimento (2011, p. 108-109) identificaram duas posições presentes no Movimento Sanitarista: a socialdemocrata e a socialista. Contudo, eles afirmam que:

No tocante ao plano singular, as diferenças são táticas e a tendência institucional se caracteriza pela priorização da intervenção política no interior do aparelho de Estado em detrimento daquele junto à sociedade civil, e a tendência societária pelo inverso. A opção por uma ou outra tem dado margem a mútuas críticas em relação a eventuais prejuízos estratégicos.

Percebe-se, então, que o Movimento Sanitarista brasileiro teve o seu processo de organização no interior do aparelho estatal, sofrendo toda a influência da corrente hegemônica. Mesmo assim, o Movimento Sanitarista rompeu algumas barreiras para o avanço à assistência à saúde.

Tal movimento era complexo, pois durante a ditadura militar não eram discutidas as diferenças detectadas no interior do próprio movimento e, no período da transição democrática, o movimento se deparou com suas diferenças internas e com enormes dificuldades para enfrentá-las.

Cohn (1989) afirma que a maioria das análises sobre o tema evidenciaram diferenças e oposições no interior do movimento da Reforma Sanitária, mas que só vieram à tona no período da transição democrática, mas não logram identificar claramente suas tensões.

De fato, o movimento ocorrido no interior do Poder Executivo tinha muitas barreiras para lograr uma revolução na assistência à saúde, já que nos termos de Paim (2008),

a Reforma Sanitária teve um caráter “transformista”, pois, no decorrer do movimento, muitos atores mudaram de lado e reforçaram as posições conservadoras das classes dominantes. De certo modo, havia dificuldade de identificação dos atores sociais envolvidos no movimento, mas os opositores ao Movimento Sanitarista eram conhecidos – o setor privado da saúde e suas instituições representativas, o governo e a tradição privatista do Estado brasileiro.

O embate político com os interesses contrários à reforma sanitária deixou uma hipertrofia na política, ou seja, a ênfase em estratégias institucionais de ação de acordo com os interesses das classes dominantes em detrimento da formulação de uma política de saúde voltada àqueles que realmente necessitavam desse atendimento.

Nessa situação, percebe-se que a relação Estado-sociedade perpassou sobre todo o processo de constituição e consolidação de uma ordem democrática, assim como a relação Estado-mercado interferiu no direito à saúde em detrimento da universalidade e da equidade no interior do Estado neoliberal.

Cohn (1989) observa que se as conquistas, sobretudo as de ordem institucional, foram significativas, também mostraram igualmente a fragilidade relativa do Movimento, já que a estratégia do “inverso” para se contrapor aos interesses hegemônicos no setor, perfeitamente conciliáveis com o padrão estatal de apropriação da coisa pública, ao se revelar pertinente para a conquista desses avanços, foi igualmente reveladora do fato óbvio, mas crucial, de que a constituição da saúde como um direito implica a relação do Estado com a sociedade e a própria transformação desta.

Contudo, essas conquistas perpassaram por grandes discussões, principalmente na Assembleia Nacional Constituinte. Quanto instalada, a Assembleia Constituinte se transformou em espaço de disputa política onde os interesses atinentes à questão saúde se organizaram em dois blocos: de um lado, os grupos empresariais e farmacêuticos e, de outro, os representantes do movimento sanitário, representados pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte.

Mesmo assim, a Constituição Federal de 1988 representou um importante passo na evolução institucional do país, justamente por ter incluído no texto constitucional regras, direitos e deveres relativos ao atendimento à saúde que, até então, constavam apenas em plataformas políticas de segmentos da sociedade não hegemônicos.

De fato, o texto constitucional aprovado atendeu, em parte, às reivindicações do movimento sanitário, pois prejudicou os interesses empresariais do setor hospitalar, mas não conseguiu alterar a situação da indústria farmacêutica. Outra questão que não ficou bem definida foi sobre o financiamento do novo sistema de saúde, pois não ficou estabelecido, na Constituição, um percentual sobre os orçamentos.

O direito à saúde foi reconhecido como um direito constitucional universal, trazendo a ampliação material de sua força normativa, com vistas à sua concretização por meio de prestações públicas. Contudo, é preciso ver esse alargamento de direito com ressalvas, pois, mesmo a Constituição de 1988 reconhecendo a saúde como um direito universal, ela também possibilitou o acesso ao sistema privado de saúde por meio de planos de saúde.

Nesse caso, vale ressaltar a visão de Coutinho (2013, p. 29) quanto à universalização do direito à saúde e as suas contradições dentro do sistema de saúde:

A universalização contemplada no texto constitucional, na medida em que inclui grupos sociais que não contribuem diretamente para o financiamento do sistema, foi resultado da absorção gradual de novos segmentos sociais com o esforço político do Movimento de Saúde. Mas, seguindo um curso não previsto pelos sanitaristas, **a universalização vai tomando características “excludentes”**. (grifo nosso)

Nesse caso, assume a função não de incluir efetivamente todos os segmentos sociais na alçada do atendimento público, **mas de garantir o atendimento aos setores mais pauperizados, que não conseguem entrar no sistema privado**. (grifo nosso)

Nesse contexto, observa-se que existem dois sistemas de saúde no Brasil - o público e o privado -, ambos conformados por realidades diferentes e informados por princípios distintos. Contudo, ressalta-se que a saúde privada, tida como um sistema complementar, na realidade, tem se tornado o sistema principal, ao invés do sistema público.

Importante observar que no interior desses dois sistemas pode-se relacionar três segmentos: o público, sendo aqueles serviços vinculados aos governos federal, estaduais e municipais; o privado contratado e pago pelo setor público; e o privado liberal ou contratado pelos planos de saúde pessoais ou de empresas.

A nossa pesquisa analisa o direito à saúde no âmbito do sistema público de saúde, que é guiado pelos princípios da universalidade de acesso e da integralidade da assistência.

Além de compor um dos pilares da Constituição de 1988, o direito à saúde está vinculado também ao princípio da dignidade da pessoa humana, pois tem no indivíduo o cerne de sua preocupação, objetivo primeiro e último de toda e qualquer atuação estatal.

Segundo Cruz, Coimbra e Reis (2012), o direito à saúde impõe ao Estado a responsabilidade de viabilizar a efetivação desse direito pela garantia de recursos necessários e o gerenciamento do sistema. Tal garantia, todavia, esbarra em uma questão central: a formulação e implementação de uma política de saúde universal em um Estado capitalista neoliberal.

Com o mesmo raciocínio, Castro (2012, p. 21) assevera que as políticas públicas de saúde objetivam “ações preventivas e corretivas, destinadas a manter ou modificar a realidade

da saúde, definindo objetivos e estratégias de atuação e de alocação dos recursos necessários para atingir as metas estabelecidas”.

Desta forma, por ser um direito social de caráter prestacional, o direito à saúde reflete uma atuação do Estado, ou seja, um dever de natureza política que se materializa na elaboração e implementação de políticas públicas de saúde, na concretização do Sistema Único de Saúde – SUS – e na alocação de recursos orçamentários, conforme disposto na Constituição de 1988.

Contudo, ressalta-se que a análise de uma política de saúde universal em um Estado capitalista neoliberal é cercada de contradições, pois como é possível garantir saúde para todos se o Estado sofre com as privatizações e uma política de interferência mínima nas políticas sociais? Como compreender a construção do Sistema Único de Saúde – SUS – gratuito e para todos, se essa percepção esbarra no financiamento dessa política?

Até os anos 1980, o acesso ao tratamento da saúde no Brasil estava limitado aos trabalhadores vinculados ao sistema previdenciário, por meio das relações de trabalho formais e regulares. Porém, após a edição da Constituição Federal de 1988, um dos princípios concretizados para a ampliação do acesso foi a universalização da atenção, ou seja, toda a população passou a ter direito ao acesso aos serviços de saúde, próprios ou contratados.

A Constituição de 1988 consagrou a saúde como direito social e o incluiu no rol do Sistema de Seguridade Social, nos termos do art. 196, que determina:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.
(BRASIL, 2014)

A saúde, numa acepção moderna, é vista como resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população, entendendo-se qualidade de vida como uma condição de existência dos homens em seu viver cotidiano, seja individual ou coletivamente, o que pressupõe determinado nível de acesso a bens e serviços econômicos e sociais (MENDES, 1996).

Ressalta-se que na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada no Canadá, em novembro de 1986, surgiu um dos mais importantes documentos da saúde pública moderna, a Carta de Ottawa, a qual destaca que a paz, a educação, a habitação, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, a conservação dos recursos, a justiça social e a equidade são pré-requisitos para o alcance da saúde (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DE SAÚDE, 1986)

Contudo, o conceito de saúde, amplo, não se confunde com o direito à saúde, em geral, mais imediato. Na visão de Sarlet (2008, p. 6), o direito à saúde possui:

[...] uma dimensão prestacional *lato sensu*, no dever de promoção do SUS, especialmente no que concerne ao acesso ao sistema, à participação da sociedade na tomada de decisões e no controle das ações de saúde e ao incentivo à adesão aos programas de saúde pública.

Diante disso, percebe-se que a saúde está relacionada à dicotomia saúde-doença no contexto das determinações sociais, econômicas e políticas, pois o resultado das formas de organização social da produção pode gerar grandes desigualdades nos níveis de vida; já o direito à saúde significa a mobilização de todo um aparato institucional com formulação e implementação de políticas públicas, alocação de recursos e planejamento e gestão de recursos humanos para a efetivação desse direito.

De fato, a efetivação do direito à saúde depende da formulação e implementação de políticas públicas, que são um conjunto de processos que culminam na escolha racional e coletiva das prioridades. Contudo, além de consagrar a saúde como direito social, a Constituição Federal acrescentou outro dispositivo importante para a consecução desse direito:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
III - participação da comunidade. (BRASIL, 2014)

Nesse caso, observa-se que a Constituição Federal apresenta componentes fundamentais para a consecução do direito à saúde: considera a saúde como direito universal e igualitário, além de ser um dever do Estado; afirma que para garantir tal direito necessita-se de políticas sociais e econômicas, ao lado de ações específicas de promoção e recuperação da saúde; e trata de criar um Sistema Único de Saúde – SUS – que congrega as ações e serviços públicos de saúde, de forma regionalizada e hierarquizada, segundo os princípios da descentralização, do atendimento integral e da participação social.

Registre-se que o Sistema Único de Saúde – SUS – constitui o mais importante evento ocorrido no campo da política de saúde na história brasileira. A sua implantação ocorreu por meio da articulação da consciência e da mobilização popular, pois a inclusão desse novo sistema no texto constitucional foi fruto das estratégias de luta dos movimentos e seu enfrentamento com as instituições, por meio dos diversos fóruns e dos processos políticos decorrentes.

Contudo, a crise fiscal e o fortalecimento de posições conservadoras voltadas para o mercado impuseram constrangimentos à implantação do Sistema Único de Saúde – SUS, limitando a possibilidade de ampliação dos serviços de saúde.

Além disso, a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) ocorreu dois anos depois da promulgação da Constituição de 1988, pois havia setores contrários à implementação do SUS dentro do próprio governo.

Ressalta-se que tanto a Lei Orgânica da Saúde quanto a Lei nº 8.142/90 dispõem sobre a partilha de recursos da União para os Estados e Municípios, contudo, os critérios estabelecidos por estas leis não foram passíveis de aplicação. Para melhor compreensão da situação, a seguir estão transcritos os artigos das referidas leis que tratam sobre a divisão de recursos:

Lei nº 8.080/90

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

- I - perfil demográfico da região;
- II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
- VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§ 1º (Revogado pela Lei Complementar nº 141, de 2012)

§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados. [...] (BRASIL, 1990a)

Lei nº 8.142/90

Art. 2º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

- I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;
- II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;
- III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;
- IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Art. 3º Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1º Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo.

§ 2º Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados. [...] (BRASIL, 1990b)

Observa-se que o art. 35 da Lei Orgânica de Saúde não foi regulamentado até o momento, e os critérios estabelecidos nos arts. 2º e 3º da Lei n. 8.142/90 não têm sido considerados nas transferências dos recursos federais para Estados e Municípios. Nesse caso, percebe-se que o financiamento ficou secundarizado na Lei Orgânica da Saúde.

Nessa situação, foram estabelecidas normas operacionais (NOB) como instrumentos para a regulação dos aspectos de divisão de responsabilidades entre o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde e para as definições de critérios de repasse de recursos federais para Estados e Municípios.

Contudo, os aspectos do financiamento da política de saúde no Brasil serão aprofundados no capítulo dois, sendo retratados, nesse tópico, a reforma sanitária e alguns aspectos sobre a implementação das políticas de saúde incluídas no texto constitucional decorrentes do movimento sanitário.

De fato, a Constituição de 1988 demonstrou uma mudança de paradigma quanto aos direitos sociais vinculados às prestações estatais, principalmente no caso da saúde. Contudo, essa mudança ocorre dentro dos fundamentos do capitalismo, ou seja, são concedidos direitos sociais à população, mas, em momento de crise do capital, esses mesmos direitos são fragilizados.

Destaca-se que a Constituição de 1988, ao demonstrar a opção pelo Estado Social, comprometeu-se a reduzir as desigualdades sociais e que, portanto, necessita da formulação e implementação de políticas públicas que confirmem atendimento adequado à população. Deve-se lembrar que todas essas transformações ocorrem no interior do Estado capitalista, ou seja, dentro da sua superestrutura jurídica e política.

Segundo Buss (1995), a saúde foi contemplada na Constituição Federal de 1988 com um nível de explicitação não registrado nas constituições anteriores e pouco visto nas cartas constitucionais de outros países. Mais que isto, adota um conjunto de conceitos, princípios e diretrizes extraídos não da prática corrente e hegemônica, mas propondo uma nova lógica organizacional, baseada na proposta contra-hegemônica construída pela Reforma Sanitária.

O modelo neoliberal de produção de serviços de saúde no Brasil foi hegemônico por muito tempo. Somente a partir de meados da década de 1970 teve início no país o processo de democratização política e dentro desse processo organizou-se um movimento de setores da sociedade civil pela conquista da saúde como direito universal dos cidadãos garantido pelo Estado e sob controle público.

Destarte, percebe-se que não se pode analisar a Reforma Sanitária e o direito à saúde fora da lógica do Estado capitalista, pois esse Estado se apresenta como um garantidor da ordem política evitando o conflito entre as classes, assim como organiza as classes dominantes ao mesmo tempo em que desorganiza as dominadas (Poulantzas, 1977). Nesse contexto, os trabalhadores, maioria dos que utilizam o Sistema Único de Saúde – SUS – sofrem com o descaso na saúde pública brasileira, fruto de políticas públicas ineficazes.

2 A POLÍTICA DE SAÚDE E A SUA IMPLEMENTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

O sistema de proteção social brasileiro vem sofrendo fortes ataques do neoliberalismo para o seu enfraquecimento, e uma das ofensivas consiste na desconcentração. Observa-se que nas áreas de educação fundamental, assistência social, saúde, saneamento e habitação popular foi transferido um conjunto de atribuições de gestão para os níveis estadual e municipal.

Neste capítulo procura-se fazer um resgate histórico e crítico sobre o surgimento do federalismo no Brasil e a conseqüente descentralização do poder central, assim como a descentralização dos recursos públicos para as políticas sociais, ressaltando a implementação da política de saúde no Maranhão.

A Federação no Brasil, distinta daquela que surge nos Estados Unidos (1787), que parte de um movimento “de fora para dentro”¹², nasce de um poder central, autônomo e soberano, que delega e cria subunidades nacionais com autonomia relativa, ou seja, o movimento ocorre “de dentro para fora”¹³ (NOVELINO, 2012).

A primeira Constituição do Brasil, promulgada em 1824, delegou poderes administrativos às 16 províncias. Embora as províncias não contassem com autonomia política formal ou informal, essa delegação foi interpretada como abrindo o caminho para uma futura federação (SOUZA, 2005).

No período do Reinado, o poder unitário fora questionado e, posteriormente, cessado após acordos que garantiram relativa autonomia das Províncias. De fato, o Brasil apresentou vários períodos de poder unitário, mas a formação do Estado brasileiro aconteceu com uma clara descentralização política, por meio das Capitânicas Hereditárias.

Ressalta-se que o princípio federalista reside na descentralização, ou seja, fica assegurada uma autonomia dos entes federativos nos âmbitos administrativo e legislativo, além das transferências de recursos públicos.

Esse caráter federativo do Estado brasileiro foi logo esvaziado, na medida em que a descentralização, já concebida na primeira Constituição, serviu para explicitar as aspirações

¹² A Federação norte-americana surgiu quando os Estados Americanos confederados resolveram unir-se sobre a forma federativa, portanto, de um movimento **centrípeto** (das extremidades para o centro). O federalismo dos EUA é tido como um **federalismo por agregação** (os Estados soberanos cedem uma parcela de sua soberania para formar em ente único).

¹³ A Federação brasileira é considerada uma federação de formação **centrífuga** (movimento de centro para as extremidades), uma vez que foi o Estado unitário brasileiro que decidiu se dividir em 1889. Pela mesma razão, o federalismo brasileiro é classificado como um **federalismo por desagregação** (o Estado soberano decidiu dividir-se em Estados-membros autônomos ainda não existentes).

estaduais por soberania e autonomia versus a soberania nacional instalada. Nesse caso, a consolidação da República estava ameaçada pelos interesses regionais, o que resultou na instalação, no primeiro Governo Republicano, de uma nova centralização política com Floriano Peixoto.

Abrucio (2002) afirma que, no embate entre aspirações estaduais e poder central, os novos governadores alimentavam as bases políticas de quem estivesse no governo central e, em troca, tinham a garantia de autonomia para se perpetuarem na política estadual.

Na Constituição de 1934 houve uma constitucionalização de questões socioeconômicas, além de expandir as relações intergovernamentais para a concessão de recursos e assistência técnica. Aos Municípios foram assegurados recursos próprios, que seriam por eles coletados, passando também a receber parcela de um imposto estadual (SOUZA, 2005).

Com o retorno do regime democrático, a Constituição de 1946 introduziu o primeiro mecanismo de transferências intergovernamentais da esfera federal para os Municípios, excluídos os Estados, na tentativa de diminuir os desequilíbrios verticais de receita, mas o critério de transferência não continha nenhum mecanismo de equalização fiscal, dado que consistia em dividir o montante a ser transferido pelo número de Municípios existentes (SOUZA, 2005, p. 108).

A Constituição de 1946 foi a mais longa da história constitucional brasileira. Seus dispositivos e o regime democrático por ela regulado sobreviveram a várias crises políticas: suicídio de Vargas, renúncia de Jânio Quadros e posse de João Goulart. No entanto, não foi capaz de sobreviver à crise econômica e política iniciada em meados dos anos 1960 (SOUZA, 2005).

O golpe de 1964, que instaurou a ditadura cívico-militar no Brasil, reforçou a centralização econômica e política na República, reconstituindo politicamente o modelo de Estado unitário. A nova Constituição promulgada em 1967-1969¹⁴, falava de República Federativa, porém, ampliava as competências do poder central e restringia as competências das subunidades federadas.

A Constituição de 1967-1969 e a reforma tributária de 1966 centralizaram na esfera federal poder político e tributário, afetando o federalismo e suas instituições. Contudo, isso não significou a eliminação do poder dos governadores nem dos prefeitos das principais capitais (SOUZA, 2005).

¹⁴ Emenda nº 01 foi acrescentada à Constituição em 1969.

A Constituição Federal de 1988 buscou a implementação do federalismo de fato (não só de direito), dando uma efetiva forma à descentralização administrativa. De fato, observou-se no Brasil, após a Constituição de 1988, uma expectativa de aumento da participação popular e de fortalecimento da democracia.

Cabe esclarecer que as Constituições brasileiras a partir de 1891 estabeleceram o Estado Federado como forma de Estado, contudo, a descentralização de poder e de recursos apresentaram uma grande variação entre as Constituições posteriores. Na Constituição de 1891 houve uma centralização de poder e recursos no poder central, porém, ocorreu uma descentralização de parte desses recursos para alguns Estados, caracterizando esse período como uma federação isolada.

As Constituições de 1934, 1937, 1946 e 1967/69 apresentaram um federalismo do tipo centralizado, focado no poder central. Entretanto, mesmo os recursos concentrados no poder central, no período que compreende a vigência de constituições de 1934 e de 1946 havia transferências desses recursos aos Municípios (poder local ou localista) em detrimento dos Estados-membros, com o objetivo de diminuir os desequilíbrios verticais de receita.

Já a Constituição de 1988 adotou o federalismo compartilhado, ou seja, essa forma de federalismo estabelece áreas de atuação comuns e concorrentes entre os entes federados, com o objetivo de tornar mais eficiente o desempenho da prestação de serviços públicos, por meio de colaboração entre as entidades que compõem a federação.

A tabela a seguir sintetiza as formas de federalismo e descentralização aplicadas no Brasil:

Tabela 1 - Federalismo nas Constituições brasileiras

| TIPO DE FEDERALISMO | 1891 | 1934 | 1937 | 1946 | 1967/69 | 1988 |
|--------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------------|-------------|
| Centralizado (poder central) | | X | X | X | X | |
| Centralizado (poder estadual) | X | | | | | |
| Localista | | X | | X | | |
| Compartilhado | | | | | | X |

Fonte: Souza (2005)

Como pode se observar na tabela, a experiência democrática brasileira foi marcada por um contexto em que vigorava o Estado federado (federalismo), mas com momentos de centralização e descentralização de poder e de recursos. Para Souza (2002), a descentralização consagrada na Constituição Federal de 1988 foi resultado de um exercício de engenharia política e constitucional ocorrido na Assembleia Constituinte e que se fundamenta em quatro

razões principais: 1) não havia dúvidas quanto à intenção de enfraquecer financeiramente o governo federal: a questão era como dividir os recursos em um país regionalmente desigual; 2) buscou-se reverter o caminho adotado pelo governo militar em relação à centralização de recursos; 3) as disparidades regionais, especialmente entre Estados fortes e fracos economicamente, somaram-se à baixa disciplina partidária, significando que parlamentares negociavam de modo individualista e com base nos interesses locais; e, 4) preocupações econômicas, como o controle da inflação e a dívida pública, foram omitidas da agenda inicial devido ao entusiasmo centrado na restauração da democracia.

Ressalta-se que o federalismo brasileiro não seguiu o modelo norte-americano denominado de clássico ou dual (que reconhece basicamente duas esferas de poder: a União, que incorpora o poder central, e os Estados-membros, que representam o poder regional). A Constituição de 1988 incluiu, de maneira expressa, uma terceira esfera de poder, os Municípios (que representa o poder local). Nesse caso, o Brasil adotou o chamado federalismo tricotômico por reconhecer três esferas governamentais.

Segundo Carvalho (2006), apesar de manter um federalismo homogêneo ou simétrico, pelo qual cada Estado federado é dotado da mesma parcela de poder, a Constituição de 1988 fez concessões ao federalismo assimétrico ou heterogêneo pelo qual se reconhece uma situação de desigualdade entre os entes federativos e se propõe o tratamento diferenciado, a fim de promover o equilíbrio federativo.

Holthe (2007) acrescenta que a Constituição de 1988 adotou também mecanismos de federalismo cooperativo pelo qual os entes federados auxiliam-se mutuamente, por meio de subsídios, transferência de receitas etc., a fim de garantir que as competências federativas sejam cumpridas por cada ente de maneira eficiente.

As políticas sociais de forma geral sofrem o impacto dessa organização. Com a Reforma do Estado, proposta na década de 90, no governo de Fernando Henrique Cardoso coloca a política de saúde como um alvo dos ataques neoliberais.

Na verdade, o Brasil estava seguindo a agenda de contrarreforma do setor de saúde formulada pelo Banco Mundial, enfatizando a contraposição entre eficiência (alocação de recursos) e equidade (entendida como não acesso dos pobres aos serviços básicos de saúde), além da propagação da ideologia de que o Estado não teria capacidade de conduzir e implantar uma política de saúde adequada.

Segundo Célia Almeida (2014), a “reforma” administrativa e a descentralização ocuparam um lugar de destaque nessa agenda, mas a ênfase estava na “reforma” das leis (Constituição de 1988) e da estrutura dos programas e políticas, entendidos como subsídios e

incentivos a serem redefinidos para modelar novos comportamentos. Para a autora, os principais objetivos dessas reformas eram:

- 1) implantação de novos modelos de organização de serviços de saúde, formulados nos Estados Unidos, tendo como princípios a separação entre provisão e financiamento, com mudanças na alocação de recursos financeiros e utilização de instrumentos específicos (contratos);
- 2) fortalecimento da capacidade reguladora do Estado (e sua retirada da provisão de serviços);
- 3) introdução de mecanismos competitivos, sobretudo nos sistemas públicos ou financiados com contribuições sociais, construindo-se “mercados regulados” ou “quase mercados” (baseados nas ideias norte-americanas de *managed care* e *managed competition*), chamados de “mercado interno na reforma inglesa, “competição pública” na reforma sueca e “pluralismo estruturado” na reforma colombiana (modelo especialmente formulado e recomendado para a região sul-americana);
- 4) introdução de amplo elenco de subsídios e incentivos (à demanda e à oferta) designados para reestruturar a combinação público-privado nos sistemas de saúde e quebrar o “monopólio estatal”;
- 5) privatização;
- 6) priorização de atividades e focalização nos mais pobres (ALMEIDA, Célia, 2014, p. 56).

Com isso, percebe-se que essa agenda de “reformas” no setor saúde formulada pelo Banco Mundial está focada apenas na assistência médica, e não na reforma dos sistemas de saúde na perspectiva de superação das desigualdades.

Sendo assim, mesmo a Constituição de 1988 dispendo sobre a descentralização política, administrativa e tributária dos entes federados, as políticas públicas de saúde sofrem com a recentralização dos recursos na esfera federal, além da contrarreforma administrativa do Estado que instituiu, no intuito de “dar mais eficiência e efetividade”, instrumentos operacionais como as terceirizações etc., que fragmentam e privatizam a atenção à saúde.

2.1 A descentralização da política pública de saúde

O Estado federativo (ou Estado federal) é a pessoa jurídica de Direito Público externo e o único dotado de **soberania**¹⁵. Já os Estados-membros, assim como a União, o Distrito Federal e os Municípios são pessoas jurídicas de Direito Público interno, dotados de **autonomia**¹⁶.

¹⁵ A soberania representa supremacia e não-submissão a qualquer outro poder no âmbito externo ou interno.

¹⁶ A autonomia consiste na possibilidade de tomar decisões políticas dentro da esfera de competências e dos limites traçados pela Constituição de 1988.

A autonomia estadual é assegurada nos seguintes termos: auto-organização; autogoverno; autoadministração e autonomia tributária e financeira. A auto-organização preceitua que os Estados se organizarão por suas Constituições (por meio do poder constituinte decorrente) e serão regidas pelas leis que adotarem.

No autogoverno, os Estados-membros possuem: Poder Executivo, Poder Legislativo e Poder Judiciário próprios. No que tange a autoadministração, os Estados-membros possuem órgãos e servidores próprios, integrantes da Administração Pública Estadual direta e indireta. E, por fim, a autonomia tributária e financeira, onde os Estados-membros possuem tributos e orçamento próprios, a fim de cumprirem as atribuições que lhes foram destinadas no pacto federativo.

Já os Municípios têm autonomia política, administrativa e financeira asseguradas constitucionalmente, semelhante à autonomia dos Estados-membros, porém, apresentando algumas peculiaridades. Na auto-organização, eles podem elaborar sua própria legislação (leis municipais) sobre as matérias de sua competência. No autogoverno, os Municípios possuem apenas os Poderes Executivo e Legislativo, excluído o Poder Judiciário. Nos demais itens, como autoadministração e autonomia tributária financeira, tem atribuições semelhantes aos Estados-membros, respeitadas as matérias de sua competência (interesse local).

No estudo sobre o sistema de distribuição de competências entre os entes federados, a repartição constitucional de competências é ponto nuclear da noção de Estado federativo. É nesse momento que se pode observar a descentralização das políticas sociais entre os entes.

Ressalta-se que o princípio geral que norteia a distribuição de competências entre os entes da federação é o princípio da predominância do interesse, pelo qual cabe:

- À União: as matérias e questões de predominante interesse geral;
- Aos Estados-membros: as matérias e assuntos de predominante interesse regional;
- Aos Municípios: assuntos de interesse local.
- Ao Distrito Federal: interesses regional e local.

Holthe (2007) complementa afirmando que, além de adotar o princípio da predominância do interesse, a Constituição de 1988 também adotou o modelo de repartição vertical de competências federativas, ou seja, as competências não são atribuídas a cada ente da Federação de maneira exclusiva (repartição horizontal de competências). Na verdade, diversas matérias foram atribuídas simultaneamente a mais de uma entidade federativa, demonstrando a faceta do federalismo cooperativo.

Dentre as competências materiais dos entes federados após o advento da Constituição de 1988, pode-se enumerar:

- Competência econômica – restringe-se a fomentar a agropecuária, organizar o abastecimento alimentar, legislar sobre produção e consumo, além de, excepcionalmente, explorar atividade econômica em caso de relevante interesse econômico;
- Competência social – pode prestar serviços de saúde, assistência, previdência social para seus servidores, desporto, educação, cultura, proteção ao meio ambiente, proteção de bens culturais; promover programas de construção de moradias, melhoria das condições habitacionais e de saneamento básico, combate às causas da pobreza e das desigualdades sociais e regionais;
- Competência administrativa – criar e alterar sua estrutura administrativa, bem como organizar empresas públicas e sociedades de economia mista destinadas à prestação de serviços de utilidade pública (transporte, energia, comunicação) e atividades econômicas de produção – agrícola, industrial e pecuária, com produção de aço, cimento etc. – e consumo;
- Competência financeira – cabe instituir os tributos que lhe foram discriminados, legislar sobre direito financeiro e estabelecer normas orçamentárias, respeitando as competências da União. (SILVA, José, 2002, p. 601).

A competência administrativa, além das características citadas acima, está relacionada à transferência da gestão de políticas sociais para os entes estatais, e principalmente municipais, ressaltando que antes da Constituição de 1988 era atribuição da esfera federal. Segundo Arretche (1999, p. 112), esta transferência ocorre por meio de políticas especialmente “desenhadas para delegar a outro nível de governo a responsabilidade pela gestão destas políticas”. Nesse caso, a descentralização do sistema de proteção social foi promovida com base na redefinição da autonomia municipal.

No que tange à competência financeira, a Constituição de 1988 redefiniu a competência tributária entre os entes federados, pois a parcela dos recursos federais compartilhados com os governos subnacionais aumentou. Contudo, a crítica feita por Ilse Silva (2011) sobre a descentralização fiscal revela que a Constituição de 1988 garantiu uma redistribuição de recursos financeiros mais favorável aos Estados e Municípios, bem como maior autonomia jurídico-política, porém não se concretizou de fato, haja vista que na década de 1990 ocorreu um novo movimento de recentralização, no qual o governo federal aplicou medidas para reter recursos fiscais no plano nacional e controlar os gastos das esferas subnacionais. A autora revela que:

Na verdade, não há uma política articulada de descentralização. Na prática, nenhuma esfera tem investido em áreas como saúde, educação, meio ambiente e transportes, e esse descaso se justifica pela aparente disputa política entre as instâncias ou pela falta de recursos financeiros (SILVA, Ilse, 2011, p. 20).

De fato, a Constituição de 1988 reconheceu formalmente a descentralização política e fiscal e esse reconhecimento foi resultado de pressões de grupos diversos, até mesmo

contraditórios, pois de um lado viu-se a atuação dos movimentos sociais e, de outro, a influência das elites regionais que procuravam garantir a proteção de seus interesses.

Nesse contexto, Arretche (1999) afirma que não é possível estabelecer um único fator preponderante para explicar os diferentes resultados do processo de descentralização.

Ocorre que, antes da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/2000¹⁷, o financiamento da saúde era caracterizado por uma permanente insegurança financeira. Havia uma tensão muito grande entre dois princípios, o da universalidade e o da contenção de gastos.

Para a política de saúde, a construção da universalidade pressupõe um fluxo constante de recursos, enquanto que o princípio da contenção de gastos submete as políticas sociais à racionalidade econômica, ou seja, reduzem-se as despesas públicas para a redução do déficit público e para a obtenção de superávit primário¹⁸.

Segundo Marques e Mendes (2014), entre 1989 e 1993 verificou-se que o orçamento fiscal passou a destinar a maior parte dos recursos da Contribuição do Financiamento da Seguridade Social (COFINS) para a saúde, a maior parte dos recursos da Contribuição sobre o Lucro para a Assistência Social e das contribuições de empregados e empregadores para a Previdência Social. Contudo, no governo de Fernando Henrique Cardoso a Reforma da Previdência cessa os repasses de recursos do COFINS para a saúde.

Além disso, vários outros constrangimentos foram sofridos pelo Sistema Único de Saúde no que tange ao financiamento. Mendes (2012) sintetizou esses constrangimentos:

- a) criação do Fundo Social de Emergência, em 1994, que posteriormente denominou-se de Fundo de Estabilização Fiscal e, a partir de 2000, passou a vigorar com a denominação de Desvinculação das Receitas de União (DRU), onde 20% (vinte por cento) da arrecadação das contribuições sociais seriam desvinculadas de sua finalidade e estariam disponíveis para uso do governo federal, longe de seu objeto de vinculação: a seguridade social;
- b) a aprovação da CPMF, em 1997, como fonte exclusiva para a saúde, mas a retirada de parte de outras fontes desse setor, não contribuindo assim para o acréscimo de recursos que se esperava;
- c) a aprovação da Emenda Constitucional nº 29/2000 vinculando recursos para a saúde, porém com indefinições sobre quais despesas deveriam ser consideradas como ações e serviços de saúde e o que não poderia ser enquadrado nesse âmbito, além de dispor de método conflitante de cálculo para aplicação dos recursos da União, isto é, o valor apurado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB, e, ainda, não esclarecer a origem dos recursos no tocante à seguridade social, ignorando o intenso embate por seus recursos;

¹⁷ A referida emenda alterou os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescentou artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

¹⁸ Resultado das contas públicas, sem considerar os juros da dívida.

d) investidas da equipe econômica do governo federal em introduzir itens de despesa não considerados gastos em saúde no orçamento do Ministério da Saúde, como o pagamento de juros e a aposentadoria de ex-funcionários desse ministério, entre outros;

e) pendência da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/2000 durante oito anos no Congresso Nacional (entre 2003 e 2011), provocando perdas de recursos para o SUS e o enfraquecimento do consenso obtido quando de sua aprovação;

f) permanência da insuficiência de recursos para o financiamento do SUS na regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/2000 (Lei Complementar nº 141/2012), que manteve o método de cálculo da participação do governo federal – o valor apurado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB. Na oportunidade foi rejeitado o projeto de regulamentação que se encontrava no Senado (PLS nº 127/2007) que definia uma aplicação da União de 10%, no mínimo, da receita corrente bruta (RCB).

Diante disso, percebe-se que a partilha dos recursos entre as diferentes áreas da seguridade social foi (e continua sendo) permeada de disputas. Ressalta-se que nesse período de constrangimentos sofridos pelo SUS houve aumento do gasto público em saúde após a Emenda Constitucional nº 29/2000, mas que, segundo Marques e Mendes (2014), decorreu do esforço dos Municípios e Estados, e não do governo federal. Mesmo assim, Souza (2002) afirma que diversos Estados e Municípios não sobrevivem sem a ajuda federal e a desigualdade entre regiões permanece um grave problema.

No tocante à descentralização das políticas sociais, esta não ocorre de forma automática, pois, de acordo com Arretche (1999), os Estados e Municípios não assumem automaticamente suas funções em razão de suas novas prerrogativas fiscais e políticas, onde a gestão das políticas públicas é assumida por iniciativa própria, por adesão a um programa originado em outro nível de governo, ou por expressa determinação constitucional. Nesse caso, com a ausência de uma determinação constitucional para Estado ou Município assumir alguma função na prestação de serviços na área das políticas sociais, estes entes aderem a um programa com base em uma avaliação dos custos e benefícios desta decisão.

Maria Hermínia Almeida (2006, p. 11) evidencia que o sucesso da descentralização depende: (i) da vontade política do governo central em abrir mão de poder decisório e recursos; (ii) da sua capacidade de desenhar incentivos suficientes para persuadir os governos locais a assumirem novas responsabilidades; e (iii) da efetiva capacidade administrativa dos governos locais¹⁹.

¹⁹ Original: “*Its success rested on the federal government willingness to relinquish decision-making power and resources, on its ability to design incentives that are sufficient to coax municipalities into accepting new responsibilities, and on actual local administrative capacities*”.

De fato, a descentralização ocorrida no Brasil não representa o que “deveria ser”, mas é importante destacar que a descentralização fiscal é um importante meio para a implementação das políticas, principalmente, a política de saúde.

Em relação à competência administrativa dos entes federados, a Constituição de 1988 especificou que estes poderão exercer a sua função governamental, observadas as competências *exclusiva* da União; *comum* entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios; *residual ou remanescente* dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Contudo, a pesquisa terá o foco na competência comum, haja vista que é nesse formato que ocorre a descentralização das políticas sociais e, conseqüentemente, da saúde, conforme a Tabela 2.

Tabela 2 – Competências comuns e concorrentes

| ESFERA DO GOVERNO | SERVIÇO/ATIVIDADE |
|--------------------------------|---|
| Federal – Estadual – Municipal | <ul style="list-style-type: none"> - <i>Saúde</i> e assistência pública; - Assistência aos portadores de deficiência; - Preservação do patrimônio histórico, artístico, cultural, paisagens naturais notáveis e sítios arqueológicos; - Proteção do meio ambiente e dos recursos naturais; - Cultura, educação e ciência; - Preservação das florestas, da fauna e da flora; - Agropecuária e abastecimento alimentar; - Habitação e saneamento; - Combate à pobreza e aos fatores de marginalização social; - Exploração das atividades hídricas e minerais; - Segurança do trânsito; - Políticas para pequenas empresas; - Turismo e lazer. |

FONTE: Brasil (2014). Elaboração própria.

A descentralização administrativa e política depende sobremaneira da descentralização fiscal para a sua efetivação, haja vista que a União manteve o controle sobre o repasse de reservas federais, “forçando a submissão do poder local ao poder central” (DOMINGUES, 2007, p. 4).

Para Domingues (2007, p. 4), há uma concentração de 68,4% da receita tributária nas mãos da União, e isso representa não somente uma dificuldade de estabelecer a autonomia municipal e estadual, mas “uma forma de reforço à progressiva concentração de poder federal pela refederalização, na prática, das tarefas locais, através do seu financiamento com recursos federais”.

Destaca-se que, no Brasil, há uma tendência de institucionalização de mecanismos que incentivem a adesão dos governos locais aos programas sociais como, por exemplo, o programa de saúde da família e demais programas:

Tabela 3 – Programas Federais para os Municípios

| SAÚDE |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Implantação de Melhorias Sanitárias Domiciliares para Prevenção e Controle de Agravos - Implantação e Melhoria de Serviços de Drenagem e Manejo Ambiental para a Prevenção e Controle da Malária. - Implantação de Melhorias Habitacionais para Controle da Doença de Chagas - Equipes de Saúde da Família para Populações Ribeirinhas - Serviços de Atenção à Saúde da População do Sistema Penitenciário Nacional - Programa de Construção de Unidades Básicas de Saúde - UBS - Estratégia de Saúde da Família - ESF - equipes de Saúde da Família - eSF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Nasf - Unidades de Saúde da Família Fluviais - Programa de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos - Rede de Urgência e Emergência - RUE: UPA 24h, Samu 192, Portas Hospitalares, Atenção Domiciliar e Hospital-Dia - Centros de Especialidades Odontológicas - CEOs - Brasil Sorridente - Promoção da Saúde - Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde - EACS - Equipe de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde - eSB - Laboratório Regional de Prótese Dentária - LRPD - Ampliar o acesso às Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC - Programa de Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças e Agravos - Vigilância em Saúde - Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde - PPI - Programa Rede Cegonha |

FONTE: Catálogo de Programas Federais para Municípios (BRASIL, 2015). Elaboração própria.

De fato, os Municípios brasileiros têm aumentado a sua atuação na prestação de serviços de saúde, mesmo que a descentralização de recursos ainda não seja o suficiente para atender a demanda de vários segmentos da sociedade.

Contudo, faz-se necessário diferenciar alguns aspectos da descentralização, da desconcentração e da municipalização. A descentralização, plano político-administrativo, pressupõe a possibilidade de ampliação dos direitos, a revitalização dos espaços de governo, a participação cotidiana dos cidadãos na gestão pública e uma potencialização de instrumentos adequados para uso e redistribuição mais eficiente dos escassos recursos públicos (COUTINHO, 2013).

No que tange à desconcentração, esta pode ser conceituada como a repartição de funções entre vários órgãos de uma mesma Administração, ou seja, na desconcentração há uma distribuição de competências dentro da mesma pessoa jurídica.

Quanto à municipalização, trata-se de uma estratégia adotada no Brasil que reconhece o Município como principal responsável pela saúde de sua população. Nesse caso, municipalizar significa transferir para as cidades a responsabilidade e os recursos necessários para exercerem plenamente as funções de coordenação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação da saúde local, controlando os recursos financeiros, as ações e os serviços de saúde prestados em seu território.

Hodiernamente, a saúde é apontada como a única área onde ocorreram políticas de descentralização deliberadas e ativas. O Sistema Único de Saúde – SUS – foi estabelecido em 1990 como uma tentativa de descentralização do setor por meio de um modelo de cooperação entre os níveis de governo. No entanto, ainda que Estados e Municípios tenham recebido autoridade sobre a administração dos serviços de saúde, governos estaduais e municipais não conseguem financiar sozinhos estes programas, tornando-se altamente dependentes das transferências de recursos federais, além dos recursos estaduais.

Coutinho (2013) dispõe que a ideia de descentralização da política de saúde surgiu, oficialmente, com a Lei do Sistema Nacional de Saúde nº 6.229/75 (que não chegou a ser regulamentada). Essa lei estabelecia como responsabilidade do Município alguns serviços de saúde como: pronto-socorro, manutenção da vigilância epidemiológica, articulação dos planos locais de saúde com os planos estaduais e federais e, por último, a integração de seus serviços de proteção e recuperação à saúde ao Sistema Nacional de Saúde.

Contudo, foi com a Constituição de 1988 que se consagrou a descentralização política das ações e dos serviços de saúde no Brasil. A Lei Orgânica da Saúde (LOS), de 1990, e, posteriormente, as Normas Operacionais Básicas (NOB) aprimoraram a gestão intergovernamental, com a criação de conselhos, em âmbito nacional, estadual e municipal, responsáveis pelas diretrizes políticas do setor.

No que tange à regulamentação da participação popular na gestão do SUS, esta se deu por intermédio da Lei nº 8.142/90, estabelecendo, em cada esfera de governo, que o SUS contará com duas instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.

Dentre as competências da Conferência de Saúde e do Conselho de Saúde, a Lei nº 8.142/90 dispõe que:

Art. 1º [...]

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. (BRASIL, 1990b).

Nesse caso, observa-se que a Lei nº 8.142/90 confere ao Conselho Municipal de Saúde e às Conferências poder de decisão das políticas de saúde. De fato, a criação de um

Conselho de Saúde para a formulação de estratégias para a política de saúde representou uma inovação relativa à participação popular, pois estabeleceu uma ligação entre Estado, membros da comunidade e profissionais de saúde.

Contudo, faz-se necessário diferenciar o Conselho de Saúde, criado pela Lei nº 8.142/90, dos Conselhos Populares, pois o primeiro está relacionado a uma representação vinculada ao Estado, composto por vários segmentos da sociedade civil, enquanto que o segundo não tem vínculo com o Estado e é composto por usuários do sistema público de saúde. Pode se afirmar que o Conselho institucionaliza uma participação popular intensa com grande mobilização popular via Conselhos Populares.

Segundo Ilse Silva (2011), os conselhos de saúde são instâncias resultantes do processo de embate e negociação entre os diversos sujeitos sociais para a construção de uma política de saúde, além do que não são organizações homogêneas quanto à representação de interesses, embora tenham sido criadas para serem espaços de institucionalização, organização e delimitação de conflitos.

Já as Normas Operacionais Básicas (em especial, a NOB 1/93) possibilitaram a criação de Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite, que foi o meio encontrado pelo governo federal para atender aos interesses neoliberais e acomodar os interesses dos governos estaduais, descontentes com o poder deliberativo dos conselhos de saúde e incomodados com a pressão dos movimentos populares e sindical (BRASIL, 1993).

A criação das comissões bipartites e tripartites²⁰ de gestores consolidou o processo de descentralização entre os diferentes entes federados, sendo o Município o gestor específico dos serviços, além da implementação de demais providências para a efetivação dessa descentralização como: o estabelecimento de diferentes níveis de adesão ao Sistema Único de Saúde (SUS), a atribuição de responsabilidades e as formas de repasses dos recursos necessários.

A comissão tripartite é constituída, em nível federal, paritariamente por representantes do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

Já a comissão bipartite é constituída, em nível estadual, paritariamente por representantes da Secretaria Estadual de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde, indicados pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS). Incluem, obrigatoriamente, o Secretário de Saúde da capital do estado.

²⁰ Comissão Intergestores Bipartite (CIB) – nível estadual e Comissão de Intergestores Tripartite (CIT) – nível federal.

Percebe-se que as comissões bipartite e tripartite são espaços intergovernamentais, políticos e técnicos em que ocorrem o planejamento, a negociação e a implementação das políticas de saúde pública.

Segundo Ilse Silva (2011), os objetivos do governo ficam mais claros quando se verifica que essas comissões se instalaram imediatamente após a publicação da NOB 1/93, apesar de não estarem previstas pela legislação que normatiza o SUS e os conselhos de saúde. Mesmo os conselhos de saúde, regulamentados pela Lei n. 8.142/90, começaram a ser criados a partir de 1993 por insistência dos movimentos popular e sindical.

Isso quer dizer que essas comissões foram criadas para “manter a correlação de forças favorável às classes dominantes” (SILVA, Ilse, 2011, p. 64).

Ressalta-se, também, que a estratégia da descentralização fortaleceu a relação do governo federal com os Municípios e permitiu graus diferenciados de responsabilidade sobre a gestão dos serviços (ARRETCHE e RODRIGUEZ, 1999). Destaca-se que a municipalização dos serviços de saúde somente pode ocorrer por solicitação do Município e seguindo uma das três formas de adesão previstas: gestão incipiente, parcial ou semiplena dos serviços. Os mesmos autores também afirmam que:

Para o município aderir ao processo de municipalização dos serviços de saúde (seja em qualquer uma das formas de adesão previstas), tem de instituir um órgão local (o Conselho Municipal de Saúde) e encarregá-lo da gestão da política de saúde. Esse conselho deve ser constituído por prestadores e usuários, e ter representação paritária. Tem de instituir também o Fundo Municipal de Saúde, órgão que viabiliza as transferências de recursos “fundo a fundo” (em geral, tais transferências implicam determinada contrapartida financeira da instância local de governo). Além disso, para o enquadramento em cada uma das modalidades de gestão, existem exigências com relação à capacidade administrativa instalada no município para a implementação das tarefas que lhe correspondem (ARRETCHE e RODRIGUES, 1999, p. 27).

Nesse caso, a descentralização política das ações e dos serviços de saúde é vista como um processo dinâmico, porque os Municípios devem se revelar capacitados ao exercício da gestão de tais ações e recursos. A própria Norma Operacional Básica (NOB) define requisitos que devem ser satisfeitos para que o Município assuma a chamada gestão dos serviços básicos. Implementada a gestão básica, novos requisitos devem ser cumpridos para que o Município, enfim, assuma a gestão na forma subseqüente.

Arretche e Rodriguez (1999) organizaram um quadro sinóptico que esclarece as três formas de adesão, pelos Municípios, da gestão dos serviços de saúde:

Tabela 4 – Distribuição de atribuições do Município definida pelo SUS

| MUNICÍPIOS | |
|--|---|
| Funções | Órgãos |
| <p>- Planejamento, controle e execução das ações e serviços, segundo a condição de gestão:</p> <p>* <u>incipiente</u>: credencia, autoriza, contrata e avalia a rede privada; autoriza os quantitativos de autorização de internação hospitalar (AIH) e dos procedimentos ambulatoriais; controla e avalia os serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados; presta serviços básicos de saúde e executa ações de vigilância epidemiológica e sanitária;</p> <p>* <u>parcial</u>: além das funções acima citadas, gerencia as unidades ambulatoriais públicas existentes no município; recebe mensalmente recursos financeiros correspondentes à diferença entre o teto financeiro estabelecido e o pagamento efetuado diretamente às unidades;</p> <p>* <u>semiplena</u>: além das funções acima citadas, assume a gestão do sistema municipal de saúde e a prestação de serviços e gerenciamento da rede pública (exceto hospitais de referência); e recebe mensalmente o total de recursos financeiros para custeio da política de saúde, correspondentes aos tetos financeiros estabelecidos.</p> | <p>- Órgão executivo municipal; - Conselho Municipal de Saúde; e, - Fundo Municipal de Saúde.</p> |

FONTE: Arretche; Rodriguez (1999, p. 128). Quadro adaptado.

Diante de tais informações, observa-se que a adesão do Município às formas de gestão dos serviços de saúde estabelecidas pela política federal de saúde pressupõe uma decisão municipal para obtenção do montante dos recursos previstos²¹.

Esse modelo de descentralização das ações e serviços de saúde comporta várias críticas quanto à administração desses serviços. Segundo Arretche e Rodriguez (1999), a principal crítica diz respeito ao sistema de pagamento por produção, preservado no SUS, pois esse sistema assenta-se numa relação entre público e privado, ou seja, os serviços privados conveniados eram pagos de acordo com o volume de serviços comprovadamente prestados.

De fato, embora o sistema de pagamento por produção tenha, inicialmente, agradado aos Municípios, pela possibilidade de receber recursos diretamente do governo federal, sem a interferência do ente estadual, ele é visto como uma limitação à autonomia dos entes descentralizados, pela rigidez que impõe às possibilidades de adequação local da oferta de serviços.

Outra crítica que deve ser levada em consideração está relacionada à forte normatização, tanto pelo Ministério da Saúde quanto pelo Conselho Nacional de Saúde, sobre o processo de descentralização das ações e serviços de saúde. Médici (1994) assinala que, considerando que o sistema de repasses de recursos está centralizado no governo federal e que os princípios do SUS são, por natureza, rígidos em termos normativos, esse processo em curso

²¹Ressalta-se que o município de São Luís (MA) foi habilitado para a gestão plena do Sistema Único de Saúde – SUS em 2004, por meio da Portaria nº 2.479 do Ministério da Saúde, nos termos da Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/02.

é visto como uma “descentralização tutelada”, isto é, no qual há excessivo controle sobre os instrumentos de avaliação de cobertura e da qualidade dos serviços. Sendo assim, esse excesso de normatização acaba sendo responsável pela baixa capacidade de inovação dos entes descentralizados de governo.

Contudo, Coutinho (2013) pondera que a descentralização prevista na Constituição de 1988, com a municipalização das políticas de saúde, estava embasada em grande parte na proposta do Movimento Sanitarista, mas tomou rumos diferentes do proposto pelo movimento. Ou seja, “a descentralização surge apenas como um meio de redução de gastos do poder central com as políticas sociais, abrindo caminho para a terceirização da Saúde (...)” (COUTINHO, 2013, p. 47).

Assim sendo, o modelo de descentralização das ações e serviços de saúde tem apresentado uma série de fragilidades, a começar pela forma desigual de distribuição de recursos e atribuições para as esferas subnacionais. Destaca-se que a redução do gasto social e a privatização do financiamento e da produção de serviços são reflexos das políticas neoliberais adotadas pelo Estado capitalista brasileiro.

2.2 Fundo público e a capacidade de gasto público em saúde

O papel do orçamento no Estado liberal é de possibilitar o controle político das atividades executivas, pela comparação das despesas realizadas e das receitas previstas. Ressalta-se que as modernas concepções do orçamento público como sistema de planejamento, gestão e controle da administração pública estão relacionadas à modificação do papel desse Estado. Conforme explica Slomski (2003, p. 304), o orçamento público é:

[...] uma lei de iniciativa do Poder Executivo que estabelece as políticas públicas para o exercício a que se referir; terá como base o plano plurianual e será elaborado respeitando-se a lei de diretrizes orçamentárias aprovada pelo Poder Legislativo. E seu conteúdo básico será a estimativa da receita e a autorização (fixação) da despesa, e será aberto em forma de partidas dobradas em seu aspecto contábil.

Segundo Sabbag (2006), o orçamento tradicional caracterizava-se por estar a serviço do Estado Liberal, vocacionado para a manutenção do equilíbrio das contas públicas e a máxima contenção de gastos. Tecnicamente, o orçamento público é o mais importante instrumento de planejamento para a administração pública, onde constam todas as receitas e despesas que serão executadas em determinado exercício.

O orçamento público é visto, no Estado capitalista, como uma peça contábil de grande disputa política entre diferentes forças da sociedade para concretização de interesses

privados. Por ser uma peça operacional, o orçamento dificulta a percepção das contradições existentes nele mesmo.

Nessa situação, percebe-se que o desconhecimento por grande parte da população quanto à importância do orçamento público para a consecução das políticas públicas dificulta a participação da sociedade nos processos decisórios acerca do orçamento.

O modelo orçamentário brasileiro sofreu um grande avanço na concepção e organização do orçamento público com a edição da Lei nº 4.320/64, sendo ela recepcionada pela Constituição Federal de 1988.

Mesmo assim, o controle orçamentário continuava restrito ao aspecto formal-administrativo, pautado numa fiscalização dissociada da avaliação do cumprimento de metas do próprio governo e sob a hegemonia do Poder Executivo na decisão sobre a origem e destino dos recursos (SALVADOR, 2014).

Diante disso, nesse jogo de contradições presentes no Estado capitalista, é necessária uma análise do orçamento sobre esse paradigma. Contudo, para se falar de orçamento público é preciso compreender o que é fundo público²².

O fundo público envolve toda a capacidade de mobilização de recursos que o Estado tem para intervir na economia. No capitalismo, o fundo público exerce uma função ativa nas políticas públicas macroeconômicas, sendo essencial tanto na esfera da acumulação produtiva quanto no âmbito das políticas sociais (SALVADOR, 2014).

Nesse caso, observa-se que o fundo público é importante tanto para o alargamento das políticas sociais, objetivando a expansão do mercado consumidor, quanto para financiar as políticas anticíclicas em períodos de retração da economia. De fato, o fundo público é determinante na articulação das políticas sociais e na sua relação com a reprodução do capital (SALVADOR, 2014), assim como na reprodução da força de trabalho.

Oliveira (1988, p. 9), ao tratar sobre o fundo público, ressalta a mudança mais recente das relações do fundo público com os capitais particulares e com a reprodução da força de trabalho, que representa uma “revolução copernicana”. Para ele:

[...] o fundo público agora é *ex-ante* das condições de reprodução de cada capital particular e das condições de vida, em lugar de seu caráter *ex-post* típico do capitalismo concorrencial. Ele é referência *pressuposta* principal, que no jargão de hoje *sinaliza* as possibilidades da reprodução. Ele existe “em abstrato” antes de existir de fato: essa “revolução copernicana” foi antecipada por Keynes, ainda que a teorização keynesiana se dirigisse à conjuntura. A per-equação de formação da taxa de lucro passa pelo fundo público, o que o torna um componente estrutural insubstituível. (grifo do autor)

²² Segundo Salvador (2014), o orçamento público é a expressão mais visível do fundo público.

Nessa ótica, o fundo público possibilitou a criação de uma esfera pública e a substituição da competição própria do capitalismo concorrencial por uma competição segmentada, o que tornou as normas de reprodução do capital previsíveis, propiciando, conseqüentemente, certa estabilidade à economia.

Considerando que em formações sociais concretas o fundo público se materializa em peças orçamentárias, faz-se necessário compreender o orçamento público, documento este que, em sua aparência, informa os objetivos e os gastos do Estado, do qual refletirá, ocultamente, a correlação de forças entre o proletariado, que pugna para garantir recursos para as políticas sociais e a classe dominante, que almeja os recursos públicos para financiamento do capital.

Nessa situação, os conflitos são inevitáveis, haja vista que a riqueza social e a capacidade de planejamento são postas à prova nas linhas do orçamento, como um espaço em disputa pela luta de classes (VIANA, 2014).

Sabe-se que os recursos públicos direcionados para a área da saúde são limitados e que há um planejamento orçamentário, consubstanciado no plano plurianual, na lei de diretrizes orçamentárias e na lei orçamentária anual, para a organização e controle dos gastos públicos.

Segundo Salvador e Teixeira (2012), o orçamento público é o que garante concretude à ação planejada do Estado e espelha as prioridades das políticas públicas que serão priorizadas pelo governo.

O orçamento público brasileiro está disciplinado pela Constituição Federal de 1988 dentro do capítulo das Finanças Públicas, uma seção exclusiva para o orçamento público²³. De fato, o orçamento público, como instrumento de planejamento²⁴ do Estado, adquiriu distintos aspectos e funções que caracterizam sua execução.

Quanto às suas funções, o orçamento público se apresenta com as seguintes características: *alocativa*, que promove ajustamentos na alocação de recursos; *distributiva*, que promove ajustamentos na distribuição de renda; e *reguladora*, que mantém a estabilidade econômica.

Segundo Baleeiro (1986), o orçamento público apresenta os seguintes aspectos: político, econômico, técnico e jurídico; sendo que cada um deles tem caráter fundamental na

²³ Na Constituição Federal, o tópico que trata “Dos orçamentos” está contido entre os artigos 165 a 169, na seção II, do capítulo II (Das finanças públicas), constante no título VI (Da tributação e do orçamento)

²⁴ O planejamento orçamentário estabelece a previsão de receitas públicas e a estimativa das despesas públicas, num determinado período.

análise do orçamento. No aspecto político, o orçamento público expõe as políticas públicas estatais, as quais envolvem decisões de caráter coletivo do país. Nesse caso, o orçamento revela:

[...] com transparência em proveito de que grupos sociais e regiões ou para solução de que problemas e necessidades funcionará precipuamente a aparelhagem de serviços públicos. Por exemplo, se o custeio respectivo será suportado com mais sacrifícios por esses mesmos grupos sociais ou por outros; enfim, a maior ou menor liberdade de ação do Poder Executivo na determinação de todos esses fatos do ponto de vista de regiões, classes, partidos, interesses e aspirações etc. (BALEEIRO, 1986, p. 387).

Quanto ao aspecto econômico, a peça orçamentária relaciona as receitas e as despesas, de modo a compatibilizar as pretensões com as possibilidades do respectivo Estado. Pela sua característica econômica, o Estado intentará agir com o objetivo de manter o orçamento público equilibrado, objetivando evitar déficit em longo prazo que possa comprometer o potencial de investimento econômico do Estado na sua própria economia.

No tocante ao aspecto técnico, este decorre do fato de que o orçamento público é elaborado por meio de normas de contabilidade pública, seguindo rígidas regras contábeis. Segundo Baleeiro (1986, p. 388), o orçamento público, no aspecto técnico, consiste no:

[...] estabelecimento das regras práticas para a realização dos fins indicados nos itens anteriores e para classificação clara, metódica de despesas, processos estáticos para cálculo tão aproximado quanto possível e outros, apresentação gráfica e contábil do documento orçamentário etc.

E, por último, o orçamento público sob o aspecto jurídico - que diz respeito à natureza do orçamento à luz do ordenamento jurídico -, sendo este materializado por intermédio de três leis (Plano Plurianual – PPA, Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO e Lei Orçamentária Anual – LOA), elaborado pelo Poder Executivo e sujeito à aprovação pelo Poder Legislativo.

Diante disso, nota-se que o orçamento público é de iniciativa do Poder Executivo, mas deve ser votado e aprovado pelo Poder Legislativo, ou seja, a Constituição de 1988 intentou aumentar a legitimidade democrática do orçamento público ao condicionar sua execução à aprovação do Legislativo.

Uma das questões mais controvertidas na doutrina e na jurisprudência dos tribunais, no que tange ao orçamento público, está em determinar a sua natureza jurídica. Existem várias correntes doutrinárias que tratam o orçamento público como lei formal, lei material, lei especial ou mero ato administrativo.

Além disso, há autores que colocam o orçamento público como um instrumento de natureza mista, pois mescla as diferentes doutrinas como, por exemplo, aqueles que consideram o orçamento como um ato administrativo revestido, externamente, por uma lei formal.

De fato, o orçamento público é considerado uma lei ordinária, tendo em vista: a) que seu documento nasce de um projeto de lei; b) que pode sofrer emendas parlamentares; c) que recebe parecer da comissão de orçamento; d) que é aprovado pela maioria simples.

Além disso, mesmo se tratando de uma lei ordinária, o orçamento público recebe um tratamento constitucional diferenciado das demais leis genéricas no conteúdo e na forma, pois:

Constituição Federal de 1988

art. 62. [...]

§ 1º. É **vedada a edição de medidas provisórias** sobre matéria:

[...]

d) planos plurianuais, diretrizes orçamentárias, orçamentos e créditos adicionais e suplementares, ressalvado o previsto no art.167, § 3º;

art. 165. [...]

§ 8º A lei orçamentária anual **não conterà dispositivo estranho à previsão da receita e à fixação da despesa**, não se incluindo na proibição a autorização para abertura de créditos suplementares e contratação de operações de crédito, ainda que por antecipação de receita, nos termos da lei.

art. 166. [...]

§ 3º. As **emendas ao projeto de lei do orçamento anual ou aos projetos que o modifiquem** somente podem ser aprovadas caso:

- I – sejam compatíveis com o plano plurianual e com a lei de diretrizes orçamentárias;
- II – indiquem os recursos necessários, admitidos apenas os provenientes de anulação de despesa, excluídas as que incidam sobre:
 - a) dotação para pessoal e seus encargos;
 - b) serviço da dívida;
 - c) transferências tributárias constitucionais para Estados, Municípios e Distrito Federal.

Atos das Disposições Constitucionais Transitórias - ADCT

Art. 35. [...]

§ 2º. **Até a entrada em vigor da lei complementar** a que se refere o art. 165, § 9º, I e II, serão obedecidas as seguintes normas:

- I - o projeto do plano plurianual, para vigência até o final do primeiro exercício financeiro do mandato presidencial subsequente, será encaminhado até quatro meses antes do encerramento do primeiro exercício financeiro e devolvido para sanção até o encerramento da sessão legislativa;
- II - o projeto de lei de diretrizes orçamentárias será encaminhado até oito meses e meio antes do encerramento do exercício financeiro e devolvido para sanção até o encerramento do primeiro período da sessão legislativa;
- III - o projeto de lei orçamentária da União será encaminhado até quatro meses antes do encerramento do exercício financeiro e devolvido para sanção até o encerramento da sessão legislativa. (grifo nosso) (BRASIL, 2014)

Destacam-se algumas características peculiares ao orçamento, que são: a) o orçamento público não pode ser objeto de Medida Provisória, ressalvada a abertura de créditos extraordinários (art. 62, § 1º, alínea “d”, da CF/88); b) o orçamento tem conteúdo limitado a

relacionar as despesas às receitas²⁵ (art. 165, § 8º, da CF/88); c) as emendas ao orçamento são limitadas pela própria Constituição (art. 166, § 3º, da CF/88); d) o orçamento tem prazo próprio para ser encaminhado ao Congresso (art. 35, § 2º, do ADCT); além de que o prazo de vigência é determinado, não havendo necessidade de revogação expressa.

Sendo assim, pode-se dizer que a corrente menos difundida entre elas seria a que considera o orçamento uma lei especial, por ser diferente das demais leis ordinárias; o maior expoente desta corrente, Harada (2002), caracteriza o orçamento como uma lei anual, de efeito concreto, estimando as receitas e fixando as despesas, necessárias à execução da política governamental.

A corrente majoritária entende que o orçamento público é um mero ato administrativo. Tal entendimento foi bastante difundido, haja vista que o Poder Executivo, beneficiado pela teoria do orçamento como mero ato administrativo, se sobrepõe ao Poder Legislativo, ao considerar o orçamento público uma condição impassível de apreciação judicial quando do seu possível descumprimento.

No entanto, há entendimentos contrários a respeito da impossibilidade de atuação do Poder Judiciário em questões envolvendo o orçamento público. Essa discussão será mais bem delineada no terceiro capítulo.

De fato, independentemente de o orçamento público ter natureza de lei especial ou de ato administrativo, o debate acerca da natureza jurídica do orçamento público envolve grandes discussões que vão muito além da mera disputa teórica. Nesse caso, a importância de definir a sua natureza está em seus reflexos no arcabouço estatal, pois influenciam algumas questões relevantes:

- a) a obrigatoriedade ou não do cumprimento dos programas e a realização das despesas nele previstas pelo Poder Executivo;
- b) o surgimento ou não de direitos subjetivos para o cidadão, a ensejar a judicialização, não apenas dos programas e despesas previstas na lei orçamentária, mas também dos direitos fundamentais e dos direitos sociais constitucionalmente garantidos;
- c) possibilidade de controle constitucional (ABRAHAM, 2010, p. 218).

Diante dessa situação, o Supremo Tribunal Federal (STF) definiu que a natureza jurídica do orçamento seria um ato de efeito concreto, específico e de caráter individual,

²⁵ Art. 165. [...] § 8º - A lei orçamentária anual não conterá dispositivo estranho à previsão da receita e à fixação da despesa, não se incluindo na proibição a autorização para abertura de créditos suplementares e contratação de operações de crédito, ainda que por antecipação de receita, nos termos da lei.

conforme descrito na ADI 2.484, de relatoria do Ministro Carlos Veloso, julgado em dezembro de 2001, na qual se defendeu na ementa que:

a) leis com efeitos concretos, assim atos administrativos em sentido material: **não se admite o seu controle em abstrato, ou no controle concentrado de constitucionalidade;**

b) Lei de diretrizes orçamentárias, que tem objeto determinado e destinatários certos, assim sem generalidade abstrata, é lei de efeitos concretos, que **não está sujeita à fiscalização jurisdicional no controle concentrado** (grifo nosso). (BRASIL, 2001)

Posteriormente, o STF mudou o entendimento quanto à possibilidade de controle abstrato e concentrado de constitucionalidade das leis orçamentárias (PPA, LDO e LOA). Nesse sentido, é importante frisar a importância do acórdão proferido na ADI 4.048, de relatoria do Ministro Gilmar Mendes, que relatou o seguinte:

[...] II. CONTROLE ABSTRATO DE CONSTITUCIONALIDADE DE NORMAS ORÇAMENTÁRIAS. REVISÃO DE JURISPRUDÊNCIA. O Supremo Tribunal Federal deve exercer sua função precípua de fiscalização da constitucionalidade das leis e dos atos normativos quando houver um tema ou uma controvérsia constitucional suscitada em abstrato, independente do caráter geral ou específico, concreto ou abstrato de seu objeto. (BRASIL, 2008)

Destarte, o entendimento do STF de não intervenção em assuntos considerados *interna corporis* do Poder Executivo vem sendo, paulatinamente, substituído pelo que se tem chamado de ativismo judicial, decorrente da judicialização das políticas públicas, principalmente das políticas públicas de saúde, que tem sua execução dependente de receita orçamentária destinada a garantir a devida efetividade das normas que preveem os direitos fundamentais sociais.

De fato, o orçamento público não se limita a um instrumento contábil, de cunho técnico-formal, pois para desvelar o objetivo real do orçamento público deve-se proceder a uma análise crítica deste para além dos manuais tradicionais²⁶, ou seja, é necessário fazê-lo em conjunto com o próprio Estado, pois, segundo Mascaro (2013), o Estado é a forma política do capitalismo.

Diante de tal constatação, faz-se oportuno mencionar Farias (2001, p. 24):

Os formalistas propõem a noção do “dever-ser” sem referência substancial ao conceito do ser social. **O conceito do Estado de direito que utilizam esconde ainda mais a relação orgânica entre o Estado e o capital.** Assim, afirmam que tudo é regulado por intermédio do direito, e que o próprio direito funda o Estado. (grifo nosso)

²⁶ Autores como Harada (2002), Oliveira (2008), Lino Silva (2004), Slowski (2003) e Torres (2006).

Nesse caso, é necessário entender o Estado no contexto do capitalismo contemporâneo para poder retratar as funções “reais” do orçamento público, pois tal instrumento de planejamento é, desde suas origens, uma peça de cunho político.

O Estado, no pensamento marxista, manifesta-se como uma instituição acima de todas as outras (BOTTOMORE, 2001), cuja função é a de assegurar e conservar a dominação e a exploração da classe burguesa sobre o proletariado. Segundo Diógenes e Resende (2007), o Estado expressa-se em dois níveis, tanto no fenomênico quanto no essencial:

a) no primeiro nível manifestam-se as relações sob a forma de aparência, que é a sua forma de governo, a legitimação do Estado por meio da democracia formal burguesa.

b) no segundo, sob o aspecto de ocultação, encontra-se a forma-Estado, que é a essência, resultante da divisão capitalista do trabalho, cujo eixo é a manutenção da dominação política de uma classe sobre as demais, onde a base de ação política é a luta de classes.

Interessante destacar a visão de O'Connor (1977) sobre o crescimento e a composição dos gastos do Estado capitalista, onde estes são determinados por duas funções básicas que ele tem de desempenhar para garantir a reprodução em longo prazo do sistema, que são: a) a da *acumulação*, que constitui as próprias bases de seu poder e arrecadação; e b) a de *legitimação*, com a qual busca garantir a coesão e consenso das classes e frações de classe em torno de um projeto econômico hegemônico.

No ano de 2011, o Brasil apresentou o valor de R\$ 1,571 trilhão de reais do orçamento executado pela União. Contudo, enquanto o gasto com juros e amortização da dívida foi de R\$ 708 bilhões (que representou execução de 45,05% do orçamento da União), o valor gasto com a área da saúde foi de R\$ 63,939 bilhões (representando apenas 4,07% do orçamento executado da União) (AUDITORIA CIDADÃ DA DÍVIDA, 2012).

No ano de 2012 teve-se o valor de R\$ 1,712 trilhão de reais no orçamento executado da União. Destaca-se que, em percentual, houve um decréscimo no valor destinado ao pagamento de juros e amortização da dívida pública, que foi de 40,30%; mesmo assim, quantitativamente, isso representa o montante de 753 bilhões de reais. No que tange à política de saúde, foi executado o valor de R\$ 71,390 bilhões de reais, que corresponde a 4,17% do valor total. Em comparação com o ano de 2011, houve um aumento discreto no orçamento realizado, no que se refere à saúde: 0,10% do total, em média.

No ano de 2013 houve um aumento no gasto público total, que quantitativamente correspondeu ao valor de R\$ 1,783 trilhão de reais. Em termos percentuais, o pagamento dos juros e da amortização da dívida teve novo decréscimo com 40,30%, mas que ainda corresponde

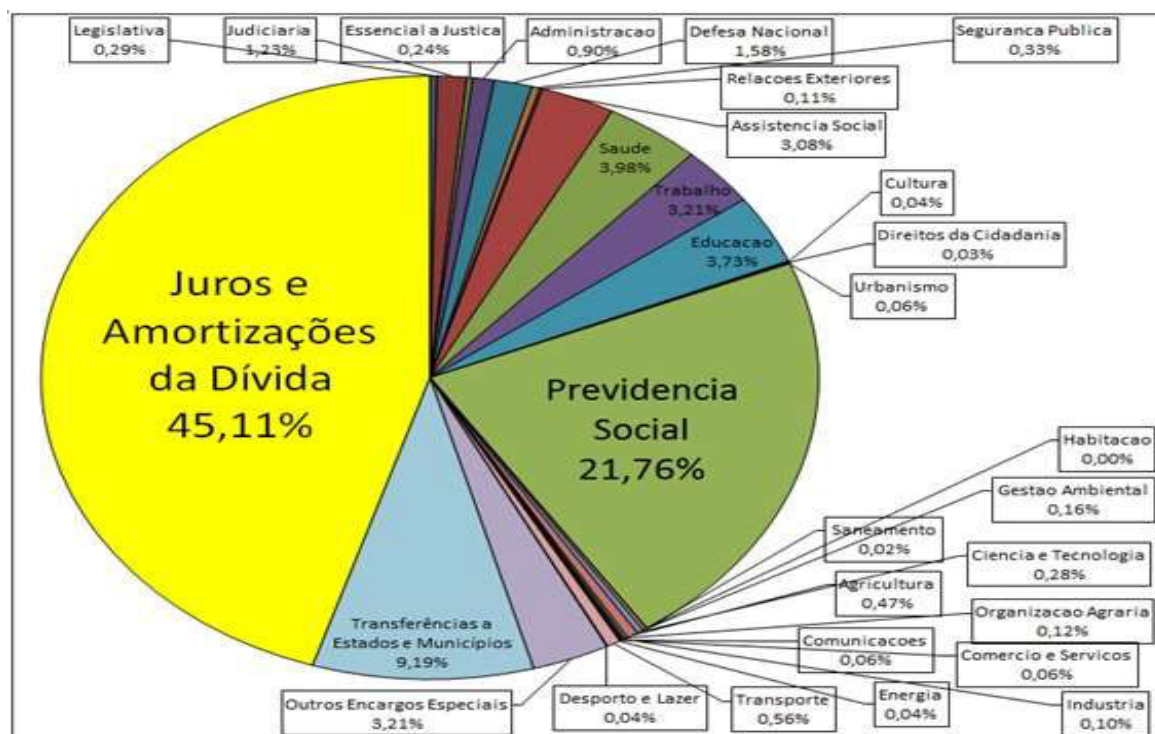
o valor absurdo de R\$ 718,549 bilhões de reais. A saúde teve um pequeno acréscimo, passando de 4,17% para 4,29%, que corresponde à quantia de R\$ 76,490 bilhões de reais.

Por fim, analisando a execução orçamentária do ano de 2014, observou-se um grande aumento no gasto público, que também correspondeu ao aumento do percentual referente ao pagamento dos juros e amortização da dívida, mas com diminuição do percentual destinado à saúde.

Em 2014, o governo federal gastou R\$ 978 bilhões com juros e amortizações da dívida pública, o que representou 45,11% de todo o orçamento efetivamente executado no ano. Essa quantia corresponde a 11 vezes o valor gasto com saúde.

Segundo Fatorelli (AUDITORIA CIDADÃ DA DÍVIDA, 2015), mesmo arcando com pesada e distorcida carga tributária, a sociedade não recebe os serviços sociais essenciais, como saúde e educação. O país está com seu desenvolvimento socioeconômico travado, a serviço de garantir lucros escorchantes ao sistema financeiro, conforme o gráfico abaixo:

Gráfico 1 - Orçamento Geral de União – executado em 2014



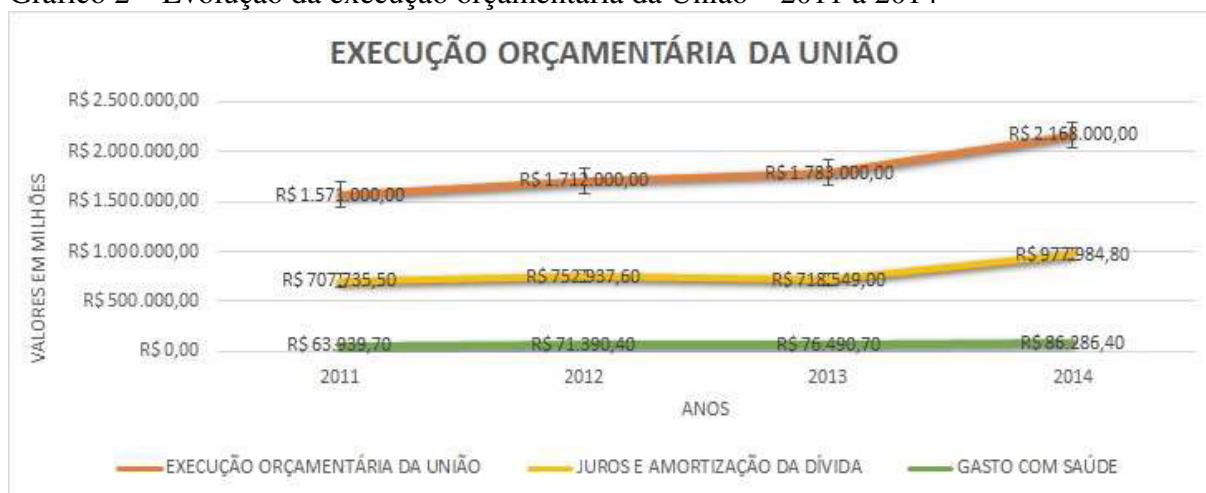
FONTE: Auditoria Cidadã da Dívida, 2015

De fato, o que mais compromete as contas públicas são as despesas financeiras referentes ao pagamento de juros e amortização da dívida pública. Nesse caso, como afirma Salvador (2014), a questão central é se o Brasil vai continuar refém dos rentistas do capital

financeiro ou vai priorizar a construção de um sistema de proteção social, com expansão nos investimentos.

Fazendo um comparativo entre os anos de 2011 a 2014, quanto ao gasto público da União, observou-se o seguinte:

Gráfico 2 – Evolução da execução orçamentária da União – 2011 a 2014



FONTE: Auditoria Cidadã da Dívida, 2015. Elaboração própria.

Percebe-se que nos últimos quatro anos no Brasil as políticas sociais, como a política de saúde, não foram priorizadas no orçamento público para a universalização desse direito, enquanto que, para o pagamento dos juros e da amortização da dívida pública, os valores crescem a cada ano.

Vale ressaltar que a Constituição de 1988 garantiu a diversificação das fontes de financiamento da Seguridade Social, que são: a Contribuição Social sobre Folhas de Salário dos Empregados e Empregadores e Trabalhadores Autônomos; a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS); a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido das Empresas; a Contribuição sobre o Programa de Integração Social (PIS) e o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP).

Também definiu que o Sistema Único de Saúde – SUS – seria financiado com recursos financeiros do Orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Contudo, a única contribuição social que não fez parte do financiamento dos gastos destinados ao setor saúde foi aquela oriunda dos programas de proteção ao trabalhador, os quais são custeados com recursos financeiros vinculados ao Programa de Integração Social (PIS) e ao Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP), por meio do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT).

Diante disso, observa-se que não foi definida fonte específica para o setor saúde nem foram estabelecidos percentuais de vinculação no momento da arrecadação. Vale lembrar que a introdução da CPMF²⁷ teve como objetivo, segundo Ocké-Reis (2012), atenuar o estrangulamento do padrão de financiamento público do setor saúde, sem necessariamente resolver a questão.

Uma alternativa para esse problema de financiamento da saúde foi a Emenda Constitucional nº 86, promulgada em 17 de março de 2015, que alterou e inseriu alguns parágrafos e incisos nos artigos 165 e 166, referentes à vinculação de recursos para a execução de emendas parlamentares individuais, e alterou o artigo 198 da Constituição Federal para estabelecer 15% de vinculação de recursos da União para os programas e ações de saúde.

Quanto à vinculação de recursos da União para os programas e ações de saúde, foi estabelecido que a União deve aplicar montante não inferior a 15% da receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro²⁸. Este preceito criou um mecanismo normativo vinculando um percentual da receita pública ao financiamento da saúde, sendo que a sistemática anterior, revogada pela Emenda Constitucional nº 86/15, transferia a uma lei complementar esta fórmula, que obedecia a um cálculo, sem percentual estabelecido, e com a possibilidade de recuos para resguardar eventuais decréscimos do PIB.

A Lei Complementar nº 141/12 regulamentou a matéria, em seu art. 5º, determinando que a União deve aplicar anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do PIB (BRASIL, 2012). Já os Estados devem vincular 12% de sua receita corrente líquida e os Municípios 15% (artigos 6º e 7º, da Lei Complementar 141/12), o que foi mantido pela Emenda Constitucional nº 86/15 (artigo 198, parágrafo 3º, I, da Constituição Federal).

A Emenda Constitucional instituiu a correção do orçamento da saúde pela variação nominal do PIB. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), o mecanismo de correção

²⁷ Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira vigorou de 1997 a 2007

²⁸ Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

[...]

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

[...]

I - no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento); (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015) (BRASIL, 2015)

pelo PIB não representou ganhos financeiros para a saúde, mas estabilizou em um patamar aquém do necessário o volume de recursos investidos pela União.

Contudo, esse percentual de 15% estabelecido pela Emenda Constitucional nº 86/15 será alcançado de forma gradual, sendo 13,2% em 2016; 13,7% em 2017; 14,1% em 2018; 14,5% em 2019 e apenas em 2020 será aplicado o percentual de 15% da receita corrente líquida em ações e serviços de saúde de forma plena (BRASIL, 2015). No cômputo desse montante foram incluídos os valores arrecadados de *royalties* do petróleo e a parcela das emendas parlamentares destinadas a ações e serviços de saúde.

Em face das alterações havidas, tanto na determinação de uma alíquota quanto na unificação da base de cálculo, a determinação de perdas ou ganhos nessa área ainda dependerá de cálculos que pendem de realização. Possivelmente, só quando forem divulgados os relatórios de gestão orçamentária é que será possível identificar com precisão o verdadeiro impacto dessa Emenda no setor de saúde pública.

De fato, as formas de financiamento da saúde definidas pela Lei complementar nº 141/12 reforçaram o compromisso entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios no financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS. A Lei define os tipos de ações e serviços de saúde que podem ser custeados por esse financiamento como:

Art. 2º Para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei Complementar, considerar-se-ão como despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes:

I - sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito;

II - estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; e

III - sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população.

Parágrafo único. Além de atender aos critérios estabelecidos no caput, as despesas com ações e serviços públicos de saúde realizadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde.

Art. 3º Observadas as disposições do art. 200 da Constituição Federal, do art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e do art. 2º desta Lei Complementar, para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos aqui estabelecidos, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes a:

I - vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;

II - atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;

III - capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);

IV - desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;

V - produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;

VI - saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;

VII - saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;

VIII - manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;

IX - investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;

X - remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;

XI - ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e

XII - gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde. (BRASIL, 2012)

Contudo, também foram listados os tipos de ações que não podem ser custeadas com os recursos da saúde, mesmo que tenham impacto direto nas condições de saúde da população, que são:

Art. 4º Não constituirão despesas com ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração dos percentuais mínimos de que trata esta Lei Complementar, aquelas decorrentes de:

I - pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde;

II - pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área;

III - assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;

IV - merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvando-se o disposto no inciso II do art. 3º;

V - saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;

VI - limpeza urbana e remoção de resíduos;

VII - preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais;

VIII - ações de assistência social;

IX - obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e

X - ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida nesta Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde (BRASIL, 2012).

Percebe-se que a Lei complementar nº 141/12 teve como objetivo reafirmar os princípios instituídos pela Constituição e pela Lei nº 8.080/90 (que trata do Sistema Único de Saúde) como o acesso universal, igualitário e gratuito. Contudo, a referida lei não resolve o problema de financiamento das políticas de saúde, mas reduz a acirrada luta entre os governos federal, estaduais, distrital e municipais para que os recursos sejam realmente dirigidos às ações e serviços de saúde, buscando diminuir os conflitos entre eles.

Dessa forma, o desenrolar do processo orçamentário é muito questionado em virtude de a alocação dos recursos públicos serem determinados por meio de processos políticos, que, ao final, servem para a reprodução do capital, bem como para a reprodução da força de trabalho, sendo que esta fica cada vez mais desobrigada pelo Estado num capitalismo financeirizado.

2.3 Análise crítica do orçamento destinado à saúde pública no Maranhão

O avanço do processo de redefinição da acumulação capitalista, assim como das representações políticas das classes dominantes, levou às mudanças no sistema de proteção social brasileiro.

E todas essas mudanças também ocorreram no Estado do Maranhão. Logo no seu artigo inaugural, a Constituição Estadual do Maranhão ratifica a adesão ao Estado federativo, dizendo respeitar os princípios da República, reafirmando também a sua autonomia:

Art. 1º O Estado do Maranhão e os Municípios integram, com autonomia político-administrativa, a República Federativa do Brasil.

§ 1º Todo o poder emana do povo, que exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos da Constituição Federal e desta Constituição.

§ 2º O Estado organiza-se e rege-se por esta Constituição e as leis que adotar, observados os princípios constitucionais da República (MARANHÃO, 1989).

Observa-se que na Constituição maranhense constam os princípios que balizam a intervenção do Estado na economia, reconhecendo, portanto, o papel concreto do ente estatal nas definições gerais do processo econômico.

O Maranhão, conforme o censo demográfico de 2010 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010), possuía uma população total de 6.574.789 habitantes em uma área de 331.936,948 km², sendo que sua densidade demográfica é de 19,81 hab/km². A população urbana correspondia a 4.147.149 habitantes, ou seja, 63,08%, e a população rural, a 2.427.640 habitantes, equivalentes a 36,92%. Destaca-se entre as unidades da Federação por apresentar os piores indicadores sociais.

A taxa de mortalidade para crianças menores de 1 ano no Maranhão é de 7,1%, só à frente dos Estados do Amazonas e do Amapá (8,5% e 7,9%, respectivamente). Isso corresponde a 2.246 óbitos no ano de 2010 de crianças menores de 1 ano. Na Região Nordeste, o Estado do Maranhão é detentor do maior percentual de óbitos de menores de 1 ano de idade na área rural, onde 10,2% do total de óbitos são de crianças menores de 1 ano de idade.

A maior participação de óbitos de menores de 1 ano de idade no total de óbitos nas áreas rurais da Região Nordeste reflete a dificuldade de acesso aos serviços básicos de saúde, principalmente das localidades ribeirinhas, distantes dos centros urbanos, onde normalmente se concentram os principais serviços públicos de saúde.

Os estados da Região Nordeste detiveram as mais altas taxas de analfabetismo das pessoas de 10 anos ou mais de idade, que variaram de 15,4% na Bahia, a 22,5% em Alagoas. Os Estados do Piauí, da Paraíba e do Maranhão apresentaram taxas de 21,1%, 20,2% e 19,3%, respectivamente, enquanto no conjunto formado por Pernambuco, Sergipe, Ceará e Rio Grande do Norte este indicador ficou em torno de 17% (variou de 16,7% a 17,4%).

Segundo Ilse Silva (2011), o Maranhão, a partir da década de 1950, inseriu-se na divisão nacional do trabalho, ao assumir a função de fornecedor de produtos agrícolas, cujo objetivo era suprir as necessidades de dinamizar o processo de acumulação do capital urbano-industrial.

As atividades econômicas do Maranhão à época eram a produção e o beneficiamento de arroz e a coleta e industrialização do babaçu.

Destaca-se que a reforma administrativa no Maranhão foi instituída por meio da Lei nº 7.356/98, na qual a governadora Roseana Sarney estabeleceu as estratégias de saneamento das finanças públicas e modernização dos sistemas administrativos.

Dentro dessas estratégias, destacaram-se: a democratização por meio da descentralização e da participação; a desestatização, a desregulamentação e a publicização (ou seja, a transferências para organizações sociais, de propriedade pública não estatal, dos serviços públicos não exclusivos); a flexibilização, mediante a adoção de medidas orientadas para a

melhoria da racionalidade interna da Administração Pública e busca da eficiência, eficácia e efetividade de sua ação (MARANHÃO, 1998).

No caso dos hospitais regionais, devido à posição do Conselho Estadual de Saúde de recusa da terceirização, o governo tomou duas medidas: 1) cassou o mandato dos conselheiros eleitos para o mandato de 1999-2001 e em seu lugar criou outro Conselho com uma composição que não oferece resistência às propostas do governo; e 2) para os hospitais regionais, que foram impedidos pelo Conselho Estadual de Saúde de serem “terceirizados”, foram contratados técnicos da Pró-Saúde para fazer a administração das unidades até que um novo projeto de “terceirização” fosse novamente discutido e aprovado pelo Conselho (SILVA, Ilse, 2011, p. 43).

De fato, a “democratização” pregada por meio da descentralização e da participação não ocorreu de fato, mas sim a (im)posição política observada no governo Roseana Sarney que tinha como objetivo dar continuidade a um programa de transferência dos serviços estatais para a iniciativa privada.

Do ponto de vista dos conselhos de saúde no Maranhão, o seu funcionamento apresentou problemas, entre os quais, de acordo com Ilse Silva (2011), podem-se destacar: a formação de conselhos nos gabinetes dos prefeitos; a falta de transparência na distribuição de recursos, posto que o orçamento da saúde não é apresentado no plenário do Conselho ou quando o apresentam é numa linguagem técnica que dificulta o entendimento dos conselheiros; a falta de verbas e de infraestrutura para o seu funcionamento; nem todo conselheiro tinha acesso às informações sobre a política de saúde; falta de mecanismos de intercâmbio com a população etc.

Com isso, percebe-se que a participação popular nos conselhos de saúde, apesar de contemplar as expectativas dos trabalhadores, está sujeita ao processo de correlação de forças entre as classes sociais.

Retomando a análise sobre o orçamento, os gastos com saúde serão avaliados utilizando a perspectiva de Salvador (2014) que analisa o gasto com a política social utilizando três aspectos: 1) identificação do *montante* do gasto com a política de saúde; 2) identificação da *direção* do gasto público; e, 3) identificação da *magnitude* do gasto público. Contudo, ressalta-se que a referida pesquisa trabalhou com o aspecto do montante do gasto público.

Para o autor, analisar o gasto com política social, sob o prisma do montante do gasto público, quer dizer:

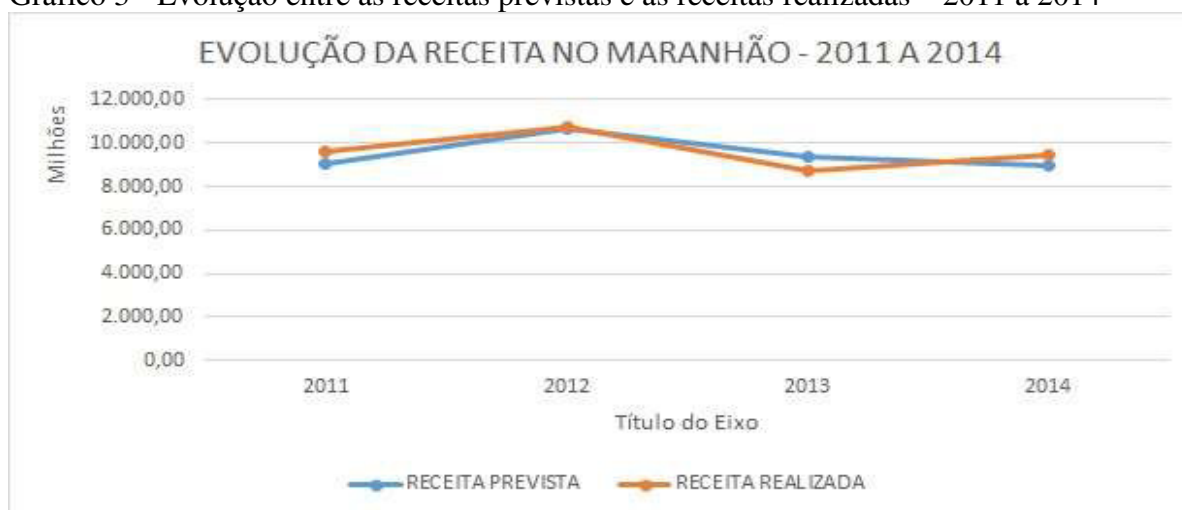
- a) O orçamento público brasileiro tem um caráter autorizativo, sendo fundamental comparar o valor previsto no orçamento e o valor efetivamente executado, o que

implica adotar como referência a execução financeira, ou seja, a quantia realmente paga;

b) Identificar a evolução do gasto com política social ao longo dos anos, bem como a variação do comportamento deste gasto no período analisado, de modo a identificar características gerais do gasto da política social em diferentes contextos históricos (SALVADOR, 2014, p. 19).

Seguindo a análise preconizada por Salvador (2014), foi realizada a evolução entre a receita prevista e realizada no período de 2011 a 2014²⁹, no Estado do Maranhão, como pode se observar no Gráfico 3:

Gráfico 3 - Evolução entre as receitas previstas e as receitas realizadas – 2011 a 2014



FONTE: SIOPS, 2015. Elaboração própria

No que tange às receitas previstas e às receitas realizadas no Maranhão, no decorrer dos anos de 2011 a 2014, estas tem apresentado poucas variações, com momentos de aumento no volume de receitas, como ocorrera no ano de **2012** (R\$ 10.775.600.376,35 – dez bilhões, setecentos e setenta e cinco milhões, seiscentos mil, trezentos e setenta e seis reais e trinta e cinco centavos), e, logo em seguida, com uma queda na arrecadação em **2013** (R\$ 8.719.385.142,15 – oito bilhões, setecentos e dezenove milhões, trezentos e oitenta e cinco mil, cento e quarenta e dois reais e quinze centavos), que vai ser seguida de um breve aumento no ano de **2014** (R\$ 9.494.328.187,96 – nove bilhões, quatrocentos e noventa e quatro milhões, trezentos e vinte e oito mil, cento e oitenta e sete reais e noventa e seis centavos).

No que tange ao decréscimo observado no ano de 2013, ele está relacionado à entrada em vigor da Lei Complementar nº 141/12, que modificou algumas regras na contabilização das receitas para apuração da aplicação em ações e serviços públicos de saúde,

²⁹ As tabelas onde constam as receitas previstas e as receitas executadas no período de 2011 a 2014 (no Estado do Maranhão) se encontram nos anexos da pesquisa (ANEXOS A-B-C-D).

a qual determinou aos Estados a vinculação de 12% de sua receita corrente líquida e aos Municípios a vinculação de 15% de sua receita líquida, conforme os artigos descritos a seguir:

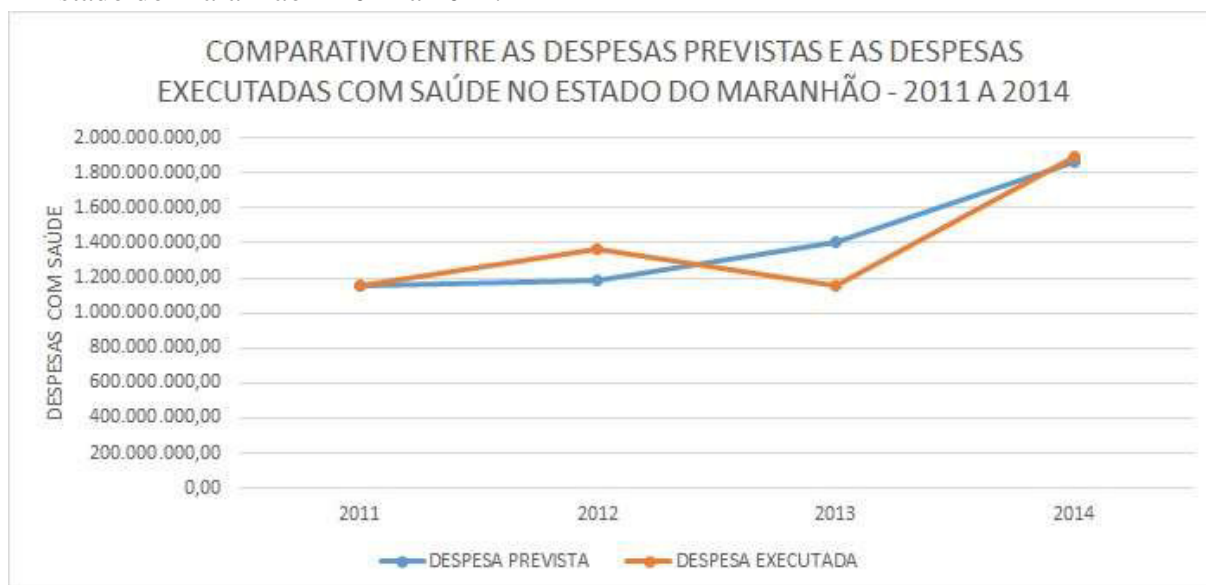
Art. 6º Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

Art. 7º Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal. (BRASIL, 2012)

Na análise das despesas com saúde, é importante fazer um comparativo entre a despesa prevista e a despesa executada, para revelar a pretensão do governante em cumprir a Lei Orçamentária Anual – LOA, e também indicar a priorização dos gastos com saúde no Estado do Maranhão.

A seguir, no Gráfico 4 demonstra-se o comparativo entre as despesas com saúde previstas inicialmente e as despesas executadas³⁰:

Gráfico 4 – Comparativo entre as despesas previstas e as despesas executadas com saúde no Estado do Maranhão – 2011 a 2014.



FONTE: SIOPS, 2015. Elaboração própria.

De fato, o Gráfico 4 demonstra que, no ano de 2012, a despesa executada com saúde foi superior ao previsto no orçamento, refletindo um acréscimo de **R\$ 179.803.706,69 (cento e**

³⁰ O referido comparativo utiliza as tabelas anexas atinentes às despesas com saúde no Estado do Maranhão (ANEXOS E-F-G-H).

setenta e nove milhões, oitocentos e três mil, setecentos e seis reais e sessenta e nove centavos), ou seja, corresponde a 15,15% a mais gasto do que o previsto no planejamento orçamentário para a saúde.

Contudo, no ano de 2013 a despesa executada com saúde foi inferior ao previsto no orçamento, no valor de **R\$ 249.300.498,48 (duzentos e quarenta e nove milhões, trezentos mil, quatrocentos e noventa e oito reais e quarenta e oito centavos)**, ou seja, foram executados apenas 82,29% do valor previsto para gasto com saúde no Estado do Maranhão. Um dos motivos apontados para a redução do gasto com saúde foi a mudança nas regras de contabilização das despesas com saúde, por intermédio da Lei complementar nº 141/12.

Quanto ao gasto com saúde, analisou-se a sua evolução, no período de 2011 a 2014³¹, conforme o gráfico a seguir:

Gráfico 5 – Gasto total com saúde no Maranhão – 2011 a 2014



FONTE: SIOPS, 2015. Elaboração própria.

Observa-se que o gasto com saúde vem crescendo ano a ano, contudo, ressalta-se que no ano de 2013, com a entrada em vigor da Lei complementar nº 141/12, houve uma série de ajustes contábeis para o cômputo das despesas com saúde no orçamento e na sua execução que, a princípio, resultou em uma leve queda no gasto público, mas que no ano de 2014 levou a um aumento do gasto total com a saúde no Estado do Maranhão.

A Lei complementar nº 141/12 estabeleceu a repartição dos recursos federais da saúde para os Estados e Municípios, obedecendo a certos critérios como a transferência por meio de contas bancárias, sob o controle dos fundos de saúde para dar mais transparência à aplicação do recurso público. Dessa forma, a repartição dos recursos da União para ações e

³¹ As tabelas onde constam as despesas com saúde no período de 2011 a 2014 (no Estado do Maranhão) se encontram nos anexos da pesquisa (ANEXOS E-F-G-H).

serviços públicos de saúde entre Estados e Municípios leva em consideração os seguintes fatores:

Art. 17. O rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados na forma do caput dos arts. 18 e 22 aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e, ainda, o disposto no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, de forma a atender os objetivos do inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal.

§ 1º O Ministério da Saúde definirá e publicará, anualmente, utilizando metodologia pactuada na comissão intergestores tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, os montantes a serem transferidos a cada Estado, ao Distrito Federal e a cada Município para custeio das ações e serviços públicos de saúde.

§ 2º Os recursos destinados a investimentos terão sua programação realizada anualmente e, em sua alocação, serão considerados prioritariamente critérios que visem a reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde e garantir a integralidade da atenção à saúde.

§ 3º O Poder Executivo, na forma estabelecida no inciso I do caput do art. 9º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, manterá os Conselhos de Saúde e os Tribunais de Contas de cada ente da Federação informados sobre o montante de recursos previsto para transferência da União para Estados, Distrito Federal e Municípios com base no Plano Nacional de Saúde, no termo de compromisso de gestão firmado entre a União, Estados e Municípios. (BRASIL, 2012)

Sendo assim, definido o rateio, a transferência dos recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais e municipais é automática, mas os entes federados têm que ter seus respectivos fundos e conselhos de saúde em pleno funcionamento e apresentar o planejamento para aplicação desses recursos.

Diante disso, ressalta-se que após a publicação da Lei Complementar nº 141/12, o Ministério da Saúde passou a ser o responsável pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, ele é o responsável pelo monitoramento e pela avaliação da aplicação dos recursos mínimos no SUS, com vistas ao cumprimento da determinação constitucional.

O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) é o sistema utilizado pelo Ministério da Saúde para monitoramento e avaliação dos recursos aplicados na área da saúde. Caso o Estado (ou Município) não cumpra as determinações constitucionais (art. 198 de CF/88) e legais (Lei complementar nº 141/12), abre-se a possibilidade de intervenção federal por parte da União.

Em regra, a União não deve intervir nos Estados e no Distrito Federal, exceto para, entre outras situações, assegurar a aplicação do mínimo exigido da receita na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde, conforme o disposto na Constituição de 1988:

Art. 34. A União não intervirá nos Estados nem no Distrito Federal, exceto para:

I - manter a integridade nacional;

II - repelir invasão estrangeira ou de uma unidade da Federação em outra;

III - pôr termo a grave comprometimento da ordem pública;

IV - garantir o livre exercício de qualquer dos Poderes nas unidades da Federação;

V - reorganizar as finanças da unidade da Federação que:

a) suspender o pagamento da dívida fundada por mais de dois anos consecutivos, salvo motivo de força maior;

b) deixar de entregar aos Municípios receitas tributárias fixadas nesta Constituição, dentro dos prazos estabelecidos em lei;

VI - prover a execução de lei federal, ordem ou decisão judicial;

VII - assegurar a observância dos seguintes princípios constitucionais:

a) forma republicana, sistema representativo e regime democrático;

b) direitos da pessoa humana;

c) autonomia municipal;

d) prestação de contas da administração pública, direta e indireta.

e) **aplicação do mínimo exigido da receita resultante de impostos estaduais, compreendida a proveniente de transferências, na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde.** (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000) (grifo nosso) (BRASIL, 2014)

A inobservância de tais princípios por parte dos Estados autoriza a propositura, perante o Supremo Tribunal Federal (STF), de uma *representação interventiva* que, ao final, pode levar à decretação de intervenção federal no Estado pelo Presidente da República (art. 36, III, da CF/88).

Outras sanções também podem ser aplicadas em conjunto com a intervenção federal, como a retenção de parcelas dos fundos de participação com o objetivo de assegurar a aplicação dos recursos do SUS.

Outro aspecto a ser levado em consideração é o impacto das decisões judiciais no orçamento público do Estado do Maranhão. Importante mencionar que, até o demonstrativo do orçamento executado de 2014³², o Estado do Maranhão não dispõe de uma rubrica específica para pagamento das despesas destinadas às ações e serviços públicos de saúde decorrentes das demandas judiciais, ou seja, toda e qualquer decisão judicial que determina a aquisição de medicamentos, autorização de procedimentos ou exames, entre outros, incidem nas despesas ordinárias com saúde, e, com isso, dificultam a análise do impacto real das referidas decisões nos gastos com saúde.

Quanto aos impactos das decisões judiciais no orçamento público, Castro (2012) informa que pode ocorrer sob tríplice aspecto: a) atinge diretamente o orçamento público, em

³² Ver ANEXOS E-F-G-H (tabelas sobre os gastos com saúde no Maranhão no período de 2011 a 2014).

função de representar gasto muitas vezes não planejado; b) alcança indiretamente o orçamento público, por usar a máquina do Judiciário, também pública, para prestar um atendimento ao cidadão, quando isto deveria ser desnecessário; c) impacta em função de a maioria dos autores das ações judiciais relacionadas à saúde gozar de gratuidade de justiça, não havendo recolhimento das custas do processo.

A autora complementa, ainda, que a otimização das receitas diz respeito a dois aspectos: a renúncia de receitas tributárias e a falta de cobrança, por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, das empresas operadoras de planos de saúde em função do ressarcimento que o SUS deveria receber por atendimentos de alto custo a pacientes de planos e seguradoras (CASTRO, 2012).

Com isso, observa-se que o Estado capitalista, ao mesmo tempo em que procura “aumentar” as fontes de financiamento para a saúde, além de monitorar e avaliar como estão sendo aplicados os recursos do SUS, permite a mercantilização dos serviços de saúde e a precarização das relações de trabalho dos profissionais que trabalham nessa área; ou seja, é uma relação permeada de contradições.

3 A EXPANSÃO DO PROTAGONISMO INSTITUCIONAL E POLÍTICO DO PODER JUDICIÁRIO EM PROCESSOS DECISÓRIOS SOBRE SAÚDE

O presente capítulo busca analisar a expansão do protagonismo institucional e político do Poder Judiciário tendo como referência as demandas atinentes à saúde pública no Estado do Maranhão, no período entre 2011 e 2014, que compreende o ano da gestão do governo de Roseana Sarney Murad.

Deve-se compreender protagonismo institucional e político do Poder Judiciário na ótica do Estado capitalista, ou seja, esse suposto protagonismo está relacionado tanto à falta de recursos para a concretização dos direitos sociais quanto à disputa de poder entre o Judiciário e os demais poderes.

Contudo, no Estado capitalista, a relação entre capitalismo e o direito é profunda e complexa. Edelman (1976, p. 125) observa nessa relação: “o Direito fixando o conjunto das relações sociais tais como elas surgem na esfera da circulação, torna possível, ao mesmo tempo, a produção”. Na visão do autor, a circulação é uma realização da liberdade individual, enquanto que o Direito pretende realizar a liberdade, a igualdade (que repercute na propriedade).

Para Naves (2008, p. 77-79), a forma jurídica surge da forma mercantil, pois:

[...] a existência da forma jurídica depende do surgimento de uma esfera de circulação que apenas o modo de produção capitalista é capaz de constituir. [...] A existência de um aparelho situado acima das partes em litígio, do qual emanam, com força obrigatória, normas gerais e abstratas, depende do surgimento de um circuito de trocas mercantis que cria as condições básicas para que se opere a distinção entre público e privado, com todas as consequências daí derivadas.

Sendo assim, o Direito não pode ser analisado em si, mas dentro do contexto da estrutura econômica da sociedade. Contudo, para que a forma jurídica possa existir, é necessário o aparelho do Estado para emanar essas normas jurídicas para regular essas relações de produção.

Interessante mencionar que há um movimento dialético entre o Estado e o Direito, pois, ao mesmo tempo em que o Estado cria o direito para regular as relações de produção, o Direito legitima as ações do Estado perante a sociedade.

É claro que esse movimento não é linear, pois traz relações complexas e contraditórias. Um dos aspectos contraditórios nessa relação entre Estado e Direito é a ideologia, pois essa tem a capacidade de sedimentar no imaginário do sujeito que a positivação dos direitos é a única forma de eliminação das desigualdades.

Saes (2012) apontou alguns problemas ideológicos na relação Estado e Direito, como a criação e extensão dos direitos coletivos e dos direitos sociais. Contudo, as consequências desses direitos no Estado capitalista são diferentes, pois:

A criação e extensão de direitos coletivos fogem, portanto, à lógica de funcionamento do Estado capitalista, pois tais procedimentos implicariam a socialização da economia e da política, e, conseqüentemente, a transformação do Estado capitalista em Estado socialista. Ora, essa transformação só é possível com a ruptura integral, por obra de um fator externo (a Revolução social), da estrutura jurídico-política capitalista.

A criação de direitos sociais coloca um segundo problema ideológico para o Estado capitalista, além do problema colocado pelo reconhecimento do fator social, extraindividual. Os direitos sociais não constituem direitos subjetivos dos indivíduos detentores de determinada condição social ou pertencentes a determinada categoria profissional. Eles correspondem, na verdade, a medidas de políticas públicas, de curso forçado e de caráter impositivo, que a burocracia estatal executa em nome do “interesse geral da sociedade”, embora elas resultem, em última instância, de exigências objetivas do capitalismo, medidas por pressões difusas, tanto da classe capitalista quanto das classes trabalhadoras.

Tal afirmação é pertinente quando se analisa o direito sob a ótica do Estado vigente. Segundo Campilongo (1998, p. 45-46), existem limites da *ideologia da fidelidade à lei*, ou melhor:

A “complicada convivência” do Estado de Direito com o chamado Estado de Bem-Estar Social fica evidenciada pelo necessário recurso a novas categorias cognitivas da parte do intérprete. Caminha-se, assim, da hermenêutica de bloqueio para a hermenêutica de “legitimação de aspirações sociais”.

De fato, o direito se apresenta, a princípio, como uma forma de garantir direitos fundamentais, de realizar necessidades imediatas; mas, na verdade, ele representa a garantia da manutenção da circulação mercantil e das trocas capitalistas.

É no contexto da valorização do capital e da reprodução da força de trabalho que se observa, também, a relação simbiótica entre o direito e a política, pois, segundo Pinheiro (2009, p. 112), “o direito pressupõe sempre o poder político como fonte legitimadora e criadora de novos direitos, enquanto a política supõe uma moldura jurídica cujos elementos ela utiliza como instrumentos para a consecução dos seus fins”.

Cabe recorrer aqui a Gramsci e sua definição de sociedade política e sociedade civil. O termo sociedade política em Gramsci (2005, p. 84) é entendido como

[...] certas determinações do conceito de Estado, que, habitualmente, é entendido como sociedade política (ou ditadura, ou aparelho coercitivo, para moldar a massa popular segundo o tipo de produção e a economia de um dado momento).

E, como sociedade civil, o autor define quase tudo que não está na esfera do Estado (sociedade política), ou seja, “as organizações ditas privadas, como a Igreja, os sindicatos, as

escolas, etc. e é especialmente na sociedade civil que operam os intelectuais” (GRAMSCI, 2005, p. 84).

Já para Edelman (1976), a sociedade civil, enquanto noção ideológica que pretende dar conta da totalidade do processo social, constitui o lugar de encontro entre a ideologia burguesa em geral e da ideologia jurídica.

Vale ressaltar que, nos estudos de Gramsci para pensar a sociedade civil e sua relação com o Estado, este fez uma análise do capitalismo e da complexidade das relações de poder e de organização de interesses que emergia da sociedade civil, que Montañó e Duriguetto (2011) denominam de uma intensa *socialização da política*.

Então, para Gramsci (2005), com a socialização da política o Estado se amplia, incorporando novas funções, e incluindo no seu seio as lutas de classes. Diante disso, Montañó e Duriguetto (2011, p. 43) asseveram que “o Estado ampliado de seu tempo e contexto, preservando a função de coerção (sociedade política) tal como descoberta por Marx e Engels, também incorpora a esfera da sociedade civil (cuja função é o consenso)”.

É nesse contexto que o direito, visto como um fator de consenso, reproduz-se na sociedade civil por meio das leis, que têm como função levar ao cumprimento do que não se obtém por consentimento, e que impõe certos modos de comportamento como “valores” para a sociedade. Deste modo, o direito cumpre diversas funções, sendo elas integrativa, educadora e, também, repressiva.

O direito não exprime toda a sociedade (pelo que os violadores do direito seriam seres anti-sociais por natureza, ou deficientes mentais), mas a classe dirigente, que “impõe” a toda a sociedade aquelas normas de conduta que estão mais ligadas à sua razão de ser e ao seu desenvolvimento. A função máxima do direito é esta: pressupor que todos os cidadãos devem aceitar livremente o conformismo assinalado pelo direito, de vez que todos podem se tornar elementos da classe dirigente; no direito moderno, portanto, está implícita a utopia democrática do século XVIII³³(GRAMSCI, 1984, p. 83).

Ramos Filho (2013, p. 04) corrobora ao retratar o direito na sua acepção ideológica:

[...] o Direito em cada formação histórica concreta organiza a relação entre as classes sociais fundamentais distribuindo de modo assimétrico as possibilidades de acesso a bens, materiais e imateriais, podendo ser mais distributivo ou menos distributivo dos excedentes de trabalho, em razão das correlações de força entre as classes sociais, materializadas pelo Estado e, ao mesmo tempo, distribuindo também o poder entre

³³ Texto original: *El derecho no expresa a toda la sociedad (pues según eso los violadores del derecho serían seres antisociales por naturaleza, o deficientes psíquicos). sino a la clase dirigente, que "impone" a toda la sociedad aquellas normas de conducta que están más ligadas a su razón de ser y a su desarrollo. La función máxima del derecho es ésta: presuponer que todos los ciudadanos deben aceptar libremente el conformismo señalado por el derecho, en cuanto que todos pueden convertirse en elementos de la clase dirigente; en el derecho moderno, esto es, se halla implícita la utopía democrática del siglo XVIII.*

elas, ou, mais precisamente, parcelas de poder, inerentes a *locus* sociais fixados pelos seus distintos “ramos” na ordem jurídica capitalista.

Observa-se que o direito garante sua aplicação mais ou menos consensual para que não haja ameaça ao modo de produção capitalista, visto que ele é interpretado e aplicado para controle das relações sociais. Nesse caso, o direito se encarrega de transformar a concepção da luta de classes em uma luta por direitos, e um exemplo disso é a judicialização das relações sociais.

Nas palavras de Vianna (1999), a judicialização da política gerou otimismo para alguns estudiosos, pois possibilitou à classe trabalhadora encontrar no Poder Judiciário um lugar substitutivo para as expectativas de direitos e de aquisição de cidadania.

Contudo, a judicialização da política pode apresentar alguns efeitos como, por exemplo, a substituição da política pelo direito para a efetivação dos direitos já existentes ou para criação de novos direitos.

No que tange à judicialização, o Ministério Público e a Defensoria Pública têm desempenhado suas atribuições com um certo voluntarismo político, tendentes a ocupar o espaço dos legisladores na produção de compromissos e acordos que possam dar sustentação aos direitos.

É nesse contexto que parte da população tem recorrido ao Ministério Público e à Defensoria Pública para judicializar as demandas sobre saúde, em decorrência da falta de medicamentos nos postos, da insuficiência de leitos nos hospitais, dos custos dos tratamentos de alta complexidade, entre outros.

Segundo Villas-Bôas (2014), as dificuldades para a implementação do direito à saúde, seja de cunho fático, como a escassez de material; seja de cunho ideológico, como a resistência à exigibilidade do direito social à saúde; seja de caráter político, como a má gestão dos recursos disponíveis ameaçam a não concretização desse direito.

Um dos maiores desafios para a concretização do direito à saúde é a limitação de recursos. Outro aspecto relevante é a análise das decisões de alocação de recursos que favorece meramente os que têm mais acesso à informação e à tecnologia, em detrimento daqueles a quem falta o atendimento mais básico que se poderia supor em saúde.

Fleury (2008) atribui o fenômeno da judicialização das demandas sobre saúde à presença marcante de atores jurídicos e ao desenvolvimento de um ramo do Direito que ficou conhecido como Direito Sanitário.

O surgimento do Direito Sanitário está relacionado à constitucionalização do direito à saúde. Contudo, o Poder Judiciário tende a entender o direito à saúde como direito individual

e não coletivo, ou seja, ele age quando o paciente tem conhecimento do seu direito e recursos para acioná-lo quando este lhe é negado.

Não é pretensão, neste capítulo, aprofundarmos a fecunda discussão Marxismo e Direito, mas tão somente fazer uma análise crítica. Dividimos este capítulo em três partes.

Na primeira parte analisamos o protagonismo institucional e político dos tribunais no Brasil, em que se observa o confronto do Poder Judiciário com o Poder Executivo.

Na segunda parte buscar-se-á compreender a judicialização da política no contexto brasileiro, mais especificamente o Poder Judiciário maranhense e demais órgãos que desempenham as “funções essenciais à Justiça”³⁴, de modo a traçar a judicialização da saúde no cenário maranhense.

E, por último, buscamos compreender o fenômeno do ativismo judicial nas demandas relacionadas à saúde pública no Brasil e no Maranhão.

3.1 A formação do protagonismo institucional e político dos tribunais

Após o término da Segunda Guerra Mundial verificou-se, na maior parte dos países ocidentais, um avanço da justiça constitucional sobre o espaço da política. Tal ascensão está diretamente relacionada ao papel da Constituição no centro do sistema político.

Essa evolução da justiça constitucional e seus reflexos na sociedade, assim como nas instituições estatais, é o resultado das transformações do Estado capitalista burguês, o Estado liberal.

O surgimento do Estado moderno, liberal e democrático decorre da oposição ao Estado absoluto. Nesse contexto, o Estado Liberal nasce como uma limitação da ação por parte do Estado como condição da garantia das liberdades individuais.

Nesse período, os tribunais tiveram pouca atuação política em comparação aos Poderes Legislativo e Executivo, ou seja, havia uma clara submissão do Poder Judiciário aos demais poderes. Sob essa afirmação, Santos (1996) relata que a independência dos tribunais se assentava em três dependências importantes: 1) a dependência estrita da lei (decorrente do princípio da legalidade); 2) a dependência de iniciativa, vontade ou capacidade dos cidadãos para utilizarem os tribunais; e 3) a dependência orçamentária em relação aos Poderes Executivo

³⁴ A Constituição de 1988 determina que os órgãos que desempenham as funções essenciais à Justiça são: Ministério Público (art. 127 a 130); Advocacia Pública (art. 131 e 132); Advocacia (art. 133); e Defensoria Pública (art. 134). Na pesquisa em epígrafe, os órgãos que apresentam atuação preponderante nas demandas de saúde são o Ministério Público e a Defensoria Pública.

e Legislativo na determinação dos recursos humanos e materiais julgados adequados para o desempenho cabal da função judicial.

Na percepção da dependência restrita à lei, o Poder Judiciário era proibido de decidir contra a lei, ou seja, aos tribunais cabia a subsunção do fato à norma, desprovida de referências sociais, éticas e políticas. Havia uma percepção dos tribunais como um poder judicial politicamente neutro e a preponderância do Poder Legislativo sobre os demais poderes.

A atuação do Poder Judiciário está atrelada à provocação por parte do indivíduo ou da entidade que almeja a resolução de um litígio. Nesse caso, os litígios têm duplo sentido, pois são individualizados, além de as decisões judiciais só terem validade no caso em questão, não podendo ser estendido para outras situações.

No caso da dependência orçamentária em relação aos poderes Executivo e Legislativo na determinação de recursos humanos e materiais, o argumento sustentado é de que a independência dos tribunais diz respeito ao processo decisório, podendo existir a dependência administrativa e financeira destes em face dos demais Poderes.

Contudo, é preciso ressaltar que, mesmo com esses argumentos de dependência ou independência do Poder Judiciário, sabe-se que ele faz parte da estrutura do Estado e serve, geralmente, como mediador da relação entre o capital e o trabalho, assim como propagador de ideologias. Sendo assim, não se pode perceber o Poder Judiciário como órgão à parte das contradições do Estado capitalista.

Ressalta-se que a primeira sistematização doutrinária da “separação dos poderes” foi observada com a obra *Segundo Tratado sobre o Governo*, de Locke, no século XVII. Locke estabelece uma distinção entre as funções na sociedade política: a função legislativa, exercida pelo Parlamento; a função executiva, exercida pelo rei; bem como a função federativa, também exercida pelo rei, quanto às questões atinentes às relações exteriores (poder de guerra e de paz e demais questões a serem tratadas fora do Estado).

No pensamento de Locke, a divisão de poderes era fundamental como forma de evitar a concentração de poderes nas mãos de apenas um indivíduo, em contraposição ao pensamento de Hobbes, para quem o Leviatã tinha por fundamento a força de apenas um e, portanto, dava sustentação ao ideário absolutista.

Segundo Mascaro (2013b, p. 178), Locke considerava que “*um governo com poderes distribuídos tem a possibilidade de melhor garantir os direitos naturais dos indivíduos, conformando, portanto, uma teoria política liberal-burguesa*”.

Mas é com Montesquieu que a Teoria da Separação dos Poderes é concebida como um sistema em que se conjugam um Legislativo, um Executivo e um Judiciário, harmônicos e independentes entre si.

A Teoria da Separação dos Poderes foi idealizada para enfraquecer o poder do Estado, complementando a função limitadora exercida pela Constituição, e passou a ser considerada como um dos dogmas do Estado Moderno.

Contudo, a Teoria da Separação dos Poderes, durante o transcurso do tempo, sofreu variações tanto em decorrência da evolução da sociedade quanto pela necessidade de se adequar o sistema político às novas realidades sociais e econômicas mundiais.

Convém ressaltar que a transformação sociopolítica dos tribunais foi condicionada pelo desenvolvimento econômico, e sua evolução variou significativamente de país para país. Santos (1996, p. 4) analisa no período do Estado de Bem-Estar Social o impacto dessa mudança no significado sociopolítico dos tribunais:

1. **A teoria da separação dos poderes colapsa, sobretudo em vista da predominância assumida pelo Poder Executivo.** A governamentalização da produção do direito cria um novo instrumentalismo jurídico que, a cada momento, entra em confronto com o âmbito judicial clássico.
2. O novo instrumentalismo jurídico traduz-se em sucessivas explosões legislativas e, conseqüentemente, numa sobre-juridificação da realidade social, que põe fim à coerência e à unidade do sistema jurídico. Surge um caos normativo, que torna **problemática a vigência do princípio da legalidade e impossível a aplicação da subsunção lógica.**
3. O Estado-providência distingue-se pelo seu **forte componente promocional do bem-estar**, ao lado da tradicional componente repressiva. A **consagração constitucional dos direitos sociais e econômicos**, tais como o direito ao trabalho e ao salário justo, à segurança no emprego, à saúde, à educação, à habitação, à segurança social significa, entre outras coisas, a juridificação da justiça distributiva. A liberdade a proteger juridicamente deixa de ser um mero vínculo negativo para passar a ser um vínculo positivo, que só se concretiza mediante prestações do Estado.
4. A proliferação dos direitos, sendo, em parte, uma consequência da **emergência na sociedade de atores coletivos em luta pelos direitos**, é, ela própria, causa do fortalecimento e da proliferação de tais autores e dos interesses coletivos de que eles são portadores. A distinção entre litígios individuais e litígios coletivos torna-se problemática na medida em que os interesses individuais aparecem, de uma ou de outra forma, articulados com interesses coletivos. (grifo nosso)

De fato, a mudança do Estado Liberal para o Estado Social trouxe a consagração constitucional dos direitos sociais, ou seja, deixou mais complexa a relação entre a Constituição e o direito ordinário.

Para o Poder Judiciário, essas mudanças repercutiram: em uma explosão de litigiosidade quanto às demandas sobre os direitos sociais; na tensão entre os Poderes Executivo e Legislativo por independência; assim como na gestão de parte de sua responsabilidade política.

Nesse período, havia a necessidade de concessão de direitos sociais em nome de um “interesse geral da sociedade”, ou seja, medidas de políticas públicas foram tomadas para o controle dos movimentos operários que se avolumavam diante da crise econômica vivida.

E o Poder Judiciário teve participação importante tanto na mediação dos conflitos entre o Estado e os movimentos operários quanto para a disseminação de uma ideologia jurídica enquanto sistema de normas, crenças e valores.

Contudo, no final da década de 70, o Estado Social apresentou os primeiros sinais de crise: a incapacidade financeira do Estado para atender às despesas atinentes ao bem-estar social; a globalização da economia; a revolução tecnológica; a difusão do modelo neoliberal para desregulamentação do trabalho, ajuste fiscal e controle inflacionário, entre outros.

A crise do Estado de Bem-Estar Social também afetou a atividade dos tribunais, pois repercutiu na emergência de um direito transnacional (em decorrência da globalização da economia), na massificação da judicialização, no agravamento das desigualdades sociais e, politicamente, apresentou uma crise de representação política.

Diante dos aspectos do aprofundamento das desigualdades sociais e da crise de representação, o Poder Judiciário deslocou-se para o centro do debate político e a grande contradição nesse deslocamento de funções se percebeu na legitimidade de o poder político dos tribunais se assentar no “caráter apolítico do seu exercício” (SANTOS, 1996).

Sendo assim, observou-se que a tensão entre os Poderes Legislativo e Executivo com relação ao Poder Judiciário está baseada, nas palavras de Santos (1996), em três questões: legitimidade, capacidade e independência.

Quanto à legitimidade, questionou-se a interferência dos magistrados nas decisões em matéria política, que deveria ser reservada aos políticos que foram eleitos democraticamente para exercerem essa função.

A questão da capacidade está relacionada aos meios utilizados pelo Poder Judiciário para cumprimento da sua missão institucional, ou seja, se tem capacidade interna (recursos humanos e infraestrutura) para atender às demandas que lhes são solicitadas, assim como capacidade externa para dar efetividade às suas decisões. No campo da capacidade interna, o Poder Judiciário depende de recursos financeiros para poder manter todos os órgãos vinculados a ele funcionando; já na capacidade externa, os tribunais não dispõem de meios próprios para fazer executar as suas decisões, pois, geralmente, dependem da atuação do Poder Executivo.

No tocante à independência dos tribunais, vale ressaltar que este é um dos princípios básicos do constitucionalismo moderno e, geralmente, é uma questão levantada pelo próprio Poder Judiciário quando se vê confrontado com medidas do Poder Legislativo ou do Executivo

atentatórias contra a sua independência (seja ela institucional, administrativa, orçamentária etc.).

Todos esses pontos levantados são relevantes e precisam de uma análise minuciosa.

No início do século XIX houve um movimento de absorção das questões políticas pelo Poder Judiciário. Um exemplo emblemático dessa atuação do Poder Judiciário em questões políticas foi o caso *Marbury vs. Madison* (O'BRIEN, 2005), no qual houve a primeira decisão da Suprema Corte norte-americana, em sede de controle de constitucionalidade, que negou a aplicação a leis que, de acordo com sua interpretação, fossem inconstitucionais.

Em sua decisão, o *Chief Justice* John Marshall enunciou três fundamentos que justificaram o controle de constitucionalidade: a supremacia da Constituição; a nulidade da lei que contrarie a Constituição; e o Poder Judiciário como o intérprete final da Constituição.

Na visão de Maus (2000), desde o início do século XIX a jurisprudência da Suprema Corte norte-americana apresentava-se como obra das marcantes personalidades de juízes que fizeram sua história constitucional, os quais aparecem como “profetas” ou “deuses do Olimpo”.

O aspecto típico dessas biografias de juízes parece se configurar na ideia – que suscita algo como uma reedição dos antigos “espelhos dos príncipes” – de que os pressupostos para uma decisão racional e justa residem exatamente na formação da personalidade de juízes (MAUS, 2000, p. 185).

De fato, a decisão proferida por esse julgamento refletiu as circunstâncias políticas em torno do papel do Poder Judiciário na democracia moderna, pois estabeleceu a competência do Poder Judiciário em rever os atos do Executivo e do Legislativo à luz da Constituição, ou seja, a expansão do “protagonismo” político do Poder Judiciário.

Tais discussões sobre a expansão do “protagonismo” político do Poder Judiciário e sobre a judicialização da política questionaram o poder político conferido aos magistrados no exercício do controle de constitucionalidade, chegando a afirmar a existência de um “governo de juízes”.

Observa-se que o Judiciário tem em seu poder o controle de constitucionalidade, a possibilidade de implementação das políticas públicas, entre outros. Ele promete ser universalizador, porém, atende a direitos individuais e não coletivos. Por mais que a ação seja coletiva, mas o atendimento é individual.

De fato, não há um protagonismo institucional e político do Poder Judiciário, pois o Judiciário funciona como um aparelho ideológico estatal. Para Maus (2000), sob a fórmula da “unidade do direito” e da “unidade da Constituição”, as quais não seriam a mera soma das

normas de direito isoladas, mas o produto da sistemática jurídica de valores, avulta o projeto da Justiça de dissolver os antagonismos de interesses que jazem sob a imagem real do direito legal.

Diante disso, observa-se que não há um protagonismo institucional e político do Poder Judiciário, mas sim uma disputa de poder presente em cada um desses aparelhos ideológicos do Estado.

3.1.1 Judicialização da política no Brasil: intervenção judicial nas políticas públicas

A Constituição de 1988 incumbiu o Poder Judiciário da missão constitucional de promover o tratamento dos conflitos, sempre objetivando assegurar e harmonizar a fruição dos direitos fundamentais.

Foi com a Constituição de 1988 que o Poder Judiciário adquiriu autonomia administrativa e financeira³⁵, assim como autonomia funcional dos magistrados, na condição de órgão político, embora sob um controle interno e externo.

Em um resgate histórico das constituições anteriores, veremos que a independência do Judiciário estava descrita nas referidas Cartas Constitucionais, mas não era aplicável na prática. Faltavam autonomia e independência política ao Poder Judiciário e o Poder Executivo estava com um poder hipertrofiado.

Importante a análise de Simões (2013, p. 348) quando trata da autonomia financeira do Poder Judiciário na vigência da Constituição de 1988:

Embora a autonomia administrativa e funcional tenha se manifestado, a partir de 1988, em importantes e notórias decisões judiciais, sobretudo do Supremo Tribunal Federal, reveladoras de sua relativa independência, a autonomia financeira continua deficiente, porque o citado artigo 99 não impediu ao Executivo a promulgação da LRF, que fixou limites intransponíveis para as despesas de pessoal do Judiciário, sem que este houvesse participado do processo de elaboração. Esta lei, em seu artigo 20, estipula, para tal, o limite de 6% (seis por cento) dos percentuais da receita corrente líquida do Estado, o que evidentemente afeta as condições de efetividade de seu funcionamento. Com tal restrição, o Executivo se permite alterar a proposta orçamentária do Judiciário na lei orçamentária, matéria da estrita competência do Congresso Nacional ou das assembleias legislativas.

Observa-se que a Constituição de 1988 possibilitou a ampliação de mecanismos como o sistema de controle de constitucionalidade; novas garantias de independência do Poder Judiciário e do Ministério Público; e novos instrumentos de acesso à justiça.

Além disso, houve um avanço da legislação no que tange aos direitos sociais. Contudo, há que se reconhecer a dificuldade na aplicabilidade das normas constitucionais

³⁵ CF/88, art. 99. Ao Poder Judiciário é assegurada autonomia administrativa e financeira.

relativas às esferas da saúde pública, da educação, da segurança, da alimentação, da moradia etc.

No período que antecede a Constituição de 1988, o Brasil passava por um momento político conturbado, pois, de um lado convivia com a repressão estatal decorrente da ditadura militar, que visava à neutralização das lutas operárias por direito, e de outro, uma política populista com as massas urbanas à qual concedia direitos para conter os movimentos sociais.

Esse período de transição entre a ditadura militar e a democracia caracterizou-se por uma reorganização institucional que culminou na constitucionalização dos direitos sociais, na formação de um arcabouço da proteção social, além de limitar a liberdade do legislador, o qual passou a atuar adstrito aos princípios constitucionais.

Com o processo de democratização, outras transformações foram observadas, como a participação popular nas políticas sociais e o alargamento da atuação do Poder Judiciário no Estado Democrático de Direito.

A relação entre a Constituição e o poder que a interpreta é de suma importância para a compreensão do protagonismo institucional e político do Poder Judiciário, pois revela os modelos constitucionais contemporâneos, os quais possibilitam o controle judicial nas questões de cunho político.

O Brasil, ao adotar o padrão americano de constitucionalismo³⁶, reconheceu o fenômeno da constitucionalização do direito brasileiro e a ascensão institucional do Poder Judiciário. Contudo, tais características repercutiram na explosão de litigiosidade sobre demandas atinentes aos direitos sociais, assim como proferiam decisões que adentravam em matérias eminentemente políticas. É nesse cenário que surgem os fenômenos da judicialização e do ativismo judicial.

A judicialização da política e o ativismo judicial são formas de protagonismo institucional e político do Poder Judiciário. Guilherme Almeida (2006) conceitua a judicialização da política como a atuação do Poder Judiciário tanto durante a fase de elaboração quanto na fase de implementação efetiva das políticas públicas.

Corroborando tal entendimento, Vianna (2008, p. 4) relata que o fenômeno da judicialização da política:

[...] não deriva de um sistema de orientação dos juízes, mas da nova trama institucional trazida pela moderna sociedade capitalista, que pôs o direito, seus procedimentos e

³⁶O modelo de constitucionalismo americano apresentou as seguintes características: a) supremacia da Constituição; b) controle de constitucionalidade; c) supremacia judicial; e d) ativa proteção dos direitos fundamentais (BARROSO, 2008).

instituições no centro da vida pública, e, neste preciso sentido, ela já é parte constitutiva das democracias contemporâneas.

De fato, a judicialização da política se caracteriza pela transferência de poder de decisão do legislador ou do governo para os tribunais, ou melhor, é o processo pelo qual os tribunais e juízes tendem a dominar cada vez mais a produção de políticas públicas já criadas.

Segundo Machado (2008), o termo “judicialização” passou a ser disseminado a partir da publicação do trabalho dos norte-americanos Tate e Vallinder, da obra *The Global Expansion of Judicial Power*, no qual defendem a tese de que judicialização envolve essencialmente tomar algo sob a forma do processo jurídico, tanto em termos de transferência das decisões sobre direitos da legislatura, do gabinete, como em termos da disseminação dos métodos e decisões judiciais para além da esfera judicial propriamente dita.

Deve-se destacar dois eixos interpretativos quanto à judicialização. O primeiro é o eixo, procedimentalista, representado por Habermas e Garapon, que observa a judicialização como um fenômeno que contribui para a diminuição da cidadania (HABERMAS, 1997 e GARAPON, 1999), e o eixo substancialista, representado por Cappelletti e Dworkin, em que a judicialização é tratada como uma extensão da democracia e uma ampliação da cidadania (CAPPELLETTI, 1993 e DWORKIN, 1999).

No Brasil, o eixo substancialista é representado por Luiz Werneck Vianna. Para o autor, “*judicial review* e a afirmação de leis fundamentais que impõem limites à regra da maioria abrem para os cidadãos novos lugares de representação da sua vontade” (VIANNA; BURGOS, 2002, p. 341).

Segundo Machado (2008), quanto ao fenômeno da judicialização no Brasil, principalmente no âmbito da saúde, haverá argumentos que justifiquem ambas as posições. Nesse caso, o autor explicita que:

Talvez de um lado [eixo procedimentalista] estejam principalmente os gestores de saúde, que, abarrotados de Mandados de Prisão, mudam as salas de seus gabinetes para não serem encontrados. Por outro lado [eixo substancialista], determinados grupos organizados da sociedade civil vêm no Poder Judiciário uma forma de acesso aos seus direitos (MACHADO, 2008, p. 82).

De fato, a judicialização pode se mostrar como uma garantia de direitos, assim como uma forma de criar diferenciações de direitos na sociedade, pois só aqueles que tivessem acesso à justiça poderiam, então, ter seu direito assegurado.

Barroso (2012) aponta três grandes causas da judicialização da política: 1) a redemocratização do país; 2) a constitucionalização abrangente; e 3) o sistema de controle de constitucionalidade abrangente.

Como primeira grande causa da judicialização, a redemocratização no Brasil fortaleceu o Poder Judiciário e também outras instituições como o Ministério Público, assim como influenciou no aumento da demanda por justiça na sociedade.

Quanto à segunda causa da judicialização, a constitucionalização abrangente trouxe para a Constituição inúmeras matérias que antes eram deixadas para o processo político majoritário e para a legislação ordinária (BARROSO, 2012). Associada à concepção de constitucionalização abrangente, deve-se ressaltar a eficácia normativa da Constituição, ou seja, o reconhecimento do caráter vinculante e obrigatório das suas disposições, em oposição ao modelo europeu³⁷.

Por fim, o sistema de controle de constitucionalidade brasileiro combina aspectos do sistema americano e do sistema europeu. O controle de constitucionalidade europeu possibilita que o controle seja feito por ação direta, que permite que o conhecimento de leis ou atos normativos em tese sejam examinados pelo Supremo Tribunal Federal. Já o sistema americano permite o controle constitucional incidental e difuso, ou seja, pode ser feito por qualquer juiz ou tribunal, que determina que uma determinada lei - ou ato normativo - deixe de ser aplicada por considerá-la inconstitucional em um caso concreto.

De fato, a Constituição de 1988 disponibilizou um sistema de controle de constitucionalidade para controle das políticas públicas por meio das ações diretas de inconstitucionalidade, das ações por descumprimento de preceitos fundamentais e das ações civis públicas.

Ressalta-se que essa possibilidade de controle das políticas públicas não é um fenômeno que ocorre apenas no Brasil, pois, ao longo das transformações do Estado capitalista, as cortes supremas, também conhecidas como cortes constitucionais, vêm se destacando como protagonistas de decisões envolvendo questões de alcance político, implementação de políticas públicas ou escolhas morais em temas controvertidos na sociedade.

Segundo Guilherme Almeida (2006, p. 4), a Constituição permitiu, ao juiz de direito, a possibilidade de controle das políticas públicas quando:

[...] as decisões judiciais sobre matérias administrativas passaram a conter, implícita ou explicitamente, uma análise constitucional dos atos praticados pelo Poder Público, no sentido de verificar sua conformidade com os fins traçados pela Constituição.

³⁷ No modelo europeu a Constituição era vista como um documento essencialmente político, ao qual ficava condicionada a vontade do legislador ou a discricionariedade do Chefe do Executivo.

Nesse sentido, observa-se que, no controle das políticas públicas, os juízes realizam uma análise quanto à regularidade formal das políticas públicas e, em algumas ocasiões, julgam o mérito da alocação dos recursos públicos.

De fato, as sentenças judiciais produzidas contra a omissão do Estado capitalista no atendimento das demandas sociais representam um importante avanço na recuperação de um espaço na arena política.

Destaca-se que, falar em políticas públicas é tratar de um movimento muito maior do que aquele operado pelos três poderes que compõem o Estado, pois implica também a participação de indivíduos e coletividades.

Bucci (2006, p. 39) conceitua a política pública como:

[...] programa de ação governamental que resulta de um processo ou conjunto de processos juridicamente regulados – processo eleitoral, processo de planejamento, processo judicial – visando coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas, para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados.

Com a crise do Estado Social e o descomprometimento do Estado como instituição de proteção social, vários segmentos da sociedade civil vêm procurando o Poder Judiciário em busca de implementação das políticas sociais e a aquisição de cidadania.

Nesse raciocínio, Esteves (2006, p. 16) afirma que:

Enfraquecidas as formas de reivindicação social através do diálogo parlamentar possibilitado pela cidadania política, através do qual se reconheceram direitos que foram positivados mas não adquiriram eficácia, e da constatação de que, muitas vezes, é a própria atividade governamental realizada pelo executivo que impede a consolidação dos direitos sociais, a sociedade passa a incumbir o judiciário na tarefa de possibilitar a efetividade dos direitos sociais e realização da cidadania social.

Ocorre que fenômenos como da judicialização da política e do ativismo judicial têm se mostrado como soluções paliativas, tendo em vista a inércia por parte do Poder Executivo na consecução de políticas públicas e, também, quando detectada a retração do Poder Legislativo no tocante a elaboração das leis, o que revela ainda mais o caráter de classe do Estado. Ou seja, o Judiciário entra em cena para fazer valer os direitos de forma individualizada.

Diante disso, observa-se que a judicialização da política; além de ser um fenômeno presente nas democracias contemporâneas, configura-se pela implementação, por meio do Poder Judiciário, de direitos que estão previstos na Constituição e na legislação, mas que não foram efetivados pelo Poder Executivo, principalmente em tempos neoliberais.

3.2 Judicialização da saúde no Estado do Maranhão entre 2011 e 2014

O direito à saúde é garantido na Constituição de 1988 como um direito social (art. 6º da CF/88), assim como o art. 196 estabelece que este direito será garantido mediante a elaboração de políticas sociais e econômicas por parte do Estado.

Contudo, a discussão sobre o acesso a medicamentos e tratamentos de saúde pela via judicial no Brasil ganhou grande importância teórica e prática, pois levou a atuação do Poder Judiciário ao centro do debate sobre as demandas atinentes à garantia do direito à saúde.

Marques (2008, p. 65) relata que as decisões provenientes do Poder Judiciário por vezes contrastam com a política pública estabelecida pelo gestor público. Desta feita, ela afirma que:

Se, por um lado, a crescente demanda judicial acerca do acesso a medicamentos, produtos para a saúde, cirurgias, leitos de UTI, dentre outras prestações positivas de saúde pelo Estado, representa um avanço em relação ao exercício efetivo da cidadania por parte da população brasileira, por outro, significa um ponto de tensão perante os elaboradores e executores da política no Brasil, que passam a atender um número cada vez maior de ordens judiciais, garantindo as mais diversas prestações do Estado. Prestações estas que representam gastos públicos e ocasionam impactos significativos na gestão pública da saúde no país.

De fato, a atuação do Poder Judiciário sobre as demandas de saúde, ao mesmo tempo em que garante ao cidadão o exercício da cidadania, gera ao gestor público impactos orçamentários sobre os recursos voltados para a saúde.

Não se fala aqui apenas na escassez de recursos econômicos, mas também nas limitações de recursos humanos e bens infungíveis, por exemplo, de órgãos disponíveis para transplante (VILLAS-BÔAS, 2014).

Diante disso, partir-se-á para a análise da judicialização da saúde na cidade de São Luís entre 2011 e 2014 para compreensão desse fenômeno e seus impactos na sociedade e no Poder Público.

Sendo assim, faz-se necessário tecer algumas considerações quanto à pesquisa realizada, pois o Poder Judiciário do Estado do Maranhão estabelece, em seu Código de Divisão e Organização Judiciárias³⁸, que a competência para o processamento e julgamento das ações que envolverem a fazenda pública estadual e municipal é das Varas da Fazenda Pública.

Além disso, vale ressaltar que a Lei Complementar Estadual nº 156, de 1º de agosto de 2013, estabeleceu que as ações que envolvam interesses difusos e coletivos e que tenham

³⁸ Lei Complementar Estadual nº 14, de 17 de dezembro de 1991.

como parte a Fazenda Pública Estadual ou Municipal são de competência da Vara de Interesses Difusos e Coletivos.

Sendo assim, o levantamento de dados foi feito nas Varas da Fazenda Pública³⁹ e na Vara de Interesses Difusos e Coletivos, ambas do Termo Judiciário de São Luís da Comarca da Ilha de São Luís.

O levantamento dos dados cobriu o período de janeiro de 2011 a dezembro de 2014 e estes foram extraídos do sistema de informações de processos judiciais do Poder Judiciário do Maranhão, o Themis PG 3.0⁴⁰, de um universo de 100% dos processos judiciais que tramitaram (ou ainda tramitam) nas Varas da Fazenda Pública (1ª a 5ª Varas) e na Vara de Interesses Difusos e Coletivos que tratavam da matéria “saúde”⁴¹.

Dos 1.321 processos identificados, que abrangiam a matéria “saúde”, foram excluídos 507 processos judiciais, haja vista se tratar de cartas precatórias⁴² e de ações que estavam relacionadas a exames de saúde e/ou aptidão física⁴³ (decorrentes de concursos públicos).

Ressalta-se que os 507 processos judiciais relacionados a cartas precatórias advêm de ações judiciais sobre demandas de saúde contra o Estado do Maranhão que se originaram no interior do Estado. Porém, como a pesquisa abrange apenas o Município de São Luís, os processos judiciais relativos às cartas precatórias foram excluídos.

Sendo assim, da totalidade de ações judiciais que abrange o período de 2011 a 2014 nas cinco Varas da Fazenda Pública e na Vara de Interesses Difusos e Coletivos, 814 são demandas de saúde, cronologicamente organizados a seguir:

³⁹ A pesquisa abrangeu apenas as 1ª, 2ª, 3ª, 4ª e 5ª Varas da Fazenda Pública, pois as 6ª e 7ª Varas da Fazenda Públicas, que tratavam anteriormente de execução fiscal, foram transformadas em varas da fazenda pública com competência para processamento e julgamento dos feitos envolvendo as Fazendas Estadual, Municipal, saúde pública e ações de improbidade administrativa, por meio da Lei Complementar nº 158, de 21 de outubro de 2013. Sendo assim, o recorte temporal de 2011 a 2014 para o levantamento de dados ficou prejudicado.

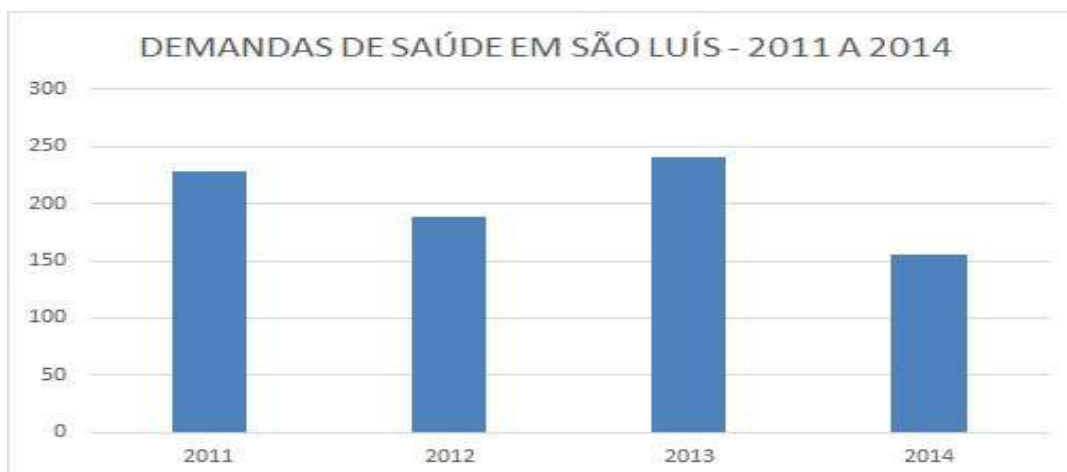
⁴⁰ O sistema Themis PG 2.0 que faz o controle, acompanhamento e distribuição processual de 1º Grau está implantado em todas as comarcas do Estado do Maranhão. De maneira a atender à padronização das rotinas processuais definidas pelo CNJ foi desenvolvida a versão 3.0 do sistema, atualmente implantada somente no Fórum de São Luís.

⁴¹ Ressalta-se que foram excluídas dessa pesquisa as Varas da Infância e Juventude de São Luís (1ª e 2ª Varas) pelos seguintes motivos: a 1ª Vara da Infância e Juventude trata de processos cíveis e administrativos relacionados a crianças e adolescentes; com isso, estes processos correm em segredo de justiça dificultando a coleta de dados; e a 2ª Vara da Infância e Juventude tem atribuições para processar e julgar atos infracionais atribuídos a menores de 18 anos, que estão fora do foco da pesquisa.

⁴² A carta precatória é o meio de comunicação do qual um Juiz se utiliza, requerendo a outro Juiz de outra Comarca para que proceda à comunicação de um despacho seu, ou decisão, a uma das partes da relação processual proferida em um processo.

⁴³ Ver ANEXO I – LISTA DE ASSUNTOS CNJ: SAÚDE (DIREITO ADMINISTRATIVO E OUTRAS MATÉRIAS DE DIREITO PÚBLICO | Concurso Público / Edital | Exame de Saúde e/ou Aptidão Física)

Gráfico 6 – Demandas de saúde em São Luís - 2011 a 2014



FONTE: THEMIS PG 3.0, 2016. Elaboração própria.

Nas 814 demandas judiciais propostas verificou-se que 229 ações tiveram início em 2011; 188 ações em 2012; 241 em 2013; e 156 em 2014. Essa variação demonstra que a população tem recorrido ao Poder Judiciário para garantir a assistência à saúde ou o fornecimento de medicamentos.

Contudo, para entender essas variações nas demandas de saúde, o juiz Alexandre Lopes de Abreu, membro do Comitê Estadual de monitoramento das demandas e assistência à saúde⁴⁴, informou que, nos últimos anos, tanto o Ministério Público Estadual quanto a Defensoria Pública Estadual têm procurado resolver as demandas de saúde de forma administrativa, evitando o ajuizamento de ações no Poder Judiciário.

O Ministério Público tem utilizado o Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) como um instrumento que consiste num compromisso firmado com o gestor público (municipal, estadual ou federal) para que este realize alterações necessárias para o exercício de determinado direito, no caso em questão, do direito à saúde.

Além disso, foi criado em 2015 o Portal de Atenção à Saúde por meio do Convênio nº 001/2015, do qual participam a Defensoria Pública Estadual - DPE, o Estado do Maranhão, a Procuradoria Geral do Estado, a Secretaria de Estado da Saúde, o Município de São Luís, a Procuradoria Geral do Município, a Secretaria Municipal de Saúde e a Defensoria Pública da União - DPU, que tem como objeto promover o atendimento das partes assistidas pela DPE e pela DPU que demandem prestação de serviço de saúde, de modo a evitar o ajuizamento de

⁴⁴ Ver ANEXO L que dispõe sobre os membros que compõe o Comitê Estadual para o monitoramento das demandas e assistência à saúde do Maranhão.

ações, buscando solução administrativa para oferta de medicamento, agendamento de procedimento cirúrgico, exame médico e outras demandas.

Continuando a análise sobre as demandas de saúde, nos 814 processos judiciais observou-se que 412 ações foram propostas contra o Estado do Maranhão; 229 ações contra o Município; 149 ações são demandas contra o Estado e o Município; e 24 ações foram classificadas como outros⁴⁵, o que faz com que as ações propostas tenham os seguintes percentuais:

Gráfico 7 – Demandas de saúde em relação ao réu (2011 a 2014)



FONTE: THEMIS PG 3.0, 2016. Elaboração própria.

Observa-se que a maioria das demandas judiciais foram propostas contra o Estado do Maranhão, haja vista que as unidades de saúde vinculadas ao Estado têm abrangência regional, enquanto que as unidades de saúde municipais têm abrangência local.

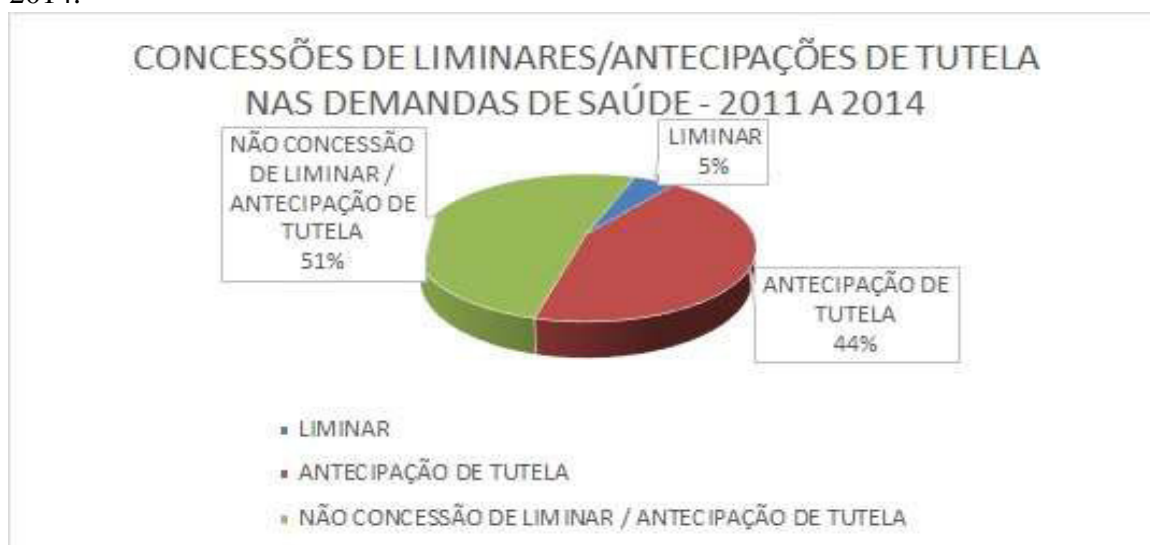
Contudo, vale ressaltar que boa parte dos atendimentos médico-hospitalares realizados em São Luís são de pessoas provenientes do interior do Estado do Maranhão, haja vista o incipiente acesso aos serviços de saúde ou a própria ausência de tais serviços em algumas regiões do Estado⁴⁶.

⁴⁵ Nesse caso, foram verificadas algumas demandas de saúde cujas as partes (polo ativo e polo passivo) estavam em segredo de justiça.

⁴⁶ Basta verificar a lista de unidades de saúde vinculadas à Secretaria Estadual de Saúde para termos a dimensão da escassez de serviços de saúde, pois, um Estado como o Maranhão, que possui 217 municípios, só dispõe de 16 hospitais estaduais e de 2 unidades mistas no interior do Estado (ver ANEXO J).

Outro dado analisado relaciona-se à concessão de liminares⁴⁷ e de antecipações de tutela⁴⁸ nas demandas de saúde. Na análise dos 814 processos judiciais verificou-se a seguinte situação: foram deferidos 39 pedidos de liminar; concedidos 356 pedidos de antecipação de tutela; e denegadas 419 solicitações de pedidos de liminar/antecipação de tutela. Em termos percentuais, significa dizer que:

Gráfico 8 – Concessões de liminares/antecipações de tutela nas demandas de saúde – 2011 a 2014.



FONTE: THEMIS PG 3.0, 2016. Elaboração própria.

Sendo assim, ressalta-se que, dada a urgência dos pedidos, 49% (quarenta e nove por cento) das demandas de saúde tiveram os pedidos de liminar/antecipação de tutela deferidos. Contudo, mesmo com tal informação, não é possível medir os impactos orçamentários de tais decisões judiciais, haja vista o Governo do Estado do Maranhão não dispor de uma rubrica orçamentária específica para cumprimento das decisões judiciais atinentes às demandas de saúde⁴⁹.

⁴⁷ Medida liminar deve-se entender como “medida concedida *in limine litis*, [...], no início da lide, sem que tenha havido ainda a oitiva da parte contrária. Assim, tem-se por liminar um conceito tipicamente cronológico, caracterizado apenas por sua ocorrência em determinada fase do procedimento, qual seja, o seu início” (DIDIER JR; BRAGA; OLIVEIRA, 2009, p. 477).

⁴⁸ A tutela antecipada é uma “tutela jurisdicional provisória (precária ou temporária), urgente (em certas situações) e fundada em cognição sumária. Satisfaz antecipadamente o direito deduzido. Prestigia os valores da efetividade e celeridade” (DIDIER JR; BRAGA; OLIVEIRA, 2009, p. 479).

⁴⁹ A União já dispõe da rubrica orçamentária “Cumprimento de Decisões Judiciais” na Lei Orçamentária Anual do Ministério da Saúde, com o objetivo de aferir o *quantum* gasto com as demandas de saúde para, posteriormente, traçar formas de composição desses conflitos antes que os mesmos sejam judicializados (ver ANEXO K).

Analisando a concessão de liminares/antecipações de tutelas nas demandas de saúde, observa-se que os juízes que autorizam tal expediente para aquisição imediata de bens ou serviços de saúde pelo Poder Executivo, em geral sem licitação, intervêm na alocação orçamentária, determinada pelo Poder Legislativo, e na condução da política pública de saúde estabelecida pelo Poder Executivo.

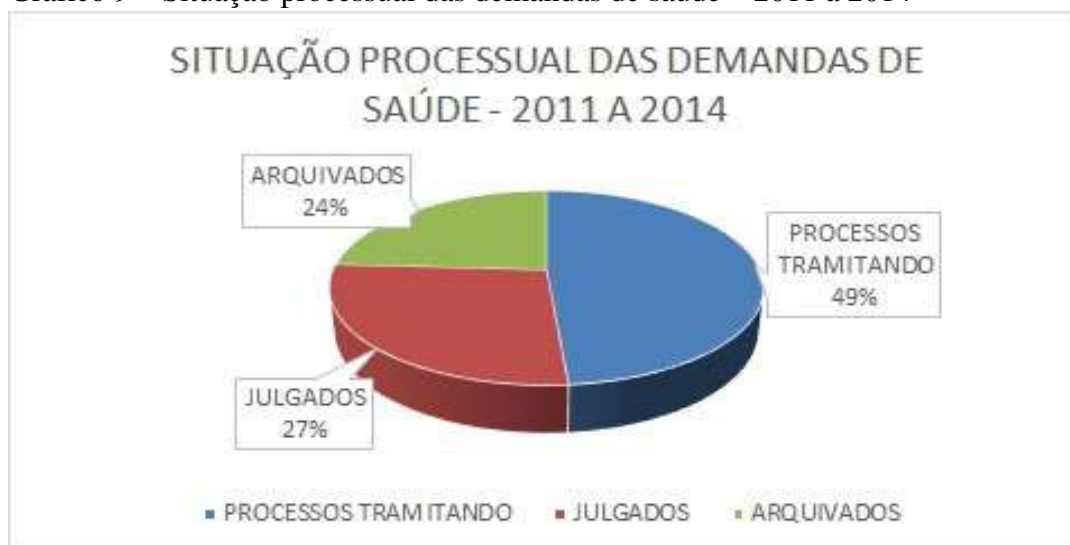
Sobre isso, Borges (2007, p. 23) explica que o principal problema quanto a alocação de recursos por meio de decisão judicial:

[...] surge quando a saúde se apresenta como um bem particular, ou em termos jurídicos, como um direito subjetivo público. Nessas situações, o exercício do direito subjetivo contra o Estado por determinado indivíduo poderá afetar o exercício do direito subjetivo de outros cidadãos, constituindo-se nesses casos como um bem exclusivo e de consumo rival.

Nesse caso, a autora ressalta que a saúde deixaria de ser um direito garantido a toda a população, para transformar-se num bem de consumo exclusivo disputado por todos os cidadãos.

No que tange ao julgamento das demandas de saúde, nos 814 processos judiciais foi observada a seguinte situação: 336 processos continuam tramitando; 222 processos foram julgados; e 196 processos já se encontram arquivados. Isso significa que quase metade das demandas de saúde ajuizadas nas Varas da Fazenda Pública e Vara de Interesses Difusos e Coletivos ainda estão tramitando e que, no recorte temporal da pesquisa (2011 a 2014), esses tipos de ações já deveriam ter findado em sua grande maioria. Para melhor compreensão, pode-se observar no gráfico abaixo:

Gráfico 9 – Situação processual das demandas de saúde – 2011 a 2014



FONTE: THEMIS PG 3.0, 2016. Elaboração própria.

Decerto, sabe-se que as Varas da Fazenda Pública e a Vara de Interesses Difusos e Coletivos possuem outras competências além do processamento e julgamento das demandas de saúde, como já mencionado. Contudo, ressalta-se que 49% (quarenta e nove por cento) dessas ações têm sua pretensão satisfeita no pedido de tutela antecipada/liminar, ou seja, o indivíduo tem satisfeito o seu pedido antes da prolação da sentença de mérito, quando verificado que a demora na concessão do pedido do autor pode acarretar danos irreversíveis a sua saúde.

Nesse caso, examinado o relatório de correição geral ordinária de 2012 da 3ª Vara da Fazenda Pública⁵⁰, observou-se que o número total de processos de 2011 foi de 3.441 (três mil, quatrocentos e quarenta e um). Dessa totalidade, as demandas de saúde verificadas na referida vara judicial no ano de 2011 correspondeu a 1,10%, ou seja, 38 processos judiciais que tratavam sobre saúde.

Sendo assim, verifica-se que os processos judiciais atinentes à saúde têm uma lenta tramitação nas Varas da Fazenda Pública e na Vara de Interesses Difusos e Coletivos em decorrência do grande volume de demandas judiciais.

No âmbito da assistência jurídica gratuita, nos 814 processos judiciais atinentes à saúde constatou-se que houve o deferimento de tal benefício em 675 ações propostas e denegados 139 pedidos para esse tipo de assistência.

Gráfico 10 – Concessão de assistência jurídica nas demandas de saúde – 2011 a 2014



FONTE: THEMIS PG 3.0, 2016. Elaboração própria.

Nesse caso, observou-se que mais de 80% (oitenta por cento) das demandas de saúde ajuizadas tiveram a concessão da assistência jurídica gratuita. O direito à assistência

⁵⁰ Extraído do site: http://gerenciador.tjma.jus.br/app/webroot/files/publicacao/401064/11012013_1335.pdf.

jurídica pública e gratuita é garantido pela Constituição de 1988 (art. 5º, LXXIV), que se caracteriza por abarcar a assistência de demanda judicial já proposta ou a ser interposta, além de atos jurídicos extrajudiciais, ações coletivas e mediação.

Contudo, segundo Campilongo (1991, p. 12), os obstáculos para a concretização do direito à assistência jurídica decorrem do:

- Assistencialismo na prestação dos serviços, corroborando a lógica do favor;
- Relação distanciada e formal entre advogados e usuários da assistência jurídica, dificultado sobremaneira a democratização dos direitos que passam, desse modo, a ser vistos como dogmas pouco acessíveis à grande parte da população;
- O processo judicial é percebido como único meio capaz de concretizar o direito, limitando, de conseguinte, o debate popular e a luta política levada a efeito perante outros interlocutores dos Poderes Executivo e Legislativo.

De fato, é a falta de capacidade de transformar essas demandas em políticas públicas que tem se tornado um dos obstáculos para a garantia do direito à saúde.

Quanto aos tipos de ações propostas nas demandas judiciais, nos 814 processos judiciais observou-se que 767 são ações individuais e apenas 47 ações coletivas. Dessas ações coletivas, todas foram propostas pelo Ministério Público do Estado do Maranhão.

Gráfico 11 – Tipos de ações propostas nas demandas de saúde – 2011 a 2014



FONTE: THEMIS PG 3.0. Elaboração própria.

Em termos percentuais, as ações individuais representam 94% (noventa e quatro por cento) das demandas de saúde, enquanto que, para as ações coletivas, apenas 6% (seis por cento) referem-se a esse tipo de demanda.

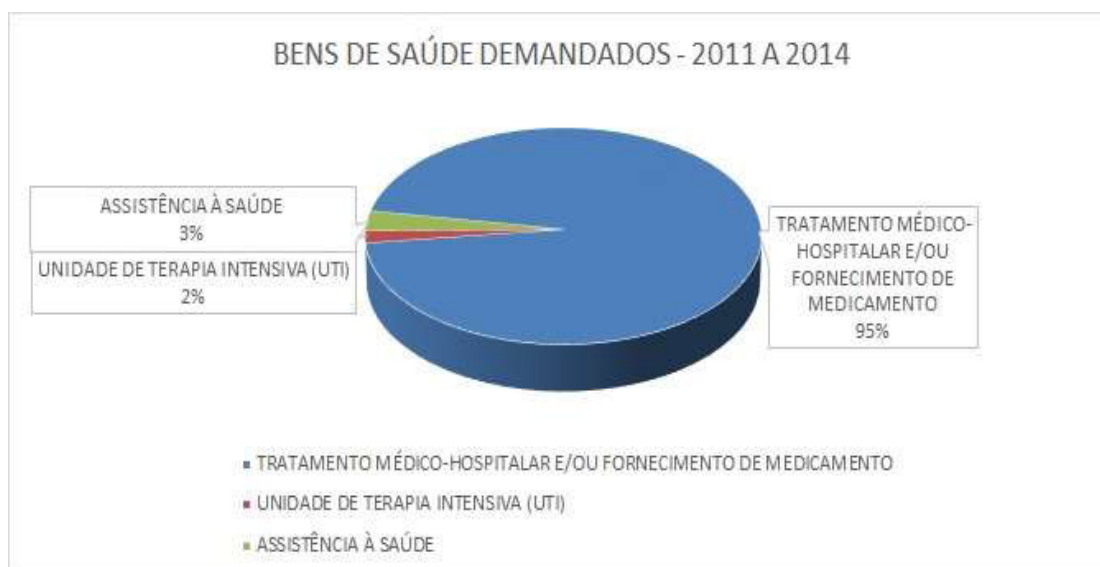
Percebe-se que os sujeitos, para garantirem seus direitos, vêm recorrendo ao Poder Judiciário de duas formas: ações individuais e ações coletivas. Nas ações individuais são observadas as atuações da Defensoria Pública e dos escritórios privados de advocacia. Em geral,

suas demandas visam garantir a aquisição de medicamentos e prestação de serviços de saúde. Nas ações coletivas, tem-se a atuação do Ministério Público nos interesses coletivos.

Quanto às ações coletivas, Machado (2008) afirma que o Poder Judiciário tem evitado opinar sobre estas questões, possivelmente porque tais ações incidam diretamente na condução das políticas públicas para o setor e demandam maior gasto público.

No que tange aos bens de saúde demandados nas ações judiciais, observa-se que nos 814 processos judiciais houve 775 pedidos de tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamento, 15 solicitações para internação nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e 24 pedidos de assistência à saúde⁵¹. Esses números correspondem, em percentuais, à seguinte situação:

Gráfico 12 – Bens de saúde demandados – 2011 a 2014.



FONTE: THEMIS PG 3.0, 2016. Elaboração própria.

Com isso, verifica-se que 95% (noventa e cinco por cento) das demandas de saúde foram por tratamentos médico-hospitalares e/ou fornecimentos de medicamentos; 3% (três por cento) corresponderam a assistência à saúde; e 2% (dois por cento) foram pedidos de internação nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

Infelizmente, em decorrência da falta de cuidado no cadastramento dos bens de saúde demandados, não foi possível identificar se a maior incidência de solicitações estaria relacionada ao tratamento médico-hospitalar ou ao fornecimento de medicamentos ou, então,

⁵¹ Conforme Lista de Assuntos do CNJ: Saúde (ANEXO I), foi designado como assistência à saúde as demandas que são propostas por servidor público civil em face do Estado ou do Município.

aos dois em conjunto. Tal afirmação é verdadeira, haja vista que a Lista de Assuntos do CNJ: Saúde (ANEXO I) traz a possibilidade de cadastramento da demanda como tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos (Código: 10069), tratamento médico-hospitalar (Código: 11883) e fornecimento de medicamentos (Código: 11884).

Em pesquisa nas Promotorias Especializadas da Saúde verificou-se que as demandas de maior incidência nesses órgãos estão relacionadas ao tratamento médico-hospitalar. Ressalta-se que em algumas situações, devido à urgência do caso, o Ministério Público tem atuado na proteção de direitos individuais como, por exemplo, as cirurgias de urgência e as cirurgias eletivas, para as quais o paciente demora mais de 6 (seis) meses para conseguir uma data.

No que tange ao tipo de advocacia nas demandas de saúde, não foi possível identificar a atuação da Defensoria Pública do Estado do Maranhão no sistema THEMIS PG 3.0, haja vista a falta de cuidado no cadastramento das informações.

Contudo, solicitado o relatório relativo às atuações da Defensoria Pública do Estado do Maranhão quanto às demandas de saúde, esta informou que entre os anos de 2011 e 2014 a Defensoria Pública Estadual, no Município de São Luís, atuou em 245 processos judiciais, nos seguintes quantitativos: 50 ações em 2011; 65 ações em 2012; 67 ações em 2013 e 63 ações em 2014.

No caso do Ministério Público, no Município de São Luís, este atuou em 213 demandas sobre saúde entre os anos de 2011 e 2014, sendo que deste quantitativo, 43 processos são Ações Civis Públicas.

Além da Defensoria Pública e do Ministério Público, o Poder Judiciário também tem tomado uma postura ativa para atender às demandas de saúde daquelas pessoas que estão reivindicando seu direito. Contudo, ressalte-se que diz Biehl (2013, p. 3) quanto a essa atuação do Poder Judiciário:

[...] o judiciário está ultrapassando o seu papel e que a judicialização da saúde gera um enorme peso administrativo e fiscal, distorce políticas de distribuição farmacêutica, alarga desigualdades no acesso à saúde, e encoraja o uso de medicamentos de forma irracional dentro do sistema público de saúde. E, em grande parte desta literatura, não se enxergam as lutas, as esperanças, e os resultados nos esforços para obter saúde.

As demandas judiciais não podem ser consideradas como principal instrumento para garantia de direitos sociais, pois deve ser adotado um conjunto de ações por meio das quais se busque implementar as diretrizes constitucionais estabelecidas.

Nesse caso, extrai-se a seguinte reflexão sobre a judicialização da política: é um fenômeno mundial, ao qual vem convertendo o acesso à justiça em uma política pública importante no Estado capitalista moderno. Ademais, ressalta-se que os movimentos sociais - além da arena política tradicional -, tem utilizado o Poder Judiciário como uma nova arena de lutas para a garantia de direitos.

O Poder Judiciário, que é a instituição responsável pela atividade jurisdicional de resolução de conflitos, somente pode agir para a concretização de direitos mediante provocação de quem se sentir lesado pela ação ou omissão de outrem, de modo a adotar uma postura inerte enquanto não for chamado para resolver o litígio.

Contudo, o Poder Judiciário tem tomado decisões sobre grandes questões nacionais que exigem uma reflexão cuidadosa. De fato, esse fenômeno não está restrito à realidade brasileira, pois cortes constitucionais de outros países tem se destacado por proferir decisões de largo alcance político ou por implementar políticas públicas.

O Poder Judiciário brasileiro tem exercido papel ativo na implementação dos direitos sociais previstos constitucionalmente como, por exemplo, o fornecimento de medicamentos e prestações de serviços de saúde não disponíveis no Sistema Único de Saúde – SUS –, fenômeno chamado de ativismo judicial.

Ramos (2010, p. 129) conceitua o Ativismo Judicial como:

[...] o exercício da função jurisdicional para além dos limites impostos pelo próprio ordenamento que incumbe, institucionalmente, ao Poder Judiciário fazer atuar, resolvendo litígios, de feições subjetivas (conflitos de interesse) e controvérsias jurídicas de natureza objetiva (conflitos normativos).

Para Barroso (2012, p. 31), o ativismo judicial diz respeito à

[...] postura do intérprete, a um modo proativo e expansivo de interpretar a Constituição, potencializando o sentido e alcance de suas normas, tratando-se de um mecanismo para contornar o processo político majoritário quando for inerte, emperrado ou incapaz de produzir consenso.

As origens do ativismo judicial remontam à jurisprudência norte-americana. A Suprema Corte americana, sob a presidência de Earl Warren (1953-1969), repercutiu em grandes transformações na sociedade norte-americana. Decisões como o fim da segregação racial nas escolas e em demais ambientes públicos representaram a superação da doutrina “separados, mas iguais” estabelecida no caso *Plessy v. Ferguson*, ao considerar inconstitucional a separação de crianças brancas e negras nas escolas públicas.

Segundo Barroso (2008), Warren conseguiu liderar a Suprema Corte a uma decisão unânime, cuja ênfase recaía não em aspectos jurídicos, mas no argumento da intrínseca

desigualdade da discriminação em matéria de educação, pelo sentimento de inferioridade que ela produzia nas crianças negras, tal como demonstrado em estudos psicológicos expressamente levados em conta no acórdão, atuando de forma ativista.

Decerto, faz-se necessário distinguir a judicialização e o ativismo judicial que têm a mesma origem, mas são fenômenos diversos, ou seja:

A judicialização e o ativismo judicial são primos. [...] A judicialização, no contexto brasileiro, é um fato, uma circunstância que decorre do modelo constitucional que se adotou, e não um exercício deliberado de vontade política. [...] Já o ativismo judicial é uma atitude, a escolha de um modo específico e proativo de interpretar a Constituição, expandindo o seu sentido e alcance (BARROSO, 2012, p. 25).

Diante da afirmação, extrai-se que o fenômeno da judicialização decorre de uma pretensão do juiz que decide sobre determinada matéria que gera impacto na formulação ou na implementação de determinada política pública; enquanto que o ativismo judicial vem de uma postura proativa do juiz de direito.

Para Barroso (2012), a postura ativista do juiz se manifesta por meio de diferentes condutas, que incluem: 1) a aplicação direta da Constituição a situações não expressamente contempladas em seu texto e independentemente de manifestação do legislador ordinário; 2) a declaração de inconstitucionalidade de atos normativos emanados do legislador, com base em critérios menos rígidos que os de patente e ostensiva violação da Constituição; 3) a imposição de condutas ou de abstenções ao Poder Público, notadamente em matéria de políticas públicas.

Na primeira situação, o caso de aplicação direta da Constituição a situações não expressamente contempladas em seu texto está relacionado à fidelidade partidária. Nesse caso, o Supremo Tribunal Federal declarou que a vaga do Congresso pertencia ao partido político e não ao parlamentar, utilizando os princípios da moralidade e da impessoalidade para extrair a decisão no caso em questão.

Quanto à declaração de inconstitucionalidade de atos normativos emanados do Congresso, com base em critérios menos rígidos que os de patente e ostensiva violação da Constituição, tem-se o caso da verticalização. Nesse caso, o Supremo Tribunal Federal declarou inconstitucional a aplicação das novas regras sobre coligações eleitorais à eleição que se realizaria em menos de um ano da sua aprovação, o qual deu à regra da anterioridade anual da lei eleitoral o *status* de cláusula pétreia.

E, por último, a imposição de condutas e abstenções ao Poder Público, notadamente em matérias de políticas públicas, verifica-se, como exemplo, a distribuição de medicamentos e determinação de terapias mediante decisão judicial. Nesse caso, o Supremo Tribunal Federal não apreciou a matéria a fundo, mas existem condenações da União, dos Estados ou dos

Municípios ao custeio de medicamentos e prestações de serviços de saúde que não constam das listas e protocolos do Ministério da Saúde.

Parte da doutrina⁵² que se opõe ao ativismo judicial das políticas públicas considera tal fenômeno como uma intromissão anômala de um poder sobre o outro, ou seja, uma inobservância ao princípio da separação de poderes, preconizado por Montesquieu.

Sobre o argumento referente à inobservância do princípio da separação de poderes, Bodnar e Cruz (2011, p. 39) relatam que a separação dos poderes do Estado é, por consequência, uma das suas funções que “encontra como fundamento ético e jurídico exatamente a contenção do arbítrio ou abuso estatal em detrimento dos direitos humanos”.

A Teoria da Separação dos Poderes, concebida por Montesquieu, foi proposta no século XVIII, com o fito de proteção da liberdade que, mais tarde, seria desenvolvida e adaptada às novas concepções com o objetivo de aumentar a eficiência do Estado e de distribuir suas atribuições entre órgãos especializados.

Contudo, Dallari (2001, p. 215) afirma que: “embora seja clássica a expressão *separação de poderes*, que alguns autores desvirtuam para *divisão* de poderes, é ponto pacífico que o poder do Estado é uno e indivisível”. A partir daí, surge um aspecto importante a ser considerado entre as ideias de *poder* e de *função* do Estado, pois esta diferenciação está intimamente relacionada à concepção do papel do Estado na sociedade.

Segundo Dallari (2001, p. 216), a importância prática dessa polêmica na atualidade está em:

[...] quando se pretende desconcentrar o poder, atribuindo o seu exercício a vários órgãos, a preocupação maior é a defesa da liberdade dos indivíduos, pois, quanto maior for a concentração do poder, maior será o risco de um governo ditatorial. Diferentemente, quando se ignora o aspecto do poder para se cuidar das funções, o que se procura é aumentar a eficiência do Estado, organizando-o da maneira mais adequada para o desempenho de suas atribuições.

Nesse caso, para compreender melhor essa diferenciação entre poder e função, é necessário traçar a evolução histórica da Teoria da Separação de Poderes e verificar a percepção dessa teoria no Estado Contemporâneo.

Para Montesquieu, a Teoria da Separação dos Poderes é concebida como um sistema em que se conjugam um Legislativo, um Executivo e um Judiciário, harmônicos e independentes entre si.

⁵² Autores como Luís Roberto Barroso e Daniel Sarmiento (em seu artigo “Neoconstitucionalismo: riscos e possibilidades”) são contrários ao ativismo judicial.

A Teoria da Separação dos Poderes foi idealizada para enfraquecer o poder do Estado, complementando a função limitadora exercida pela Constituição, e passou a ser considerada como um dos dogmas do Estado Moderno.

Contudo, a Teoria da Separação dos Poderes, durante o transcurso do tempo, sofreu variações tanto em decorrência da evolução da sociedade quanto pela necessidade de se adequar o sistema político às novas realidades sociais e econômicas mundiais.

Hodiernamente, a forma tripartite de divisão de poderes do Estado Moderno demonstra-se insuficiente para atingir sua finalidade social. De fato, Tavares (2011, p. 71) analisa o exercício do poder pelos três entes do Estado da seguinte forma:

[...] o executivo não consegue implementar as políticas públicas a que está obrigado, o legislativo não legisla em favor dos seus representados e o judiciário, diante do enorme fosso social encontrado na realidade econômica nacional, fica impotente em dissolver conflitos coletivos, funcionando apenas como órgão repressor daqueles que o Estado identifica como ameaça ao *status quo*.

Com isso, observa-se que, mesmo em um Estado Democrático de Direito onde deveria haver a figura do Estado como provedor de direitos, o modelo neoliberal adotado no Brasil atua como uma força externa e influente no interior do Estado, de forma a interferir nas decisões políticas que, provavelmente, não levaram em conta os interesses dos trabalhadores.

Nessa situação, nota-se que o modelo da tripartição dos poderes, preconizado por Montesquieu, está longe de retratar a realidade do “jogo de forças dentro do Estado” (TAVARES, 2011, p. 79).

Outro argumento diz respeito à impossibilidade de o juiz intervir nas decisões políticas e, principalmente, no orçamento público, ou seja, o Poder Judiciário não pode interferir em decisões políticas que definam gastos públicos, que é de deliberação política.

De fato, principalmente no que tange ao fenômeno do ativismo judicial, o Poder Judiciário apresentou um alargamento de seus poderes e que, posteriormente, resultou em avaliação crítica da sua atuação no campo político no que concerne à formulação e implementação de políticas públicas.

Com isso, a realização das políticas públicas, sob o enfoque jurídico, deve ser pautada nos parâmetros da legalidade e da constitucionalidade, o que implica dizer que os atos e omissões que constituem cada política pública terão reconhecidos os seus direitos, assim como os seus respectivos efeitos jurídicos.

Nesse aspecto observa-se a interpenetração das funções legislativa e executiva, com a formulação das políticas públicas, colocando o problema do controle dos programas governamentais por meio do Poder Judiciário.

No que tange à aplicação da teoria da reserva do possível no sentido de limitar ou mesmo negar a saúde como direito universal, Torres (2009, p. 105) afirma que equivale à reserva democrática, ou seja, “à noção de que prestações sociais se legitimam pelo princípio democrático da maioria, e pela sua concessão pelo legislador, tendo em vista a conjuntura econômica do momento”.

Contudo, preleciona Cunha Júnior (2008, p. 388) quanto à aplicação de teorias estrangeiras, como a “reserva do possível” no ordenamento jurídico brasileiro:

[...] é extremamente discutível e de duvidosa pertinência o traslado de teorias jurídicas desenvolvidas em países de bases cultural, econômica, social e histórica próprias, para outros países cujos modelos jurídicos estão sujeitos a condicionamentos socioeconômicos e políticos completamente diferentes.

Nesse caso, não é salutar a admissão de teorias estrangeiras em nosso ordenamento jurídico, pois estas foram elaboradas em um contexto social, cultural, econômico e histórico do país que a elaborou.

Sendo assim, Barroso (2012, p. 32) analisa o ativismo judicial como parte da solução e não do problema, pois “ele é um antibiótico poderoso, cujo uso deve ser eventual e controlado. Em dose excessiva, há um risco de se morrer da cura. A expansão do Judiciário não deve desviar a atenção da real disfunção que aflige a legitimidade e funcionalidade do Poder Legislativo”.

Pode-se notar que, pelos dados da cidade de São Luís, a judicialização é uma forma político-ideológica de individualizar uma política que deveria ser por sua essência pública. Não se nega as particularidades individuais, mas a busca excessiva pela via jurídica para atender a uma demanda de saúde é coerente com a ideia de um Estado que cada vez mais tem dificuldade de atender à promessa de universalização.

De fato, o Poder Judiciário brasileiro tem exercido um papel importante na implementação dos direitos sociais, contudo, esse controle das políticas públicas por meio de decisões judiciais tem afetado a alocação dos recursos públicos no âmbito da saúde, privilegiando as ações de cunho individual em detrimento das ações coletivas.

Assim sendo, o Poder Judiciário tem tomado decisões sobre grandes questões nacionais e tal fenômeno não está restrito à realidade brasileira, pois cortes constitucionais de outros países têm se destacado por proferir decisões de largo alcance político ou por implementar políticas públicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões trazidas nesse trabalho tinham como objetivo inicial fazer a análise do direito à saúde a partir de seus aspectos econômicos e políticos, em face da aplicação dos recursos públicos destinados à política de saúde, bem como da atuação do Poder Judiciário para a garantia desse direito.

Procurou-se responder alguns questionamentos quanto aos aspectos do direito à saúde considerando a constatação de que os recursos públicos destinados à saúde são negligenciados em face de outras rubricas orçamentárias, de como os poderes disputam entre si, no que se refere ao orçamento público para as políticas públicas de saúde, bem como as possibilidades e os limites da judicialização nas questões de saúde.

No transcorrer da pesquisa, procurou-se desenvolver uma abordagem que fosse além das explicações aparentes sobre esse tema.

Desenvolvemos a investigação no contexto das transformações do Estado capitalista e da seguridade social no que tange à execução das políticas públicas, especificamente nas suas funções de assegurar as políticas sociais frente às constantes contrarreformas desse Estado.

Não é por acaso que a política social está em constante contradição com a política econômica, pois a política social privilegia as necessidades sociais enquanto que a política econômica busca a acumulação do capital na esfera do mercado.

No Brasil, as políticas sociais são marcadas pela descontinuidade, fracionamento, desigualdade de acesso. Isso se deve ao fato de que o sistema de proteção social se contrapõe às regras de mercado, pois procura conferir igualdade em uma sociedade fundada na desigualdade.

Tal contradição é visível quando o conjunto de serviços e benefícios sociais promovidos pelo Estado, que tem como objetivo garantir o avanço das formas de mercado e a estabilidade social, são suprimidos ao menor sinal de crise do capital.

De fato, o Estado capitalista e a política social possuem uma relação permeada de contradições, pois, ao mesmo tempo em que o Estado serve como mediador na relação capital X trabalho, ele também atua como agente de intervenção nos processos de reestruturação do capital e desmonte dos direitos sociais.

As transformações ocorridas no Estado capitalista brasileiro também tiveram reflexos na saúde, pois, com uma economia centralizadora, dificultava o acesso a bens e serviços essenciais de saúde, agravando as condições de vida da população.

Nesse contexto, impõe-se a discussão do Movimento Sanitarista e da Reforma Sanitária no Brasil. O Movimento Sanitarista teve a participação de diversos setores da sociedade civil, entre eles a CNBB, a OAB, a SBPC, o Centro Brasil Mulher, os sindicatos, os partidos políticos, as universidades, as associações estudantis e associações comunitárias.

O Movimento Sanitarista trouxe à arena um amplo debate público sobre a saúde, principalmente quanto à construção de uma medicina social, rompendo com a dicotomia prevenção-cura. Isso se deve à concepção de saúde-doença não como um aspecto fisiológico, mas como fenômeno social. Nessa esteira, outros fatores estariam ligados ao fenômeno saúde-doença, tais como a distribuição de renda, ocupação, escolaridade, industrialização, urbanização, entre outros. Sendo assim, a percepção da doença, na visão do paciente, pode variar de acordo com a sua inserção na sociedade.

Quanto à Reforma Sanitária, esta surge como uma proposta de contestação do aparato institucional brasileiro voltado para a saúde, enfatizando o fenômeno saúde-doença, as políticas de saúde, a formação de recursos humanos.

O Movimento Sanitarista envolveu a reunião de vários movimentos sociais como o movimento da categoria médica, os movimentos de bairro, os movimentos sindicais, entre outros, que lutavam pela mudança na política de saúde, enfatizando a saúde pública. Existia uma tensão permanente entre o grupo que lutava pela ampliação dos serviços de saúde e pela disponibilidade de mais recursos públicos e o grupo composto pelo empresariado médico e pelos planos de saúde, que disputavam esses mesmos recursos.

Decerto, a relação entre o Estado capitalista e a sociedade perpassou sobre todo o processo de constituição democrática, assim como a relação entre o Estado e o mercado também interferiram no direito à saúde em detrimento da universalidade e da equidade.

A Constituição de 1988 representou uma evolução institucional para o país, principalmente por ter incluído no texto constitucional regras, direitos e deveres para o atendimento à saúde. Contudo, apenas parte das reivindicações do movimento sanitário conseguiu ser atendida, pois um dos pontos que não ficaram definidos foi a definição de um percentual de financiamento para o novo sistema de saúde.

Com isso, verificou-se que o orçamento fiscal passou a destinar a maior parte dos recursos da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS) para a saúde e dos recursos da Contribuição sobre o Lucro para a Assistência Social e das contribuições de empregados e empregadores para a Previdência Social. Contudo, no governo de Fernando Henrique Cardoso, com a Reforma da Previdência, cessam os repasses de recursos da COFINS para a saúde.

Além disso, vários outros constrangimentos foram sofridos pelo Sistema Único de Saúde no que tange ao financiamento, como a criação do Fundo Social de Emergência, em 1994, que posteriormente denominou-se de Fundo de Estabilização Fiscal e, a partir de 2000, passou a vigorar com a denominação de Desvinculação das Receitas de União (DRU), onde 20% (vinte por cento) da arrecadação das contribuições sociais seriam desvinculados de sua finalidade e estariam disponíveis para uso do governo federal, longe de seu objeto de vinculação: a seguridade social;

Outros fatores também impactaram no financiamento da saúde como: a aprovação da CPMF, em 1997, como fonte exclusiva para a saúde, mais a retirada de parte de outras fontes desse setor, não contribuindo assim para o acréscimo de recursos que se esperava; a aprovação da Emenda Constitucional nº 29/2000 vinculando recursos para a saúde, porém com indefinições sobre quais despesas deveriam ser consideradas como ações e serviços de saúde e o que não poderia ser enquadrado nesse âmbito; investidas da equipe econômica do governo federal em introduzir itens de despesa não considerados gastos em saúde no orçamento do Ministério da Saúde, como o pagamento de juros e a aposentadoria de ex-funcionários desse ministério, entre outros.

De fato, percebe-se que a divisão dos recursos entre as diferentes áreas da seguridade social é permeada de disputas. Há uma concentração de 68,4% da receita tributária nas mãos da União, e isso compromete a autonomia municipal e estadual, pois a descentralização administrativa e política depende da descentralização fiscal para a efetivação das políticas de saúde.

Ressalta-se que a Lei Orgânica da Saúde (LOS), de 1990, e, posteriormente as Normas Operacionais Básicas (NOB) aprimoraram a gestão intergovernamental, com a criação de conselhos, em âmbito nacional, estadual e municipal, responsáveis pelas diretrizes políticas do setor. No tocante à participação popular na gestão do SUS, esta se deu por intermédio da Lei nº 8.142/90, estabelecendo, em cada esfera de governo, que o SUS contaria com duas instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.

O modelo de descentralização das ações e serviços de saúde tem apresentado uma série de fragilidades, a começar pela forma desigual de distribuição de recursos e atribuições para os entes federados. Destaca-se que a redução do gasto social e a privatização do financiamento e da produção de serviços são reflexos das políticas neoliberais adotadas pelo Estado capitalista brasileiro.

De fato, as políticas sociais no Brasil, como a política de saúde, não foram priorizadas no orçamento público para a universalização desse direito, enquanto que, para o pagamento dos juros e da amortização da dívida pública, os valores crescem a cada ano.

Tal afirmação pode ser constatada por meio da execução orçamentária do ano de 2014, em que foi observado um grande aumento no gasto público, pois o governo federal gastou R\$ 978 bilhões com juros e amortizações da dívida pública, o que representou 45,11% de todo o orçamento efetivamente executado no ano.

Com isso, percebe-se que o processo orçamentário é muito questionado e disputado em virtude de a alocação dos recursos públicos ser determinada por meio de processos políticos, mas que, ao final, serve para a reprodução do capital, bem como para a reprodução da força de trabalho.

No cenário maranhense o processo orçamentário, principalmente no que tange às receitas previstas e às receitas realizadas no Maranhão nos anos de 2011 a 2014, tem apresentado poucas variações, com momentos de aumento no volume de receitas como ocorrera no ano de **2012** (R\$ 10.775.600.376,35 – dez bilhões, setecentos e setenta e cinco milhões, seiscentos mil, trezentos e setenta e seis reais e trinta e cinco centavos), e, logo em seguida, com uma queda na arrecadação em **2013** (R\$ 8.719.385.142,15 – oito bilhões, setecentos e dezenove milhões, trezentos e oitenta e cinco mil, cento e quarenta e dois reais e quinze centavos), que vai ser seguida de um breve aumento no ano de **2014** (R\$ 9.494.328.187,96 – nove bilhões, quatrocentos e noventa e quatro milhões, trezentos e vinte e oito mil, cento e oitenta e sete reais e noventa e seis centavos).

Destaca-se que o Maranhão, a partir de 1950, inseriu-se na divisão nacional do trabalho, ao assumir a função de fornecedor de produtos agrícolas, cujo objetivo era suprir as necessidades de dinamizar o processo de acumulação do capital urbano-industrial. Além disso, a reforma administrativa no Maranhão no governo Roseana Sarney, instituída pela Lei nº 7.356/98, estabeleceu as estratégias de saneamento das finanças públicas e a modernização dos sistemas administrativos.

Dentre as estratégias para o saneamento das finanças, destacaram-se a desestatização e a desregulamentação; a flexibilização, mediante a adoção de medidas orientadas para a melhoria da racionalidade interna da Administração Pública e busca da eficiência, eficácia e efetividade de sua ação, entre outros.

Quanto aos conselhos de saúde no Maranhão, o seu funcionamento sofreu problemas como a formação de conselhos nos gabinetes dos prefeitos; a falta de transparência na distribuição de recursos; a falta de verbas e de infraestrutura para o seu funcionamento; nem

todo conselheiro tinha acesso às informações sobre a política de saúde; falta de mecanismos de intercâmbio com a população, ou seja, apesar de contemplar as expectativas dos trabalhadores, a participação popular nos conselhos de saúde está sujeita ao processo de correlação de forças entre as classes sociais.

Com isso, observa-se que o Estado capitalista que procura “aumentar” as fontes de financiamento para a saúde é o mesmo que permite a mercantilização dos serviços de saúde, a precarização das relações de trabalho dos profissionais que trabalham nessa área.

Esses constrangimentos constantes ao financiamento da saúde também repercutem na esfera judicial, pois, com o fenômeno da judicialização da política, as decisões judiciais têm impactado o orçamento público brasileiro e maranhense. O fenômeno da judicialização da política no Brasil está relacionado à expansão do “protagonismo” político do Poder Judiciário que, na pesquisa em questão, dá ênfase às decisões no âmbito da saúde.

O Poder Judiciário é a instituição responsável pela atividade jurisdicional de resolução de conflitos e somente pode agir para a concretização de direitos mediante provocação de quem se sentir lesado pela ação ou omissão de outrem.

A Constituição de 1988 possibilitou um avanço da legislação no que tange aos direitos sociais, além da ampliação de mecanismos como o sistema de controle de constitucionalidade; novas garantias de independência do Poder Judiciário e do Ministério Público; e novos instrumentos de acesso à justiça.

Contudo, há que se reconhecer a dificuldade na aplicabilidade das normas constitucionais relativas às esferas da saúde pública, da educação, da segurança, da alimentação, da moradia etc. O período de transição entre a ditadura militar e a democracia caracterizou-se por uma reorganização institucional que culminou na constitucionalização dos direitos sociais, na formação de um arcabouço da proteção social.

De fato, a atuação do Poder Judiciário sobre as demandas de saúde, ao mesmo tempo em que garante ao cidadão o exercício da cidadania, gera ao gestor público impactos orçamentários sobre os recursos voltados para a saúde. De sorte que não se fala aqui apenas na escassez de recursos econômicos, mas também nas limitações de recursos humanos e bens infungíveis.

A Constituição de 1988, ao adotar o padrão americano de constitucionalismo, reconheceu o fenômeno da constitucionalização do direito brasileiro e a ascensão institucional do Poder Judiciário. Contudo, tal reconhecimento repercutiu em uma explosão de litigiosidade sobre demandas atinentes aos direitos sociais, assim como foram proferidas decisões que adentravam em matérias eminentemente políticas.

É nesse cenário que surgem os fenômenos da judicialização e do ativismo judicial, que são formas de protagonismo institucional e político do Poder Judiciário. Ressalta-se que a judicialização decorre de uma pretensão do juiz que decide sobre determinada matéria que gera impacto na formulação ou na implementação de determinada política pública; enquanto que o ativismo judicial vem de uma postura proativa do juiz de direito.

A relação entre a Constituição e o poder que a interpreta é de suma importância para a compreensão do protagonismo institucional e político do Poder Judiciário, pois revela os modelos constitucionais contemporâneos, os quais possibilitam o controle judicial nas questões de cunho político.

Contudo, o “protagonismo” institucional e político do Poder Judiciário na ótica do Estado capitalista está relacionado tanto à falta de recursos para a concretização dos direitos sociais quanto à disputa de poder entre o Judiciário e os demais poderes.

De fato, não há um protagonismo institucional e político do Poder Judiciário, pois o Judiciário funciona como um aparelho ideológico estatal, ou seja, ele promete ser universalizador, porém, atende a direitos individuais e não coletivos.

Na análise das demandas judiciais sobre saúde na cidade de São Luís entre 2011 e 2014 observou-se que a judicialização tem sido mostrada como um instrumento importante para garantia do direito à saúde, pois busca implementar as diretrizes constitucionais estabelecidas.

Com isso, percebe-se que a judicialização da política é um fenômeno que vem convertendo o acesso à justiça em uma política pública importante no Estado capitalista moderno, ressaltando-se que os movimentos sociais também têm utilizado o Poder Judiciário como uma nova arena de lutas para a garantia de direitos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHAM, Marcus. **Direito financeiro brasileiro**. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

ABRUCIO, Fernando Luiz. **Os barões da federação: os governadores e a redemocratização brasileira**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2002. Disponível em: <http://www.cedec.org.br/files_pdf/OsBaroesdaFederacao.pdf>. Acesso em: 07 jan. 2016.

ALMEIDA, Célia. O Banco Mundial e as reformas contemporâneas do setor saúde. In: PEREIRA, João Márcio Mendes (Org.). **A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013)**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2014.

ALMEIDA, Guilherme Henrique de La Roque. **O controle das políticas públicas pelo Poder Judiciário: algumas considerações**. 2006. Disponível em: <http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/comunidades/trabalhos_academicos_TCU/biblioteca_digital/o_controle_das_politicas_publicas_pelo_poder_judiciario_.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2014.

ALMEIDA, Maria Hermínia T. Decentralization and centralization in a federal system: the case of democratic Brazil. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 1, no.se. 2006. Disponível em: <http://socialsciences.scielo.org/pdf/s_rsocp/v1nse/scs_a02.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2016.

ALTHUSSER, Louis. **Ideologia e os aparelhos ideológicos do Estado**. São Paulo: Editorial Presença/Martins Fontes, 1970.

ARRETICHE, Marta T. S. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 14, n. 40, jun.1999. Disponível em: <<http://www.fflch.usp.br/dcp/assets/docs/Marta/ArretcheRBCS1999.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2015.

_____; RODRIGUEZ, Vicente. Descentralizar e universalizar a atenção à saúde. In: ARRETICHE, Marta; RODRIGUES, Vicente. **Descentralização das políticas sociais no Brasil**. São Paulo: Fundap, Fapesp; Brasília: IPEA, 1999.

AUDITORIA CIDADÃ DA DÍVIDA. **Orçamento Geral da União – executado em 2011**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://www.auditoriacidada.org.br/orcamento-geral-da-uniao-2011/>>. Acesso em: 8 jan. 2016.

_____. **Orçamento Geral da União – executado em 2012, 2013 e 2014**. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://www.auditoriacidada.org.br/e-por-direitos-auditoria-da-divida-ja-confira-o-grafico-do-orcamento-de-2012/>>. Acesso em: 8 jan. 2016.

BALEEIRO, Aliomar. **Uma introdução à ciência das finanças**. 14. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1986.

BARROSO, Luís Roberto. **A americanização do direito constitucional e seus paradoxos: teoria e jurisprudência constitucional no mundo contemporâneo**. Cadernos da Escola de Direito e Relações Internacionais. Paraná, 2008, n. 9, p. 258-301. Disponível em:

<<http://revistas.unibrasil.com.br/cadernosdireito/index.php/direito/article/view/459>>. Acesso em: 12 ago. 2015.

_____. Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática. **(Syn)Thesis**, Rio de Janeiro, 2012, v. 5, n. 1, p. 23-32. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/synthesis/article/view/7433/5388>>. Acesso em: 15 jun. 2014.

BEHRING, Elaine R. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. **Política social: fundamentos e história**. 9 ed. v. 2. São Paulo: Cortez, 2011.

BIEHL, João. Judicialização de base: perfil dos demandantes do direito a medicamentos e lições para as políticas de saúde no Brasil. In: 3º Encontro Latino-americano sobre o Direito à Saúde e Sistemas de Saúde. 06.2013. **Anais**. Brasília: Instituto Banco Mundial, 2013. Disponível em: <<http://joaobiehl.net/wp-content/uploads/2009/07/J-Biehl-cv-11-29-12.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2016.

BODNAR, Zenildo; CRUZ, Paulo Márcio. A Atuação do Poder Judiciário na implementação das políticas públicas ambientais. **Revista de Políticas Públicas**. Vol. 15, n.1 (Jan/Jun. 2011) – São Luís: EDUFMA, 2011.

BORGES, Danielle da Costa Leite. **Uma análise das ações judiciais para fornecimento de medicamentos no âmbito do SUS: o caso do Estado do Rio de Janeiro no ano de 2005**. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2007.

BOTTOMORE, Tom. **Dicionário do pensamento marxista**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 05 de outubro de 1988. **Vade Mecum universitário**. 6 ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014.

_____. **Catálogo de Programas Federais para os Municípios: fortalecimento da gestão municipal**. 2015. Disponível em: <http://www.snel.org.br/wp-content/themes/snel/docs/Catalogo_Programas_Federais.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2016.

_____. Constituição (1988). **Emenda constitucional n. 86**, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc86.htm>. Acesso em: 27 jan. 2016.

_____. **Lei complementar n. 141**, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 27 jan. 2016.

_____. **Lei federal n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 12 abr.2016.

_____. **Lei federal n. 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 12 abr. 2016.

_____. **Financiamento público de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Supremo Tribunal Federal. Constitucional. Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 2484/DF, do Tribunal Pleno. Requerente: Partido Comunista do Brasil – PC do B e Requeridos: Presidente da República e Congresso Nacional. Relator: Ministro Carlos Velloso. Brasília, DF, 19 de dezembro de 2001. **Diário da Justiça**. Brasília, n. 25, p. 2452-2471, 14 nov. 2003. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=375403>>. Acesso em: 12 ago. 2015.

_____. Supremo Tribunal Federal. Direito Administrativo e outras matérias de Direito Público. Medida Cautelar em Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 4048/DF, do Tribunal Pleno. Requerente: Partido da Social Democracia Brasileira - PSDB e Requerido: Presidente da República. Relator Ministro Gilmar Mendes, Brasília, DF, 14 de maio de 2008. **Diário da Justiça**. Brasília, n. 157, p. 55-192, 22 ago. 2008. Disponível em: <http://www.sbdp.org.br/arquivos/material/1046_ADI-MC_4.048_Integra.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2015.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviços social e reforma sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BUCCI, Maria Paula Dallari. O conceito de política pública em direito. In: BUCCI, Maria Paula Dallari. (org.). **Políticas Públicas**: reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva, 2006.

BUSS; Paulo Marchiori. Saúde e desigualdade: o caso Brasil. In: Paulo Marchiori Buss e Maria Eliana Labra (orgs.). **Sistemas de Saúde**: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

CAMACHO, Daniel. Movimentos sociais: algumas discussões conceituais. In: SCHERER-WARREN, I.; KRISCHKE, P. J. (orgs.). **Uma revolução no cotidiano? Os novos movimentos sociais na América do Sul**. São Paulo: Brasiliense, 1987.

CAMPILONGO, Celso. Assistência jurídica pública: apontamentos para um tipologia dos serviços legais. In: CAMPILONGO, C.; PRESSBURGER, M.; ARAÚJO, M. T. (Org.). **Discutindo a assessoria popular**. Rio de Janeiro: Instituto de Apoio Jurídico Popular, Federação de Órgãos para Assistência Social e Educacional, 1991. (Coleção Seminários, n. 15).

_____. Os desafios do judiciário. Um enquadramento teórico. In: FARIA, José Eduardo (org.). **Direitos humanos, direitos sociais e justiça**. 1. ed. São Paulo: Malheiros, 1998.

CAPPELLETTI, Mauro. **Juízes legisladores?** Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 1993.

CARVALHO, Kildare Gonçalves. **Direito constitucional**. 12 ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2006.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. Petrópolis, Vozes, 1998.

CASTRO, Flávia de A. V. et al. Análise do impacto das decisões judiciais sobre o orçamento da União no caso da saúde pública: previsibilidade e contingenciamento dos riscos. **Revista Tributária e de Finanças Públicas**. Ano 20. n. 102. p. 15-40. São Paulo, jan.-fev. 2012.

COHN, Amélia. Caminhos da Reforma Sanitária. **Lua Nova**. São Paulo, 1989, n. 19. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ln/n19/a09n19.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2015.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1986, Ottawa. **Carta de Ottawa**, Ottawa, 1986. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2015.

COUTINHO, Joana A. **O Conselho Municipal de Saúde**: um estudo da participação popular em São Paulo. São Paulo: Xamã, 2013.

CRUZ, Katiane R.; COIMBRA, Liberata C.; REIS, Regimaria S. O Sistema Único de Saúde e os desafios da universalização. In: Joana Aparecida Coutinho e Josefa Batista Lopes (orgs.). **Crise do capital, lutas sociais e políticas públicas**. São Paulo: Xamã, 2012.

CUNHA JÚNIOR, Dirley da. A efetividade dos direitos fundamentais sociais e a reserva do possível. In: Camargo, Marcelo Novelino (Org.). **Leituras complementares de direito constitucional**: direitos humanos e direitos fundamentais. 3. ed. Salvador: Juspodivum, 2008.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **Elementos da Teoria Geral do Estado**. 22 ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

DIDIER JR, Fredie; BRAGA, Paula Sarno; OLIVEIRA, Rafael. **Curso de direito processual civil**. 4 ed., v. 2. Salvador: JusPodivm, 2009.

DIÓGENES, Eliane Maria N.; RESENDE, Fernanda M. P. Estado, classes sociais e políticas públicas. **III Jornada Internacional de Políticas Públicas**. São Luís, MA, 28 a 30 de agosto de 2007.

DOMINGUES, José Marcos. **Federalismo fiscal brasileiro**. Texto apresentado no II Congresso Internacional de Direito Tributário da cidade do Rio de Janeiro. 9 a 11 de maio de 2007. Disponível em: <<http://www.idtl.com.br/artigos/186.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2008.

DORIGON, Nelci Gonçalves. **Educação e trabalho**: a convocação das workhouses. 155 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Estadual de Maringá. Maringá, 2006.

DRAIBE, Sônia Miriam. As políticas sociais brasileiras: diagnósticos e perspectivas. In: IPEA/IPLAN. **Para a década de 90**: prioridades e perspectivas de políticas públicas. v. 4. Brasília, 1990.

_____. **O welfare state no Brasil**: características e perspectivas. Campinas: NEPP/UNICAMP, 1993. Disponível em: <<https://sociologiajuridica.files.wordpress.com/2011/10/o-welfare-state-no-brasil-caracterc3adsticas-e-perspectivas-sonia-draibe.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2015.

_____. **América Latina**: o sistema de proteção social na década da crise e das reformas. Campinas: NEPP/UNICAMP, 1995, n. 30.

DWORKIN, Ronald. **O império do direito**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

EDELMAN, Bernard. **O direito captado pela fotografia**. Coimbra: Editora Centelha, 1976.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. **O futuro do welfare state na nova ordem mundial**. Lua Nova, São Paulo, n. 35, p. 73-111, 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451995000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 18 jul. 2014.

ESTEVES, João Luiz Martins. Cidadania e judicialização dos conflitos sociais. **Revista de Direito Público**, Londrina, 2006, v. 1, n. 2, p. 41-54. Disponível em: <<http://www2.uel.br/cesa/direito/doc/estado/artigos/constitucional/Cidadania%20e%20Judicializa%C3%A7%C3%A3o%20dos%20Conflitos%20Sociais.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2014.

FARIAS, Flávio Bezerra de. **O estado capitalista contemporâneo**: para a crítica das visões regulacionistas. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2001.

FERNANDES, Florestan. **A Revolução burguesa no Brasil**: ensaio de interpretação sociológica. 2 ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976.

_____. **A Constituição inacabada**: vias históricas e significado político. São Paulo: Estação liberdade, 1989.

_____. **Que tipo de República?**. 2 ed. São Paulo: Globo, 2007. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?id=8-qkAgAAQBAJ&pg=PT4&lpg=PT4&dq=que+tipo+de+rep%C3%BAblica+florestan&source=bl&ots=k9pWAQxFWK&sig=L6cU6-Ci4DremKLZu3njnatEqIlg&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwjGvLDotJPKAhXIQZAKHY60DXkQ6AEITzAJ#v=onepage&q&f=false>>. Acesso em: 17 set. 2015.

FLEURY, Sonia. Reforma do Estado, seguridade social e as saúde no Brasil. In: Gustavo Corrêa Matta e Júlio César França Lima (orgs.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde**: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2008.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**. São Paulo: Loyola, 1996.

GALLO, Edmundo; NASCIMENTO, Paulo César. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In: Sônia Fleury Teixeira (org.). **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. 4 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2011.

GARAPON, Antoine. **O juiz e a democracia: o guardião de promessas**. Rio de Janeiro: Revan, 1999.

GRAMSCI, Antonio. **Cuardenos de la cárcel**. tomo 3. México: Ediciones Era, 1984.

_____. **Cartas do cárcere: 1931-1937**. 2. ed., v.2, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

HARADA, Kiyoshi. **Direito financeiro e tributário**. São Paulo: Atlas, 2002.

HABERMAS, Jürgen. **Direito e democracia: entre facticidade e validade**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997.

HOLTHE, Leo Van. **Direito constitucional**. 3 ed. Salvador: Juspodivm, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv49230.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

LUNA, Lara. “Fazer viver e deixar morrer: a má-fé da saúde pública no Brasil”. In: Jessé Souza (org.). **A ralé brasileira: quem é e como vive**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

MACHADO, Eliel. Poulantzas: contribuições para uma teoria política dos “movimentos sociais”. In: 37º ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS. 11. 2013. São Paulo. **Anais eletrônicos**. São Paulo: ANPOCS, 2013. Seminário temático 11. Disponível em: <http://www.anpocs.org/portal/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=2028&Itemid=229>. Acesso em: 04. abr. 2015.

MACHADO, Felipe Rangel S. Contribuições ao debate da judicialização da saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, 2008, v. 9, n. 2, p. 73-91, jul./out. 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13118/14921>>. Acesso em: 14 abr. 2016.

MARANHÃO. **Constituição do Estado do Maranhão**, 05 de outubro de 1989. Disponível em: <http://www.stc.ma.gov.br/files/2013/03/CONSTITUI%C3%87%C3%83O-DO-ESTADO-DO-MARANH%C3%83O_atualizada_at%C3%A9_emenda69.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2016.

_____. Secretaria de Estado da Administração, Recursos Humanos e Previdência. **Reforma do Estado: um novo modelo de gestão para o Maranhão**. São Luís, 1998.

MARQUES, Rosa; MENDES, Áquilas. O financiamento do Sistema Único de Saúde e as diretrizes do Banco Mundial. In: PEREIRA, João Márcio Mendes (Org.). **A demolição de**

direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013). Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2014.

MARQUES, Silvia Badim. Judicialização do direito à saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, 2008, v. 9, n. 2, p. 65-72.

MARX, Karl. **O capital**. 11 ed. v. 2. São Paulo: Difel, 1987.

_____. **As lutas de classes na França de 1848 a 1850**. 1 ed. São Paulo: Boitempo, 2012.

MASCARO, Alysson Leandro. **Estado e forma política**. São Paulo: Boitempo, 2013a.

_____. **Filosofia do Direito**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2013b.

MAUS, Ingeborg. Judiciário como superego da sociedade: o papel da atividade jurisprudencial na “sociedade órfã”. In: **Revista Novos Estudos - CEBRAP**, São Paulo. n. 58, nov. 2000, p. 183-202. Disponível em: <
http://novosestudios.uol.com.br/v1/files/uploads/contents/92/20080627_judiciario_como_supe_rego.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2016.

MÉDICI, André. **Economia e financiamento do setor saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, 1994.

MENDES, Áquila. **Tempos turbulentos na saúde pública brasileira: impasses do financiamento no capitalismo financeirizado**. São Paulo: Hucitec, 2012.

MENDES, Eugenio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MOTA, Ana Elizabete. **Cultura de crise e seguridade social**. 7 ed. São Paulo: Cortez, 2015.

MONTAÑO, Carlos; DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Estado, classe e movimento social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

NAVES, Márcio B. **Marxismo e direito: um estudo sobre Pachukanis**. São Paulo: Boitempo, 2008.

NOVELINO, Marcelo. **Direito constitucional**. 7 ed. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2012.

O'BRIEN, David M. **Constitutional law and politics: civil rights and civil liberties**. v. 2. New York: Norton, 2005.

O'CONNOR, James. **USA: a crise do estado capitalista**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **SUS: o desafio de ser único**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

OLIVEIRA, Francisco. O surgimento do antivalor. In: **Revista Novos Estudos - CEBRAP**, São Paulo. n. 22, out. 1988, p. 8-28. Disponível em: <
http://novosestudios.uol.com.br/v1/files/uploads/contents/56/20080623_o_surgimento_do_anti_valor.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2016.

OLIVEIRA, Regis Fernandes de. **Curso de direito financeiro**. 2. ed. rev. e atual. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2008.

PACHUKANIS, E. B. **Teoria geral do direito e marxismo**. São Paulo: Editora Acadêmica, 1988.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: avanços, limites e perspectivas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/6234>>. Acesso em: 12 nov.2015.

PEREIRA, José Carlos de Medeiros. **Medicina, saúde e sociedade**. Ribeirão Preto: Villimpres, 2003. Disponível em: <<http://rms.fmrp.usp.br/antigo/publicacao/medicina%20saude%20sociedade%20alterado.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2013.

PEREIRA, Potyara A.P. **Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

PINHEIRO, Jair. Direito e política: uma relação mal resolvida. **Lutas sociais**. São Paulo, 2009, n. 21/22.

POLANYI, K. **A grande transformação: as origens de nossa época**. 2 ed. Rio de Janeiro: Campos, 2000.

POULANTZAS, Nicos. **Poder político e classes sociais**. 1. ed., São Paulo: Martins Fontes, 1977.

_____. **O Estado, o poder e o socialismo**. 4 ed. São Paulo: Graal, 2000.

PRADO JÚNIOR, Caio. **A revolução brasileira**. 7 ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.

RAMOS, Elival da Silva. **Ativismo judicial: parâmetros dogmáticos**. São Paulo: Saraiva, 2010.

RAMOS FILHO, Wilson. **Marxismo e política: as classes sociais e o direito**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SOCIOLOGIA DO DIREITO, 3, 2013, Curitiba. Disponível em: <<http://www.revistas.unifacs.br/index.php/redu/article/download/2456/1800>>. Acesso em: 2 fev. 2016.

SABBAG, César de Moraes. **Orçamento e desenvolvimento**. São Paulo: Millenium Editora, 2006.

SAES, Décio Azevedo M. **Estado e Democracia: ensaios teóricos**. Campinas: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, 1994.

_____. O lugar da noção de sujeito na sociedade capitalista. **Revista Lutas Sociais**, São Paulo, n. 29, p. 09-20, jul./dez. 2012.

SALVADOR, Evilasio. Orçamento e políticas sociais: metodologia de análise na perspectiva crítica. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, MA, v. 18, n. 1, p. 15-32, jan./jun.2014.

_____; TEIXEIRA, Sandra O. Fundo público e o financiamento das políticas sociais no Brasil. **Serviço Social Revista**. Londrina, PR, v. 14, n. 2, p. 04-22, jan./jun. 2012.

SAMPAIO JR. Plínio. O impasse da formação nacional. In: FIORI, José L. **Estados e moedas no desenvolvimento das nações**. Petrópolis: Vozes, 1999.

SANTOS, Boaventura de Souza et al. Os Tribunais nas sociedades contemporâneas. In: **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. Associação Nacional de Pós-Graduação em Pesquisas em Ciências Sociais. São Paulo. 1996, n. 30, ano 11, p. 29-62. Disponível em: <http://portal.anpocs.org/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=207:rbc-30&catid=69:rbc&Itemid=399>. Acesso em: 14 ago. 2015.

SARLET, Ingo Wolfgang. Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988. **Revista de Direito do Consumidor**. n. 67. p. 125-172. São Paulo, jul.-set. 2008.

SILVA, Ademir Alves da. **A gestão da seguridade social brasileira: entre a política e o mercado**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

SILVA, Ilse Gomes. **Estado, saúde e participação política**. São Paulo: Xamã, 2011.

SILVA, José Afonso da. **Direito constitucional positivo**. 22 ed. São Paulo: Malheiros, 2002.

SILVA, Lino Martins da. **Contabilidade governamental: um enfoque administrativo**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

SILVA, Sheyla Suely de S. A política social brasileira na conjuntura de crise internacional. In: Jordeana Davi, Claudia Martiniano e Lucia Maria Patriota (Orgs.). **Seguridade social e saúde: tendências e desafios**. 2 ed. Campina Grande: EDUEPB, 2011. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/zw25x/pdf/davi-9788578791933.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2015.

SILVA E SILVA, Maria Ozanira da. **Renda mínima e reestruturação produtiva**. São Paulo: Cortez, 1997.

_____. Teorias explicativas sobre a emergência e o desenvolvimento do Welfare State. **Revista de Ciências Sociais**, João Pessoa, n. 15, p. 29-42, set. 1999.

_____. O padrão de proteção social e a reforma das políticas sociais no Brasil. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 04, n. 1.2, 2000.

SIMÕES, Carlos. **Teoria e crítica dos direitos sociais: o estado social e o estado democrático de direito**. São Paulo: Cortez, 2013.

SLOMSKI, Valmor. **Manual de contabilidade pública: um enfoque na contabilidade municipal, de acordo com a Lei de Responsabilidade Fiscal**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

SIOPS. **Demonstrativo da Lei de Responsabilidade Fiscal: relatório resumido da execução orçamentária**. Ministério da Saúde, 2015.

SOUZA, Celina. Brazil: The prospects of a Center-Constraining Federation in a Fragmented Polity. **Publius**, v. 32, n. 2, p. 23-48, jan. 2002. Disponível em: <https://twiki.ufba.br/twiki/bin/viewfile/PROGESP/ItemAcervo252?rev=&filename=Brazil-_the_prospects.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2016.

_____. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. **Revista de Sociologia e Política**. Curitiba, n. 24, p. 105-121, jun. 2005.

SPOSATI, Aldaíza. Proteção social e seguridade social no Brasil: pautas para o trabalho do assistente social. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 116, p. 652-674, out./dez. 2013.

TAVARES, Marco Aurélio Romagnoli. **Ativismo judicial e políticas públicas: direitos fundamentais**. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 2011.

TEIXEIRA, Sônia Fleury. Reflexões teóricas sobre Democracia e Reforma Sanitária. In: Teixeira, Sônia Fleury (org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez, 2011.

TORRES, Ricardo Lobo. **Curso de Direito Financeiro e Tributário**. 13. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2006.

TORRES, Ricardo Lobo. **O direito ao mínimo existencial**. Rio de Janeiro: Renovar, 2009.

VIANA, Nelson Corrêa. Orçamento público: modelos, desafios e crítica. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, MA, v. 18, n. 1, p. 45-57, jan./jun.2014.

VIANNA, Luiz Werneck. **A judicialização da política e das relações sociais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 1999.

_____. O Ativismo Judicial mal compreendido. **Boletim CEDES** [on line]. Rio de Janeiro. 2008, p. 3-5. Disponível em: <<http://www.cedes.iuperj.br>>. Acesso em: 03 set. 2014.

_____; BURGOS, Marcelo Baumann. Revolução processual do direito e democracia progressiva. In: VIANNA, Luiz Jorge Werneck (Org.). **A democracia e os três poderes no Brasil**. Belo Horizonte: UFMG, 2002.

VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. **O direito à saúde no Brasil: reflexões bioéticas à luz do princípio da justiça**. São Paulo: Edições Loyola, 2014.

ANEXO A – RECEITAS PREVISTAS E RECEITAS REALIZADAS EM 2011 – ESTADO DO MARANHÃO

| RECEITAS | PREVISÃO INICIAL | RECEITAS REALIZADAS | |
|---|-------------------------|-------------------------|--------------|
| | | Jan a Dez (b) | % (b / a) |
| RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA E TRANSF. CONST. LEGAIS (I) | 7.092.790.828,75 | 7.216.558.525,51 | 100,01 |
| Impostos | 3.262.280.641,00 | 3.714.337.734,96 | 108,23 |
| Multas, Juros de Mora e Outros Encargos dos Impostos | 4.077.906,00 | 16.764.145,21 | 411,1 |
| Dívida Ativa de Impostos | 7.684.759,00 | 2.984.275,43 | 38,83 |
| Multas, Juros de Mora, Atualização Monetária e Outros Encargos da Dívida Ativa dos Impostos | 0 | 376.458,55 | 28,72 |
| Receitas de Transferências Constitucionais e Legais | 4.635.088.109,00 | 4.406.733.703,25 | 95,07 |
| (-) Transferências Constitucionais e Legais | 816.340.586,25 | 924.637.791,89 | 106,99 |
| TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS (II) | 208.655.774,00 | 259.342.557,98 | 97,92 |
| Da União para o Estado | 208.655.774,00 | 259.342.557,98 | 97,99 |
| Dos Municípios para o Estado | 0 | 0 | 0 |
| Demais Estados para o Estado | 0 | 0 | 0 |
| Outras Receitas do SUS | 0 | 0 | 0 |
| RECEITA DE OPERAÇÕES DE CRÉDITO VINCULADAS À SAÚDE (III) | 0 | 0 | 0 |
| OUTRAS RECEITAS ORÇAMENTÁRIAS | 3.161.233.582,45 | 3.553.108.908,41 | 92,86 |
| (-) DEDUÇÃO PARA O FUNDEB | 1.370.340.617,15 | 1.386.708.518,08 | 99,43 |
| TOTAL | 9.092.339.568,05 | 9.642.301.473,82 | 97,28 |

FONTE: SIOPS, 2015.

ANEXO B – RECEITAS PREVISTAS E RECEITAS REALIZADAS EM 2012 – ESTADO DO MARANHÃO

| RECEITAS | PREVISÃO INICIAL | RECEITAS REALIZADAS | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------|
| | | Até o Semestre (b) | % (b /a) |
| RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA E TRANSF. CONST. LEGAIS (I) | 7.254.208.353,00 | 7.882.814.438,68 | 99,51 |
| Impostos | 3.854.978.658,00 | 4.367.757.314,79 | 101,94 |
| Multas, Juros de Mora e Outros Encargos dos Impostos | 8.155.812,00 | 15.631.518,26 | 191,66 |
| Dívida Ativa de Impostos | 15.369.518,00 | 4.689.544,70 | 30,51 |
| Multas, Juros de Mora, Atualização Monetária e Outros Encargos da Dívida Ativa dos Impostos | 2.621.847,00 | 121.523,30 | 4,64 |
| Receitas de Transferências Constitucionais e Legais | 4.305.313.885,00 | 4.538.553.119,67 | 97,56 |
| (-) Transferências Constitucionais e Legais | 932.231.367,00 | 1.043.938.582,04 | 100,25 |
| TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS (II) | 206.316.379,00 | 359.157.312,20 | 101,63 |
| Da União para o Estado | 206.123.900,00 | 352.353.061,50 | 99,75 |
| Dos Municípios para o Estado | 0 | 0 | 0 |
| Demais Estados para o Estado | 0 | 0 | 0 |
| Outras Receitas do SUS | 192.479,00 | 6.804.250,70 | 3.535,06 |
| RECEITA DE OPERAÇÕES DE CRÉDITO VINCULADAS À SAÚDE (III) | 0 | 0 | 0 |
| OUTRAS RECEITAS ORÇAMENTÁRIAS | 4.606.638.140,00 | 4.049.229.319,44 | 77,25 |
| (-) DEDUÇÃO PARA O FUNDEB | 1.370.319.989,00 | 1.515.600.693,97 | 101,2 |
| TOTAL | 10.696.842.883,00 | 10.775.600.376,35 | 89,65 |

FONTE: SIOPS, 2015.

ANEXO C – RECEITAS PREVISTAS E RECEITAS REALIZADAS EM 2013 – ESTADO DO MARANHÃO

| RECEITAS PARA APURAÇÃO DA APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE | PREVISÃO INICIAL | RECEITAS REALIZADAS | |
|--|------------------|---------------------|-------------|
| | | Até o Bimestre (b) | % (b/a)x100 |
| RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA (I) | 4.647.426.609,00 | 5.038.967.338,87 | 108,42 |
| Impostos s/ Transmissão "causa mortis" e Doação – ITCD | 7.143.840,00 | 6.567.442,98 | 91,93 |
| Imposto s/ Circulação de Mercad. e Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação – ICMS | 4.044.199.769,00 | 4.345.797.509,03 | 107,46 |
| Imposto s/ Propriedade de Veículos Automotores – IPVA | 269.819.428,00 | 282.201.154,82 | 104,59 |
| Imposto de Renda Retido na Fonte – IRRF | 298.555.000,00 | 364.531.355,90 | 122,1 |
| Multas, Juros de Mora e Outros Encargos dos Impostos | 20.243.616,00 | 22.642.386,03 | 111,85 |
| Dívida Ativa dos Impostos | 7.010.362,00 | 14.230.787,16 | 203 |
| Multas, Juros de Mora, Atualização Monetária e Outros Encargos da Dívida Ativa dos Impostos | 454.594,00 | 2.996.702,95 | 659,2 |
| RECEITA DE TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS (II) | 4.701.847.450,00 | 4.878.574.562,75 | 103,76 |
| Cota-Parte FPE | 4.632.333.000,00 | 4.809.501.849,00 | 103,82 |
| Cota-Parte IPI-Exportação | 44.962.000,00 | 44.520.263,75 | 99,02 |
| Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais | 24.552.450,00 | 24.552.450,00 | 100 |
| Desoneração ICMS (LC 87/96) | 24.552.450,00 | 24.552.450,00 | 100 |
| Outras | | | |
| DEDUÇÕES DE TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS AOS MUNICÍPIOS (III) | 0 | 1.198.156.759,47 | 107,2 |
| Parcela do ICMS Repassada aos Municípios | 0 | 1.045.734.024,18 | 107,65 |
| Parcela do IPVA Repassada aos Municípios | 0 | 141.292.669,35 | 104,67 |
| Parcela da Cota-Parte do IPI-Exportação Repassada aos Municípios | 0 | 11.130.065,94 | 99,02 |
| TOTAL DAS RECEITAS PARA APURAÇÃO DA APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (IV) = I + II – III | 9.349.274.059,00 | 8.719.385.142,15 | 105,93 |

FONTE: SIOPS, 2015.

ANEXO D – RECEITAS PREVISTAS E RECEITAS REALIZADAS EM 2014 – ESTADO DO MARANHÃO

| RECEITAS PARA APURAÇÃO DA APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE | PREVISÃO INICIAL | RECEITAS REALIZADAS | |
|--|------------------|---------------------|-------------|
| | | Até o Bimestre (b) | % (b/a)x100 |
| RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA (I) | 5.213.833.100,00 | 5.480.040.669,38 | 101,14 |
| Impostos s/ Transmissão "causa mortis" e Doação – ITCD | 6.562.700,00 | 8.409.441,40 | 123,63 |
| Imposto s/ Circulação de Mercad. e Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação – ICMS | 4.571.536.081,00 | 4.679.356.894,16 | 99,56 |
| Imposto s/ Propriedade de Veículos Automotores – IPVA | 292.000.000,00 | 322.389.847,69 | 100,72 |
| Imposto de Renda Retido na Fonte – IRRF | 312.257.500,00 | 437.531.834,10 | 121,54 |
| Multas, Juros de Mora e Outros Encargos dos Impostos | 17.782.533,00 | 17.573.214,06 | 98,82 |
| Dívida Ativa dos Impostos | 12.067.269,00 | 10.310.418,71 | 85,44 |
| Multas, Juros de Mora e Outros Encargos da Dívida Ativa | 1.627.017,00 | 4.469.019,26 | 274,68 |
| RECEITA DE TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS (II) | 5.019.100.000,00 | 5.308.636.078,35 | 99,69 |
| Cota-Parte FPE | 4.950.000.000,00 | 5.240.968.812,18 | 99,72 |
| Cota-Parte IPI-Exportação | 44.600.000,00 | 43.114.816,17 | 96,67 |
| Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais | 24.500.000,00 | 24.552.450,00 | 100,21 |
| Desoneração ICMS (LC 87/96) | 24.500.000,00 | 24.552.450,00 | 100,21 |
| Outras | | | |
| DEDUÇÕES DE TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS AOS MUNICÍPIOS (III) | 1.244.183.760,00 | 1.294.348.559,77 | 100,22 |
| Parcela do ICMS Repassada aos Municípios | 1.087.033.760,00 | 1.122.097.886,13 | 99,57 |
| Parcela do IPVA Repassada aos Municípios | 146.000.000,00 | 161.471.969,60 | 105,29 |
| Parcela da Cota-Parte do IPI-Exportação Repassada aos Municípios | 11.150.000,00 | 10.778.704,04 | 96,67 |
| TOTAL DAS RECEITAS PARA APURAÇÃO DA APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (IV) = I + II – III | 8.988.749.340,00 | 9.494.328.187,96 | 100,45 |

FONTE: SIOPS, 2015.

ANEXO E – DESPESAS COM SAÚDE REFERENTE AO EXERCÍCIO DE 2011 –
ESTADO DO MARANHÃO

| DESPESAS COM SAÚDE (Por Grupo de Natureza de Despesa) | DOTAÇÃO INICIAL | DOTAÇÃO ATUALIZADA (c) | DESPESAS EXECUTADAS (5) | | |
|---|---|------------------------|--------------------------|---|-------------|
| | | | LIQUIDADAS Jan a Dez (d) | INSCRITAS EM RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS (e) | % ((d+e)/c) |
| DESPESAS CORRENTES | 924.316.469,00 | 990.100.251,00 | 861.733.329,22 | 90.398.433,98 | 96,17 |
| Pessoal e Encargos Sociais | 187.322.264,00 | 197.901.405,00 | 193.646.684,50 | 0 | 97,85 |
| Juros e Encargos da Dívida | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Outras Despesas Correntes | 736.994.205,00 | 792.198.846,00 | 668.086.644,72 | 90.398.433,98 | 95,74 |
| DESPESAS DE CAPITAL | 234.375.848,00 | 198.364.592,00 | 104.228.658,24 | 89.390.301,40 | 97,61 |
| Investimentos | 234.375.848,00 | 198.364.592,00 | 104.228.658,24 | 89.390.301,40 | 97,61 |
| Inversões Financeiras | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Amortização da Dívida | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL (IV) | 1.158.692.317,00 | 1.188.464.843,00 | 965.961.987,46 | 179.788.735,38 | 96,41 |
| DESPESAS PRÓPRIAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE | DOTAÇÃO INICIAL | DOTAÇÃO ATUALIZADA | DESPESAS EXECUTADAS (5) | | |
| | | | LIQUIDADAS Jan a Dez (d) | INSCRITAS EM RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS (e) | % ((d+e)/c) |
| DESPESAS COM SAÚDE | N/A | N/A | 965.961.987,46 | 179.788.735,38 | 100 |
| (-) DESPESAS COM INATIVOS E PENSIONISTAS | N/A | N/A | | | |
| (-) DESPESAS CUSTEADAS COM OUTROS RECURSOS DESTINADOS À SAÚDE | N/A | N/A | 234.746.362,12 | 28.651.274,53 | 22,99 |
| Recursos de Transferências do Sistema Único de Saúde - SUS | N/A | N/A | 231.493.906,95 | 26.146.837,75 | 22,49 |
| Recursos de Operações de Crédito | N/A | N/A | 0 | 0 | 0 |
| Outros Recursos | N/A | N/A | 3.252.455,17 | 2.504.436,78 | 0,5 |
| (-) RESTOS A PAGAR INSCRITOS NO EXERCÍCIO SEM DISPONIBILIDADE FINANCEIRA DE RECURSOS PRÓPRIOS VINCULADOS ¹ | N/A | | | 0 | |
| TOTAL DAS DESPESAS PRÓPRIAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (V) | N/A | N/A | | 882.353.086,19 | 77,01 |
| CONTROLE DE RESTOS A PAGAR | RESTOS A PAGAR INSCRITOS COM DISPONIBILIDADE FINANCEIRA DE RECURSOS PRÓPRIOS VINCULADOS | | | | |

| VINCULADOS À SAÚDE INSCRITOS EM EXERCÍCIOS ANTERIORES | Inscritos em Exercícios Anteriores (3) | Cancelados em 2011 (4) | | | |
|---|--|-------------------------|--------------------------|---|-------------|
| RESTOS A PAGAR DE DESPESAS PRÓPRIAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE | 34.040.087,86 | 0 | | | |
| PARTICIPAÇÃO DAS DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NA RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA E TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS - LIMITE CONSTITUCIONAL <12%> ² [(V - VI)/I] | [(V-VI) / I] | | | | |
| | 12,23 | | | | |
| DESPESAS COM SAÚDE (por subfunção) | DOTAÇÃO INICIAL | DOTAÇÃO ATUALIZADA | DESPESAS EXECUTADAS (5) | | |
| | | | LIQUIDADAS Jan a Dez (d) | INSCRITAS EM RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS (e) | % ((d+e)/c) |
| Atenção Básica | 115.005.363,00 | 143.226.888,00 | 81.432.234,94 | 58.144.174,58 | 12,06 |
| Assistência Hospitalar e Ambulatorial | 556.659.821,00 | 595.148.981,00 | 501.981.950,04 | 81.650.883,94 | 50,41 |
| Suporte Profilático e Terapêutico | 54.500.000,00 | 63.871.921,00 | 58.132.104,52 | 5.406.648,39 | 5,49 |
| Vigilância Sanitária | 1.642.000,00 | 679.430,00 | 446.878,12 | 203.313,41 | 0,06 |
| Vigilância Epidemiológica | 15.719.238,00 | 15.599.215,00 | 7.295.994,21 | 2.720.971,15 | 0,87 |
| Alimentação e Nutrição | 12.266.575,00 | 5.884.271,00 | 5.397.357,68 | 65.056,00 | 0,47 |
| Outras Subfunções | 402.899.320,00 | 364.054.137,00 | 323.340.959,98 | 31.597.687,91 | 30,66 |
| TOTAL | 1.158.692.317,00 | 1.188.464.843,00 | 978.027.479,49 | 179.788.735,38 | 100 |

FONTE: SIOPS, 2015.

ANEXO F – DESPESAS COM SAÚDE REFERENTE AO EXERCÍCIO DE 2012 –
ESTADO DO MARANHÃO

| DESPESAS COM SAÚDE (Por Grupo de Natureza de Despesa) | DOTAÇÃO INICIAL | DOTAÇÃO ATUALIZADA (c) | DESPESAS LIQUIDADAS (7) | | |
|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|---|---------------------|
| | | | Jan a Jun (d) | INSCRITAS EM RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS (e) | % ((d+e)/c) |
| DESPESAS CORRENTES | 1.117.988.413,00 | 1.303.464.678,86 | 1.181.075.317,76 | 53.246.754,59 | 94,7 |
| Pessoal e Encargos Sociais | 196.122.906,00 | 217.837.645,00 | 215.534.392,99 | 0 | 98,94 |
| Juros e Encargos da Dívida | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Outras Despesas Correntes | 921.865.507,00 | 1.085.627.033,86 | 965.540.924,77 | 53.246.754,59 | 93,84 |
| DESPESAS DE CAPITAL | 69.022.581,00 | 141.792.298,37 | 104.763.886,33 | 27.728.742,01 | 93,44 |
| Investimentos | 69.022.581,00 | 141.792.298,37 | 104.763.886,33 | 27.728.742,01 | 93,44 |
| Inversões Financeiras | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Amortização da Dívida | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL (IV) | 1.187.010.994,00 | 1.445.256.977,23 | 1.285.839.204,09 | 80.975.496,60 | 94,57 |
| DESPESAS PRÓPRIAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE | DOTAÇÃO INICIAL | DOTAÇÃO ATUALIZADA | DESPESAS LIQUIDADAS (7) | | |
| | | | Jan a Jun (e) | INSCRITAS EM RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS (e) | % (e / Desp. Saúde) |
| DESPESAS COM SAÚDE | N/A | N/A | 1.285.839.204,09 | 80.975.496,60 | 100 |
| (-) DESPESAS COM INATIVOS E PENSIONISTAS | N/A | N/A | | | |
| (-) DESPESAS CUSTEADAS COM OUTROS RECURSOS DESTINADOS À SAÚDE | N/A | N/A | 309.210.781,48 | 23.317.827,30 | 24,33 |
| Recursos de Transferências do Sistema Único de Saúde – SUS | N/A | N/A | 298.235.899,95 | 20.262.574,47 | 23,3 |
| Recursos de Operações de Crédito | N/A | N/A | 0 | 0 | 0 |
| Outros Recursos | N/A | N/A | 10.974.881,53 | 3.055.252,83 | 1,03 |
| (-) RESTOS A PAGAR INSCRITOS NO EXERCÍCIO SEM DISPONIBILIDADE FINANCEIRA DE RECURSOS PRÓPRIOS VINCULADOS ¹ | N/A | | | 43.899.591,73 | |
| TOTAL DAS DESPESAS PRÓPRIAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (V) | N/A | N/A | | 990.386.500,18 | 72,46 |

| CONTROLE DE RESTOS A PAGAR VINCULADOS À SAÚDE INSCRITOS EM EXERCÍCIOS ANTERIORES | RESTOS A PAGAR INSCRITOS COM DISPONIBILIDADE FINANCEIRA DE RECURSOS PRÓPRIOS VINCULADOS | | | | |
|---|---|-------------------------|-------------------------|----------------------|-------------|
| | Inscritos em Exercícios Anteriores (3) | Cancelados em 2012 (4) | | | |
| RESTOS A PAGAR DE DESPESAS PRÓPRIAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE | 156.469.952,19 | 8.810.252,18 | | | |
| PARTICIPAÇÃO DAS DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NA RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA E TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS - LIMITE CONSTITUCIONAL <12%> ² [(V - VI)/I] | [(V - VI)/I] | | | | |
| | 12,45 | | | | |
| DESPESAS COM SAÚDE (por subfunção) | DOTAÇÃO INICIAL | DOTAÇÃO ATUALIZADA | DESPESAS LIQUIDADAS (7) | | |
| | | | Jan a Dez (i) | (i) Total / i | % ((d+e)/c) |
| Atenção Básica | 2.970.000,00 | 5.568.620,91 | 3.021.026,34 | 139.547,68 | 0,23 |
| Assistência Hospitalar e Ambulatorial | 806.349.246,00 | 1.039.365.000,04 | 957.020.260,16 | 61.641.728,95 | 74,53 |
| Suporte Profilático e Terapêutico | 35.000.000,00 | 32.460.775,00 | 24.249.573,34 | 5.480.823,23 | 2,18 |
| Vigilância Sanitária | 220.000,00 | 242.131,00 | 42.130,25 | 0 | 0 |
| Vigilância Epidemiológica | 3.192.625,00 | 4.727.636,00 | 1.293.441,85 | 325.917,01 | 0,12 |
| Alimentação e Nutrição | 44.394.881,00 | 38.844.633,00 | 7.406.117,89 | 1.391.009,70 | 0,64 |
| Outras Subfunções | 294.884.242,00 | 324.048.181,28 | 292.806.654,26 | 11.996.470,03 | 22,3 |
| TOTAL | 1.187.010.994,00 | 1.445.256.977,23 | 1.285.839.204,09 | 80.975.496,60 | 100 |

FONTE: SIOPS, 2015.

ANEXO G – DESPESAS COM SAÚDE REFERENTE AO EXERCÍCIO DE 2013 –
ESTADO DO MARANHÃO

| DESPESAS COM SAÚDE (Por Grupo de Natureza de Despesa) | DOTAÇÃO INICIAL | DOTAÇÃO ATUALIZADA (e) | DESPESAS EXECUTADAS | | |
|---|--------------------|------------------------------|-------------------------------------|--|---------------------|
| | | | Liquidadas Até o Bimestre (f) | Inscritas em Restos a Pagar não Processados (g) | % (f+g)/e |
| DESPESAS CORRENTES | 0 | 1.509.915.772,15 | 1.312.169.320,17 | 83.020.931,20 | 92,4 |
| Pessoal e Encargos Sociais | 0 | 241.325.320,00 | 239.959.142,28 | 0 | 99,43 |
| Juros e Encargos da Dívida | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Outras Despesas Correntes | 0 | 1.268.590.452,15 | 1.072.210.177,89 | 83.020.931,20 | 91,06 |
| DESPESAS DE CAPITAL | 0 | 348.542.802,39 | 106.274.466,99 | 104.900.510,98 | 60,59 |
| Investimentos | 0 | 340.362.802,39 | 98.474.466,99 | 104.900.510,98 | 59,75 |
| Inversões Financeiras | 0 | 8.180.000,00 | 7.800.000,00 | 0 | 95,35 |
| Amortização da Dívida | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL DAS DESPESAS COM SAÚDE (VIII) | 0 | 1.858.458.574,54 | | 1.606.365.229,34 | 86,44 |
| DESPESAS COM SAÚDE NÃO COMPUTADAS PARA FINS DE APURAÇÃO DO PERCENTUAL MÍNIMO | DOTAÇÃO INICIAL | DOTAÇÃO ATUALIZADA | DESPESAS EXECUTADAS | | |
| | | | Liquidadas Até o Bimestre (h) | Inscritas em Restos a Pagar não Processados (i) | % [(h+i)/V(f+g)] |
| DESPESAS COM INATIVOS E PENSIONISTAS | 0 | | 0 | 0 | 0 |
| DESPESA COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE QUE NÃO ATENDE AO PRINCÍPIO DE ACESSO UNIVERSAL | 0 | | 0 | 0 | 0 |
| DESPESAS CUSTEADAS COM OUTROS RECURSOS | 0 | | 395.456.741,81 | 127.231.169,44 | 32,54 |
| Recursos de Transferências do Sistema Único de Saúde – SUS | 0 | | 320.460.499,53 | 18.528.114,01 | 21,1 |
| Recursos de Operações de Crédito | 0 | | 61.242.824,06 | 83.978.810,00 | 9,04 |
| Outros Recursos | 0 | | 13.753.418,22 | 24.724.245,43 | 2,4 |
| OUTRAS AÇÕES E SERVIÇOS NÃO COMPUTADOS | 0 | | 0 | 0 | 0 |
| RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS INSCRITOS INDEVIDAMENTE NO EXERCÍCIO SEM DISPONIBILIDADE FINANCEIRA ¹ | N/A | N/A | N/A | 0 | |

| | | | | | |
|---|---|-------------------------|---|-------------------------|----------|
| DESPESAS CUSTEADAS COM DISPONIBILIDADE DE CAIXA VINCULADA AOS RESTOS A PAGAR CANCELADOS ² | 0 | N/A | 0 | 0 | 0 |
| DESPESAS CUSTEADAS COM RECURSOS VINCULADOS À PARCELA DO PERCENTUAL MÍNIMO QUE NÃO FOI APLICADA EM AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE EM EXERCÍCIOS ANTERIORES ³ | 0 | N/A | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL DAS DESPESAS COM SAÚDE NÃO COMPUTADAS (IX) | 0 | | | 522.687.911,25 | 32,54 |
| TOTAL DAS DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (VII) = [V(f+g)/VI(h+i)] | | 1.858.458.574,54 | | 1.083.677.318,09 | - |

| | |
|--|--------------|
| PERCENTUAL DE APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE SOBRE A RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA E TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS(VIII%)=[VII(h+i)/IVb*100] - LIMITE CONSTITUCIONAL 15% 4 e 5 | 12,43 |
|--|--------------|

| | |
|---|----------------------|
| VALOR REFERENTE À DIFERENÇA ENTRE O VALOR EXECUTADO E O LIMITE MÍNIMO CONSTITUCIONAL [VII(h+i)-(12*IVb)/100] | 37.351.101,00 |
|---|----------------------|

| EXECUÇÃO DE RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS INSCRITOS COM DISPONIBILIDADE DE CAIXA | INSCRITOS | CANCELADOS /PRESCRITOS | PAGOS | A PAGAR | PARCELA CONSIDERADA NO LIMITE |
|---|---|--|-----------------------|----------------|--------------------------------------|
| Inscritos em 2013 | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| Inscritos em 2012 | 16.791.264,13 | 16.791.264,13 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 16.791.264,13 | 16.791.264,13 | 0 | 0 | 0 |
| CONTROLE DOS RESTOS A PAGAR CANCELADOS OU PRESCRITOS PARA FINS DE APLICAÇÃO DA DISPONIBILIDADE DE CAIXA CONFORME ARTIGO 24,§ 1° e 2° | RESTOS A PAGAR CANCELADOS OU PRESCRITOS | | | | |
| | Saldo Inicial | Despesas custeadas no exercício de referência | Saldo Final | | |
| | | (j) | (Não Aplicado) | | |
| | Restos a Pagar Cancelados ou Prescritos em 2013 | 0 | 0 | 0 | |
| | Restos a Pagar Cancelados ou Prescritos em 2012 | 0 | N/A | N/A | |
| Total (IX) | 0 | 0 | 0 | | |

| CONTROLE DE VALOR REFERENTE AO PERCENTUAL MÍNIMO NÃO CUMPRIDO EM EXERCÍCIOS ANTERIORES PARA FINS DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS VINCULADOS CONFORME ARTIGOS 25 e 26 | LIMITE NÃO CUMPRIDO | | | | |
|--|-------------------------|--|----------------------------------|--|-----------------------------|
| | Saldo Inicial | Despesas custeadas no exercício de referência (k) | Saldo Final (Não Aplicado) | | |
| Diferença de limite não cumprido em 2012 | 0 | 0 | 0 | | |
| Total (X) | 0 | 0 | 0 | | |
| DESPESAS COM SAÚDE (Por Subfunção) | DOTAÇÃO INICIAL | DOTAÇÃO ATUALIZADA | DESPESAS EXECUTADAS | | |
| | | | Liquidadas Até o Bimestre (l) | Inscritas em Restos a Pagar não Processados (m) | % [(l+m)/total(l+m)]x100 |
| Atenção Básica | 3.950.000,00 | 7.173.042,09 | 4.555.570,54 | 1.348.440,76 | 0,51 |
| Assistência Hospitalar e Ambulatorial | 863.637.512,00 | 1.228.592.051,69 | 936.338.493,52 | 131.186.056,42 | 92,18 |
| Suporte Profilático e Terapêutico | 50.000.000,00 | 43.717.029,00 | 36.770.429,77 | 6.891.612,90 | 3,77 |
| Vigilância Sanitária | 1.100.000,00 | 3.822.637,96 | 1.261.509,42 | 263.994,40 | 0,13 |
| Vigilância Epidemiológica | 7.929.800,00 | 12.674.850,50 | 2.380.410,89 | 2.021.001,44 | 0,38 |
| Alimentação e Nutrição | 3.878.428,00 | 15.744.604,15 | 2.080.749,10 | 9.001.948,57 | 0,96 |
| Outras Subfunções | 476.883.033,00 | 27.767.327,51 | 22.703.408,28 | 1.274.648,51 | 2,07 |
| TOTAL | 1.407.378.773,00 | 1.339.491.542,90 | 1.158.078.274,52 | | 100 |

FONTE: SIOPS, 2015.

ANEXO H - DESPESAS COM SAÚDE REFERENTE AO EXERCÍCIO DE 2014 –
ESTADO DO MARANHÃO

| DESPESAS COM SAÚDE (Por Grupo de Natureza de Despesa) | DOTAÇÃO INICIAL | DOTAÇÃO ATUALIZADA (e) | DESPESAS EXECUTADAS | | |
|---|------------------|---------------------------|----------------------------------|--|-----------------------|
| | | | Liquidadas Até o Bimestre (f) | Inscritas em Restos a Pagar não Processados (g) | % (f+g)/e) |
| DESPESAS CORRENTES | 1.595.878.365,00 | 1.776.695.926,00 | 1.596.374.252,07 | 90.172.392,36 | 94,93 |
| Pessoal e Encargos Sociais | 283.634.000,00 | 269.358.294,00 | 257.922.496,19 | 0 | 95,75 |
| Juros e Encargos da Dívida | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Outras Despesas Correntes | 1.312.244.365,00 | 1.507.337.632,00 | 1.338.451.755,88 | 90.172.392,36 | 94,78 |
| DESPESAS DE CAPITAL | 268.518.604,00 | 306.918.324,00 | 194.333.773,16 | 13.335.488,52 | 67,66 |
| Investimentos | 268.518.604,00 | 306.918.324,00 | 194.333.773,16 | 13.335.488,52 | 67,66 |
| Inversões Financeiras | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Amortização da Dívida | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL DAS DESPESAS COM SAÚDE (VIII) | 1.864.396.969,00 | 2.083.614.250,00 | 1.894.215.906,11 | | 90,91 |
| DESPESAS COM SAÚDE NÃO COMPUTADAS PARA FINS DE APURAÇÃO DO PERCENTUAL MÍNIMO | DOTAÇÃO INICIAL | DOTAÇÃO ATUALIZADA | DESPESAS EXECUTADAS | | |
| | | | Liquidadas Até o Bimestre (h) | Inscritas em Restos a Pagar não Processados (i) | % [(h+i) / V(f+g)] |
| DESPESAS COM INATIVOS E PENSIONISTAS | N/A | | 0 | 0 | 0 |
| DESPESA COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE QUE NÃO ATENDE AO PRINCÍPIO DE ACESSO UNIVERSAL | N/A | | 0 | 0 | 0 |
| DESPESAS CUSTEADAS COM OUTROS RECURSOS | N/A | | 547.520.384,58 | 53.581.220,34 | 31,73 |
| Recursos de Transferências do Sistema Único de Saúde - SUS | N/A | | 368.697.264,90 | 30.285.764,02 | 21,06 |
| Recursos de Operações de Crédito | N/A | | 155.745.455,92 | 6.664.868,43 | 8,57 |
| Outros Recursos | N/A | | 23.077.663,76 | 16.630.587,89 | 2,1 |
| OUTRAS AÇÕES E SERVIÇOS NÃO COMPUTADOS | N/A | | 0 | 0 | 0 |
| RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS INSCRITOS INDEVIDAMENTE NO EXERCÍCIO SEM DISPONIBILIDADE FINANCEIRA ¹ | N/A | N/A | N/A | 0 | N/A |

| | | | | | |
|---|-----|-------------------------|----------|------------------------|-------|
| DESPESAS CUSTEADAS COM DISPONIBILIDADE DE CAIXA VINCULADA AOS RESTOS A PAGAR CANCELADOS ² | N/A | N/A | 0 | 0 | 0 |
| DESPESAS CUSTEADAS COM RECURSOS VINCULADOS À PARCELA DO PERCENTUAL MÍNIMO QUE NÃO FOI APLICADA EM AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE EM EXERCÍCIOS ANTERIORES ³ | N/A | N/A | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL DAS DESPESAS COM SAÚDE NÃO COMPUTADAS (IX) | | | | 601.101.604,92 | 31,73 |
| TOTAL DAS DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (VII) = [V(f+g)/VI(h+i)] | N/A | 2.083.614.250,00 | 9 | 1.293.114.301,1 | - |

| | |
|---|--------------|
| PERCENTUAL DE APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE SOBRE A RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA E TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS (VIII%) = (VII(h+i) / IVb x 100) - LIMITE CONSTITUCIONAL 12% ⁴ e 5 | 13,62 |
|---|--------------|

| | |
|---|----------------------------------|
| VALOR REFERENTE À DIFERENÇA ENTRE O VALOR EXECUTADO E O LIMITE MÍNIMO CONSTITUCIONAL [VII(h+i) - (12 x IVb)/100] | 153.794,91 8,63 |
|---|----------------------------------|

| EXECUÇÃO DE RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS INSCRITOS COM DISPONIBILIDADE DE CAIXA | INSCRITOS | CANCELADOS / PRESCRITOS | PAGOS | A PAGAR | PARCEL A CONSIDERA NO LIMITE |
|---|--|--|-----------------------------------|---------|------------------------------|
| Inscritos em 2014 | 0 | N/A | N/A | N/A | 0 |
| Inscritos em 2013 | 60.690.272,74 | 3.005.009,79 | 57.685.262,95 | 0 | 23.339.171,71 |
| Inscritos em 2012 | 16.791.264,13 | 16.791.264,13 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 77.481.536,87 | 19.796.273,92 | 57.685.262,95 | 0 | 23.339.171,71 |
| CONTROLE DOS RESTOS A PAGAR CANCELADOS OU PRESCRITOS PARA FINS DE APLICAÇÃO DA DISPONIBILIDADE DE CAIXA CONFORME ARTIGO 24,§ 1º e 2º | RESTOS A PAGAR CANCELADOS OU PRESCRITOS | | | | |
| | Saldo Inicial | Despesas custeadas no exercício de referência (j) | Saldo Final (Não Aplicado) | | |
| Restos a Pagar Cancelados ou Prescritos em 2014 | 0 | 0 | 0 | | |
| Restos a Pagar Cancelados ou Prescritos em 2013 | 0 | 0 | 0 | | |
| Restos a Pagar Cancelados ou Prescritos em 2012 | N/A | N/A | N/A | | |
| Total (IX) | 0 | 0 | 0 | | |
| LIMITE NÃO CUMPRIDO | | | | | |

| CONTROLE DO VALOR REFERENTE AO PERCENTUAL MÍNIMO NÃO CUMPRIDO EM EXERCÍCIOS ANTERIORES PARA FINS DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS VINCULADOS CONFORME ARTIGOS 25 e 26 | Saldo Inicial | Despesas custeadas no exercício de referência | Saldo Final | | |
|---|-------------------------|--|----------------------------------|--|-------------------------------|
| | | | (Não Aplicado) | | |
| Diferença de limite não cumprido em 2013 | 0 | 0 | 0 | | |
| Total (X) | 0 | 0 | 0 | | |
| DESPESAS COM SAÚDE (Por Subfunção) | DOTAÇÃO INICIAL | DOTAÇÃO ATUALIZADA | DESPESAS EXECUTADAS | | |
| | | | Liquidadas Até o Bimestre | Inscritas em Restos a Pagar não Processados | % |
| | | | (l) | (m) | [(l+m)/total(l+m)]x100 |
| Atenção Básica | 3.160.000,00 | 6.852.922,00 | 4.677.370,80 | 388.029,60 | 0,27 |
| Assistência Hospitalar e Ambulatorial | 1.163.155.699,00 | 1.370.479.022,00 | 1.202.745.234,86 | 44.381.135,49 | 65,84 |
| Suporte Profilático e Terapêutico | 50.034.543,00 | 44.519.817,00 | 32.114.679,86 | 8.201.199,96 | 2,13 |
| Vigilância Sanitária | 2.174.800,00 | 2.935.195,00 | 1.095.050,33 | 246.393,32 | 0,07 |
| Vigilância Epidemiológica | 4.364.000,00 | 19.223.303,00 | 5.544.176,35 | 2.539.949,76 | 0,43 |
| Alimentação e Nutrição | 19.703.327,00 | 21.401.305,00 | 1.537.488,66 | 4.918.340,65 | 0,34 |
| Outras Subfunções | 621.804.600,00 | 618.202.686,00 | 542.994.024,37 | 42.832.832,10 | 30,93 |
| TOTAL | 1.864.396.969,00 | 2.083.614.250,00 | 1.894.215.906,11 | | 100,01 |

FONTE: SIOPS, 2015

ANEXO I – LISTA DE ASSUNTOS CNJ: SAÚDE

| Cód. | Assunto CNJ |
|-------|---|
| 3388 | DIREITO PENAL Periclitaco da Vida e da Saúde e Rixa |
| 3389 | DIREITO PENAL Periclitaco da Vida e da Saúde e Rixa Perigo de contágio de moléstia grave |
| 3390 | DIREITO PENAL Periclitaco da Vida e da Saúde e Rixa Perigo para a vida ou saúde de outrem |
| 3391 | DIREITO PENAL Periclitaco da Vida e da Saúde e Rixa Abandono de incapaz |
| 3392 | DIREITO PENAL Periclitaco da Vida e da Saúde e Rixa Omissão de socorro |
| 3393 | DIREITO PENAL Periclitaco da Vida e da Saúde e Rixa Rixa |
| 3517 | DIREITO PENAL Crimes contra a Incolumidade Pública Outras Substâncias Nocivas  Saúde Pública |
| 5911 | DIREITO PENAL Periclitaco da Vida e da Saúde e Rixa Perigo de Contágio Venreo |
| 5967 | DIREITO TRIBUTÁRIO Taxas Federais Taxa de Saúde Suplementar |
| 6082 | DIREITO TRIBUTÁRIO Contribuies Contribuies Especiais FUSEX/FUNSA/FUSMA/Fundo de Saúde das Forças Armadas |
| 6233 | DIREITO DO CONSUMIDOR Contratos de Consumo Planos de Saúde |
| 9648 | DIREITO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE Ato Infracional Periclitaco da Vida e da Saúde e Rixa |
| 9649 | DIREITO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE Ato Infracional Periclitaco da Vida e da Saúde e Rixa Perigo de contágio de moléstia grave |
| 9650 | DIREITO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE Ato Infracional Periclitaco da Vida e da Saúde e Rixa Perigo para a vida ou saúde de outrem (art. 132) |
| 9651 | DIREITO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE Ato Infracional Periclitaco da Vida e da Saúde e Rixa Abandono de incapaz (art. 133) |
| 9652 | DIREITO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE Ato Infracional Periclitaco da Vida e da Saúde e Rixa Omissão de socorro (art. 135) |
| 9653 | DIREITO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE Ato Infracional Periclitaco da Vida e da Saúde e Rixa Rixa (art. 137) |
| 9654 | DIREITO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE Ato Infracional Periclitaco da Vida e da Saúde e Rixa Perigo de Contágio Venreo |
| 9798 | DIREITO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE Ato Infracional Contra a Incolumidade Pública Outras Substâncias Nocivas  Saúde Pública (Art. 278) |
| 10064 | DIREITO ADMINISTRATIVO E OUTRAS MATÉRIAS DE DIREITO PÚBLICO Serviços Saúde |
| 10069 | DIREITO ADMINISTRATIVO E OUTRAS MATÉRIAS DE DIREITO PÚBLICO Serviços Saúde Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos |
| 10244 | DIREITO ADMINISTRATIVO E OUTRAS MATÉRIAS DE DIREITO PÚBLICO Servidor Público Civil Sistema Remuneratório e Benefícios Assistência  Saúde |
| 10263 | DIREITO ADMINISTRATIVO E OUTRAS MATÉRIAS DE DIREITO PÚBLICO Servidor Público Civil Licenças / Afastamentos Tratamento da Própria Saúde |
| 10335 | DIREITO ADMINISTRATIVO E OUTRAS MATÉRIAS DE DIREITO PÚBLICO Militar Regime Serviço Militar dos Profissionais da Saúde |
| 10376 | DIREITO ADMINISTRATIVO E OUTRAS MATÉRIAS DE DIREITO PÚBLICO Concurso Público / Edital Exame de Saúde e/ou Aptidão Física |
| 10508 | DIREITO PENAL Periclitaco da Vida e da Saúde e Rixa Maus Tratos |
| 10509 | DIREITO PENAL Periclitaco da Vida e da Saúde e Rixa Exposio ou Abandono de Recém Nascido |
| 11851 | DIREITO ADMINISTRATIVO E OUTRAS MATÉRIAS DE DIREITO PÚBLICO Serviços Saúde Terceirizao do SUS |
| 11852 | DIREITO ADMINISTRATIVO E OUTRAS MATÉRIAS DE DIREITO PÚBLICO Serviços Saúde Financiamento do SUS |
| 11853 | DIREITO ADMINISTRATIVO E OUTRAS MATÉRIAS DE DIREITO PÚBLICO Serviços Saúde Vigilância Sanitária e Epidemiológica |
| 11854 | DIREITO ADMINISTRATIVO E OUTRAS MATÉRIAS DE DIREITO PÚBLICO Serviços Saúde Saúde Mental |

| | |
|-------|--|
| 11855 | DIREITO ADMINISTRATIVO E OUTRAS MATÉRIAS DE DIREITO PÚBLICO Serviços Saúde Controle Social e Conselhos de Saúde |
| 11856 | DIREITO ADMINISTRATIVO E OUTRAS MATÉRIAS DE DIREITO PÚBLICO Serviços Saúde Hospitais e Outras Unidades de Saúde |
| 11857 | DIREITO ADMINISTRATIVO E OUTRAS MATÉRIAS DE DIREITO PÚBLICO Serviços Saúde Doação e Transplante de Órgãos; Tecidos e Partes do Corpo Humano |
| 11883 | DIREITO ADMINISTRATIVO E OUTRAS MATÉRIAS DE DIREITO PÚBLICO Serviços Saúde Tratamento Médico-Hospitalar |
| 11884 | DIREITO ADMINISTRATIVO E OUTRAS MATÉRIAS DE DIREITO PÚBLICO Serviços Saúde Fornecimento de Medicamentos |
| 11885 | DIREITO ADMINISTRATIVO E OUTRAS MATÉRIAS DE DIREITO PÚBLICO Serviços Saúde Tratamento Médico-Hospitalar Unidade de terapia intensiva (UTI) ou unidade de cuidados intensivos (UCI) |

ANEXO J – LISTA DAS UNIDADES DE SAÚDE DO ESTADO DO MARANHÃO

UNIDADES DE SAÚDE

LISTAGEM COMPLETA

- * /CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DA CIDADE OPERÁRIA
<<http://www.saude.ma.gov.br/saude/centros-de-saude/unidade-centro-de-especialidades-medica-da-cidade-operaria/>>/
- * /CENTRO ESPECIALIZADO DE REABILITAÇÃO NO OLHO D' AGUA
<<http://www.saude.ma.gov.br/saude/centros-de-saude/unidade-centro-especializado-de-reabilitacao-no-olho-d-agua/>>/
- * /CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS E DIAGNÓSTICO DR. LUIZ ALFREDO NETO GUTERRES
<<http://www.saude.ma.gov.br/saude/centros-de-saude/centro-de-especialidades-medicas-e-diagnostico-dr-luiz-alfredo-neto-guterres/>>/
- * /CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA – HEMOMAR
<<http://www.saude.ma.gov.br/saude/centros-de-saude/unidade-centro-de-hematologia-e-hemoterapia-hemomar/>>/
- * /CENTRO DE MEDICINA ESPECIALIZADA – CEMESP NO BAIRRO DE FÁTIMA
<<http://www.saude.ma.gov.br/saude/centros-de-saude/centro-de-medicina-especializada-cesesp-no-bairro-de-fatima/>>/
- * /CENTRO DE REFERÊNCIA DE EXAMES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – PAM DIAMANTE
<<http://www.saude.ma.gov.br/saude/centros-de-saude/unidade-centro-de-referencia-de-exames-de-media-e-alta-complexidade-pam-diamante/>>/
- * /CENTRO DE SAÚDE DR. GENÉSIO RÊGO
<<http://www.saude.ma.gov.br/saude/centros-de-saude/centro-de-saude-dr-genesio-rego/>>/
- * /FARMÁCIA DE MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS – FEME
<<http://www.saude.ma.gov.br/saude/centros-de-saude/unidade-farmacia-de-medicamentos-especializados-feme/>>/
- * /HOSPITAL AQUILES LISBOA
<<http://www.saude.ma.gov.br/saude/centros-de-saude/unidade-hospital-aquiles-lisboa/>>/
- * /HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE DO MARANHÃO – DR. CARLOS MACIEIRA
<<http://www.saude.ma.gov.br/saude/centros-de-saude/unidade-hospital-de-alta-complexidade-do-maranhao-dr-carlos-macieira/>>/
- * /HOSPITAL DE LAGO DOS RODRIGUES
<<http://www.saude.ma.gov.br/saude/centros-de-saude/unidade-hospital-de-lago-dos-rodrigues/>>/
- * /HOSPITAL DR. ADELSON DE SOUSA LOPES – VILA LUIZÃO
<<http://www.saude.ma.gov.br/saude/centros-de-saude/unidade-hospital-dr-adelson-de-sousa-lobes-vila-luizao/>>/
- * /HOSPITAL E MATERNIDADE MARLY SARNEY
<<http://www.saude.ma.gov.br/saude/centros-de-saude/unidade-hospital-e-maternidade-marly-sarney/>>/
- * /HOSPITAL NINA RODRIGUES
<<http://www.saude.ma.gov.br/saude/centros-de-saude/unidade-hospital-e-maternidade-nina-rodrigues/>>/
- * /HOSPITAL GERAL TARQUÍNIO LOPES FILHO
<<http://www.saude.ma.gov.br/saude/centros-de-saude/unidade-hospital-geral-tarquinio-lobes-filho/>>/

* /HOSPITAL INFANTIL DR. JUVÊNIO MATOS
<<http://www.saude.ma.gov.br/saude/centros-de-saude/unidade-hospital-infantil-dr-juvencio-matos/>>/

* /HOSPITAL MACRORREGIONAL DE COROATÁ
<<http://www.saude.ma.gov.br/saude/centros-de-saude/unidade-hospital-macrorregional-de-coroata/>>/

* /HOSPITAL PAULINO NEVES
<<http://www.saude.ma.gov.br/saude/centros-de-saude/unidade-hospital-paulino-neves/>>/

* /HOSPITAL PRESIDENTE VARGAS
<<http://www.saude.ma.gov.br/saude/centros-de-saude/unidade-hospital-presidente-vargas/>>/

* /HOSPITAL REGIONAL ADÉLIA MATOS FONSECA DE ITAPECURU MIRIM
<<http://www.saude.ma.gov.br/saude/centros-de-saude/unidade-hospital-regional-adelia-matos-fonseca-de-itapecuru-mirim/>>/

* /HOSPITAL REGIONAL ALARICO NUNES PACHECO DE TIMON
<<http://www.saude.ma.gov.br/saude/centros-de-saude/unidade-hospital-regional-alarico-nunes-pacheco-de-timon/>>/

* /HOSPITAL REGIONAL DE ALTO ALEGRE DO MARANHÃO
<<http://www.saude.ma.gov.br/saude/centros-de-saude/unidade-hospital-alto-alegre-do-maranhao/>>/

* /HOSPITAL REGIONAL DE BARREIRINHAS
<<http://www.saude.ma.gov.br/saude/centros-de-saude/unidade-hospital-regional-de-barreirinhas/>>/

* /HOSPITAL REGIONAL DE COLINAS
<<http://www.saude.ma.gov.br/saude/centros-de-saude/unidade-hospital-regional-de-colinas/>>/

* /HOSPITAL REGIONAL DE GRAJAÚ
<<http://www.saude.ma.gov.br/saude/centros-de-saude/unidade-hospital-regional-de-grajau/>>/

* /HOSPITAL REGIONAL DE MATÕES DO NORTE
<<http://www.saude.ma.gov.br/saude/centros-de-saude/unidade-hospital-regional-de-matoes-do-norte/>>/

* /HOSPITAL REGIONAL DE MONÇÃO
<<http://www.saude.ma.gov.br/saude/centros-de-saude/unidade-hospital-regional-de-moncao/>>/

* /HOSPITAL REGIONAL DE MORROS
<<http://www.saude.ma.gov.br/saude/centros-de-saude/unidade-hospital-regional-de-morros/>>/

* /HOSPITAL REGIONAL DE PERITORÓ
<<http://www.saude.ma.gov.br/saude/centros-de-saude/unidade-hospital-regional-de-peritoro/>>/

* /HOSPITAL REGIONAL DE TIMBIRAS
<<http://www.saude.ma.gov.br/saude/centros-de-saude/unidade-hospital-regional-de-timbiras/>>/

* /HOSPITAL REGIONAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE PRESIDENTE DUTRA
<<http://www.saude.ma.gov.br/saude/centros-de-saude/unidade-hospital-regional-de-urgencia-e-emergencia-de-presidente-dutra/>>/

* /HOSPITAL REGIONAL DR. JOSÉ MURAD DE VIANA
<<http://www.saude.ma.gov.br/saude/centros-de-saude/unidade-hospital-regional-dr-jose-murad-de-viana/>>/

* /HOSPITAL REGIONAL MATERNO INFANTIL DE IMPERATRIZ
<<http://www.saude.ma.gov.br/saude/centros-de-saude/unidade-hospital-regional-materno-infantil-de-imperatriz/>>/

* /INSTITUTO OSVALDO CRUZ

<<http://www.saude.ma.gov.br/saude/centros-de-saude/unidade-instituto-osvaldo-cruz/>>/

* /MATERNIDADE BENEDITO LEITE

<<http://www.saude.ma.gov.br/saude/centros-de-saude/unidade-maternidade-benedito-leite/>>/

* /UNIDADE MISTA DE CARUTAPERA

<<http://www.saude.ma.gov.br/saude/centros-de-saude/unidade-mista-de-carutapera/>>/

* /UNIDADE MISTA DO MAIOBÃO

<<http://www.saude.ma.gov.br/saude/centros-de-saude/unidade-mista-do-maiobao/>>/

* / SECRETARIA ADJUNTA DE ATENÇÃO PRIMARIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

<<http://www.saude.ma.gov.br/saude/centros-de-saude/secretaria-adjunta-de-atencao-primaria-e-vigilancia-em-saude/>>/

ANEXO K – LEI ORÇAMENTÁRIA ANUAL 2014 – MINISTÉRIO DA SAÚDE

Elaboração da LOA 2014 - Ministério da Saúde
Programa

R\$ 1,00

| Programa (Cod/Desc) | PL | Ciclo Setorial | Ciclo Geral | Autógrafo |
|--|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| 0089 - PREVIDÊNCIA DE INATIVOS E PENSIONISTAS DA UNIÃO | 7.204.251.692 | 7.204.251.692 | 7.204.251.692 | 7.204.251.692 |
| 0807 - PROGRAMA DE GESTÃO E MANUTENÇÃO DE INFRAESTRUTURA DE EMPRESAS ESTATAIS FEDERAIS | 10.381.725 | 10.381.725 | 10.381.725 | 10.381.725 |
| 0901 - OPERAÇÕES ESPECIAIS: CUMPRIMENTO DE SENTENÇAS JUDICIAIS | 88.940.115 | 88.940.115 | 88.940.115 | 88.940.115 |
| 0906 - OPERAÇÕES ESPECIAIS: SERVIÇO DA DÍVIDA EXTERNA (JUROS E AMORTIZAÇÕES) | 222.729.681 | 222.729.681 | 222.729.681 | 222.729.681 |
| 0909 - OPERAÇÕES ESPECIAIS: OUTROS ENCARGOS ESPECIAIS | 442.700.946 | 442.700.946 | 442.700.946 | 442.700.946 |
| 0910 - OPERAÇÕES ESPECIAIS: GESTÃO DA PARTICIPAÇÃO EM ORGANISMOS INTERNACIONAIS | 40.280.000 | 40.280.000 | 40.280.000 | 40.280.000 |
| 2015 - APERFEIÇOAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) | 78.520.219.381 | 83.605.298.170 | 84.129.027.919 | 84.119.120.919 |
| 2055 - DESENVOLVIMENTO PRODUTIVO | 750.225.372 | 743.007.692 | 753.007.692 | 753.007.692 |
| 2065 - PROTEÇÃO E PROMOÇÃO DOS DIREITOS DOS POVOS INDÍGENAS | 1.093.000.000 | 1.093.600.000 | 1.093.600.000 | 1.093.600.000 |
| 2067 - RESÍDUOS SÓLIDOS | 17.500.000 | 11.375.000 | 11.375.000 | 11.375.000 |
| 2068 - SANEAMENTO BÁSICO | 1.020.500.000 | 1.130.494.000 | 1.149.731.944 | 1.149.731.944 |
| 2069 - SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL | 38.600.000 | 34.400.000 | 34.400.000 | 34.400.000 |
| 2115 - PROGRAMA DE GESTÃO E MANUTENÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE | 11.142.213.848 | 11.120.074.993 | 11.120.074.993 | 11.120.074.993 |
| TOTAL | 100.591.542.760 | 105.747.534.014 | 106.300.501.707 | 106.290.594.707 |

ANEXO L – PORTARIA GP 7462014 - TJ/MA



PORTARIA-GP - 7462014
(relativo ao Processo 391692014)
Código de validação: B50F486856

Dispõe sobre a inclusão de novos Membros ao Comitê Estadual para o monitoramento das demandas e assistência à saúde do Maranhão.

A Presidente do Tribunal de Justiça do Estado do Maranhão, no uso de suas atribuições legais e regimentais,

CONSIDERANDO a deliberação do Comitê Estadual para monitoramento das demandas e assistência à saúde, instituído pela Portaria nº 25, de 22 de março de 2011, do Conselho Nacional de Justiça, em reunião datada de 28 de novembro de 2012; e

CONSIDERANDO a delegação constante do art. 1º, § 2º da Portaria nº 25 de 22 de março de 2011, do Conselho Nacional de Justiça,

RESOLVE:

Art. 1º Designar para compor o Comitê Estadual para monitoramento das demandas e assistência à saúde, os seguintes membros:

- I – Ruy Eduardo da Silva Almada Lima, Subprocurador Geral do Estado;
- II – Valéria Lauande Carvalho Costa, representante da Ordem dos Advogados do Brasil, Seccional do Maranhão;
- III - José Américo Abreu Costa, Juiz da Vara da Infância e Juventude;
- IV – Alexandre Lopes de Abreu, Juiz Auxiliar, representando os Juízes da área cível;
- V – Benito Pereira da Silva Filho, Defensor Público Estadual;
- VI – Maria da Glória Mafra Silva, Promotora da Promotoria Especializada em Saúde.

Art. 2º Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogando a Portaria nº 1366/2012.



Estado do Maranhão
Poder Judiciário
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO MARANHÃO

Dê-se ciência, publique-se e cumpra-se:
Palácio da Justiça "Clóvis Bevilácqua", em São Luís

Desembargadora CLEONICE SILVA FREIRE
Presidente do Tribunal de Justiça

Documento assinado. SÃO LUÍS - TRIBUNAL DE JUSTIÇA, 11/09/2014 12:27 (CLEONICE SILVA FREIRE)