

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO E INSTITUIÇÕES DO SISTEMA  
DE JUSTIÇA  
MESTRADO ACADÊMICO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**EDSON BARBOSA DE MIRANDA NETTO**

**ENTRE O DISCURSO JURÍDICO E O POLÍTICO SOBRE O DIREITO À SAÚDE:**  
uma análise dos atores, interesses e racionalidades

São Luís  
2017

**EDSON BARBOSA DE MIRANDA NETTO**

**ENTRE O DISCURSO JURÍDICO E O POLÍTICO SOBRE O DIREITO À SAÚDE:**  
uma análise dos atores, interesses e racionalidades

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Direito e Instituições do Sistema de Justiça da Universidade Federal do Maranhão (PPGDIR/UFMA) como requisito para obtenção do grau de Mestre em Direito.

Orientadora: Profa. Dra. Edith Maria Barbosa Ramos.

São Luís  
2017

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Miranda Netto, Edson Barbosa de.

Entre o discurso jurídico e o político sobre o direito à saúde : uma análise dos atores, interesses e racionalidades / Edson Barbosa de Miranda Netto. - 2017. 110 f.

Orientador(a): Edith Maria Barbosa Ramos.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Direito/ccso, Universidade Federal do Maranhão, São Luís/MA, 2017.

1. Análise de conteúdo. 2. Direito à saúde e SUS. 3. Discursos. 4. Presidente da República e Ministro da Saúde. 5. Supremo Tribunal Federal. I. Ramos, Edith Maria Barbosa. II. Título.

**EDSON BARBOSA DE MIRANDA NETTO**

**ENTRE O DISCURSO JURÍDICO E O POLÍTICO SOBRE O DIREITO À SAÚDE:**  
uma análise dos atores, interesses e racionalidades

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Direito e Instituições do Sistema de Justiça da Universidade Federal do Maranhão (PPGDIR/UFMA) como requisito para obtenção do grau de Mestre em Direito.

Aprovada em: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA:**

---

**Profa. Dra. Edith Maria Barbosa Ramos** (Orientadora)  
Universidade Federal do Maranhão

---

**Prof. Dr. Delmo Mattos da Silva** (Examinador Interno)  
Universidade Federal do Maranhão

---

**Prof. Dr. Marcos Antônio Barbosa Pacheco** (Examinador Externo)  
Universidade CEUMA

Ao meu Senhor, Jesus Cristo, meu Salvador,  
Redentor da Humanidade e Filho do Deus Vivo,  
perdoe meus pecados e mostra-me teu caminho  
rumo à verdadeira vida.

## AGRADECIMENTOS

Ao meu Senhor Jesus Cristo, Deus Criador e nosso Salvador, por revelar a sua Verdade e me acolher em seus braços, mesmo diante de tantas falhas e imperfeições.

Aos meus pais, Jansen e Carla, por todo o amor, a educação, o carinho e a dedicação ao longo desses anos; pelo exemplo de vida, de conversão e de perseverança; pelos ensinamentos e valores pautados na Palavra do Senhor, que hoje servem de fundamento e de norte para a minha vida.

Aos meus irmãos, Jota e Lorena, pelo companheirismo, pela amizade, pela irmandade, pelas confidências e pelo apoio e conselhos dados nas horas de dúvidas e de incertezas.

Aos meus avós, Carlos, Graça, Edson, Mary (*in memoriam*) e Lilita, pelo apoio e pelas experiências e histórias partilhadas.

À minha companheira, Sara, por todo o amor e estímulo nos momentos de dificuldade em que fraquejei; pelo ombro amigo nas horas de tristeza; pelos planos traçados juntos; por todo o cuidado e zelo; pela sinceridade em suas palavras e pelo companheirismo.

Aos demais amigos e familiares, por toda a compreensão e ajuda nessa jornada.

Às minhas gatinhas, Lola, Turquesa e Abençoada, pela alegria trazida e pela companhia nos dias e noites de estudo.

À minha orientadora, Profa. Dra. Edith Maria Barbosa Ramos, por todas as sugestões, correções e recomendações, sem as quais o presente trabalho jamais seria possível.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Direito e Instituições do Sistema de Justiça (PPGDIR/UFMA), cujas aulas e orientações foram cruciais para o amadurecimento da presente pesquisa.

À Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e a todos os servidores do PPGDIR/UFMA, em especial a Lilian e a Conceição, pela simpatia e disposição em ajudar sempre.

À CAPES/FAPEMA, que, por meio do Edital N° 30/2014 para concessão de bolsas, auxiliaram-me com os recursos para a conclusão do presente curso de Mestrado.

“E, como Moisés levantou a serpente no deserto, assim importa que o Filho do homem seja levantado;

Para que todo aquele que nele crê não pereça, mas tenha a vida eterna.

Porque Deus amou o mundo de tal maneira que deu o seu Filho unigênito, para que todo aquele que nele crê não pereça, mas tenha a vida eterna.

Porque Deus enviou o seu Filho ao mundo, não para que condenasse o mundo, mas para que o mundo fosse salvo por ele.

Quem crê nele não é condenado; mas quem não crê já está condenado, porquanto não crê no nome do unigênito Filho de Deus.”

João 3:14-18 (Tradução Almeida Corrigida e Revisada das Escrituras Sagradas)

## RESUMO

A presente pesquisa objetivou realizar uma análise de conteúdo em discursos jurídicos e políticos proferidos no Brasil pelos Presidentes da República, pelos Ministros da Saúde e pelo STF no período de 01 de janeiro de 2011 a 15 de outubro de 2016, de modo a ser possível identificar a frequência com que termos e expressões relacionados a categorias temáticas predeterminadas apareceram no conteúdo de tais discursos. Com isso, buscou-se identificar e analisar os atores, interesses e racionalidades do Sistema Único de Saúde. Como procedimento metodológico, utilizou-se a análise de conteúdo de Lawrence Bardin, de modo a ser possível compreender as significações explícitas ou não aparentes contidas no conteúdo dos discursos de natureza jurídica e política alvos da pesquisa. Constatou-se que as diferentes frequências expressam as racionalidades e os interesses inerentes a cada autoridade ou órgão analisado, de modo que mesmo importantes categorias – como a Judicialização da Saúde e seus graves reflexos nas ações e serviços de saúde e a Reorganização da distribuição de competências dos entes federados em matéria de saúde pública – pouco ou sequer apareceram no conteúdo de determinados grupos de discursos. Concluiu-se que, com relação aos membros do Poder Executivo, isso ocorreu em razão do caráter circunstancial predominante no conteúdo de seus discursos e, com relação ao STF, em função dos limites institucionais de sua atuação em questões de natureza política.

Palavras-chave: Direito à saúde. Sistema Único de Saúde. Análise de conteúdo. Discursos. Supremo Tribunal Federal. Presidente da República. Ministro da Saúde.

## **ABSTRACT**

The present research aimed to carry out a content analysis in legal and political speeches given in Brazil by the Presidents of the Republic, the Ministers of Health and the Federal Supreme Court of Justice from January 1, 2011 to October 15, 2016, in order to identify the frequency in which terms and expressions related to predetermined thematic categories appeared in the content of such discourses. Thus, it was sought to identify and analyze the actors, interests and rationalities of the Unified Health System. As the methodological procedure, the Lawrence Bardin's content analysis was chosen in order to enable an understanding about the explicit or non apparent meanings in the juridical and political speeches content analyzed in this research. It was verified that the different frequencies express the rationalities and the concerns of each authority or organ analyzed, so that even important categories – such as the Health Judicialization and its serious reflexes in health services and the Reorganization of the public health competence distribution between the Federation members – had little or none appearance in the content of certain groups of speeches. The reason found to this was a predominant circumstantial feature in the content of the political speeches of the Executive authorities and the institutional limits of the Federal Supreme Court of Justice when confronted with political issues.

**Keywords:** Right to health. Health Unique System. Content analysis. Speeches. Federal Supreme Court of Justice. President of Republic. Minister of Health.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2 HISTÓRICO DO SISTEMA NORMATIVO DE SAÚDE NO BRASIL</b> .....	22
<b>2.1 Do Império ao desenvolvimentismo populista pré-ditadura militar (1822 a 1963)</b> .....	23
<b>2.2 Do Golpe Militar à Reforma Sanitária (1964 a 1990)</b> .....	29
2.2.1 A ditadura militar brasileira e o ordenamento jurídico da saúde.....	29
<b>2.3 A Assembleia Constituinte, a Constituição Federal de 1988 e o Sistema Único de Saúde</b> .....	33
<b>2.4 Alterações constitucionais pós-1988 no Sistema Único de Saúde</b> .....	36
<b>3 FEDERALISMO COOPERATIVO SANITÁRIO E JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E SEUS REFLEXOS NA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL</b> .....	41
<b>3.1 Federalismo Cooperativo Sanitário enquanto mandamento constitucional a ser concretizado</b> .....	41
3.1.1 O Federalismo Cooperativo como adaptação do clássico modelo federativo norte- americano.....	41
3.1.2 Aspectos gerais acerca do Federalismo brasileiro.....	42
3.1.3 O Sistema Único de Saúde e a Regionalização .....	47
3.1.4 Limites e possibilidades para a formação de um autêntico federalismo sanitário cooperativo no Brasil.....	50
<b>3.2 O fenômeno da Judicialização da Saúde e suas repercussões para o adequado fornecimento de ações e serviços públicos de saúde</b> .....	53
3.2.1 O Supremo Tribunal Federal e o debate em torno do fornecimento de medicamentos de alto custo pelo SUS .....	56
<b>4 ANÁLISE DE CONTEÚDO DOS DISCURSOS JURÍDICO E POLÍTICO SOBRE A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL PROFERIDOS ENTRE 01 DE JANEIRO DE 2011 E 15 DE OUTUBRO DE 2016</b> .....	60
<b>4.1 Aplicação do procedimento metodológico da análise de conteúdo de Laurence Bardin</b> .....	63
4.1.1 Categorias iniciais, intermediárias e finais e o agrupamento progressivo.....	64
4.1.2 Aplicação do procedimento metodológico da análise de conteúdo.....	70
<b>4.2 Interpretações e inferências dos discursos políticos coletados</b> .....	74
<b>4.3 Interpretações e inferências das decisões jurídicas coletadas</b> .....	81
<b>4.4 Comparação entre o conteúdo dos discursos político e jurídico proferidos no lapso temporal previamente demarcado</b> .....	83
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	86
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	93
<b>ANEXOS</b> .....	106
ANEXO A – Primeira solicitação junto ao Ministério da Saúde .....	107
ANEXO B – Segunda solicitação junto ao Ministério da Saúde .....	109

## 1 INTRODUÇÃO

O estudo do direito à saúde no Brasil vem ganhando importância ao longo das últimas décadas, sobretudo após a promulgação da Constituição Federal brasileira de 1988, que reconfigurou completamente o papel do Estado na garantia desse direito através de ações e serviços públicos prestados por meio de um sistema único, universal e gratuito. Entretanto, são comuns reclamações por parte da população que depende do Sistema Único de Saúde e ações judiciais promovidas com o objetivo de assegurar o acesso a medicamentos e serviços necessários à garantia da saúde.

No presente trabalho, intitulado “Entre o discurso jurídico e o político sobre o direito à saúde: uma análise dos atores, interesses e racionalidades”, buscou-se analisar o conteúdo presente nos discursos políticos e jurídicos das principais autoridades dos Poderes Executivo – no caso, Presidente da República e Ministro da Saúde – e Judiciário – no caso, Supremo Tribunal Federal –, de modo a descortinar quais as posições e as questões levantadas por estas autoridades acerca da Saúde Pública no Brasil e dos seus diversos problemas que afetam os usuários do SUS e que demandam soluções eficientes e duradouras.

Partiu-se de determinados pressupostos empíricos que justificam a importância do tema e do objeto a serem abordados. Primeiramente, em um intrincado e complexo contexto federativo, em que os três níveis da Federação brasileira dividem-se na função constitucional de garantir o direito à saúde através do SUS, encontra-se um cenário onde as receitas concentram-se sobretudo nas mãos do Governo Federal (DOURADO; DALLARI; ELIAS, 2012; RAMOS, 2012). Esse desequilíbrio na distribuição dos recursos compromete uma adequada, ampla e universal prestação das políticas públicas voltadas à área da saúde.

Além dessa disparidade entre os entes da Federação brasileira, o financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde e da seguridade social como um todo – que deveria se dar através de diferentes fontes de recursos, como do orçamento do poder público, das contribuições sociais e da receita de concursos de prognósticos conforme disposto expressamente pela CF de 1988 – ocorre, principalmente, através das contribuições dos trabalhadores e empregadores, já sobrecarregados com a elevada carga tributária brasileira.

Essa diversificação, contudo, não vem se efetivando, e o financiamento ainda incide majoritariamente sobre os trabalhadores, seja pela via da contribuição sobre folha de salários, seja pela via das contribuições sobre o consumo. No período entre 1999 e 2005, as contribuições sociais foram responsáveis, em média, por 91,6% da arrecadação do orçamento da seguridade social. Entre essas, predominaram a Contribuição dos Empregados e Trabalhadores para a Seguridade Social (Cetss) com 57%, a Confins com 23,7%, a CSLL com 3,2% e a CPMF com 3,5%. Os recursos provenientes de impostos (orçamento fiscal) contribuíram em média com apenas 6,6%

no período (BEHRING, BOSCHETTI, 2008, p. 172).

Além dos aspectos federativo e fiscal, percebe-se, no Brasil, o crescimento do fenômeno da judicialização de demandas (RAMOS, 2010), sobretudo aquelas relativas aos serviços públicos de saúde, tornando-se o Poder Judiciário personagem cada vez mais relevante nos debates e nas pesquisas realizadas acerca do direito à saúde (BRASIL, 2011; BRASIL, 2015b).

Diante desse cenário, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) publicou a chamada Recomendação n. 31, que tem como objetivo o estabelecimento de orientações para os tribunais e seus magistrados que, uma vez adotadas, assegurem maior eficiência na resolução das centenas de milhares de processos judiciais que abordam o direito à saúde no Judiciário brasileiro (BRASIL, 2015b, p. 10). Conforme trecho abaixo transcrito demonstra, já no ano de 2011, o número desses processos em curso sobre essa temática já ultrapassava 240.000.

Balanço que está sendo finalizado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) constatou que tramitam hoje, no Judiciário brasileiro, 240.980 processos judiciais na área de saúde – as chamadas demandas judiciais da saúde. A maior parte destes processos são referentes a reclamações de pessoas que reivindicam na Justiça acesso a medicamentos e a procedimentos médicos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), bem como vagas em hospitais públicos e ações diversas movidas por usuários de seguros e planos privados junto ao setor.

Os dados fazem parte de um estudo que está sendo realizado pelo CNJ, desde o ano passado, pelo Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde - nos tribunais de Justiça e tribunais Regionais Federais das cinco regiões (os tribunais que julgam casos referentes à saúde no Brasil). E serão concluídos dentro das próximas semanas para subsidiar discussão sobre o que acontece no país, nesta área, em junho - em encontro do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde, a ser realizado em Brasília (BRASIL, 2011, não paginado).

Diante dessa atuação cada vez mais relevante do Poder Judiciário, o STF, enquanto seu órgão de cúpula, cresce em importância, assumindo papel de protagonista nos grandes debates que permeiam a sociedade, uma vez que, ao decidir tais demandas a ele apresentadas, em sede de Controle Concentrado de Constitucionalidade e de Recursos Extraordinários com Repercussão Geral reconhecida, o faz de forma *erga omnes* e vinculante tanto em face do Poder Judiciário quanto em face da Administração Pública.

Outro elemento a ser apontado é o fato de que, apesar da previsão constitucional e das diversas normas infraconstitucionais responsáveis por estabelecer o Sistema Único de Saúde (SUS), diariamente a população brasileira vivencia problemas e dificuldades no acesso adequado aos programas e serviços de saúde. A título de exemplificação, dentre os problemas enfrentados na prestação dos serviços públicos de saúde denunciados constantemente e de forma ampla pela mídia, os seguintes podem ser citados, conforme Teles et al. (2013), Polignano (2001), Paim (2008) e Conselho Federal de Medicina (2014):

- Filas frequentes de pacientes nos serviços de saúde e demora excessiva entre a

marcação e a realização de consultas e procedimentos;

- Falta de leitos hospitalares e de profissionais da área da saúde para atender a demanda da população;
- Escassez de recursos financeiros, materiais e humanos para manter os serviços de saúde operando com eficácia e eficiência;
- Atraso no repasse dos pagamentos do Ministério da Saúde aos serviços conveniados;
- Baixos valores pagos pelo SUS aos diversos procedimentos médicos-hospitalares;
- Aumento de incidência e o ressurgimento de diversas doenças transmissíveis;
- Submissão do SUS a interesses partidários na ocupação de cargos de confiança;
- Falta de efetividade na influência da sociedade civil e dos conselhos de saúde sobre a formulação de políticas e de estratégias do SUS;
- Denúncias de abusos cometidos pelos planos privados e pelos seguros de saúde.

Apesar de alguns avanços sociais ocorridos ao longo da última década, pode-se citar que questões ligadas diretamente à saúde pública em seu aspecto preventivo, como a existência de esgotamento sanitário por rede geral de esgoto ou pluvial, ainda assolam as regiões mais pobres do país. Em recente pesquisa realizada pelo IBGE (BRASIL, 2013), chegou-se ao resultado de que só a menor parte das residências apresentavam algum tipo de sistema de esgotamento sanitário nas regiões Nordeste (39,6%), Centro-Oeste (48%) e Norte (15,5%).

Com relação aos pressupostos conceituais, foram utilizados, na presente pesquisa, os conceitos acerca do direito à saúde e do Federalismo que fornecessem subsídios para a compreensão do tema e do material pesquisado. Quanto ao conceito de direito à saúde, será seguido o estabelecido na Constituição Federal brasileira de 1988 e nas Leis nº 8.080 de 1990 e nº 8.142 de 1990. Conforme estas normas, estar-se-ia diante de um direito à saúde em sentido amplo, que se somente restaria assegurado de modo pleno a partir do atendimento de distintas áreas (BRASIL, 1988; 1990; 1990):

1. Direito a políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença por parte do Estado, que deve prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício;
2. Direito ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde;
3. Direito às ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social, que também dizem respeito à saúde;
4. Dever do Estado de estabelecer um sistema único que obedeça aos princípios da descentralização, regionalização, direção única em cada esfera de governo,

atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas e participação da comunidade.

Referida conceituação ampla de direito à saúde contida nas normas supracitadas coaduna com autores que trabalham a temática no Brasil, como Ramos (2014), e em outros países, a exemplo de Añón (2009). Do mesmo modo, compreender o direito à saúde como um conjunto de garantias a serem ofertadas à população dialoga com o marco teórico da presente pesquisa contido nos trabalhos de Daniels (1981; 1985; 1998), que compreende a saúde como elemento indispensável a uma teoria da justiça que busque uma igualdade de oportunidades, sendo tal concepção detalhada posteriormente.

Entender o direito à saúde assim também torna nítida a complexidade por trás das políticas públicas de saúde que estão a cargo das três esferas de Governo. Se qualquer das áreas que condicionam a saúde pública não receber a devida atenção – e os recursos necessários – por parte do poder público por meio de um conjunto integrado de políticas, a garantia desse direito social restará comprometida.

Quanto à ideia de Federalismo a ser adotada na presente pesquisa, foi utilizada a proposta por Ramos (2012), que defende a não existência de um modelo fechado ou único de Estado Federal, já que cada país que adotar essa forma de Estado irá adaptá-la às suas peculiaridades.

Entretanto, no caso brasileiro, Ramos (2012) afirma que se está diante de um Estado Unitário que foi moldado para ser um Estado Federal, mas que permanece com gritantes desigualdades regionais e com uma falta de real autonomia por parte da maioria dos Estados e Municípios, o que gera uma intensa dependência em relação à União.

Tais conceito e forma de enxergar o Federalismo no Brasil auxiliaram na compreensão das atuais dificuldades dos entes federados em ofertar um conjunto adequado de políticas públicas voltadas à saúde da população, uma vez que a estrutura do Sistema Único de Saúde foi idealizada para um Estado Federal com entes dotados de uma autonomia real e consolidada.

Com relação ao objeto a ser investigado no presente trabalho, conforme mencionado, foi o conjunto dos discursos voltados à área da saúde pública proferidos pelos Presidentes da República e pelos Ministros da Saúde de 01 de janeiro de 2011 a 15 de outubro de 2016, assim como as decisões do Supremo Tribunal Federal (STF) proferidas nesse mesmo período acerca do mesmo assunto em sede de Ações do Controle Concentrado de Constitucionalidade e de Recursos Extraordinários com Repercussão Geral reconhecida.

A escolha destes três conjuntos de discursos pode ser justificada com base nos seguintes

argumentos. O Presidente da República e o Ministro da Saúde representam os dois principais atores no planejamento e na condução das ações e dos serviços públicos ofertados pelo Sistema Único de Saúde, de maneira que seus discursos representam as posições e decisões políticas a serem implementadas na rede pública para a garantia do direito à saúde no Brasil;

Enquanto órgão máximo do Poder Judiciário e guardião da Constituição, o STF apresenta-se como a instância competente para a solução de litígios que envolvam normas constitucionais, inclusive acerca do direito à saúde. Do mesmo modo, diante de sua crescente participação nas demandas envolvendo o direito à saúde em razão do já citado fenômeno da judicialização nessa área (BRASIL, 2015c; VENTURA et al., 2010), justifica-se também a necessidade de análise do conteúdo do discurso presente em seus acórdãos, uma vez que se trata do órgão de cúpula do Poder Judiciário, sobretudo naqueles proferidos em sede de Controle Concentrado de Constitucionalidade e de Recursos Extraordinários com Repercussão Geral reconhecida, em razão de seus efeitos *erga omnes* e vinculantes para o Judiciário e para a Administração Pública.

O marco temporal escolhido para a coleta dos discursos e das decisões abarca os quatro anos do mandato presidencial iniciado em 2011 e finalizado em 2014, mas incluindo também o encurtado segundo mandato da Presidente Dilma Rousseff, de 01 janeiro de 2015 a 12 de maio de 2016, quando foi provisoriamente afastada da Presidência da República pelo Senado Federal, e o início do governo do atual Presidente Michel Temer, de 12 de maio até 15 de outubro de 2016, data de fechamento da coleta de dados para a presente pesquisa.

Referida escolha se justifica em decorrência de seguintes fatores: a) a grave crise econômica e fiscal que atingiu o Brasil (comprometendo, por conseguinte, os recursos financeiros disponíveis para a prestação dos serviços públicos de saúde); b) a crise política e institucional que culminou no *impeachment* da Presidente Dilma Rousseff e na posse definitiva do Presidente Michel Temer; c) a epidemia do vírus da *zika* que, intensificando-se no final de 2015 e no início de 2016, vem preocupando não só autoridades brasileiras, como também organismos internacionais, a exemplo das Organizações Pan-americana e Mundial da Saúde (OPAS; OMS, 2015), que chegaram a emitir alerta global no final de 2015 diante da gravidade do *zika* vírus; d) debates entorno da Emenda Constitucional (EC) nº 95 de 2016, que estabelece o “Novo Regime Fiscal”, ou seja, um teto para os gastos públicos por um período de até 20 anos, e seus possíveis reflexos para áreas como educação e saúde.

Pretendeu-se, com isso, diante dos graves problemas encontrados na garantia do direito à saúde no Brasil, compreender as possíveis contribuições desse diálogo no atual modelo de

repartição de competências entre os entes federados do Estado brasileiro, assim como no financiamento e na execução das ações e dos serviços públicos de saúde que compõem o SUS. A análise comparativa entre os discursos do Poder Executivo e do Poder Judiciário forneceu elementos que poderão auxiliar para a compreensão das dificuldades existentes no SUS e na consequente prestação dos serviços sanitários por parte do poder público.

A partir dessas colocações, levantam-se as seguintes problemáticas que se buscou responder na presente pesquisa:

Como se deu a construção do direito à saúde no Brasil? Quais as grandes fases do sistema normativo de saúde no Brasil desde sua independência? Como elas se caracterizam? O que se entende por direito à saúde no atual ordenamento constitucional brasileiro? Em que medida se encontra protegido e assegurado o direito fundamental à saúde na Constituição Federal de 1988? Qual o alcance das diversas alterações normativas, em âmbito constitucional, ocorridas desde a promulgação da atual CF?

Quais as características gerais e as peculiaridades da Federação brasileira no que se refere à prestação do direito à saúde? Há, no Brasil, um Federalismo Cooperativo Sanitário conforme previsto pelo próprio Texto Constitucional? O que se entende por judicialização da saúde? Quais os reflexos desse fenômeno para a garantia constitucional do direito à saúde assegurado na CF de 1988 como um direito fundamental social?

Como o conteúdo presente nos discursos políticos proferidos entre 01 de janeiro de 2011 e 15 de outubro de 2016 pelos Presidentes da República e pelos Ministros da Saúde em matéria de saúde pública pode auxiliar na compreensão da atual estruturação normativa e do funcionamento do Sistema Único de Saúde e na busca por soluções para seus problemas?

De que maneira o conteúdo das decisões do STF sobre o direito à saúde e o SUS proferidas no mesmo período em sede de Controle Concentrado de Constitucionalidade e de Recursos Extraordinários com Repercussão Geral reconhecida pode auxiliar na busca por soluções para os desafios da Saúde Pública brasileira? Em que medida a comparação entre o conteúdo de ambos os discursos pode fornecer elementos para a superação dos problemas encontrados no Sistema Único de Saúde e na consequente prestação adequada dos serviços públicos de saúde?

Diante da problemática levantada anteriormente, tratou-se de pesquisa de natureza qualitativa, uma vez que foram buscados os significados por trás de determinado fenômeno encontrado na realidade social, não se focando em quantificações ou no estabelecimento de dados estatísticos.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes. O universo da produção humana que pode ser resumido no mundo das relações, das representações e da intencionalidade e é objeto da pesquisa qualitativa dificilmente pode ser traduzido em números e indicadores quantitativos (MINAYO, 2015, p. 21).

Com isso, foi proposta uma metodologia que fornecesse os instrumentos metodológicos necessários ao alcance pelo pesquisador dos objetivos elencados, permitindo uma adequada resolução dos problemas levantados.

Quanto ao raciocínio desenvolvido na presente investigação, foi ele o indutivo, que é aquele que se propõe a observar fenômenos e fatos encontrados na realidade com o objetivo de estabelecer generalizações e de encontrar as relações entre eles. Com base nos indícios percebidos e nas conclusões realizadas, chega-se a uma realidade até então desconhecida, desvenda-se uma verdade geral, seguindo o trajeto do “particular” para o “geral”, conforme aduzem Lakatos e Marconi (2003).

Indução é um processo mental por intermédio do qual, partindo de dados particulares, suficientemente constatados, infere-se uma verdade geral ou universal, não contida nas partes examinadas. Portanto, o objetivo dos argumentos indutivos é levar a conclusões cujo conteúdo é muito mais amplo do que o das premissas nas quais se basearam (LAKATOS; MARCONI, 2003, p. 86).

São três os elementos ou as fases fundamentais que toda indução deve conter (LAKATOS; MARCONI, 2003, p. 87):

- a) *Observação dos fenômenos*: na primeira etapa, observa-se e analisa-se os fatos ou fenômenos, com o objetivo de descobrir as causas ou motivos de sua manifestação;
- b) *Descoberta da relação entre eles*: na segunda etapa, procura-se, através da comparação, aproximar os fatos ou fenômenos, com a finalidade de desvendar a relação constante existente entre eles;
- c) *Generalização da relação*: na última etapa, a relação encontrada na fase anterior entre os fenômenos e fatos semelhantes é generalizada.

Lakatos e Marconi (2003), ainda, lembram que, assim como o dedutivo, o raciocínio indutivo também se baseia em premissas. Ou seja, a partir da análise destas é que o pesquisador chegará às suas conclusões. Entretanto, diferentemente do que se verifica na dedução, as premissas do raciocínio indutivo somente podem conduzir a conclusões prováveis, devendo o cientista estar ciente dessa limitação em seu trabalho.

Pretendeu-se, portanto, dentro dos limites desse método supracitados, estabelecer

inferências – ou seja, generalizações – a partir dos dados acerca dos discursos jurídicos e políticos que foram coletados e submetidos ao procedimento metodológico da análise de conteúdo abaixo descrito. Com isso, materializou-se a trajetória do particular para o geral que caracteriza o método indutivo.

Em termos de fundamentação teórica que serviu de base para o presente trabalho, o marco teórico guia e que serviu de ponto de partida para a pesquisa aqui proposta foi a teoria formulada por Daniels (1981; 1985; 1998). Nela, o autor busca inserir o conceito de um direito à saúde em uma construção normativa acerca da justiça. Ou seja, o fundamento do direito à saúde estaria no direito à igualdade de oportunidades, o que revela uma nítida influência da teoria de justiça elaborada por Rawls (2008).

A justiça é a virtude primeira das instituições sociais, assim como a verdade o é dos sistemas de pensamentos. Por mais elegante e econômica que seja, deve-se rejeitar ou retificar a teoria que não seja verdadeira; da mesma maneira que as leis e as instituições, por mais eficientes e bem organizadas que sejam, devem ser reformuladas ou abolidas se forem injustas. Cada pessoa possui uma inviolabilidade fundada na justiça que nem o bem-estar de toda a sociedade pode desconsiderar. Por isso, a justiça nega que a perda da liberdade de alguns se justifique por um bem maior desfrutado por outros. Não permite que os sacrifícios impostos a poucos sejam contrabalanceados pelo número maior de vantagens de que desfrutam muitos. Por conseguinte, na sociedade justa as liberdades da cidadania igual são consideradas irrevogáveis; os direitos garantidos pela justiça não estão sujeitos a negociações políticas nem ao cálculo de interesses sociais (RAWLS, 2008, p. 4).

Apesar do fato de Rawls, em nenhum momento da formulação de sua teoria, ocupar-se da questão da saúde ou de alguma teoria das necessidades básicas, Daniels (1981) estabelece essa conexão, estendendo, de certa forma, a teoria da justiça elaborada pelo primeiro. Partindo dos argumentos apontados por Daniels (1981), pode-se afirmar que este lança uma ideia mais geral, defendendo a posição de que a garantia das ações de saúde deve compor qualquer teoria da justiça que inclua a promoção do princípio de justa igualdade de oportunidades.

Diante da aparente irrelevância da questão da saúde na teoria de Rawls (2008), já que esta é mencionada apenas dentre os chamados bens naturais, que não estão diretamente ao alcance da estrutura social básica, Daniels (1981) pretende reler o esquema abstrato rawlsoniano a partir de uma visão mais atenta à proteção dos menos afortunados sob o aspecto dos bens naturais.

O esforço de Daniels para entender a teoria de Rawls a justificção de um direito à saúde, se pode entender como uma tentativa de salvaguardar as virtudes de generalidade e abstração do esquema rawlsoniano, tendo-o ao invés, mais sensível à proteção dos menos favorecidos do ponto de vista dos bens naturais. Daniels considera que a estratégia adequada para fundamentar um direito à saúde do esquema de Rawls não pode basear-se em aumentar o índice rawlsoniano de bens primários, incluindo a atenção e o cuidado da saúde. Daniels reconhece que o índice rawlsoniano falha na medida em que pessoas consideradas igualmente favorecidas segundo tal índice estariam longe de sê-lo em realidade, segundo as instituições existentes e mais assentadas, se diferem de modo importante, enquanto o seu estado de saúde e as suas

necessidades relativas ao cuidado da saúde (RAMOS, 2014, p. 173 e 174).

Dessa forma, o marco teórico aqui adotado forneceu um modelo de sociedade suficientemente abstrato em suas leis e instituições, mas que, ao mesmo tempo, possui um olhar mais atento às necessidades de garantia do direito à saúde, de modo a assegurar a todos uma justa igualdade de oportunidades. A presente pesquisa utilizou esse pressuposto e essa construção de sociedade e de justiça na análise dos dados e nas inferências realizadas, uma vez que se defendeu uma prestação dos serviços públicos de saúde com equidade, de modo a se garantir um modelo social com um nível de oportunidades o mais igualitário possível.

De maneira a alcançar os objetivos traçados para a presente pesquisa, o procedimento metodológico da análise de conteúdo foi escolhido como o mais adequado a essa finalidade. A partir das informações que foram levantadas, esse método ajudou na compreensão do problema investigado, o que permitiu o estabelecimento de relações entre o marco teórico e o material empírico coletado, interpretando-os da maneira mais adequada.

No universo das pesquisas qualitativas, a escolha de método e técnicas para a análise de dados, deve obrigatoriamente proporcionar um olhar multifacetado sobre a totalidade dos dados recolhidos no período de coleta (*corpus*), tal fato se deve, invariavelmente, à pluralidade de significados atribuídos ao produtor de tais dados, ou seja, seu caráter polissêmico numa abordagem naturalística. Um método muito utilizado na análise de dados qualitativos é o de análise de conteúdo, compreendida como um conjunto de técnicas de pesquisa cujo objetivo é a busca do sentido ou dos sentidos de um documento (CAMPOS, 2004, p. 611, grifos do autor).

As lições de Bardin (1977), enquanto referência no estudo da análise de conteúdo, foram utilizadas como base para o procedimento metodológico da presente pesquisa. A autora expõe a seguinte definição para a análise de conteúdo:

*Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (qualitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (recepção/variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1977, p. 42, grifos da autora).*

A partir do procedimento da análise de conteúdo, sendo uma das técnicas mais comuns a serem utilizadas nas investigações que abordam a realidade social, o pesquisador passa a ter ao seu dispor uma série de instrumentos metodológicos para lidar com a gama de situações de análises que o objeto pode apresentar ao longo da pesquisa. No presente trabalho, foi possível, por meio de sua utilização, identificar as significações explícitas ou aparentes contidas no conteúdo dos discursos jurídico e político objeto da pesquisa.

Bardin (1977, p. 95) propõe, na execução do procedimento da análise de conteúdo, um roteiro com três etapas a serem seguidas: a pré-análise, a exploração do material e a análise ou interpretação dos dados.

Na fase de pré-análise, deve o pesquisador realizar: a) uma “leitura flutuante” do

material coletado; b) escolha dos documentos a serem analisados; c) formulação das hipóteses e dos objetivos que pretende alcançar; d) referenciação dos índices e a elaboração dos indicadores que conduzirão a análise e e) preparação do material antes da análise propriamente dita (BARDIN, 1977).

Aqui, conforme aduz Bardin (1977), cabe ao pesquisador elaborar um plano de trabalho, que pode ser flexível em razão das descobertas feitas no campo, mas necessita ser preciso. Os passos a serem dados dentro da pré-análise não estão engessados por um rigor cronológico, mas sempre irão se influenciar mutuamente.

O primeiro contato com o material, ou “leitura flutuante”, não exige maiores rigores metodológicos, devendo o pesquisador permanecer aberto aos elementos por ventura encontrados. Assim foi realizado com o conjunto de discursos objeto do presente trabalho.

Para a escolha do material a ser analisado, Bardin (1977) menciona a possibilidade de constituição de um *corpus*, ou seja, de um conjunto de documentos selecionados para serem alvo dos procedimentos analíticos. Isso foi realizado na delimitação do objeto de estudo da pesquisa aqui proposta, uma vez se seguiu a regra da exaustividade sem se fazer uso de amostras (será analisado o conjunto dos discursos políticos dos Presidentes da República e dos Ministros da Saúde sobre saúde pública e o conjunto das decisões do STF sobre saúde em sede de controle concentrado e de recursos extraordinários com repercussão geral reconhecida dentro do período mencionado), a regra da homogeneidade (os discursos analisados possuem a mesma forma e foram coletados da mesma maneira) e a regra da pertinência (os dados coletados são capazes de fornecer as respostas para os objetivos aqui propostos).

Com relação à formulação de hipóteses e dos objetivos mencionada por Bardin (1977), a presente pesquisa menciona claramente quais são os pressupostos que embasam os questionamentos levantados e quais são os objetivos a serem alcançados com a utilização do procedimento da análise de conteúdo.

Na referenciação dos índices e elaboração dos indicadores que conduziram a presente análise, buscaram-se, com base em categorias temáticas, as expressões que predominaram no conteúdo de ambos os tipos de discurso, de modo a compreender o que se pode inferir a partir de sua presença no material analisado.

Desde já, aponta-se as seguintes categorias temáticas finais que, com base nos pressupostos empíricos e conceituais levantados, foram utilizadas na condução da análise de conteúdo a ser realizada na presente pesquisa: a) Saúde Pública enquanto área concretizadora do direito fundamental à saúde; b) SUS enquanto expressão de uma nova concepção social de

saúde; c) Problemas crônicos no financiamento do SUS; d) Federação brasileira marcada por desequilíbrios e ainda distante de um autêntico Federalismo Cooperativo Sanitário; e) Reorganização da distribuição de competências dos entes federados em matéria de saúde pública; f) Judicialização da Saúde e seus graves reflexos nas ações e serviços de saúde; g) Ativismo Judicial enquanto nova forma de atuação do Judiciário, mas com críticos apontando suas graves consequências.

Já na a preparação do material coletado antes da análise propriamente dita, todos os discursos obtidos por meio da rede mundial de computadores foram dispostos de forma a permitir sua leitura e análise detalhada na busca pelos temas e expressões antes mencionados, sendo a presença de tais índices marcada em fichas colocadas à parte.

Na segunda fase, a exploração do material, se “as diferentes operações da pré-análise foram convenientemente concluídas, a fase de análise propriamente dita não é mais do que a administração sistemática das decisões tomadas” (BARDIN, 1977, p. 101), sejam os procedimentos aplicados manualmente ou por programas elaborados para esse fim. No presente trabalho, a aplicação dos procedimentos previamente descritos foi manual.

Por fim, na terceira e última fase – o tratamento dos resultados obtidos e a sua interpretação – os resultados brutos foram analisados pelo pesquisador. Este, então, tendo à sua disposição resultados confiáveis e significativos, pôde propor inferências e realizar interpretações acerca dos objetivos previstos inicialmente ou de descobertas que tenham surgido inesperadamente ao longo da pesquisa (BARDIN, 1977).

Nesse ponto, as inferências e interpretações devem remeter ao marco teórico e aos pressupostos conceituais traçados inicialmente, auxiliando no esquadramento dos discursos manifestados ou velados dos sujeitos da pesquisa.

Por se tratar de uma pesquisa de ordem qualitativa, a análise de conteúdo pode fornecer os subsídios necessários à busca de sentido e à interpretação dos elementos constantes dos documentos alvos da pesquisa, desvelando as características dos discursos analisados. Para tanto, conforme já delineado acima, dentre as duas possibilidades de uso da análise de conteúdo lembradas por Caregnato e Mutti (2006), ela não foi feita pelo método de dedução frequencial – próprio de pesquisas quantitativas –, mas através da análise por categorias temáticas.

Foram apontadas, conforme já descrito anteriormente, categorias apriorísticas a partir das revisões bibliográficas que antecederam a análise de conteúdo, de maneira que elas conduziram o contato inicial com o objeto da pesquisa. Entretanto, sem perder de vista o não engessamento das etapas desse procedimento metodológico, abriu-se a possibilidade de serem

estabelecidas categorias não apriorísticas posteriormente, uma vez que descobertas inesperadas sempre poderão emergir do material coletado. Ou seja, será utilizado o critério semântico de categorização (MINAYO, 2015).

Em razão de a presente pesquisa não envolver técnicas de coleta como entrevistas, formulários ou algum dos tipos de observação, a coleta de dados primários envolveu somente a obtenção dos discursos proferidos pelas autoridades citadas anteriormente – Presidente da República, Ministro da Saúde –, bem como das decisões com eficácia *erga omnes* proferidas pelo Supremo Tribunal Federal no corte temporal aqui proposto.

Por fim, a técnica da revisão de literatura foi utilizada de forma a possibilitar um amplo conhecimento das principais discussões e posicionamentos quanto à matéria alvo da pesquisa, permitindo o domínio dos conceitos e das principais discussões acerca do direito à saúde no Brasil antes de proceder à análise de conteúdo aqui proposta.

As bases de dados da ScIELO, da vLex, do Portal de Periódicos da CAPES, do DATASUS, do Portal Regional da BVS, da MEDLINE, do LILACS e do Scopus foram consultadas para a obtenção de artigos científicos e de outros trabalhos especializados que abordem as temáticas da presente pesquisa.

Com relação à estruturação do presente trabalho, ele encontra-se dividido em quatro partes. No primeiro capítulo, foi traçado um histórico dos sistemas normativos de saúde existentes no Brasil desde sua Independência até o atual ordenamento constitucional. No segundo, analisou-se o Federalismo Sanitário previsto na CF de 1988 e objetivo constitucional de se estabelecer uma autêntica Cooperação em matéria de Saúde Pública entre União, Estados, DF e Municípios, bem como a Judicialização da saúde e o conseqüente papel do Poder Judiciário nos debates entorno do direito à saúde.

No terceiro capítulo, realizou-se a análise de conteúdo nos discursos políticos e jurídicos coletados, seguindo-se as regras metodológicas estabelecidas por Bardin (1977). Em seguida, no mesmo capítulo, foram elaboradas as inferências em cada um dos dois grupos de discursos coletados – político e jurídico –, assim como entre eles. Por fim, nas considerações finais, foram apontados os resultados obtidos ao longo de toda a pesquisa, com especial enfoque para as conclusões oriundas da aplicação do procedimento metodológico aqui proposto e como elas podem auxiliar na compreensão do atual cenário da saúde pública no Brasil, uma vez que se compreende a garantia desse direito como elemento indispensável ao alcance de uma autêntica igualdade de oportunidades.

## 2 HISTÓRICO DO SISTEMA NORMATIVO DE SAÚDE NO BRASIL

Na vigência da atual Constituição Federal (CF) brasileira, pode-se encontrar uma configuração do direito à saúde que o eleva ao patamar de direito fundamental social de caráter universal, devendo ser assegurado a todos, independentemente de contrapartida financeira, por meio de ações e serviços públicos de responsabilidade do Estado. A Lei nº 8.080 de 1990, no mesmo sentido, em seu art. 3º, parágrafo único, ao regulamentar a prestação das ações e dos serviços de saúde previstos na CF, estabelece que também dizem respeito à garantia da saúde aquelas ações que se destinam a assegurar às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

Indo além, determinados autores elevam a garantia do direito à saúde ao patamar de um atributo essencial ao exercício da cidadania (ASENSI, 2013; POLIGNANO, 2001). Com relação a este ponto, Silva (2016) aduz que a cidadania, em sua concepção moderna, apresenta-se como uma condição ligada ao regime político democrático, ou seja, um atributo que qualifica as pessoas integradas na sociedade estatal e que participam efetivamente da vida política do país. E, partindo-se da visão supramencionada, sem o adequado cuidado com a saúde da população, restaria comprometido o exercício pleno dos seus direitos políticos e, por consequência, o dos demais direitos consagrados na CF de 1988.

Entretanto, verifica-se que tal concepção ampla do direito à saúde, de maneira que eventuais desrespeitos afetam a própria fruição de outros direitos constitucionais, é algo recente na história brasileira, não existindo na vigência dos ordenamentos constitucionais brasileiros anteriores.

Partindo de uma compreensão do direito à saúde como mera benesse estatal vigente na fase imperial, e passando pelo modelo de seguro social ligado ao mercado formal de trabalho adotado no início do século XX (ASENSI, 2013), o direito fundamental social à saúde assegurado na atual ordem constitucional brasileira representa a busca por uma sociedade igualitária e democrática, na qual a população deve ter assegurado o conjunto básico de condições para o exercício de seus direitos constitucionais.

Dessa forma, o presente capítulo objetivou compreender como se deu a construção do ordenamento jurídico sanitário brasileiro inaugurado com a Constituição Cidadã de 1988 – incluindo as alterações realizadas posteriormente por meio da Emenda Constitucional de Revisão nº 1 e das Emendas Constitucionais (EC) nº 27, 29, 42, 51, 56, 63, 68 e 93 – a partir de uma análise dos sistemas normativos de saúde presentes ao longo da história brasileira. Isso

se justifica porque, como lembram Escorel e Teixeira (2012), conhecer o processo histórico de formação do atual sistema sanitário brasileiro pode fornecer elementos de grande valia para a compreensão das bases, da dinâmica e dos problemas do Sistema Único de Saúde (SUS) implementado no Brasil.

Como referenciais teóricos a dar suporte, foram utilizadas as ideias acerca da história das políticas de saúde no Brasil presentes em Escorel e Teixeira (2012), Escorel (2012), Noronha, Lima e Machado (2012), Asensi (2013) e Lobato e Giovanella (2012), de modo a ser possível compreender as três grandes fases que compõe esse histórico, as concepções de saúde então existentes e os modelos de proteção social predominantes em cada um deles, culminando na criação do atual Sistema Único de Saúde e nas diversas alterações constitucionais ocorridas desde 1988 e que, de alguma maneira, geraram reflexos na temática do direito sanitário e de seu financiamento.

Para tanto, sua estrutura se organiza da seguinte maneira: a) análise do sistema normativo de saúde do período imperial até o desenvolvimentismo populista (1822 a 1963); b) abordagem das políticas de saúde existentes na ditadura militar brasileira até as contribuições da Reforma Sanitária ocorrida no período da redemocratização do país (1964 a 1990); c) análise da Constituição de 1988 e o sistema único de saúde nela previsto; d) exame das alterações constitucionais pós-1988 no SUS e seus impactos na garantia das ações e dos serviços públicos de saúde.

## **2.1 Do Império ao desenvolvimentismo populista pré-ditadura militar (1822 a 1963)**

Desde o Período Colonial, perpassando pela fase do Império, a população brasileira e seus problemas de saúde, em sua maioria, não recebiam o enfoque necessário da Medicina formal e dos profissionais formados nas Ciências Médicas. Havia apenas um grupo reduzido de médicos, cirurgiões e boticários, de formação europeia, que atendiam somente às camadas mais altas da sociedade e se encontravam apenas nos grandes centros urbanos. As camadas mais pobres da população, sobretudo os escravos, dependiam da solidariedade comunal, de curandeiros e dos cuidados oferecidos por grupos religiosos, a exemplo das Santas Casas de Misericórdia, para enfrentar as doenças e enfermidades relacionadas ao ambiente e ao modo de vida e trabalho existentes, uma vez que o alcance da medicina oficial era incipiente (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Ou seja, pode-se apontar a existência, ao longo de todo o século XVIII, de uma

assistência médica pautada na filantropia e na prática liberal – sendo esta última promovida tanto por médicos com formação europeia quanto por curandeiros e outros sem formação profissional específica (BRAVO, 2008).

Asensi (2013) aponta que, principalmente no Império e na República Velha, a saúde era apresentada como uma autêntica benesse por parte do Estado, estando envolta por relações de poder de natureza patrimonialista que a caracterizavam como um mero favor do Poder Público à população. Tal afirmação pode ser constatada a partir da observação da perspectiva de submissão do indivíduo à autoridade estatal através das políticas de higienização. Citadas políticas não era elaboradas por meio de qualquer aspecto democrático, sendo impostas, até mesmo, mudanças arquitetônicas na estrutura urbana por influência dessas medidas – por exemplo, a Reforma Passos ocorrida na cidade do Rio de Janeiro entre 1902 e 1906.

A criação das primeiras instâncias de saúde pública no Brasil (Fisicatura-mor e Provedoria-mor de Saúde) somente em 1808, no Rio de Janeiro, com a chegada da família real demonstra a completa falta de um sistema de políticas de saúde voltado a combater as enfermidades que assolavam a população. Posteriormente, com a Independência em 1822 e com o início do Império, houve uma tentativa de descentralização, delegando-se as atividades de saúde aos municípios e às classes senhoriais locais (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Entretanto, os mesmos autores prosseguem e afirmam que, posteriormente, a degradação do quadro sanitário brasileiro levou o governo imperial a buscar uma centralização do poder em torno das políticas sanitárias, empreendendo uma ampla reforma nos serviços de saúde. Passou-se então a instituir um modelo centralizado para as atividades de saúde, com o poder central atuando na normatização dos serviços, e cabendo aos poderes locais a responsabilidade tanto de alocar recursos quanto executar as ações de saúde.

Como exemplos dessa centralização e do sistema sanitário que o governo central tentou implementar, podem ser citados o estabelecimento do Instituto Vacínico do Império, da Junta Central de Higiene Pública – responsável pelas atividades de polícia sanitária –, da Inspeção de Saúde dos Portos – responsável pela fiscalização sanitária dos portos marítimos e fluviais brasileiros –, e da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro – responsável por reunir médicos para debater sobre assuntos específicos de doenças humanas, saúde e seu papel frente às questões de saúde pública –, que ainda existe e, atualmente, recebe o nome de Academia Nacional de Medicina (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Em suma, todo o frágil sistema sanitário montado pelo governo central durante o período do Império não tinha quaisquer preocupações em melhorar o nível de saúde da população em

geral. Os únicos objetivos eram proteger os nobres portugueses de doenças, bem como evitar grandes perdas financeiras passíveis de ocorrer em razão do excessivo número de enfermidades e epidemias existentes.

Mesmo durante o ciclo da produção de café no Brasil, já na fase final do Império, o cenário das políticas de saúde pouco mudou, conforme pode-se depreender da seguinte passagem de Bertolozzi e Greco (1996, p. 382):

O ciclo do café dinamizou o mercado interno com o início das diferentes modalidades do trabalho assalariado. Esse fenômeno foi representado pela ocupação efetiva do solo, o que exigiu uma infra-estrutura que necessitava de financiamento, o qual foi concretizado no exterior. O café era produzido com o objetivo de ser exportado, assim como os produtos que foram os protagonistas dos ciclos anteriores. A exploração se fazia pela burguesia local que, no período da República, passou a assumir o controle do desenvolvimento social e acabou por re-estruturar a formação da sociedade capitalista brasileira.

Dado que inexistia um sistema de saúde formalmente estruturado, as ações eram de caráter focal, sendo que grande parte da população utilizava-se da medicina de "folk" [tradicional, ou seja, não profissional], enquanto que os senhores do café tinham acesso aos profissionais legais da medicina, que eram trazidos de Portugal.

Após a Abolição da Escravatura em 1888 e a Proclamação da República em 15 de novembro de 1889, intensas correntes migratórias começaram a se dirigir ao Brasil, sobretudo da Itália, Espanha e Portugal, em busca de trabalho das lavouras de café brasileiras. Entretanto, em decorrência do grande número de pessoas que chegaram ao Brasil nesse período, tornaram-se cada vez piores as condições sanitárias para a sua recepção e permanência. Esse fato, aliado às insuficientes políticas sociais e de saúde por parte do Poder Público – deficiência essa que, como demonstrado acima, remonta às origens do país –, resultou na ocorrência de epidemias de febre amarela, de peste bubônica, dentre outras (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Pode-se enxergar esse cenário de transição do final do século XIX para o início do século XX, onde as discussões em torno da saúde passam a permear o debate político e a crescente organização dos trabalhadores nos movimentos sindicais, que não mais aceitavam o excludente sistema de saúde então vigente, a partir da seguinte passagem de Bravo (2009, p. 2):

No século XIX, em decorrência das transformações econômicas e políticas, algumas iniciativas surgiram no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas. Nos últimos anos do século, a questão saúde já aparece como reivindicação no nascente movimento operário. No início do século XX, surgem algumas iniciativas de organização do setor saúde, que serão aprofundadas a partir de 30.

Já no contexto da Primeira República, a questão da saúde pública e da necessidade de sua expansão para o restante da população passa a adquirir relevância nos discursos em torno da política e do poder. O Governo Central promove, então, tentativas de extensão dos serviços de saúde por todo o país, a exemplo da reforma Carlos Chagas de 1923, constituindo uma das estratégias adotadas pela União para ampliação do seu poder nacional no interior da crise

política em curso a partir de 1922. Ao mesmo tempo, surge o embrião do esquema previdenciário brasileiro por meio da Lei Elói Chaves de 1923, que criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), financiadas pela União, empresas empregadoras e empregados. Entretanto, inicialmente, só os grupos de trabalhadores mais combativos politicamente conseguiram a criação de suas Caixas, e apenas as grandes empresas possuíam condições financeiras de mantê-las (BRAVO, 2008).

Pode-se perceber, a partir desse período, a formação de um modelo de proteção social do tipo seguro social, ou seja, de origem bismarckiana (LOBATO; GIOVANELLA, 2012), em que o sistema da saúde era financiado por meio de contribuições feitas por empregados e empregadores, havendo inicialmente uma divisão por categorias funcionais de trabalhadores. Esse modelo será consolidado com a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), abordada posteriormente, e representa a transição ocorrida de um sistema de saúde quase inexistente para um mais abrangente.

Desse modo, no início do século XX, estabelece-se esse modelo intervencionista de políticas de saúde que ficou conhecido como Sanitarismo Campanhista, caracterizado pela forte atuação do governo central no sentido garantir a expansão da agricultura cafeeira. Polignano (2001, p. 4-5):

Naturalmente, a falta de um modelo sanitário para o país, deixavam as cidades brasileiras a mercê das epidemias.

No início desse século, a cidade do Rio de Janeiro apresentava um quadro sanitário caótico caracterizado pela presença de diversas doenças graves que acometiam à população, como a varíola, a malária, a febre amarela, e posteriormente a peste, o que acabou gerando sérias consequências tanto para saúde coletiva quanto para outros setores como o do comércio exterior, visto que os navios estrangeiros não mais queriam atracar no porto do Rio de Janeiro em função da situação sanitária existente na cidade.

Rodrigues Alves, então presidente do Brasil, nomeou Oswaldo Cruz, como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, que se propôs a erradicar a epidemia de febre-amarela na cidade do Rio de Janeiro. [...]

Este modelo de intervenção ficou conhecido como campanhista, e foi concebido dentro de uma visão militar em que os fins justificam os meios, e no qual o uso da força e da autoridade eram considerados os instrumentos preferenciais de ação.

Apesar dos avanços mencionados acima, Escorel e Teixeira (2012) lembram que as ações do sistema de saúde pública perpetradas até a primeira metade do século XX ainda eram voltadas unicamente para as grandes cidades, sendo meramente uma resposta aos problemas advindos do desenvolvimento urbano em algumas regiões (a exemplo de São Paulo e do Rio de Janeiro) e às imposições econômicas oriundas da agricultura cafeeira e de sua expansão, o que demonstra o caráter restritivo desse sistema que ainda perduraria por algumas décadas.

Conforme tais autores, a luta pela saúde e pelo saneamento dos sertões só se intensifica a partir da atuação do Instituto Oswaldo Cruz (IOC) e de profissionais da saúde preocupados

com esse grave quadro, dando origem ao chamado movimento pelo saneamento rural. Dentre os responsáveis por esse movimento, pode-se citar Belisário Penna, que foi cientista do IOC e diretor da Liga Pró-Saneamento do Brasil – entidade civil criada em 1918 para lutar por reformas nos serviços de saúde e por esse objetivo de promover o saneamento no interior do Brasil.

A criação do denominado Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) em 1919 representa essa mudança no sistema de saúde, com o governo federal passando a dar maior amplitude aos seus serviços sanitários, inclusive participando e interferindo nos serviços estaduais de saúde pública por meio do novo código sanitário aprovado em 1920 que concedia essa autorização ao governo federal (SANTOS, 1998). O mesmo autor, nesse sentido, reforça o considerável aumento da presença governamental no interior por meio dessa expansão dos serviços públicos de saúde.

A partir da década de 1930, em razão do processo de industrialização e de uma redefinição do papel do Estado, inicia-se um rearranjo do sistema de políticas sociais de âmbito nacional como uma das respostas às constantes reivindicações dos trabalhadores, que cada vez mais se organizavam politicamente para cobrar melhorias em suas condições de trabalho (BRAVO, 2008).

Ao lado dos problemas da superprodução de café – e da conseqüente política fiscal de desvalorização da moeda nacional para facilitar sua exportação – e da grave crise de 1929, ocorre justamente uma crise do arranjo político-oligárquico da denominada República do “café com leite”, culminando na chegada de Getúlio Vargas à presidência em 1930 através de um golpe. Durante seu longo governo (1930-1945), Vargas procurou impor um novo projeto de construção nacional focado na integração nacional e na valorização do trabalho e da mão-de-obra urbana, o que resultou no enfraquecimento do olhar que estava sendo lançado sobre os sertões (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Os mesmos autores prosseguem e afirmam que, na Era Vargas, houve uma ampliação da oferta de serviços médicos aos trabalhadores urbanos, bem como um fortalecimento do já mencionado embrião da previdência social no país através das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Para alcançar esse segundo objetivo, Getúlio Vargas iniciou um movimento de criação dos IAPs, cujo objetivo seria, conforme exposto anteriormente, congregando trabalhadores por categorias profissionais, e não mais por empresas, formando de maneira gradativa um sistema nacional de previdência social a ser gerido pelo Estado. Deveria haver um triplice financiamento desse sistema (União, empresas e empregados), mas o Governo

Central acabou com débitos em relação aos IAPs, e passou a utilizar os valores arrecadados para financiar e apoiar a industrialização.

Entretanto, como pode ser percebido, todos esses benefícios, além das diversas conquistas alcançadas com a regulamentação do trabalho urbano, restringiam-se aos trabalhadores inseridos no mercado de trabalho formal, o que deixava de fora do sistema previdenciário desempregados, subempregados e trabalhadores rurais. Ou seja, baseando-se nas três concepções de saúde encontradas ao longo da história brasileira apontadas por Asensi (2013), restava superado o sentido social da saúde enquanto mero favor ou caridade, passando-se a um serviço decorrente de um direito trabalhista ou a um serviço privado, mas que ainda estava distante do atual sentido de saúde enquanto direito.

Em 1930, finalmente ocorre a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, havendo uma desintegração das atividades do Departamento Nacional de Saúde Pública (vinculado então ao Ministério da Justiça), bem como a pulverização de ações de saúde a outros setores, como a fiscalização de produtos de origem animal, que passa para o Ministério da Agricultura em 1934, e a higiene e segurança do trabalho, que passa a ser responsabilidade do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, reorganizado no ano de 1942 (POLIGNANO, 2001).

Após o fim do Estado Novo, durante o governo Dutra, no âmbito da saúde pública, o Sanitarismo Campanhista – surgido no início do século XX, conforme mencionado, e de índole centralizadora e autoritária – alcança o seu auge, com o Governo realizando concessões na seara social, mas buscando controlar e frear o crescimento da ideologia socialista/comunista no contexto da Guerra Fria (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Bertolozzi e Greco (1996) lembram que, com o plano SALTE (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia), o presidente Dutra apresentava a questão da saúde pública como uma de suas prioridades de governo, mas, ainda que fosse retoricamente elevada ao posto de "questão social", a saúde nunca foi realmente opção prioritária da política de gastos do governo central.

Acerca dos órgãos responsáveis pelo sistema da saúde pública, Polignano (2001) afirma que, em 1953, foi criado o Ministério da Saúde após o seu desmembramento do antigo Ministério da Saúde e Educação, mas isto não significou uma nova postura por parte do governo e uma efetiva preocupação em combater os importantes e graves problemas de saúde pública de sua competência. Já em 1956, houve a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), incorporando os antigos serviços nacionais de febre amarela, malária e peste e denotando certa preocupação com o setor rural.

Durante o governo de Juscelino Kubitschek (1956-1961), da coligação denominada Nacional-Desenvolvimentista, houve a abertura da economia ao capital internacional, passando a haver forte pressão por parte do empresariado no que se referia à eficiência das indústrias. Na área da saúde, o Congresso de Hospitais, ocorrido no período, respondeu a essas demandas estrangeiras, instituindo os chamados serviços médicos próprios das empresas. Encontrava-se aí, portanto, uma nova configuração dos serviços médicos de saúde privados, através do crescimento da medicina de grupo, que funcionou como uma dos pilares para a implementação das políticas neoliberais no âmbito do setor saúde na atualidade (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Por fim, os mesmos autores prosseguem e afirmam que, no período dos governos de Jânio Quadros e de João Goulart, que termina com o Golpe de 1964 e a ascensão dos militares ao poder, houve a maior participação do Ministério da Saúde no orçamento global da União, denotando uma preocupação em ampliar os recursos à saúde pública. Também cabe destacar a realização da III Conferência Nacional de Saúde em 1963, instituída por lei desde 1937, com o objetivo de estabelecer orientações sobre as políticas públicas de saúde. Essa Conferência definiu como ideologia da saúde a ser seguida a do desenvolvimento econômico, que se baseava na racionalidade do planejamento, na produtividade e na distribuição de riquezas.

## **2.2 Do Golpe Militar à Reforma Sanitária (1964 a 1990)**

Com o Golpe Militar de 1964 e a deposição de João Goulart, as Forças Armadas tomam o poder em decorrência do temor que os setores mais conservadores da sociedade brasileira possuíam em relação às conexões do Presidente deposto com a esquerda nacional e internacional. A partir daí, o Brasil passaria por duas décadas de seguidos governos ditatoriais e que cercearam diversos direitos e liberdades da população.

No tópico seguinte, abordou-se esse período da história brasileira da Ditadura Militar, mas com maior ênfase no ordenamento jurídico da saúde e nas políticas sanitárias adotadas pelos governos militares.

### **2.2.1 A ditadura militar brasileira e o ordenamento jurídico da saúde**

Como mencionado anteriormente, o reconhecimento constitucional do direito à saúde enquanto um direito social de todos e dever do Estado é algo bem recente na história brasileira,

contrapondo-se à concepção predominante no período da Ditadura Militar, em que se privilegiavam não as ações promovidas pelo setor público e o tratamento da questão da saúde como uma questão coletiva, mas sim a atenção médica privatizante (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Durante a Ditadura Militar, a sociedade brasileira se deparou com um modelo de proteção social por parte Poder Público que excluía a população de toda e qualquer participação política na gestão do sistema sanitário, tornando os trabalhadores meros financiadores do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), após a centralização da previdência social ocorrida em 1966 e o conseqüente alargamento do poder de controle do Governo autoritário sobre a sociedade (RAMOS; MADUREIRA; SENA, 2013).

Para tanto, conforme descrito acima, houve a unificação das diferentes entidades de previdência até então existentes, resultando no chamado Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Posteriormente, graças à crescente complexidade desse sistema de saúde previdenciário e da necessidade de celebração de contratos com clínicas e hospitais da iniciativa privada para a efetiva prestação de serviços – gerando um conseqüente dever de fiscalização da estrutura burocrática daí resultante –, foi criado, a partir do INPS, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) enquanto estrutura administrativa própria (POLIGNANO, 2001, p. 15).

Estava-se diante da consolidação do modelo de proteção social em saúde do tipo seguro social (LOBATO; GIOVANELLA, 2012), surgido no Brasil ainda no início do século XX, com o Governo Central unificando os diversos Institutos provedores dos serviços de previdência social e saúde antes divididos por categorias profissionais. Nesse sentido, Ramos, Madureira e Sena (2013, p. 55) afirmam que:

O processo de unificação previsto em 1960, como demonstrado, se consolidou em 1967 com a implantação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que reuniu as diferentes entidades de previdência social, quais sejam: os seis Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP's), o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência (SAMDU) e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social.

Duas particularidades fundamentais que impuseram a unificação da Previdência Social (com a junção dos IAPs em 1966) podem ser expressas no aumento da interferência do Estado na sociedade e no afastamento dos trabalhadores da cena política. Nesta perspectiva, observa-se a exclusão popular da gestão da previdência (os trabalhadores tornaram-se meros financiadores da previdência).

Diferentemente dos denominados princípios da universalidade e da integralidade do atendimento previstos na Constituição Federal brasileira de 1988, de modo que o direito à saúde foi elevado à categoria de direito de todos e dever do Estado, o Governo Militar restringia seu papel no setor da saúde pública somente a medidas de natureza preventiva e a atividades

epidemiológicas e de vigilância sanitária. Somente a parcela da população que estivesse inserida no mercado formal de trabalho, vinculada, assim, à Previdência Social – de caráter contributivo – estaria amparada pelos serviços privados de saúde, que eram custeados e fiscalizados pelo INAMPS. As atividades de cunho assistencialista – e não contributivo – permaneciam sendo prestadas pelas instituições de caridade.

Ou seja, conforme posicionamento já apontado anteriormente, nesse momento da história brasileira, estava-se diante de um sentido social da saúde como um mero serviço decorrente de um direito trabalhista ou como um serviço privado prestado por aqueles com condições financeiras de bancá-lo (ASENSI, 2013), de modo que aqueles sem condições financeiras e excluídos do mercado formal de trabalho contavam apenas com os serviços filantrópicos para ter acesso a algum tipo de tratamento, restando excluídos do sistema sanitário então vigente.

Escorel (2012) ratifica as afirmações feitas acima ao defender que, durante a primeira década do regime militar autoritário-burocrático, configurou-se um sistema público de saúde marcado pela preponderância do modelo e da lógica previdenciária em face do próprio Ministério da Saúde, o que levou a uma concentração dos recursos financeiros no setor da previdência social. Dourado (2010, p. 78-79), a esse respeito, defende que:

A consolidação da saúde como um direito humano fundamental exige que o Estado se organize para garantir os meios necessários para promoção, proteção e recuperação da saúde do seu povo, disciplinando as ações e serviços públicos e privados de saúde. [...]

O reconhecimento do direito à saúde no Brasil é fato recente. [...] Até então, as atividades relacionadas à saúde eram consideradas serviços públicos prestados pelo Governo Central e se restringiam a algumas ações preventivas (como campanhas de vacinação) e ao exercício do poder de polícia sanitária vinculado às ações de vigilância sanitária e epidemiológica. As atividades assistenciais, que eram tradicionalmente oferecidas pelas instituições de caridade (as “santas casas de misericórdia”) e, fora destas, funcionavam como bens econômicos de iniciativa privada – submetidos às regras de mercado –, só passaram a integrar a esfera de atuação do Estado no século XX, mas, ainda assim, apenas como benefícios disponíveis aos trabalhadores integrantes do sistema previdenciário.

Tal índole autoritária e restritiva do acesso à saúde durante a Ditadura Militar resultou em graves problemas estruturais na saúde pública brasileira, graças às próprias contradições internas do sistema (BERTOLOZZI; GRECO, 1996). Diante desse modelo de saúde previdenciário que se mostrava insuficiente e problemático, o Ministério da Saúde passa a atuar prioritariamente nas atividades de cunho curativo, de modo que “tornou-se muito mais um órgão burocrato-normativo do que um órgão executivo de política de saúde”, como lembra Polignano (2001, p. 16).

O período da ditadura militar, portanto, representou o agravamento de sérios problemas

estruturais herdados de períodos anteriores – pode-se citar, por exemplo, o alto índice de doenças infecciosas e parasitárias, bem como as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, sendo possível incluir a própria taxa de mortalidade da população em geral. Durante essa fase marcada por um governo autoritário e antidemocrático, o sistema de proteção social – incluindo o sanitário – foi expandido e burocratizado pela máquina estatal com o objetivo de alargar o poder de controle e de amenizar as tensões na sociedade, legitimando o regime de exceção frente à população, que permanecia excluída das instâncias decisórias (RAMOS; MADUREIRA; SENA, 2013).

Então, durante o período mais repressivo do autoritarismo do regime militar, começa a se formar toda uma base teórica e ideológica de um novo pensamento médico-social que, posteriormente, daria origem ao movimento da Reforma Sanitária. A partir de uma abordagem histórico-social dos problemas sanitários iniciada nos denominados departamentos de Medicina Preventiva nas faculdades de medicina, surgem as bases universitárias desse movimento social que propunha uma ampla mudança do sistema de saúde (ESCOREL, 2012).

Conforme Escorel (2012), os modelos de medicina preventiva e de medicina comunitária passaram a compor esse novo pensamento sobre a saúde. Citada autora denomina de movimento sanitário o movimento de profissionais da área da saúde e de pessoas relacionadas ao setor que compartilham o referencial médico-social na maneira de lidar com os problemas da saúde e que, através de certas políticas de caráter ideológico e teórico, busca transformar a saúde pública no Brasil, melhorando as condições e a atenção da saúde pública da população brasileira, que são elementos cruciais ao exercício do direito da cidadania.

Apesar de ter sido iniciada nos anos 70, o termo “Reforma Sanitária” acaba sendo deixado de lado e só retorna nos anos de 1985/1986 durante o processo de redemocratização do Brasil. Para Paim (2008), pode-se analisar a Reforma Sanitária como um ciclo formado pelos seguintes elementos: ideia, proposta, projeto, movimento e processo. Ou seja, para o autor, a Reforma Sanitária representou uma reforma social nos seguintes sentidos: a) democratização da saúde, garantindo-se acesso universal e igualitário a um sistema único e com participação social; b) democratização do Estado e de seus aparelhos por meio do respeito ao pacto federativo e descentralização do processo decisório e do controle social; e c) democratização da própria sociedade, que passa a alcançar os espaços de organização econômica e da cultura.

A contribuição e a influência do movimento sanitário e da Reforma Sanitária para o novo sistema normativo de saúde que viria a ser arquitetado na Assembleia Constituinte podem ser representados pelos resultados obtidos com os debates realizados na 8ª Conferência

Nacional de Saúde (CNS), considerada um marco para a mudança ocorrida na saúde pública com a CF de 1988.

Na 8ª CNS, realizada em março de 1986 em Brasília/DF, que contou com ampla participação de organizações da sociedade civil de todo o país, foram estabelecidas as seguintes diretrizes, ainda válidas nos dias atuais: a) busca pela equidade; b) garantia de acesso universal às ações e serviços de saúde; c) aumento do financiamento público do setor da saúde; d) unificação e integração das ações a partir de seu conteúdo – preventivas, curativas e de reabilitação – e de sua gestão – integração das três esferas federadas e unidade de estruturas gestoras em cada uma; e) garantia de maiores poderes e participação da população na formulação, implementação e controle das ações e serviços de saúde (ESCOREL, 2012).

Ainda no processo de debates em torno de qual modelo de sistema de saúde seria adotado com a edição de uma nova Constituição, Bravo (2008) também destaca o fato marcante e fundamental para uma nova abordagem da questão Saúde no Brasil que foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde. A autora lembra dos temas centrais ali debatidos e que permearam as discussões em torno do novo modelo de sistema de saúde buscado com a redemocratização: a) a Saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania; b) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; c) Financiamento setorial.

A 8ª Conferência, frisa a autora, numa articulação bem diferente das anteriores, contou com a participação de mais ou menos quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados. Essa mudança representou um marco, pois introduziu a sociedade civil no cenário de discussão em torno da saúde pública. Os debates saíram dos fóruns mais restritos (ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outro patamar com a participação das entidades de representação da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais e parlamento.

Em suma, a questão da saúde ultrapassou as barreiras de uma mera análise setorial e técnica, abarcando a sociedade como um todo, sendo proposto não só um sistema unificado nos moldes Beveridgianos, mas uma autêntica Reforma Sanitária.

### **2.3 A Assembleia Constituinte, a Constituição Federal de 1988 e o Sistema Único de Saúde**

O aspecto autoritário e antidemocrático presenciado durante o período da Ditadura Militar no Brasil começa, portanto, a ser superado com a redemocratização iniciada em 1985, sendo a arquitetura constitucional do SUS um espelho dos anseios e dos reclames da população

e dos setores até então sem participação política nas decisões em torno da saúde pública, o que pode ser comprovado pela previsão da participação da comunidade enquanto uma das diretrizes a serem seguidas na prestação das ações e dos serviços de saúde.

Durante o processo constituinte, Paim (2008) afirma que as propostas do movimento sanitário foram debatidas e discutidas nas seguintes instâncias da sociedade: Sub-Comissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, Comissão da Ordem Social e Comissão de Sistematização. Cabe ressaltar também que essa Sub-Comissão ouviu diversas entidades (CNRS, Conass, Secretários Municipais de Saúde, CUT, CGT, Contag, Abrasco, CFM, Presidente do INAMPS, Ministro da Saúde etc.) e recebeu projetos de texto constitucional de outras (Abrasco, SBPC, CFM, Associação Paulista de Medicina, PT, PCB, CUT, Comissão Afonso Arinos etc.).

Após diversas tentativas de setores conservadores de frear os avanços propugnados na Reforma Sanitária para a nova ordem constitucional – frustradas em grande parte pelo árduo trabalho realizado por Ulysses Guimarães, Presidente da Assembleia Constituinte –, foi promulgada a nova Constituição da República Federativa do Brasil em 05 de outubro de 1988. No que se refere ao direito à saúde, o texto aprovado aproximou-se muito dos objetivos do movimento sanitário (PAIM, 2008).

A Constituição Federal de 1988, em seu Título VIII (Da Ordem Social), contém a seguinte previsão do direito à saúde que comprova o caráter democrático que passou a permear a previsão constitucional das políticas públicas de saúde:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1988).

Polignano (2001) ressalta toda a mudança de perspectiva trazida por meio do Sistema Único de Saúde e afirma que o texto constitucional aponta claramente para uma concepção de SUS baseada na formulação de um modelo de sistema de saúde pública voltado para as necessidades da população, de maneira a resgatar o compromisso do Poder Público com o bem-estar social, sobretudo no que tange à saúde coletiva. Assim, o direito à saúde é elevado ao patamar de direito essencial à própria cidadania.

A própria inserção do direito à saúde na seguridade social – ao lado da previdência e da assistência social – denota a busca do Constituinte Originário por elaborar uma ampla rede protetiva, capaz de amparar a população nas situações da vida em que mais precisam do apoio

estatal – doença, velhice, desemprego, necessidade financeira etc.

Percebe-se, por conseguinte, apenas pela dicção constitucional, a mudança na própria concepção de direito à saúde se comparada com o predomínio da visão curativa e da atenção privatizante no período da Ditadura Militar. Asensi (2013), ao discorrer sobre a temática, afirma que a saúde alcançou a categoria de direito fundamental com CF de 1988, sendo tal conquista fruto de intensos e exaustivos debates travados entre vários atores sociais e políticos em todo o processo de construção e promulgação do Texto Constitucional. Para o autor, a interação ocorrida entre pluralismo, política e governamentalidade resultaram na consolidação constitucional desse direito, que passou a ser considerado atributo da cidadania e dever do Estado brasileiro.

Cabe destacar, *ipsis litteris*, o seguinte trecho acerca da reconstrução do direito à saúde no ordenamento brasileiro ocorrida graças à intensa participação popular no processo de redemocratização e de elaboração do novo Texto Constitucional:

Não caberia mais a associação entre saúde e situação empregatícia, pois a Constituição deveria promover a igualdade concreta de todos por meio da universalização dos direitos e, em particular, dos serviços de saúde. A política ensejou uma reconfiguração da relação entre Estado e sociedade, trazendo para seu interior uma discussão mais aprofundada a respeito de como efetivar direitos sociais.

Um terceiro elemento se refere à participação da sociedade civil, dos grupos sociais e políticos e dos diversos grupos de pressão. Uma vez que o processo de abertura democrática do Estado brasileiro foi possibilitado antes da própria Constituição, observa-se uma expressiva participação de uma pluralidade de atores sociais e políticos no processo de sua formulação e aprovação. Portanto, em virtude da ampla presença de diversos seguimentos da sociedade civil e do Estado, uma característica marcante deste momento histórico é o pluralismo (ASENSI, 2013, p. 146).

Na atual ordem constitucional, diante dos traços característicos apontados, conforme exposto, vislumbra-se a adoção de uma concepção de saúde enquanto direito inerente à própria cidadania (ASENSI, 2013). Portanto, passou-se a estar diante de um modelo de proteção social em saúde do tipo seguridade social, ou seja, o financiamento das ações e serviços públicos de saúde deverá ocorrer através de recursos públicos arrecadados com os tributos em geral, dando origem a um sistema nacional de saúde de origem Beveridgiana que, conforme a OMS, seria a espécie de sistema sanitário mais eficiente – capaz de fazer mais com menos recursos –, mais equânime e, por conseguinte, com maior impacto nas condições de saúde da população (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

Entretanto, apesar dos avanços obtidos inclusive após a edição da Constituição Federal de 1988 – a exemplo da edição da Lei Orgânica da Saúde –, Paim (2008) ressalta a perda de espaço sociocomunitário enfrentada pela Reforma Sanitária, de modo a se tornar claro o descompasso entre o projeto inicialmente formulado e o processo efetivamente levado a cabo.

Gerschman (2004, p. 181), confirmando essa contradição surgida posteriormente à edição da nova Constituição, aduz o seguinte posicionamento:

Voltando à política de saúde, regulamentou-se primeiro a Reforma Sanitária na Constituição Nacional, em 1988. Posteriormente, as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas Municipais estabeleceram os princípios que norteariam o modelo de atenção e de organização dos serviços de saúde locais, segundo as diretrizes da Constituição. O sistema descentralizado de saúde visava, de fato, integrar um sistema único de saúde com cobertura universal, integralidade das ações, com a participação da comunidade, através dos conselhos locais de saúde.

Conforme já mencionado, o processo de legislação do setor não foi acompanhado pela efetivação da política, criando-se uma situação *sui generis* como a de se ter apenas conseguido contemplar na Constituição o modelo de saúde a ser aplicado no País, sem as condições políticas necessárias para efetivá-lo. Desse modo, a Reforma Sanitária foi definida no plano legal sem que isso revertesse em melhor atendimento, prevenção ou condições de saúde da população.

Desse modo, no tópico seguinte, foram analisadas as diversas alterações ocorridas na CF de 1988 que atingiram o financiamento e a execução das ações e serviços do SUS, o que possibilitará uma melhor compreensão do atual cenário da saúde pública no Brasil.

#### **2.4 Alterações constitucionais pós-1988 no Sistema Único de Saúde**

No início dos anos 90, diante da crise financeira e da necessidade de promoção de um ajuste fiscal, visando compensar as perdas fiscais oriundas do engessado sistema positivado na CF de 1988, o Governo Federal utilizou-se de vários mecanismos voltados ao financiamento do sistema da Seguridade Social.

Inicialmente, pode-se destacar a criação do chamado Fundo Social de Emergência (FSE) pela Emenda Constitucional de Revisão nº 1 de 1994, posteriormente rebatizado de Fundo de Estabilização Fiscal (FEF), que permitia ao governo federal dispor livremente de 20% (vinte por cento) de todas as receitas arrecadadas, o que reduziu o montante de recursos que deveriam compor o Fundo de Participação dos Estados e o dos Municípios. Porém, em razão de suas constantes prorrogações, esse mecanismo daria origem à Desvinculação de Receitas da União (DRU), o que acabou por comprometer o regime de transferências federais previsto originalmente pela CF de 1988, bem como outras áreas, a exemplo da saúde, que deveriam vincular o total arrecadado pela União (DOURADO, 2010).

A partir desse mecanismo da DRU, a exemplo do FSE originalmente criado, o Governo Federal permaneceu com a autorização constitucional para não aplicar 20% (vinte por cento) dos recursos que deveriam ser integralmente destinados à seguridade social e à descentralização de receitas almejada com o FPE e com o FPM (PIOLA et al., 2013). Como mencionado acima, citado percentual acabou servindo para compensar as perdas fiscais ocorridas desde a

promulgação da CF de 1988, sendo destinado, por exemplo, para o pagamento de juros da dívida pública (DOURADO, 2010).

Entretanto, como consequência das constantes prorrogações desse regime de desvinculações através de sucessivas Emendas Constitucionais (EC) que a inseriam nos Atos das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) – podem ser citadas as prorrogações de 2000 a 2003, de 2003 a 2007, até dezembro de 2011, e até dezembro de 2015 por meio das ECs nº 27, 42, 56 e 68 respectivamente –, comprometeu-se a prestação dos serviços públicos por parte de Estados e Municípios dependentes das transferências federais (BRASIL, 1988).

Como forma de contornar as dificuldades surgidas a partir da DRU, houve a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) em 1996. Referido tributo foi originalmente estabelecido apenas pelo período de um ano, o que foi prorrogado posteriormente, e seu produto da arrecadação deveria ser destinado ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), de maneira a assegurar um fluxo de recursos capaz de manter o financiamento de ações e serviços de saúde (PIOLA et al., 2013).

Criada a partir do Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira (IPMF) de 1994, a CPMF existiu até 2007 e representava uma cobrança incidente sobre todas as movimentações bancárias — com exceção das negociações de ações na Bolsa, saques de aposentadorias, seguro-desemprego, salários e transferências entre contas correntes de mesma titularidade —, vigorando no Brasil por um total de 11 anos (BRASIL, 2016).

Entretanto, a CPMF teve sua finalidade original deturpada, uma vez que o setor econômico do Governo Federal passou a reduzir os recursos de seu orçamento voltados para a saúde na mesma proporção em que entravam os valores arrecadados com a contribuição provisória (POLIGNANO, 2001). Piola et al. (2013), em pesquisa do IPEA, confirma que a CPMF garantiu a estabilidade do financiamento das ações e serviços públicos de saúde no seu período de existência de mais de uma década, mas não resultou em um aumento real significativo das receitas em decorrência da diminuição e do redirecionamento de outras fontes de financiamento da saúde que deveriam constar no orçamento da Seguridade Social por força do princípio constitucional da diversidade da base de financiamento.

Dados do Senado Federal (BRASIL, 2016) mostram que o crescimento da receita gerada pela CPMF entre os anos de 1998 e 2006 foi de 216,1%, ao passo em que o montante de recursos administrados pela Receita Federal evoluiu 78,4% no mesmo período, convertendo-se para valores reais. Apesar desse crescimento e de ter sido criada a CPMF para financiar a saúde pública, não havia essa obrigação na lei, e um total de R\$ 33,5 bilhões foram usados para

financiar outros setores. Ou seja, com uma alíquota cobrada que variou de 0,20% a 0,38% ao longo dos anos, menos da metade do que fora arrecadado foi efetivamente investido na área da saúde pública.

Posteriormente, no ano 2000, de modo a garantir o mandamento constitucional da descentralização do financiamento da saúde (art. 198, §1º, da CF), elevando o nível de participação de Estados e Municípios em relação à União, houve a edição da Emenda Constitucional nº 29, que definiu percentuais mínimos das receitas arrecadadas a serem aplicados pelos entes federados em ações e serviços públicos de saúde. Pesquisa do IPEA de 2013 aponta para um relativo sucesso dessa EC nº 29/2000 na tentativa de diminuir a dependência do SUS dos recursos de origem federal, tanto que, nos anos de 2000 a 2011, a participação federal no financiamento caiu de 60% para 44% (PIOLA et al., 2013).

No mesmo período, ainda conforme a mesma pesquisa, o volume de recursos destinados para as ações e serviços de saúde por parte dos Estados e Municípios mais que triplicou. Entretanto, apesar desse relativo sucesso na tentativa de descentralização no financiamento das ações e serviços públicos de saúde, as graves disparidades econômicas persistem entre os Estados-membros e os Municípios da federação. Em decorrência dessas desigualdades, diversos entes da Federação brasileira ainda são dependentes dos repasses constitucionais do Governo Central para o exercício suas funções constitucionais obrigatórias – dentre elas, a prestação das ações e dos serviços de saúde (RAMOS, 2012).

As contribuições sociais correspondem a outro dos mecanismos fiscais anteriormente citados que foram utilizados pelo Governo Federal. Atuando diretamente na arrecadação tributária, o fenômeno da centralização fiscal em torno da União ganhou força a partir da utilização dessas contribuições sociais.

Acerca de sua natureza jurídica, as contribuições sociais constituem-se em autênticos tributos, estando inseridas no rol maior das denominadas contribuições especiais. Quanto à espécie tributária a que pertencem, Furtado (2013), destacando o atual posicionamento do STF através do seu Enunciado de Súmula nº 659, defende se tratem de espécie tributária autônoma, não se confundindo com os impostos e não sendo alvos, portanto, das imunidades tributárias previstas constitucionalmente apenas para a espécie tributária dos impostos.

Tais tributos, de competência federal exclusiva, deveriam servir para o financiamento da Seguridade Social como um todo, mas passaram a ser implementados apenas para aumentar a arrecadação e recompor o orçamento da União, uma vez que a Constituição Federal não insere as contribuições sociais no regime de repartição de receitas tributárias previsto a partir do seu

art. 157 e, portanto, não determina a divisão de sua arrecadação com Estados, DF e Municípios. Dourado, a esse respeito, afirma que:

Paralelamente, o governo federal imprimiu esforços para compensar as perdas fiscais resultantes do modelo engendrado pela Constituição de 1988. Os meios para isso foram buscados principalmente nos instrumentos criados para o financiamento da seguridade social, as Contribuições Sociais, e na criação de mecanismos de desvinculação da União das obrigações constitucionais.

As contribuições sociais, cuja instituição é de competência exclusiva da União (C.F., art. 149), foram responsáveis pela maior parte do aumento da arrecadação – e da carga tributária – logrado pelo governo federal durante os anos 90 e, conseqüentemente, tiveram importante papel na recomposição orçamentária da União – desviando-se de sua destinação original (DOURADO, 2010, p. 56).

Dentre as alterações constitucionais que representaram relevantes avanços em matéria de saúde pública, vale destacar as ECs nº 51 de 2006 e 63 de 2010. A primeira estabeleceu a obrigação de lei federal dispor sobre o regime jurídico e a regulamentação das atividades dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias; já a segunda, a obrigação dessa lei regulamentadora dispor também sobre o piso salarial profissional nacional e as diretrizes para os Planos de Carreira, estabelecendo a obrigação da União, nos termos dessa lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, de modo a possibilitar o cumprimento do referido piso salarial (BRASIL, 1988).

Voltando à questão da DRU, citado mecanismo fiscal foi novamente prorrogado até 2023 por meio da EC nº 93 de 2016, sob o argumento da grave crise econômica e fiscal atualmente vivenciada e das dificuldades impostas pela Constituição Federal de 1988 e seu modelo rígido de despesas obrigatórias. A nova redação do art. 76 do ADCT passou, então, a estabelecer o seguinte:

Art. 76. São desvinculados de órgão, fundo ou despesa, até 31 de dezembro de 2023, 30% (trinta por cento) da arrecadação da União relativa às contribuições sociais, sem prejuízo do pagamento das despesas do Regime Geral da Previdência Social, às contribuições de intervenção no domínio econômico e às taxas, já instituídas ou que vierem a ser criadas até a referida data (BRASIL, 1988, não paginado).

Com essa nossa prorrogação, novamente o financiamento das ações e serviços públicos de saúde resta prejudicado, uma vez que, conforme exposto anteriormente, a União historicamente vem se utilizando deste mecanismo – que deveria ser transitório – para reduzir os gastos em áreas como saúde e educação que deveriam receber percentuais fixos da arrecadação federal.

Ainda sobre a questão das alterações pós-1988 ocorridas na estrutura do direito à saúde na CF, especificamente quanto às relações acerca do direito à saúde entre os entes federados, aponta-se a persistente centralização de recursos arrecadados em torno do governo federal (RAMOS, 2012), apesar do crescimento da chamada “municipalização” das ações e serviços

públicas promovida no âmbito do SUS (LIMA et al., 2012), que acabou reduzindo o papel dos Estados-membros na condução das políticas de saúde. Somente nos anos 2000, como lembram Lima et al. (2012), a União passou a buscar também uma regionalização, sobretudo após o Pacto pela Saúde de 2006, de modo a expandir a participação estadual no SUS.

Ou seja, às citadas graves alterações constitucionais ocorridas no intuito de reduzir o montante de recursos federais a serem compulsoriamente destinados ao financiamento do SUS, somam-se a questão das graves desigualdades socioeconômicas de diferentes níveis (inter-regionais, interestaduais e intermunicipais) existentes na Federação brasileira (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012) e a tentativa do Governo Federal de aumentar as responsabilidades dos Estados e dos Municípios no conjunto de ações e serviços de saúde a serem oferecidos mesmo sem quaisquer alterações no desigual regime arrecadatório existente. Isso tudo comprometeu ainda mais a plena garantia do direito à saúde previsto na CF de 1988.

### **3 FEDERALISMO COOPERATIVO SANITÁRIO E JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E SEUS REFLEXOS NA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL**

Dentre os temas apontados pela literatura capazes de gerar grandes reflexos na busca por uma adequada prestação das ações e serviços públicos de saúde por meio de SUS, estão a busca por um autêntico Federalismo Cooperativo Sanitário e a judicialização da saúde. E, no presente capítulo, ambos serão analisados, fazendo-se referência a trabalhos doutrinários e pesquisas que abordem referidas temáticas, de modo a auxiliar na compreensão do atual cenário em que o direito à saúde no Brasil está inserido.

#### **3.1 Federalismo Cooperativo Sanitário enquanto mandamento constitucional a ser concretizado**

A partir dos argumentos levantados no presente capítulo, o Constituinte Originário almejou, com a promulgação da CF de 1988, a conjunção de dois modelos aqui denominados de Federalismo Cooperativo (BERCOVICI, 2002) e de Federalismo Sanitário (DOURADO; DALLARI; ELIAS, 2012), o que daria origem a um Federalismo Cooperativo Sanitário, ou seja, um conjunto integrado de ações e serviços públicos de saúde oferecidos em conjunto pelos diversos níveis de Poder da Federação, pois somente dessa maneira a ousada disposição constitucional de garantir o direito à saúde de maneira gratuita e universal poderá ser concretizada.

Frise-se que, na presente seção, buscou-se expor os principais alicerces do Estado Federal desenhado na Constituição Cidadã de 1988, bem como a inserção do SUS e a garantia do direito à saúde por meio de ações e serviços públicos nesse conceito de Federalismo Cooperativo.

##### **3.1.1 O Federalismo Cooperativo como adaptação do clássico modelo federativo norte-americano**

Tanto no seu país de origem – Estados Unidos – quanto nos demais que em o modelo federativo foi adotado, após mais de dois séculos de sua teorização pelos *founding fathers* norte-americanos, o Estado Federal sofreu alterações em pontos de sua estrutura, adaptando-se de maneira a impedir o seu engessamento e, conseqüentemente, uma distorção em relação à evolução natural da sociedade (ALMEIDA, 2013).

Almeida (2013) prossegue e afirma que se passou de um federalismo dual para o denominado federalismo cooperativo, sendo reestruturadas as relações entre União e Estados-membros e fortalecido o poder da autoridade central frente às autoridades estaduais. Nos EUA, a título de exemplo, o poder do Governo Central cresce consideravelmente, no período da necessidade de regulamentação nacional do sistema econômico com o Crise de 1929, a partir da adoção da teoria dos poderes implícitos e da relativização do conteúdo da Décima Emenda da Constituição Norte-Americana de 1787.

Boechat (1992), a esse respeito, aduz que esse crescimento do Poder Executivo torna-se possível através das fortes pressões promovidas pelo Presidente Franklin Roosevelt em face da Suprema Corte, que, até o início do séc. XX, vinha adotando uma postura de intensa atuação, por meio do *judicial review*, no controle dos atos do Governo Central norte-americano que extrapolassem, de algum modo, as competências federais expressamente previstas na Constituição de 1787. Tem-se, portanto, uma autocontenção por parte da Suprema Corte norte-americano na década de 30 do século passado, sendo seguida por um fortalecimento da União em seu poder regulador – o que representou uma forte mudança em relação ao plano original dos *founding fathers* dos EUA, tanto nos Artigos da Confederação de 1777 quanto na própria Constituição de 1787.

Por conseguinte, com as mencionadas adaptações sofridas pelo modelo federativo, urge destacar o regime de distribuição de competências para os seus membros por ele previsto, uma vez que a escolha tomada em relação a essa repartição de competências é responsável por determinar a própria feição do Estado Federal, representando um maior ou menor grau de descentralização (ALMEIDA, 2013).

No tópico seguinte, foram debatidos os principais elementos do modelo de Estado Federal adotado pela Constituição Federal brasileira de 1988, dando ênfase nas técnicas de repartição de competências entre os entes federados e na inserção do direito à saúde nesse contexto.

### 3.1.2 Aspectos gerais acerca do Federalismo brasileiro

No regime constitucional em vigor no Brasil, estabeleceu-se a forma federativa de Estado composta por três esferas de poder. Nos termos dos arts. 1º e 18 da Constituição Federal de 1988, essas esferas são representadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, todas autônomas e ligadas por um laço constitucional indissolúvel – tanto é que o art. 60, §4º, da CF de 1988 lista a Forma Federativa de Estado como cláusula pétrea. Os

seguintes dispositivos constitucionais elucidam tais assertivas:

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela *união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal*, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos [...].

Art. 18. A organização político-administrativa da República Federativa do Brasil *compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos*, nos termos desta Constituição. [...]

Art. 60. A Constituição poderá ser emendada mediante proposta: [...]

§ 4º Não será objeto de deliberação a proposta de emenda tendente a abolir:

I - *a forma federativa de Estado* [...] (BRASIL, 1988, não paginado, grifos nossos).

Dentre os elementos essenciais e caracterizadores do Federalismo, pode-se apontar a repartição de competências. A partir do momento em que não há hierarquia entre os entes federados e de modo a possibilitar que estes possam realizar as funções que lhes foram constitucionalmente atribuídas, cumpre à Constituição elaborar um sistema de divisão de competências administrativas e legislativas (TAVARES, 2013).

Ao longo da história constitucional brasileira, desde a República, as constituições adotaram o modelo norte-americano clássico de repartição de competências: enumeração das competências da União, deixando para os Estados-membros as demais remanescentes. Porém, a própria existência dos Municípios enquanto entes federados autônomos inseria um elemento inédito na divisão de poderes, bem como, a partir da Constituição de 1934, passou-se também a trabalhar com a técnicas de competências concorrentes. Então, após o período da Ditadura Militar, com a remodelação da ordem constitucional brasileira, buscou-se corrigir as distorções do regime federativo, o que exigia, de modo indispensável, uma revisão do regime de repartição de competências (ALMEIDA, 2013).

Conforme Tavares (2013), o sistema estruturado na CF de 1988 para essa repartição compreende tanto competências de natureza administrativa quanto competências de natureza legislativa. As primeiras podem ser divididas em: a) competências administrativas exclusivas, nas quais cada entidade federada tem seu campo de atuação próprio, excludente dos demais (a exemplo do art. 21 da CF em relação à União); b) competências administrativas comuns, nas quais todos os entes federativos detêm, concomitantemente, idêntica competência, o que resulta em uma atuação não exclusiva, estando tais competências arroladas expressamente no art. 23 da CF.

Quanto às segundas, prossegue o autor, a CF brasileira de 1988 procedeu a um minucioso e complexo sistema de partilha de poderes legislativos entre os entes da Federação, resultando numa combinação da técnica clássica, com a previsão de poderes legislativos enumerados, e da técnica adotada pela Alemanha, com a existência de competências concorrentes.

Em termos gerais, pode-se apontar as seguintes competências legislativas, conforme Tavares (2013): a) competência enumerada da União (art. 22), passível de delegação aos Estados (parágrafo único do art. 22); b) competência residual ou remanescente, para os Estados-membros (art. 25, § 1º, da CF); c) competência municipal para os assuntos de interesse local (art. 30, I); d) competência concorrente entre União, Estados e Municípios (arts. 24 e 30, II, da CF); e) competência do DF, englobando a dos Estados e Municípios (art. 32, § 1º, da CF).

Almeida (2013) confirma o posicionamento transcrito acima, destacando que as competências concorrentes previstas na CF de 1988 englobam tanto as competências gerais ou de execução previstas no seu art. 23 – sendo cometidas à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios – quanto as competências legislativas previstas no seu art. 24 e atribuídas à União, ao DF e aos Estados. Frise-se que o art. 30, II, da CF também aborda a competência legislativa concorrente para nela inserir os Municípios, que, conseqüentemente, são competentes para “suplementar a legislação federal e a estadual no que couber”.

A partir dessa técnica de repartição adotada pela Assembleia Constituinte de 87/88, objetiva-se que os Poderes Públicos em geral cooperem na execução das tarefas e dos objetivos traçados pela Constituição Federal, convocando-os para uma ação conjunta e permanente em prol dos brasileiros. Ou seja, os entes federados são chamados a assumir a responsabilidade em razão das obrigações que competem a todos eles (ALMEIDA, 2013).

Com relação à autonomia das entidades federativas, é necessário que haja uma repartição de competências para o exercício e para o adequado desenvolvimento de suas competências de natureza administrativa e normativa. Esta distribuição constitucional de poderes é o ponto nuclear e central de toda a ideia por trás de um Estado Federal (SILVA, 2016).

Silva (2016), no mesmo sentido, assevera que a nossa Constituição adota esse sistema complexo de divisão com o objetivo de buscar um equilíbrio federativo, por meio de uma repartição de competências que se embasa na técnica de enumerar os poderes da União (arts. 21 e 22), havendo poderes remanescentes para os Estados-membros (art. 25, § 1º) e poderes definidos para os Municípios (art. 30), mas combinando isso com uma reserva de áreas específicas (que não são exclusivas, mas sim privativas), possibilidades de delegação (art. 22, parágrafo único), áreas comuns em que deve haver a atuação paralela de todos os membros da Federação (art. 23) e setores concorrentes entre a União e os Estados-membros, sendo a competência para constituir políticas, diretrizes ou normas gerais responsabilidade da União, enquanto que aos Estados e aos Municípios caberia uma competência suplementar.

A partir desse conjunto de técnicas de repartição de competências, o Constituinte

Originário almejava o estabelecimento de um Federalismo de Cooperação, no qual os entes federais deveriam combinar esforços para fomentar certos interesses e para alcançar os objetivos atribuídos pela Constituição ao Estado como um todo. Bercovici (2002, p. 16 e 17) elucida os contornos dessa cooperação:

Na cooperação, nem a União nem qualquer ente federado pode atuar isoladamente, mas todos devem exercer sua competência conjuntamente com os demais. Na repartição de competências, a cooperação se revela nas chamadas competências comuns, consagradas no art. 23 da Constituição de 1988. Nas competências comuns, todos os entes da Federação devem colaborar para a execução das tarefas determinadas pela Constituição. E mais: não existindo supremacia de nenhuma das esferas na execução dessas tarefas, as responsabilidades também são comuns, não podendo nenhum dos entes da Federação se eximir de implementá-las, pois o custo político recai sobre todas as esferas de governo.

Na cooperação, ainda de acordo com Bercovici (2002), há dois momentos de tomada de decisão por parte das esferas federativas: um primeiro, em nível federal (com a participação de todos os componentes da Federação), quando há a determinação das medidas a serem adotadas, uniformizando a ação de todos; um segundo, que se dá em nível estadual ou municipal, procedendo o ente federado à adaptação da decisão tomada em conjunto à sua realidade regional ou local.

Daí a previsão de competências materiais comuns – ou de execução – para União, Estados, Distrito Federal e Municípios no art. 23 da CF de 1988, podendo o Congresso ditar lei complementar para disciplinar essa cooperação e para “evitar choques e dispersão de recursos e esforços, coordenando-se as ações das pessoas políticas, com vistas à obtenção de resultados mais satisfatórios”, de acordo com Mendes, Coelho e Branco (2009, p. 870).

Entretanto, com relação a sua própria arquitetura constitucional, levantam-se críticas à estrutura federativa brasileira, sobretudo por Mendes, Coelho e Branco (2009). Estes afirmam não serem os Municípios autênticas entidades federadas ao lado da União, dos Estados e do Distrito Federal. Tais entes possuiriam certa autonomia político-constitucional, mas só isso não seria o suficiente para torná-los essenciais ao conceito de Federação – do contrário, chegar-se-ia à conclusão de serem os Municípios uma espécie de Estados-membros de segundo grau dentro de outros Estados-membros. No mesmo sentido, os autores destacam os seguintes aspectos:

Embora seja essa a corrente predominante [de serem os Municípios autênticos entes da Federação], há ponderosas razões em contrário. Veja-se que é típico do Estado Federal a participação das entidades federadas na formação da vontade federal, do que resulta a criação do Senado Federal, que, entre nós, não tem, na sua composição, representantes de Municípios. Os Municípios tampouco mantêm um Poder Judiciário, como ocorre com os Estados e com a União. Além disso, a intervenção nos Municípios situados em Estado-membro está a cargo deste. Afinal, a competência originária do STF para resolver pendências entre entidades componentes da Federação não inclui as hipóteses em que o Município compõe um dos polos da lide (MENDES, COELHO

E BRANCO, 2009, p. 865).

Por certo que, apesar das supracitadas críticas voltadas à arquitetura institucional presente na CF de 1988, não se pode pensar em um único e taxativo modelo de Estado Federal. A realidade de determinado Estado e de sua sociedade produzirá uma Federação com características próprias e que se adequem às condições locais. Essa é a posição defendida por Ramos (2012).

Entretanto, o citado autor ainda afirma que a Federação brasileira enfrenta um grave quadro de desigualdades regionais, o que gera, por conseguinte, uma excessiva dependência por parte da maioria dos Estados e dos Municípios em relação aos recursos provenientes das transferências constitucionais feitas pela União. Isso tudo desnatura a ideia central por trás da Forma Federativa de Estado, que envolve a junção de entes autônomos e capazes de gerir as atividades a eles atribuídas (RAMOS, 2012, p. 60).

Tais desigualdades perpetuam-se principalmente pela arrecadação tributária extremamente desigual no plano horizontal ou seja, entre os Estados e entre os Municípios. Como forma de amenizar tal cenário, a Constituição prevê um sistema de transferências obrigatórias de parte das receitas arrecadadas pela União para Estados e Municípios e de parte das arrecadadas pelos Estados para os seus respectivos Municípios. Entretanto, ao tentar sanar as desigualdades existentes, esse sistema acaba por criar outras, uma vez que Estados e Municípios contam com recursos garantidos, independentemente de lealdade política, de adesão e de comprometimento com políticas federais e de esforço tributário próprio. Isso tudo impede o alcance de uma cooperação federativa almejada entre os membros da Federação (ARRETCHE, 2004).

Com relação ao direito à saúde, conforme mencionado anteriormente, a Constituição Federal de 1988 prescreve – pelo menos teoricamente –, em seu art. 23, que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios possuem a competência material comum de assegurá-lo a todos em caráter universal e com integralidade no atendimento, representando uma mudança total em relação às concepções vigentes nos regimes constitucionais brasileiros anteriores, conforme descrito no capítulo precedente.

Essa matéria de competência material comum – bem como as demais previstas no art. 23 – revela uma disposição do Constituinte Originário em promover o concurso dos Poderes Públicos em razão do interesse público presente na preservação de determinados bens e no cumprimento de objetivos de alcance social. Em suma, cuidou-se de deixar nítida a preocupação com a concretização de interesses que atingem a todos, sobretudo aqueles de índole social (ALMEIDA, 2013).

No próximo tópico, passar-se-á a uma análise do princípio constitucional da Regionalização estabelecido para o Sistema Único de Saúde e suas relações com o conceito de Federalismo Cooperativo Sanitário.

### 3.1.3 O Sistema Único de Saúde e a Regionalização

Ao lado do modelo de Federalismo Cooperativo idealizado na Constituição Federal de 1988 e da garantia do direito à saúde através do SUS, o Constituinte estabeleceu a descentralização, com direção única em cada esfera de governo, como uma das diretrizes a serem seguidas por essa rede regionalizada e hierarquizada de prestação de serviços públicos de saúde. Com isso, a divisão de tais serviços de saúde entre as três esferas da Federação tornou-se foco das principais discussões acerca da temática. Dourado e Elias (2011, p. 206), acerca da criação e estruturação do SUS, afirmam que:

O SUS foi criado nesse contexto, fruto do reconhecimento do direito à saúde no Brasil, como instituição de caráter federativo orientada pela descentralização político-administrativa. A normatização constitucional e a regulamentação disposta na Lei Orgânica da Saúde [Leis Federais nº 8.080/90 e nº8.142/90] delimitam a expressão da estrutura federativa nacional na área da saúde ao determinarem o dever de todos os entes federados de atuar para a promoção, proteção e recuperação da saúde, com autonomia de cada esfera de governo para a gestão do sistema nos limites do seu território. Estabelece-se, assim, uma forma de organização política que pode ser adequadamente designada federalismo sanitário brasileiro.

Acerca do direito sanitário na CF de 1988, houve o nítido objetivo de distribuição de competências entre União, Estados, DF e Municípios, tanto que a Assembleia Constituinte de 87/88, conforme lembra Barbugiani (2006), estabeleceu a competência legislativa concorrente para proteção do meio ambiente, combate à poluição (dois fatores cruciais para a saúde pública) e para previdência social, proteção e defesa da saúde no art. 24, VI e XII da Constituição.

O mesmo autor continua e lembra, ainda, que foi estabelecido no Texto Constitucional a competência administrativa comum dos entes federados para cuidar da saúde e da assistência pública no art. 23, II, devendo todos eles prestar os serviços de atendimento à saúde da população em cooperação técnica e financeira, bem como outras competências, no mesmo dispositivo, que se relacionam à garantia da saúde da pública, a exemplo da proteção ao meio ambiente e combate à poluição (inciso VI), promoção da melhoria das condições habitacionais e de saneamento básico (inciso IX) e combate às causas da pobreza e fatores de marginalização (inciso X).

Nessa mesma busca pela regionalização das políticas públicas de saúde, a própria Lei nº 8.080 estabelece, em seu art. 9º, que as esferas de governo deverão administrar a prestação

desses serviços através dos seguintes órgãos: o Ministério da Saúde – no caso do Governo Federal –, e as respectivas Secretarias de Saúde ou órgão equivalente – no caso dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (BRASIL, 1990).

Ao longo dos primeiros dez anos de implantação do SUS, a opção política adotada seguiu o movimento marcado pela descentralização das políticas sociais no Brasil para os Estados e, principalmente, para os Municípios que existiu em toda a década de 1990. Ou seja, a municipalização da saúde foi priorizada, enquanto que a regionalização foi desconsiderada quase que inteiramente, passando a ganhar relevo somente na virada dos anos 2000, a partir da edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas) em 2001 – e de sua reformulação em 2002 – e da publicação do Pacto pela Saúde em 2006 (LIMA et al., 2012).

Desse modo, de acordo com Dourado e Elias (2011, p. 207), “a primeira década do SUS foi marcada por um processo de intensa transferência de competências e recursos em direção aos municípios”, sendo o Ministério da Saúde o orientador desse processo a partir do seu instrumento normativo conhecido como Normas Operacionais Básicas (NOBs). Os mesmos autores prosseguem e afirmam que, a partir de uma clara definição de critérios de habilitação e de incentivos realizados por meio dessa transferência de recursos financeiros, as sucessivas NOBs levaram os municípios a adquirirem uma progressiva autonomia na gestão das ações e dos serviços de saúde em seus territórios.

Entretanto, esse movimento pela municipalização da saúde também gerou alguns efeitos colaterais na dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. A descentralização do Sistema Único foi idealizada desde suas origens e implementada nesse período tendo por base o estabelecimento de uma relação direta entre as esferas federal e municipal. Ou seja, sem a faceta de regionalização, a descentralização se acoplou ao esquema federativo brasileiro, gerando uma desconsideração completa do papel dos governos estaduais e uma exacerbação das atribuições municipais nas prestações dos serviços de saúde, de acordo com Lima et al. (2012).

A implementação do Sistema Único de Saúde, dessa maneira, deparou-se com obstáculos estruturais que a comprometeram. Tais obstáculos, de acordo com Noronha, Lima e Machado (2012), seriam: o modelo médico-assistencial privatista sobre o qual se ergueu o SUS; a proteção social fragmentada no Brasil; e as características do próprio federalismo nacional, marcado por profundas desigualdades socioeconômicas de diferentes níveis (inter-regionais, interestaduais e intermunicipais).

A fragilidade das relações federativas firmadas entre Estados e Municípios dificultou uma clara definição de responsabilidades, gerando dúvida até mesmo sobre a questão do

comando das políticas públicas de saúde quando foram apresentadas as propostas para redefinição desse quadro (DOURADO; ELIAS, 2011).

Posteriormente, Lima et al. (2012) afirmam que a definição de “região de saúde” aparece pela primeira vez na Noas publicada em 2000, demonstrando uma busca pelo fortalecimento do papel dos Estados-membros na condução política do SUS e pela equidade na alocação dos recursos e no acesso da população aos serviços e às ações de saúde.

Entretanto, isso não foi capaz de organizar redes assistenciais estruturadas com base nos preceitos da regionalização. Um dos fatores a comprometerem esse aspecto regional foi o fato das instâncias estaduais continuarem a receber poucos incentivos financeiros por meio de transferências para assumirem essas funções (DOURADO; ELIAS, 2011).

A concentração política encontrada na busca pela descentralização almejada pelo Governo Federal foi importantíssima para o crescimento do fenômeno da municipalização da saúde. Entretanto, isso tudo “criou obstáculos para a conformação de mecanismos de coordenação federativa com incidência sobre as relações intermunicipais, função que deveria ter sido desempenhada pelos governos estaduais” (DOURADO; ELIAS, 2011, p. 207), que não receberam os incentivos para tanto. Ou seja, em vez de cooperação, o que se viu foram disputas por recursos e pelo comando de serviços entre os governos nos Estados e nos Municípios. Ademais, a ação indutora almejada e promovida pelo Governo Federal não se mostrou eficaz o suficiente para criar espaços de cooperação e de coordenação federativa nos níveis subnacionais.

Todas essas conjunturas contribuíram para as mudanças ocorridas na condução política do SUS que seriam presenciadas na década subsequente, no sentido da regionalização, através da implementação do chamado Pacto pela Saúde já na metade dos anos 2000. Ou seja, passou a ganhar forças a ideia de que a efetiva responsabilização dos gestores sanitários deveria advir de um acordo de vontades por meio do qual os gestores das três esferas federativas assumiriam compromissos previamente negociados e estabeleceriam metas a serem atingidas de forma cooperativa e solidária, implementando um Pacto de Gestão. Essa proposta foi ratificada em um instrumento normativo infralegal que foi denominado, justamente, de Pacto pela Saúde (IPEA, 2007).

O Pacto pela Saúde instituído em 2006 foi estruturado para atuar através de três dimensões complementares: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS. O Pacto pela Vida envolveria um conjunto de compromissos em torno do direito à saúde que deveriam ser assumidos pelos administradores dos três níveis federais, de modo a serem buscados resultados que efetivamente impactassem e alterassem a realidade da saúde

pública no Brasil, a exemplo da atenção à saúde dos idosos, do controle dos cânceres de mama e de colo de útero, da mortalidade infantil e maternal, das doenças epidêmicas, e da promoção da saúde e da atenção básica (DALLARI, 2009; IPEA, 2007).

Por outro lado, o Pacto em Defesa do SUS seria composto por diretrizes gerais de coordenação das ações em prol de fortalecer a condição do Sistema Único de Saúde enquanto uma política pública a ser exercida por todo o Estado brasileiro, a partir do comprometimento dos gestores sanitários e da articulação da sociedade civil (DOURADO; DALLARI; ELIAS, 2012). Para tanto, objetivaria a regulamentação da Emenda Constitucional n. 29, que dispõe sobre o financiamento do Sistema Único de Saúde, e a aprovação do orçamento consolidado do SUS (DALLARI, 2009).

Posteriormente, com o Pacto de Gestão do SUS, sendo a normatização operacional do próprio Pacto pela Saúde, função que até então era exercida pela NOB 01/96 e pela NOAS 01/02, foram estabelecidas as seguintes diretrizes para a condução do Sistema: descentralização, regionalização, financiamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação e controle social, planejamento, gestão do trabalho e educação na saúde (DALLARI, 2009; IPEA, 2007). Cabe ressaltar que também foram estabelecidas as responsabilidades que cada esfera de governo possuiria na operacionalização do citado Pacto de 2006, estabelecendo-se um sistema de repartição infralegal de competências sanitárias (DOURADO; DALLARI; ELIAS, 2012).

Diante das informações apresentadas, infere-se como o Governo Federal tem buscado, nos últimos anos, a construção de um SUS embasado na diretriz da regionalização. Com a implementação adequada dessas medidas, um autêntico Federalismo Sanitário Cooperativo tornar-se-ia algo tangível. Entretanto, conforme será demonstrado a seguir, a realidade brasileira apresenta entraves que colocam em risco esse plano.

#### 3.1.4 Limites e possibilidades para a formação de um autêntico federalismo sanitário cooperativo no Brasil

Enquanto um dos principais elementos a gerar efeitos e dificultar o estabelecimento de um real Federalismo Sanitário Cooperativo no Brasil, estão os já apontados problemas das graves desigualdades existentes entre os entes da Federação brasileira e a excessiva dependência das esferas estadual e municipal em relação aos recursos transferidos por mandamento constitucional pela União.

Enquanto o Governo Federal busca, sobretudo na área da saúde, o estabelecimento de

uma descentralização e de uma regionalização na prestação de serviços públicos, os demais entes federados não encontram as condições financeiras e materiais para acompanhar tal modificação, que não pode ser implementada de forma abrupta, mas sim de modo gradativo, e levando-se em considerações esses aspectos mencionados (ALMEIDA, 1995).

Bercovici (2002) já desnudava esse problema desde o início dos anos 2000, afirmando que a tese usual da descentralização de receitas, mas não a descentralização de encargos, não se sustenta. O grande problema foi justamente a falta de coordenação e cooperação entre os entes federados, culminando no caos hoje existente e desrespeitando o objetivo constitucional de reduzir as desigualdades sociais e regionais.

O debate, afirma ao autor, não deve ser entre descentralização e centralização, mas sim em torno de qual modelo de descentralização adotar e com qual finalidade implementá-lo. A descentralização das políticas públicas deve ser estabelecida de maneira gradativa, tendo o amparo de programas de assistência tanto técnica quanto financeira, sempre buscando evitar a ocorrência de rupturas e de prejuízos para a população.

Ou seja, a descentralização deve ser implementada de modo articulado, não conflitivo, como vem ocorrendo na Federação brasileira. O desequilíbrio atualmente existente deve ser solucionado através de uma política planejada de cooperação e de coordenação entre os entes federados, tendo por objetivos o desenvolvimento e a promoção da igualdade nas condições de vida, não podendo consistir em um desmonte puro e simples ou em um retrocesso da “recentralização” de receitas na esfera federal (BERCOVICI, 2002).

Uma articulação que supere o cenário de conflitos federativos que se apresenta hoje deve ser buscada. Porém, não se pode perder de vista o equilíbrio a ser alcançado entre uma intensa centralização de poderes nas mãos da União e um ambiente de excessiva descentralização que pode culminar em mais conflitos entre entes federados e desigualdades na prestação dos serviços.

Arretche (2013) bem trabalha esse dilema acerca da autoridade central em um Estado Federal dentro das peculiares características da Federação brasileira, onde, a título de exemplo, presencia-se um excessivo comportamento de cunho partidário daqueles congressistas que deveriam representar os interesses dos Estados-membros no Congresso Nacional – no caso, os Senadores. A autora prossegue e afirma que:

Um dos grandes dilemas dos Estados democráticos modernos diz respeito à extensão da autoridade do governo central. Não parece haver fórmula institucional isenta de riscos. Arranjos institucionais que concentrem excessiva autoridade no governo central ensejam o risco da tirania da maioria. Por outro lado, arranjos que confirmam poder de veto aos governos regionais ensejam o risco de que minorias paralise reformas de interesse geral. Escolhas constitucionais que confirmam aos governos

subnacionais ampla autoridade sobre as políticas públicas implicam desigualdade de acesso a serviços, embora ensejem a promessa de aproximar o governo dos cidadãos. No entanto, Estados centralizados parecem ter maior impacto na redução das desigualdades sociais do que modelos descentralizados (ARRETCHE, 2013, p. 65).

Como pedra de toque nesse questionamento acerca da possibilidade de formação de um Federalismo Sanitário Cooperativo no Brasil, tem-se a necessidade de rediscussão do financiamento das ações e serviços públicos de saúde, uma vez que, conforme demonstrado no capítulo anterior, em meio às alterações constitucionais promovidas pós-1988, os artifícios do FSE e da DRU foram implementados pela União para desvincular suas receitas das despesas com saúde que deveriam incidir sobre o total de sua receita corrente líquida (DOURADO, 2010).

Nesse sentido, mesmo quando da criação de um tributo voltado exclusivamente à garantia de um constante fluxo de recursos para a Saúde Pública – *in casu*, o estabelecimento da CPMF –, tal medida foi acompanhada por um corte proporcional no orçamento da Seguridade Social da União (PIOLA et al., 2013; POLIGNANO, 2001), comprometendo o objetivo original da referida tributação, que serviu unicamente ao propósito de aumentar a já excessiva carga tributária no Brasil.

Partindo-se conseqüentemente da análise das instituições federativas e do modelo de prestação de serviços públicos – sobretudo aqueles voltados ao direito à saúde – estabelecidos no Brasil a partir de 1988, são encontrados os elementos que estabelecem e retroalimentam o fenômeno de centralização em torno da União, com esta buscando, ao mesmo tempo, reduzir os recursos de seu orçamento destinados às ações e aos serviços públicos de saúde. O seguinte trecho de Arretche descreve algumas dessas características.

Por fim, não é o fato que, no Brasil, a aprovação de matérias de interesse federativo exija o apoio de supermaiorias em uma multiplicidade de arenas. Esta exigência é assumida – sem a devida demonstração empírica – como inerente ao federalismo em parte expressiva dos estudos comparados. O fato é que, no Brasil, matérias de interesse federativo não têm tramitação especial; adotamos a fórmula menos exigente de emendamento constitucional no leque de escolhas possíveis. Além disso, matérias de interesse federativo podem ser aprovadas na forma de legislação complementar ou mesmo lei ordinária. Essas escolhas reduzem os custos de formação de maiorias necessárias para aprovação de matérias no Congresso, ao mesmo tempo que dificultam as estratégias de veto.

Assim, combinada às características institucionais do federalismo brasileiro – o potencial poder de veto do Senado, o amplo campo de competências legislativas da União, o comportamento partidário dos senadores e a inexistência da exigência de supermaiorias –, a fórmula da desproporção na representação das unidades constituintes não implica constrangimentos à maioria. Na verdade, aproxima o Brasil das fórmulas que favorecem a autoridade do governo central (ARRETCHE, 2013, p. 88).

Portanto, sem uma real autonomia por parte dos Estados-membros e dos Municípios do Estado brasileiro, resta completamente comprometido o objetivo da regionalização do Sistema

Único de Saúde buscado pelo Governo Federal, afastando-se ainda mais o Brasil da formação de um Federalismo Sanitário Cooperativo.

### **3.2 O fenômeno da Judicialização da Saúde e suas repercussões para o adequado fornecimento de ações e serviços públicos de saúde**

Ao longo das últimas décadas, o Poder Judiciário vem ganhando destaque e importância no cenário de garantia dos direitos previstos na Constituição Cidadã. Esse crescimento pode ser creditado a uma série de fatores e de circunstâncias sociais, políticas e culturais do séc. XX, resultando em uma intensa judicialização dos conflitos e dos próprios direitos. Esse fenômeno foi decisivo para um fortalecimento institucional por parte do Poder Judiciário, sendo este erigido ao patamar de instituição privilegiada de efetivação de direitos no Brasil (ASENSI, 2013).

Adotando uma postura bastante crítica em relação ao ativismo judicial vivenciado nas últimas décadas não só no ordenamento jurídico brasileiro, mas em todo o mundo, Ramos (2010) aponta para o STF como sendo o polo irradiador dessa insidiosa disfunção por parte do Poder Judiciário, uma vez que suas decisões servem como influência para os juízes e tribunais inferiores.

Dentre outras das possíveis causas de crescimento do ativismo judicial apontados pelo autor, pode-se destacar as seguintes: a) o modelo de Estado que o constitucionalismo nacional vem prestigiando desde a Constituição de 1934, qual seja, um Estado democrático-social, de natureza intervencionista, de maneira que sobre o Judiciário – e em especial sobre o seu órgão de cúpula – recaem as expectativas e pressões da sociedade em ver esses amplos objetivos constitucionais serem de pronto alcançados; b) o crescimento do uso do controle abstrato de constitucionalidade por parte do STF, uma vez que tal modelo de controle, em razão dos efeitos *erga omnes* de suas decisões, em muito se assemelha à própria função normativa típica; e c) o aumento da atividade normativa atípica exercida pelo STF com o uso de mecanismos como as Súmulas Vinculantes e o Mandado de Injunção – com relação a este último, por meio da adoção da tese concretista geral em alguns julgados, a exemplo dos Mandados de Injunção nº 670, 708 e 712.

Abordando-se especificamente a judicialização do direito à saúde, já se observa prontamente que, de um lado, há o direito à saúde, formado por todos os cuidados relativos à proteção, à promoção e à recuperação, acessíveis universalmente e em qualquer nível de atenção – primária, secundária e terciária –, culminando no que se compreende por atenção

integral; e de outro, os limites intrínsecos da organização dos recursos orçamentários e financeiros para a realização das políticas públicas promovedoras dos próprios direitos. E diante do subfinanciamento da saúde pública existente no ordenamento brasileiro, resta ao SUS e aos seus gestores as escolhas alocativas a serem tomadas – nas quais se deve primar cada vez mais pela eficiência, ou seja, fazer melhor com menos recursos (BRASIL, 2015a).

Por judicialização da saúde, deve-se entender um fenômeno amplo que envolve o reclame de diversos bens e direitos nos tribunais: são insumos, instalações, medicamentos, assistência em saúde, entre outras demandas a serem asseguradas em decorrência do direito constitucional à saúde. A origem dessa questão é ainda incerta, não somente em razão da ausência de estudos empíricos sistemáticos e comparativos no país, mas principalmente em decorrência da amplitude da judicialização e das diferentes formas por meio das quais ela se manifesta nos órgãos jurisdicionais (DINIZ et al., 2014).

Os mesmos autores prosseguem e afirmam que, por conseguinte, há argumentos distintos para que as implicações da judicialização da saúde no Brasil sejam analisadas. Ao mesmo tempo em que se anuncia a possibilidade de concretização do direito à saúde por meio dessa via, também pode-se postular que há o risco da judicialização excessiva tornar-se uma interferência indevida do Poder Judiciário no planejamento e na execução das políticas públicas caso a decisão judicial não leve em consideração parâmetros objetivos, impessoais e uniformes o suficiente ou não contenha informações na quantidade necessária para promover uma adequada avaliação quanto à viabilidade e adequação técnica e orçamentária do bem pleiteado em juízo.

Ao longo dos últimos anos, esse fenômeno da judicialização da saúde tem crescido em ritmo acelerado, dando origem a intensos debates acerca das obrigações constitucionais dos entes federados – União, Estados, DF e Municípios – na garantia do direito universal à saúde previsto na Constituição Federal. Esse crescimento pode ser creditado aos seguintes fatores: a) a progressiva concretização ou crescente aplicabilidade dos direitos fundamentais sociais (SILVA, 2016); b) o envelhecimento da população, que passa a necessitar de maiores cuidados com a saúde; c) os mecanismos contábil-fiscais adotados pela União para reduzir seus gastos vinculados e os consequentes cortes no orçamento da Seguridade Social em que o setor da saúde está incluído (DOURADO, 2010; PIOLA et al., 2013).

Em especial, pode-se destacar as demandas judiciais individualizadas relativas a procedimentos e insumos de saúde protocoladas em face de entes públicos, que vêm sofrendo crescimento exponencial nos últimos anos. No Brasil, em 2000, em uma estimativa levantada, certo de 70 milhões de brasileiros não tinham acesso a medicamentos, o que representava

aproximadamente 41% da população. Ou seja, pode-se afirmar que houve avanços nas políticas e ações públicas de assistência farmacêuticas; entretanto, ainda persistem grandes e sérias dificuldades de acesso da população aos medicamentos necessários a uma assistência integral à saúde (VENTURA et al., 2010).

A mesma autora prossegue e afirma que se pode dizer que essa exponencial ampliação da atuação do sistema de justiça no acesso à saúde e aos seus respectivos insumos tem gerado repercussões sobre a gestão do sistema de saúde, influenciando no processo de tomada de decisões por parte dos gestores e demais profissionais envolvidos, e que, pelo menos em parte, tal cenário decorre das falhas e deficiências da própria administração pública ao gerir a rede pública de saúde.

Acerca dos debates que as instituições envolvidas vêm travando sobre o tema da judicialização da saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, cumpre destacar a audiência pública convocada pelo STF e ocorrida em 27, 28 e 29 de abril e em 4, 6 e 7 de maio de 2009. Referida audiência representou uma importante experiência para o debate democrático acerca do direito à saúde, sendo sua representatividade comprovada pela presença de gestores públicos, profissionais da área médica, juristas, professores e usuários do SUS. Entretanto, toda a discussão realizada concentrou-se em apenas três assuntos principais: a dispensação de medicamentos, a alocação de recursos e a função e a interligação entre os três poderes (MACHADO, 2014).

Em pesquisa publicada no ano de 2015, o Conselho Nacional de Justiça (BRASIL, 2015c), ao analisar a judicialização da saúde nos tribunais nacionais e a atuação do próprio CNJ no sentido de combater o seu crescimento, aponta para um dos efeitos desse processo e a necessidade de ser debatido. No caso, tal efeito seria a dificuldade em se tratar do direito à saúde, que se mostra como verdadeiro direito multifacetado, na medida em que abarca critérios sociais, políticos, jurídicos e, inclusive, psicológicos.

De acordo com a pesquisa, a saúde não pode ser reduzida à mera ausência de doença, pois envolve aspectos que se relacionam ao bem-estar físico, mental e social. Com isso, gera-se um problema ainda mais complexo para as instituições do sistema de justiça, pois se torna fundamental a promoção de uma visão desmedicalizada da saúde, que deve considerar o paciente como ser humano inserido em um contexto social específico e com subjetividades singulares. Ou seja, quando o Poder Judiciário privilegia certos saberes em suas decisões judiciais, – o médico e o farmacêutico –, acaba reduzindo a importância do trabalho multiprofissional realizado por psicólogos, assistentes sociais e fisioterapeutas, por exemplo. Tem-se, portanto, uma reprodução da visão medicalizada da saúde através da sobrevalorização

do saber médico e farmacêutico no processo decisório judicial, o que consiste em mais um dos efeitos provocados por esse fenômeno (BRASIL, 2015c).

Apesar do diagnóstico preciso da situação fornecido pelo CNJ por meio de seu recente estudo (BRASIL, 2015c), foram apontadas poucas soluções efetivamente capazes de, ao menos, minimizar os efeitos da judicialização da saúde, sendo indicado, como principal desafio institucional a ser superado, o destaque da saúde como uma política de Estado, ou seja, como algo para além dos governos que se sucedem em cada pleito eleitoral. Isso, porém, extrapola por completo a seara do Poder Judiciário, devendo ser debatido no espaço constitucionalmente previsto para essa função, qual seja, o político.

### 3.2.1 O Supremo Tribunal Federal e o debate em torno do fornecimento de medicamentos de alto custo pelo SUS

O fornecimento de medicamentos pelo SUS sempre se apresentou com um dos pontos de maior debate e que, conseqüentemente, gera boa parte das ações judiciais movidas em decorrência do direito à saúde. Desde 2004, com a criação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), passaram a ser estabelecidas uma série de ações e políticas públicas voltadas, dentre outros objetivos, a promover, proteger e recuperar a saúde através do adequado fornecimento de medicamentos, considerados insumos essenciais e cujo acesso deve ser assegurado de forma racional. Segue a transcrição de alguns dispositivos da Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004, responsável pela sua implementação:

Art. 1º - Aprovar a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, estabelecida com base nos seguintes princípios:

I - a Política Nacional de Assistência Farmacêutica é parte integrante da Política Nacional de Saúde, envolvendo *um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde e garantindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade*; [...]

III - a Assistência Farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, *tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional*. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, *na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população*; [...] (BRASIL, 2004, não paginado, grifos nossos).

A partir do estabelecimento da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, o Governo Federal, através da Lei nº 10.858 de 2004, estabeleceu o denominado Programa Farmácia Popular, responsável justamente pelo fornecimento de medicamentos à população através do SUS gratuitamente ou a preços bem menores que os praticados no mercado. Com isso, estar-se-ia cumprindo uma das mais importantes diretrizes da PNAF.

Nos anos seguintes, cabe ressaltar a expansão pela qual passou o Programa Farmácia Popular, dando origem a um programa derivado denominado “Aqui tem Farmácia Popular”, que passou a disponibilizar para venda em drogarias da rede privada medicamentos fornecidos a preços subsidiados, e à campanha “Saúde não tem preço”, onde o programa passou a disponibilizar os medicamentos indicados para o tratamento de doenças estratégicas – a hipertensão, a asma e o diabetes – sem custos para os usuários.

Oliveira, Assis e Barboni (2010), ao analisar a Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS, apontam para as importantes relações entre a Atenção Básica à Saúde (ABS), sobretudo após a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), e o fornecimentos de medicamentos. Por meio da ABS, almeja-se reorientar as políticas de saúde em nível local, superando o modelo de saúde focado unicamente na doença e em práticas curativas, voltando-se recursos e esforços para a atenção básica à saúde, capaz de gerar expressivos resultados sobretudo na seara preventiva.

Assim, os autores afirmam que, neste nível de atenção sanitária, os medicamentos distribuídos constituem os denominados medicamentos essenciais, que são aqueles, conforme a OMS, que satisfazem as necessidades de saúde mais básicas da maioria da população. São selecionados conforme a sua relevância na saúde pública, a evidência sobre a eficácia em seu uso e a segurança e os estudos comparativos de custo/efetividade já realizados e com conclusões referenciadas.

Para certas situações e enfermidades mais raras, o MS, através de sua Secretaria de Atenção à Saúde, estabelece a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, onde são estabelecidos os procedimentos e os insumos fornecidos pelo Poder Público gratuitamente via SUS (BRASIL, 2015b). Entretanto, determinados insumos não estão presentes nestas listas aprovadas pelo MS em razão de seu elevadíssimo custo, o que comprometeria os limitados recursos que o Estado brasileiro aloca para a área da saúde pública, bem como em razão da falta de prévia análise e regulação pelo órgão competente – no caso, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Nos casos das doenças e enfermidades cujos tratamentos necessitam de medicamentos dessa natureza, e diante da negativa dos órgãos de saúde locais em fornecer insumos não previstos originalmente na lista de medicamentos do SUS, a via escolhida para a garantia desse fornecimento tem sido o Poder Judiciário, o que vem contribuindo justamente para agravar ainda mais o quadro de judicialização da saúde descrito anteriormente (VENTURA et al., 2010).

Em setembro de 2016, novamente essa discussão em torno da judicialização da saúde –

e, mais especificamente, em torno da questão do fornecimento de medicamentos pelo SUS – ganhou destaque no cenário nacional em razão do julgamento dos Recursos Extraordinários (RE) nº 566471 e nº 657718, ambos com repercussão geral reconhecida, que tratam do fornecimento de remédios de alto custo não disponíveis na lista do Sistema Único de Saúde (SUS) e de medicamentos não registrados na Anvisa.

O ministro Marco Aurélio, relator dos recursos, e o ministro Luís Roberto Barroso, revisor, foram os únicos membros do STF a terem manifestado seus votos nos dois recursos sob julgamento antes do pedido de vista feito pelo ministro Teori Zavascki suspender o julgamento. Conforme o voto do relator:

O reconhecimento do direito individual ao fornecimento, pelo Estado, de medicamento de alto custo, não incluído em Política Nacional de Medicamentos ou em Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional, constante de rol dos aprovados, depende da demonstração da imprescindibilidade – adequação e necessidade –, da impossibilidade de substituição do fármaco e da incapacidade financeira do enfermo e da falta de espontaneidade dos membros da família solidária em custeá-lo, respeitadas as disposições sobre alimentos dos artigos 1.694 a 1.710 do Código Civil, e assegurado o direito de regresso (BRASIL, 2016, não paginado).

Já o voto do ministro revisor, seguindo posicionamento e linha argumentativa diversa, afirma que o ponto central referente à judicialização da matéria é a necessidade de desjudicializar o debate sobre saúde no Brasil. Para o ministro, “o Poder Judiciário não é a instância adequada para a definição de políticas públicas de saúde”, avaliou, entendendo que o Judiciário só deve interferir em situações extremas. Por fim, avaliou que: “Não há sistema de saúde que possa resistir a um modelo em que todos os remédios, independentemente de seu custo e impacto financeiro, devam ser oferecidos pelo Estado a todas as pessoas” (BRASIL, 2016).

Em recente levantamento feito pela imprensa (CANCIAN; MASCARENHAS, 2016), dados recentes da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo demonstram que o Poder Judiciário condenou somente o citado Estado em 18.045 processos que envolvem a área da saúde, o que representa um acréscimo de 92% em relação ao número de condenações do ano de 2010 (9.385). E, conforme dados fornecidos pelo Ministério da Saúde para a imprensa, somente este órgão projeta gastar, no ano de 2016, 1,6 bilhão de reais com ações judiciais envolvendo o direito à saúde, sendo tal número expressivamente maior do que aquele gasto em 2010 com a judicialização (120 milhões de reais), tendo havido um crescimento de 727% nos gastos decorrentes desse fenômeno de 2010 a 2015 (OLIVEIRA; RAMALHO, 2016).

Cumprе ressaltar a tese de repercussão geral sugerida pelo Ministro Revisor Luís Roberto Barroso em seu voto nos recursos extraordinários supracitados, que poderia vir a tornar mais claras as regras para o eventual fornecimento de medicamentos de alto custo fora da tabela

do SUS e/ou sem o devido registro pela ANVISA:

O Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos experimentais, sem eficácia e segurança comprovadas, em nenhuma hipótese. Já em relação a medicamentos não registrados na Anvisa, mas com comprovação de eficácia e segurança, o Estado somente pode ser obrigado a fornecê-los na hipótese de irrazoável mora da agência em apreciar o pedido de registro (prazo superior a 365 dias), quando preenchidos três requisitos: 1) a existência de pedido de registro do medicamento no Brasil; 2) a existência de registro do medicamento em renomadas agências de regulação no exterior; e 3) a inexistência de substituto terapêutico com registro no Brasil. As ações que demandem fornecimento de medicamentos sem registro na Anvisa deverão necessariamente ser propostas em face da União (BRASIL, 2016).

Todo esse conjunto de dados indica a relevância e o impacto de uma eventual decisão tomada pelo STF acerca do fornecimento de medicamentos de alto custo pelo SUS que não estejam nas listas da rede pública ou que não tenham registro prévio junto à ANVISA. Entretanto, ao lado da relevantíssima questão financeira, sobretudo no atual contexto de grave recessão econômica e financeira que compromete a atuação dos gestores dos três níveis da Federação, milhares de brasileiros com doenças que exigem tratamento com medicamentos caros e, muitos vezes, importados e sem o registro da ANVISA – a exemplo da mucopolissacaridose e da fibrose cística – ficam no aguardo da decisão a ser tomada pelo Tribunal Excelso que deverá pôr fim a esse debate.

Por conseguinte, pode-se perceber a complexidade e a falta de consenso existente em torno da questão da judicialização do direito à saúde no Brasil. Isso tudo evidencia a necessidade urgente de serem debatidas e buscadas soluções tanto pela sociedade quanto pelos representantes maiores dos Poderes da República, sobretudo por aqueles democraticamente eleitos pelo povo brasileiro e que conduzem diretamente as ações e os serviços voltados à saúde pública brasileira.

#### **4 ANÁLISE DE CONTEÚDO DOS DISCURSOS JURÍDICO E POLÍTICO SOBRE A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL PROFERIDOS ENTRE 01 JANEIRO DE 2011 E 15 DE OUTUBRO DE 2016**

Após a exposição dos capítulos anteriores, fica nítido o quadro de dificuldades pelo qual passam os Estados, o DF e os Municípios da Federação brasileira para cumprir com sua obrigação de adequada proteção ao direito fundamental à saúde. O Federalismo centrípeto que se originou no Brasil – formado a partir da divisão de um Estado anteriormente unitário, e não da união entre Estados independentes a partir de um Texto Constitucional (RAMOS, 2012) – apresenta desequilíbrios que comprometem a garantia de direitos por parte do poder público, podendo-se destacar, dentre eles, o direito à saúde.

Enquanto autoridades políticas democraticamente responsáveis pelo planejamento, pela articulação e pela coordenação existentes em torno da prestação das ações e dos serviços públicos de saúde por meio do Sistema Único de Saúde existente no ordenamento brasileiro (BRASIL, 2006), o conteúdo dos discursos do Presidente da República e do Ministro da Saúde podem auxiliar no debate em torno de tais problemáticas.

Daí a importância de se analisar o conteúdo dos discursos dos órgãos de cúpula do Poder Executivo Federal – detentor da maior parte dos recursos públicos –, de modo a se identificar os elementos significantes e os posicionamentos dos Presidentes da República e dos Ministros da Saúde que ocuparam tais cargos de 01 janeiro de 2011 a 15 de outubro de 2016 acerca das dificuldades apontadas.

Do mesmo modo, o STF, enquanto guardião da Constituição e órgão de cúpula do Poder Judiciário, ao proferir decisões vinculantes para os Tribunais de todo o país e para a Administração Pública, é responsável por dirimir as principais discussões envolvendo a garantia do direito constitucional à saúde, sendo, portanto, necessário analisar o conteúdo de suas decisões judiciais no mesmo marco temporal de modo a ser possível compreender quais foram as questões levantadas perante o Pretório Excelso acerca da Saúde Pública e como este se manifestou ao decidi-las.

Bardin (1977, p. 49) lembra que as formas por ela expostas de aplicação da análise de conteúdo apresentam-se mais como exemplos do que como regras inalteráveis a serem seguidas, ou seja, são “exemplos não para serem tomados como modelo, mas como ilustrações que permitirão uma compreensão dos mecanismos”. A autora propõe diversas possibilidades de análises para esclarecer o “desenrolar do procedimento”, sendo as mais comuns as dos tipos temática e frequencial.

Para a presente pesquisa, cumpre destacar que o tipo de análise de conteúdo aplicada foi a denominada análise categorial ou análise por categorias, correspondendo à espécie cronologicamente mais antiga e à mais utilizada pelos pesquisadores conforme aduz Bardin (1977). Ou seja, por meio da técnica mais genérica da análise de temas a ser realizada nos textos, torna-se possível desnudar os elementos até então não conhecidos a partir da frequência de categorias pré-determinadas. Com relação às suas etapas, foram estas descritas detalhadamente na introdução do presente trabalho e, após todos os preparativos preliminares serem realizados, bem como a aplicação em si do procedimento metodológico, foram realizadas, no presente capítulo, as inferências e as interpretações obtidas a partir da análise dos resultados significativos à disposição (BARDIN, 1977).

No momento da coleta de dados, etapa fundamental na análise de conteúdo, buscou-se todo o conjunto de discursos proferidos pelos Presidentes da República Dilma Rousseff e Michel Temer em matéria de saúde pública no período de 01 janeiro de 2011 a 15 outubro de 2016, cujas transcrições podem ser integralmente obtidas a partir do sítio eletrônico oficial da Presidência da República ([www2.planalto.gov.br](http://www2.planalto.gov.br)). Em razão do acervo citado contar com a totalidade das transcrições dos discursos, foi possível coletar, na íntegra, aqueles que abordaram a temática da Saúde Pública no Brasil.

Com relação à ex-Presidente Dilma Rousseff, foram coletados 19 (dezenove) discursos em 2011, 7 (sete) em 2012, 8 (oito) em 2013, 7 (sete) em 2014, 6 (seis) em 2015 e 6 (seis) em 2016, totalizando 53 (cinquenta e três) discursos que versaram sobre Saúde Pública. Já se tratando o Presidente Michel Temer, foram coletados 3 (três) discursos que abordaram a temática desde o momento em que se iniciou seu Governo com o afastamento da ex-Presidente pelo Senado Federal em 12 de maio de 2016 até o fim do marco temporal aqui proposto, qual seja, 15 de outubro de 2016.

Quanto aos discursos dos diferentes Ministros da Saúde proferidos no mesmo período, foram buscados aqueles disponibilizados no sítio eletrônico oficial do Ministério da Saúde ([portalsaude.saude.gov.br](http://portalsaude.saude.gov.br)), sendo também buscados aqueles discursos que foram disponibilizados na rede mundial de computadores. Porém, de modo a garantir a veracidade dos conteúdos procurados, além do sítio do MS, a pesquisa destes dados deu-se somente em sítios eletrônicos oficiais de órgãos e entidades da Administração Pública, no caso, no do citado Ministério e no da Empresa Brasileira de Comunicação, bem como em jornais e canais de notícias de grande circulação e renome, a exemplo do Globo, do G1, da Folha de São Paulo e do Estadão.

Ainda tratando do caso do Ministério da Saúde, também foi feito contato por meio de

comunicação junto aos servidores do órgão para a obtenção de discursos dos Ministros que estivessem transcritos ou na forma de áudio ou de áudio e vídeo, bem como foram feitas duas solicitações de informações com base na Lei de Acesso à Informação através do Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão (e-SIC).

Entretanto, como resposta às ligações efetuadas e às duas solicitações eletrônicas feitas através do portal digital e-SIC e respondidas em 04 de março de 2016 e em 30 de setembro de 2016 (ANEXOS A e B), a Assessoria do Gabinete do Ministério da Saúde afirmou não possuir qualquer registro dos discursos proferidos pelos Ministros da Saúde durante o período de exercício de suas atividades.

Após a coleta dos dados referentes aos Ministros da Saúde, os resultados obtidos foram os seguintes: 7 (sete) discursos do ex-Ministro Alexandre Padilha; 4 (quatro) discursos do ex-Ministro Arthur Chioro; 7 (sete) discursos do ex-Ministro Marcelo Castro; e 7 (sete) discursos do atual Ministro Ricardo Barros, totalizando 25 (vinte e cinco) discursos dos Ministros da Saúde no marco temporal proposto na presente pesquisa.

A partir da mesma técnica, foi consultado o sítio eletrônico oficial do STF ([www.stf.br](http://www.stf.br)) e o seu acervo de Jurisprudência, de forma a serem colhidas, em seu inteiro teor, os acórdãos das decisões por ele proferidas em sede de ações do Controle Concentrado de Constitucionalidade e em sede de Recursos Extraordinários com Repercussão Geral reconhecida acerca do direito à saúde proferidas dentro do mesmo intervalo temporal. Também foram utilizados outros indexadores eletrônicos de jurisprudência, a exemplo do JusBrasil ([www.jusbrasil.com.br](http://www.jusbrasil.com.br)), para auxiliar na busca por acórdãos de decisões que não tivessem sido encontradas no sítio oficial do STF.

Frise-se que se optou por utilizar os acórdãos das decisões do STF, deixando-se de lado os votos proferidos pelos Ministros, em razão dos primeiros expressarem a própria decisão obtida a partir do julgamento realizado pelo Pretório Excelso independentemente das divergências existentes entre os votos apresentados. Em suma, pode-se afirmar que o acórdão, seja ele unânime ou não unânime, representa o posicionamento adotado pelo STF diante da questão a ele encaminhada.

Como resultado, foram obtidos 7 (sete) acórdãos em sede de Controle Concentrado de Constitucionalidade e 6 (seis) acórdãos em sede de Recursos Extraordinários com Repercussão Geral reconhecida. As numerações das ações constitucionais são as seguintes: ADPF 54/DF de 2012, ADI 1842/RJ de 2013, ADI 2077/BA de 2014, ADI 3649/RJ de 2014, ADI 4951/PI de 2014, ADI 1923/DF de 2015 e ADI 4211/SP de 2016. E as numerações dos Recursos Extraordinários com Repercussão Geral reconhecida são as seguintes: AI 831.223/MG de 2011,

RE 580.264/RS de 2011, ARE 664.335/SC de 2014, ARE 894.085/SP de 2015, RE 581.488/RS de 2015 e RE 855.178/SE de 2015.

Após estas breves considerações sobre a preliminar etapa de planejamento, na seção seguinte, explicou-se como se deu efetivamente a aplicação do procedimento metodológico da análise de conteúdo em sua segunda etapa, conforme as orientações presentes no trabalho de Bardin (1977).

#### **4.1 Procedimento metodológico da análise de conteúdo de Laurence Bardin**

Antes mesmo da coleta dos materiais a serem analisados, conforme apontado por Bardin (1977) ao descrever as etapas preliminares de uma análise de conteúdo, foram levantadas as categorias apriorísticas a servir de base para a presente pesquisa com base nos pressupostos empíricos e nos pressupostos conceituais encontrados na literatura acerca da Saúde Pública, do SUS e do direito à saúde, sendo as palavras e conjuntos de palavras relacionadas a tais categorias os elementos a serem buscados nos discursos e nas decisões coletadas.

Desse modo, pode-se apontar 7 (sete) categorias apriorísticas finais que conduziram a análise de conteúdo: a) Saúde Pública enquanto área concretizadora do direito fundamental à saúde; b) SUS enquanto expressão de uma nova concepção social de saúde; c) Problemas crônicos no financiamento do SUS; d) Federação brasileira marcada por desequilíbrios e ainda distante de um autêntico Federalismo Cooperativo Sanitário; e) Reorganização da distribuição de competências dos entes federados em matéria de saúde pública; f) Judicialização da Saúde e seus graves reflexos nas ações e serviços de saúde; g) Ativismo Judicial enquanto nova forma de atuação do Judiciário, mas com críticos apontando suas graves consequências.

Justifica-se a escolha de tais categorias por representarem, as 2 (duas) primeiras, a própria área da saúde enquanto direito a ser garantido e políticas públicas a serem prestadas pelo Estado brasileiro, bem como, no caso das outras 6 (seis), por representarem importantíssimos temas estruturais que geram grandes repercussões para o Sistema Único de Saúde e para a consequente prestação das ações e dos serviços de saúde.

A seguir, antes de passar para a aplicação da análise de conteúdo em si, cumpre destacar as etapas de construção das categorias apriorísticas finais mencionadas, uma vez que elas foram eleitas com base em categorias apriorísticas iniciais e intermediárias.

#### 4.1.1 Categorias iniciais, intermediárias e finais e o agrupamento progressivo

Com fundamento nas pesquisas e nos textos específicos da área da Saúde Pública levantados nos dois capítulos anteriores do presente trabalho, levantou-se um total de 28 (vinte e oito) categorias iniciais que expressam o atual quadro da saúde no Brasil, representando bem os principais obstáculos que comprometem a sua plena garantia nos moldes idealizados pela Reforma Sanitária Brasileira.

Quadro 1: Lista de Categorias Iniciais

<b>Categorias Iniciais</b>
1. Saúde enquanto direito fundamental
2. Saúde enquanto dever do Estado
3. Evolução na garantia do direito à saúde
4. Saúde como elemento indispensável a uma justa igualdade de oportunidades
5. Sistema Único de Saúde fruto das lutas da Reforma Sanitária
6. Sistema de saúde universal, gratuito e igualitário
7. Ações e serviços públicos de saúde
8. Conjunto de políticas de caráter preventivo e curativo
9. Custeio das ações e serviços públicos de saúde
10. Orçamento da Seguridade Social
11. Insuficiência nos recursos destinados ao financiamento do SUS
12. Percentuais tributários mínimos aplicados no sistema de saúde
13. Federalismo por desagregação
14. Dependência dos entes federados em face da União
15. Federalismo Cooperativo
16. Federalismo Sanitário
17. Competências legislativas e administrativas em matéria de saúde pública
18. Distribuição de competências entre os entes federados
19. Municipalização/descentralização da saúde
20. Regionalização da saúde
21. Crescimento expressivo das demandas judiciais em matéria de saúde
22. Incapacidade do Estado de garantir integralmente o direito à saúde
23. Insuficiência na cobertura dos planos e seguros privados
24. Fornecimento de medicamentos de alto custo não inclusos nas listas do SUS
25. Protagonismo do Poder Judiciário enquanto instância de garantia de direitos
26. Progressiva materialização dos direitos sociais
27. Atividade normativa atípica do Poder Judiciário
28. STF e a abstrativização de seus julgados

Fonte: Próprio autor

Em seguida, com o objetivo de refinar a análise do conteúdo dos discursos coletados, realizou-se o agrupamento progressivo de tais categorias iniciais com base em conceitos norteadores, resultando na emergência de 14 (catorze) categorias intermediárias. Seguem, abaixo, os quadros que demonstram essa etapa acompanhados das referências dos conceitos que fundamentaram cada um desses agrupamentos.

Quadro 2: Agrupamento das categorias iniciais

<b>Categoria Inicial</b>	<b>Conceito Norteador</b>	<b>Categoria Intermediária</b>
1. Saúde enquanto direito fundamental	Mudança na concepção da garantia da saúde, passando a ser considerada direito fundamental, e não mera benesse estatal ou direito previdenciário.	1. Saúde como direito de todos e dever do Estado
2. Saúde enquanto dever do Estado		
3. Evolução na garantia do direito à saúde	Saúde como requisito indispensável a qualquer teoria da justiça que busque a garantia de iguais oportunidades.	2. Saúde enquanto elemento essencial à cidadania
4. Saúde como elemento indispensável a uma justa igualdade de oportunidades		
5. Sistema Único de Saúde fruto das lutas da Reforma Sanitária	O SUS considerado mais do que um sistema público de saúde, representando uma mudança social plural e abrangente.	3. Sistema Único de Saúde enquanto conquista social e democrática
6. Sistema de saúde universal, gratuito e igualitário		
7. Ações e serviços públicos de saúde	Dever do SUS de superar o caráter curativo da Medicina, que favorece os interesses das corporações privadas de saúde.	4. Rede pública garantidora da saúde em seu sentido integral
8. Conjunto de políticas de caráter preventivo e curativo		

Fonte: Próprio autor

As categorias intermediárias 1, 2, 3 e 4 (Saúde como direito de todos e dever do Estado; Saúde enquanto elemento essencial à cidadania; SUS enquanto conquista social e democrática; Rede pública garantidora da saúde em seu sentido integral) correspondem aos objetivos traçados, durante a redemocratização, pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira, conforme recordam Asensi (2013), Lobato e Giovanella (2012) e Paim (2013). Com isso, estruturou-se a saúde no Brasil pós-ditadura militar enquanto um autêntico direito fundamental social, a ser assegurado aos brasileiros gratuitamente por meio de uma rede pública e universal. Além disso, Daniels (1981; 1985; 1998) eleva o direito à saúde ao patamar de requisito indispensável a qualquer teoria da justiça que tenha como foco garantir iguais oportunidades.

Quadro 3: Agrupamento das categorias iniciais

<b>Categoria Inicial</b>	<b>Conceito Norteador</b>	<b>Categoria Intermediária</b>
9. Custeio das ações e serviços públicos de saúde	Pluralidade no financiamento das ações e serviços públicos de saúde, reforçando o caráter democrático do SUS.	5. Fontes de custeio das ações e serviços públicos de saúde
10. Orçamento da Seguridade Social		
11. Insuficiência nos recursos destinados ao financiamento do SUS	Desde o seu surgimento na CF de 1988, o SUS convive com o aporte insuficiente de recursos, e a União busca formas de reduzir sua participação orçamentária.	6. Subfinanciamento do SUS
12. Percentuais tributários mínimos aplicados no sistema de saúde		

Fonte: Próprio autor

Acerca do Quadro 3, Dourado (2010), Dourado e Elias (2011), Piola et al. (2013) e Polignano (2001) atestam que, apesar da democrática previsão, na CF de 1988, de um financiamento da saúde embasado majoritariamente em recursos do Orçamento de cada esfera

federativa, o subfinanciamento das ações de saúde permanece enquanto problema crônico da Federação brasileira, uma vez que governantes utilizaram-se – e ainda usam – de diversos mecanismos para aportar menos recursos nesta área, a exemplo da DRU e da desfiguração da CPMF, analisados nos capítulos precedentes. Diante desses conceitos, chegou-se às categorias intermediárias 5 e 6.

Quadro 4: Agrupamento das categorias iniciais

<b>Categoria Inicial</b>	<b>Conceito Norteador</b>	<b>Categoria Intermediária</b>
13. Federalismo por desagregação	Federação brasileira marcada, desde suas origens, por desequilíbrios e dependência dos recursos federais.	7. Falta de adequado equilíbrio federativo
14. Dependência dos entes federados em face da União		
15. Federalismo Cooperativo	Objetivo da CF de 1988 de estabelecer um autêntico Federalismo Cooperativo Sanitário.	8. Federalismo Cooperativo Sanitário
16. Federalismo Sanitário		

Fonte: Próprio autor

Abordando o Quadro 4, Ramos (2012) e Bercovici (2002), ao abordarem a Federação brasileira, trazem à tona respectivamente os conceitos de desequilíbrios federativos existentes no Brasil e de Federalismo Cooperativo Sanitário enquanto objetivo a ser alcançado pelos gestores da saúde em cada esfera federal. Ou seja, a CF estabelece princípios e regras que buscam a cooperação entre União, DF, Estados e Municípios na prestação dos serviços de saúde, mas as graves desigualdades regionais comprometem essa articulação e tornam ainda mais difícil a concretização das denominadas competências materiais comuns, que exigem harmonia de objetivos entre os entes federados. Daí a construção das categorias intermediárias 7 e 8.

Quadro 5: Agrupamento das categorias iniciais

<b>Categoria Inicial</b>	<b>Conceito Norteador</b>	<b>Categoria Intermediária</b>
17. Competências legislativas e administrativas em matéria de saúde pública	A divisão de competências entre os entes federados vista como um dos principais problemas da Federação brasileira, sobretudo na área da saúde pública.	9. Complexa distribuição de competências em matéria sanitária
18. Distribuição de competências entre os entes federados		
19. Municipalização/ Descentralização da saúde	Implementação da municipalização na década de 90, mas, só a partir dos anos 2000, voltou-se esforços para a regionalização.	10. Dificil implementação harmônica da municipalização e da regionalização
20. Regionalização da saúde		

Fonte: Próprio autor

Quanto às categorias intermediárias 9 e 10, estas embasaram-se nos conceitos trazidos por Arretche (2013), Bercovici (2002), Piola et al. (2013), Polignano (2001) e Dourado (2010). Tais autores aponta para o intrincado sistema de repartição de competências legislativas e

administrativas entre os entes federados no Brasil, que dificulta a adequada garantia, dentre outros, do direito à saúde, ainda mais com a municipalização e a regionalização do SUS previstas no Texto Constitucional não sendo implementadas de forma coesa e harmônica.

Quadro 6: Agrupamento das categorias iniciais

<b>Categoria Inicial</b>	<b>Conceito Norteador</b>	<b>Categoria Intermediária</b>
21. Crescimento expressivo das demandas judiciais em matéria de saúde	A população passou a buscar o Poder Judiciário por enxergar nele a instância capaz de conceder os bens e serviços sanitários não obtidos de pronto na rede pública de saúde.	11. Judicialização da saúde enquanto sintoma da dificuldade de acesso à saúde
22. Incapacidade do Estado de garantir integralmente o direito à saúde		
23. Insuficiência na cobertura dos planos e seguros privados	Impactos da judicialização da saúde, sobretudo no que se refere à programação orçamentária e operacional das ações de saúde.	12. Impactos ao planejamento orçamentário e operacional dos gestores da saúde
24. Fornecimento de medicamentos de alto custo não inclusos nas listas do SUS		
25. Protagonismo do Poder Judiciário enquanto instância de garantia de direitos	No contexto de crescimento das reivindicações de ordem social, o Poder Judiciário ganha destaque, e, de certo modo, é alçado ao patamar de instância concretizadora de direitos.	13. Poder Judiciário enquanto suposto concretizador de direitos sociais
26. Progressiva materialização dos direitos sociais		
27. Atividade normativa atípica do Poder Judiciário	O STF assumindo o papel de principal órgão jurisdicional a impulsionar a atividade normativa atípica do Judiciário.	14. STF enquanto condutor do ativismo judicial no Brasil
28. STF e a abstrativização de seus julgados		

Fonte: Próprio autor

Com relação às categorias 11, 12, 13 e 14, estas foram agrupadas a partir dos conceitos norteadores presentes em Asensi (2013), Ramos (2010), Diniz et al. (2014) e Ventura et al. (2010), bem como em pesquisa elaborada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) (BRASIL, 2015a), que apontam para o Poder Judiciário brasileiro, sobretudo o STF, assumindo um papel de protagonismo cada vez maior na garantia de direitos sociais. Porém, isso resulta no crescimento da judicialização da saúde – já que a população sofre para ter acesso a serviços nesta área –, o que compromete o planejamento orçamentário e operacional dos gestores da saúde.

Segue, abaixo, a lista com as 14 (catorze) categorias intermediárias obtidas a partir do agrupamento das 28 (vinte e oito) categorias iniciais com base nos conceitos norteadores supracitados.

Quadro 7: Lista das categorias intermediárias

<b>Categorias Intermediárias</b>
1. Saúde como direito de todos e dever do Estado
2. Saúde enquanto elemento essencial à cidadania
3. Sistema Único de Saúde enquanto conquista social e democrática
4. Rede pública garantidora da saúde em seu sentido integral

5. Fontes de custeio das ações e serviços públicos de saúde
6. Subfinanciamento do SUS
7. Falta de adequado equilíbrio federativo
8. Federalismo Cooperativo Sanitário
9. Complexa distribuição de competências em matéria sanitária
10. Difícil implementação harmônica da municipalização e da regionalização
11. Judicialização da saúde enquanto sintoma da dificuldade de acesso à saúde
12. Impactos ao planejamento orçamentário e operacional dos gestores da saúde
13. Poder Judiciário enquanto suposto concretizador de direitos sociais
14. STF enquanto condutor do ativismo judicial no Brasil

Fonte: Próprio autor

Por fim, as 14 (catorze) categorias intermediárias foram submetidas ao mesmo processo de agrupamento progressivo, de modo a serem obtidas as 7 (sete) categorias apriorísticas finais já mencionadas. Estas correspondem às categorias com maior grau de abstração e foram os conceitos norteadores ao se aplicar o procedimento da análise de conteúdo. Seguem, a seguir, os quadros demonstrativos desta última etapa antes da aplicação do procedimento em si.

Quadro 8: Agrupamento das categorias intermediárias

<b>Categoria Intermediária</b>	<b>Conceito Norteador</b>	<b>Categoria Final</b>
1. Saúde como direito de todos e dever do Estado	A área da saúde pública ganhando destaque em razão da necessidade de garantia do direito fundamental à saúde.	1. Saúde Pública enquanto área concretizadora do direito fundamental à saúde
2. Saúde enquanto elemento essencial à cidadania		
3. Sistema Único de Saúde enquanto conquista social e democrática	O SUS assumindo o papel de rede pública e gratuita e de conquista das lutas pela democratização e socialização de direitos travada pela Reforma Sanitária.	2. SUS enquanto expressão de uma nova concepção social de saúde
4. Rede pública garantidora da saúde em seu sentido integral		

Fonte: Próprio autor

Abordando o Quadro 8, Asensi (2013) e Lobato e Giovanella (2012) apontam para o novo conceito de direito à saúde adotado pela CF de 1988, e Paim (2013), para a previsão de um sistema único e gratuito capaz de assegurá-lo de forma plena e democrática à toda a população, o que representaria, a nível teórico, uma revolução social. Referidas ideias serviram de norte no agrupamento que resultou nas categorias finais 1 e 2, quais sejam, a Saúde Pública no Brasil e o SUS.

Quadro 9: Agrupamento das categorias intermediárias

<b>Categoria Intermediária</b>	<b>Conceito Norteador</b>	<b>Categoria Final</b>
5. Fontes de custeio das ações e serviços públicos de saúde	A insuficiência das fontes de custeio e dos recursos destinados à saúde pública sendo apontada como grave entrave ao direito à saúde desde a edição da CF de 1988.	3. Problemas crônicos no financiamento do SUS
6. Subfinanciamento do SUS		

Fonte: Próprio autor

Quanto à categoria final dos problemas crônicos no financiamento do SUS, os autores Dourado (2010), Piola et al. (2013) e Polignano (2001) embasaram a sua construção, sendo que o debate em torno da insuficiência de recursos para a área da Saúde e da necessidade de maior democratização das fontes de custeio vem sendo travado desde o advento da CF de 1988.

Quadro 10: Agrupamento das categorias intermediárias

<b>Categoria Intermediária</b>	<b>Conceito Norteador</b>	<b>Categoria Final</b>
7. Falta de adequado equilíbrio federativo	Intensos desequilíbrios existentes no Estado Federal brasileiro estabelecido pela CF de 1988, mas que almeja o estabelecimento de um autêntico Federalismo Cooperativo Sanitário.	4. Federação brasileira marcada por desequilíbrios e ainda distante de um autêntico Federalismo Cooperativo Sanitário
8. Federalismo Cooperativo Sanitário		
9. Complexa distribuição de competências em matéria sanitária	Necessidade de debate e reorganização das complexas competências federativas em matéria sanitária, sobretudo após o início da regionalização do SUS a partir dos anos 2000.	5. Reorganização da distribuição de competências dos entes federados em matéria de saúde pública
10. Dificil implementação harmônica da municipalização e da regionalização		

Fonte: Próprio autor

Os conceitos contidos em Bercovici (2002), Dourado (2010; 2011), Lima et al. (2012), Ramos (2012) e Piola et al. (2013) embasaram a elaboração das categorias finais 4 e 5 (Quadro 10), quais sejam: Federação brasileira marcada por desequilíbrios e ainda distante de um autêntico Federalismo Cooperativo Sanitário; Reorganização da distribuição de competências entre os entes federados. Tais autores debatem o complexo e desequilibrado quadro federativo do Brasil, com reflexos, sobretudo, na forma em que se encontram divididas as competências legais e materiais. Além disso, os objetivos constitucionais da municipalização e da regionalização do SUS ainda encontram-se distantes de uma adequada e equilibrada implementação nos termos da CF de 1988.

Quadro 11: Agrupamento das categorias intermediárias

<b>Categoria Intermediária</b>	<b>Conceito Norteador</b>	<b>Categoria Final</b>
11. Judicialização da saúde enquanto sintoma da dificuldade de acesso à saúde	O excesso de demandas judiciais envolvendo matéria sanitária decorre das dificuldades enfrentadas pelos usuários do SUS, mas gera grandes impactos no seu planejamento.	6. Judicialização da Saúde e seus graves reflexos nas ações e serviços de saúde.
12. Impactos ao planejamento orçamentário e operacional dos gestores da saúde		
13. Poder Judiciário enquanto suposto concretizador de direitos sociais	O Judiciário brasileiro passa a assumir uma postura ativista nas últimas décadas, havendo defensores e críticos dessa mudança institucional.	7. Ativismo Judicial enquanto nova forma de atuação do Judiciário, mas com críticos apontando suas graves consequências.
14. STF como o condutor do ativismo judicial no Brasil		

Fonte: Próprio autor

Sobre o Quadro 11, dados levantados pelo CNJ (BRASIL, 2015c) e os autores Diniz et al. (2014), Ramos (2010) e Ventura et al. (2010) fundamentaram a construção das categorias

finais 6 e 7 (Judicialização da Saúde e seus graves reflexos nas ações e serviços de saúde e Ativismo Judicial enquanto nova forma de atuação do Judiciário, mas com críticos apontando suas graves consequências), pois apontam para o grave cenário das ações judiciais envolvendo o direito à saúde e suas consequências para o adequado planejamento das ações e serviços públicos de saúde.

Abaixo, encontram-se listadas as 7 (sete) categorias finais obtidas a partir do agrupamento das categorias intermediárias e que servirão para conduzir a análise de conteúdo.

Quadro 12: Lista das categorias finais

<b>Categorias Finais</b>
1. Saúde Pública enquanto área concretizadora do direito fundamental à saúde
2. SUS enquanto expressão de uma nova concepção social de saúde
3. Problemas crônicos no financiamento do SUS
4. Federação brasileira marcada por desequilíbrios e ainda distante de um autêntico Federalismo Cooperativo Sanitário
5. Reorganização da distribuição de competências dos entes federados em matéria de saúde pública
6. Judicialização da Saúde e seus graves reflexos nas ações e serviços de saúde
7. Ativismo Judicial enquanto nova forma de atuação do Judiciário, mas com críticos apontando suas graves consequências.

Fonte: Próprio autor

Constata-se, diante das pesquisas e autores supramencionados, a importância das temáticas contidas em tais categorias finais, de modo que deveriam ser objeto de constantes e intensos debates e discussões por parte dos órgãos de cúpula do Poder Executivo (PR e MS) e do Poder Judiciário (STF).

#### 4.1.2 Aplicação do procedimento metodológico da análise de conteúdo

Para a realização da análise de conteúdo em si – mais especificamente, uma análise categorial –, de início, foi realizada uma primeira leitura de todo o material coletado, de modo a que o pesquisador pudesse ter contato com os discursos e com as decisões que compõem seu objeto de pesquisa. Em seguida, foi feita a marcação manual das palavras e das expressões que abordassem as categorias apriorísticas finais apontadas, sendo contabilizada a sua frequência em cada um dos discursos e das decisões (BARDIN, 1977).

Cabe ressaltar que, após a marcação manual das palavras e expressões nos discursos políticos e nas decisões judiciais, foi utilizada a função “Navegação” do programa *Microsoft Word* para garantir que nenhuma delas deixasse de ser contabilizada. Caso contrário, as interpretações e inferências realizadas restariam comprometidas. Cabe lembrar que Bardin (1977) afirma ser indicável o auxílio de tratamentos informáticos para os seguintes casos, dentre outros: a) quando a unidade de análise é a palavra ou conjunto de palavras, como no presente

caso; b) quando a análise é complexa no sentido de exigir o trato simultâneo de um grande número de variáveis, sendo este o presente caso em razão do elevado número de categorias temáticas.

No momento de registrar os resultados obtidos, optou-se pela construção de tabelas com os anos dos discursos e das decisões na vertical e com as categorias apriorísticas na horizontal para cada uma das autoridades alvos da presente pesquisa, quais sejam: ex-Presidente da República Dilma Rousseff, Presidente da República Michel Temer, ex-Ministro da Saúde Alexandre Padilha, ex-Ministro da Saúde Arthur Chioro, ex-Ministro da Saúde Marcelo Castro, Ministro da Saúde Ricardo Barros e o STF.

Frise-se que, para cada uma das autoridades, foram elaboradas duas tabelas apenas em razão do número das categorias apriorísticas buscadas, pois, do contrário, a visualização dos resultados restaria comprometida. Na primeira tabela, constam as quatro primeiras categorias apriorísticas mencionadas anteriormente – a) Saúde Pública enquanto área concretizadora do direito fundamental à saúde; b) SUS enquanto expressão de uma nova concepção social de saúde; c) Problemas crônicos no financiamento do SUS; d) Federação brasileira marcada por desequilíbrios e ainda distante de um autêntico Federalismo Cooperativo Sanitário –, e, na segunda, as três categorias restantes – e) Reorganização da distribuição de competências dos entes federados em matéria de saúde pública; f) Judicialização da Saúde e seus graves reflexos nas ações e serviços de saúde; g) Ativismo Judicial enquanto nova forma de atuação do Judiciário, mas com críticos apontando suas graves consequências.

Com relação aos discursos políticos proferidos pela ex-Presidente da República Dilma Rousseff, os seguintes resultados foram encontrados quanto à frequência das categorias temáticas:

Quadro 13: Discursos da Presidente Dilma Rousseff

Ano do discurso analisado	Ocorrências das categorias nos discursos da Presidente Dilma Rousseff			
	Saúde Pública	SUS e a nova concepção social de saúde	Problemas no financiamento	Federação brasileira
2011	133	102	9	33
2012	20	11	9	4
2013	63	36	8	12
2014	23	28	5	13
2015	25	25	8	5
2016	18	22	14	8

Fonte: Próprio autor

Quadro 14: Discursos da Presidente Dilma Rousseff

Ano do discurso analisado	Ocorrências das categorias nos discursos da Presidente Dilma Rousseff		
	Reorganização das Competências	Judicialização da Saúde	Ativismo Judicial
2011	1	0	0
2012	0	0	0
2013	0	0	0
2014	0	0	0
2015	0	0	0
2016	0	0	0

Fonte: Próprio autor

Tratando-se dos discursos proferidos pelo atual Presidente da República, Michel Temer, em seu mandato presidencial ainda vigente, os resultados foram encontrados podem ser resumidos na seguinte tabela:

Quadro 15: Discursos do Presidente Michel Temer

Ano do discurso analisado	Ocorrências das categorias nos discursos do Presidente Michel Temer			
	Saúde Pública	SUS e a nova concepção social de saúde	Problemas no financiamento	Federação brasileira
2016	17	10	24	5

Fonte: Próprio autor

Quadro 16: Discursos do Presidente Michel Temer

Ano do discurso analisado	Ocorrências das categorias nos discursos do Presidente Michel Temer		
	Reorganização das Competências	Judicialização da Saúde	Ativismo Judicial
2016	2	0	0

Fonte: Próprio autor

Com relação aos discursos dos ex-Ministros da Saúde Alexandre Padilha e Arthur Chioro, os resultados encontrados foram os seguintes:

Quadro 17: Discursos do Ministro Alexandre Padilha

Ano do discurso analisado	Ocorrências das categorias nos discursos do Ministro Alexandre Padilha			
	Saúde Pública	SUS e a nova concepção social de saúde	Problemas no financiamento	Federação brasileira
2011	75	83	25	30
2012	2	3	1	0
2013	1	7	3	3
2014	13	32	13	6

Fonte: Próprio autor

Quadro 18: Discursos do Ministro Alexandre Padilha

Ano do discurso analisado	Ocorrências das categorias nos discursos do Ministro Alexandre Padilha		
	Reorganização das Competências	Judicialização da Saúde	Ativismo Judicial
2011	0	0	0
2012	0	0	0
2013	0	0	0
2014	0	0	0

Fonte: Próprio autor

Quadro 19: Discursos do Ministro Arthur Chioro

Ano do discurso analisado	Ocorrências das categorias nos discursos do Ministro Arthur Chioro			
	Saúde Pública	SUS e a nova concepção social de saúde	Problemas no financiamento	Federação brasileira
2014	25	109	24	23
2015	26	73	14	6

Fonte: Próprio autor

Quadro 20: Discursos do Ministro Arthur Chioro

Ano do discurso analisado	Ocorrências das categorias nos discursos do Ministro Arthur Chioro		
	Reorganização das Competências	Judicialização da Saúde	Ativismo Judicial
2014	0	2	0
2015	0	0	0

Fonte: Próprio autor

Tratando-se dos discursos do ex-Ministro da Saúde Marcelo Castro e do atual Ministro da Saúde Ricardo Barros, os resultados obtidos estão dispostos abaixo:

Quadro 21: Discursos do Ministro Marcelo Castro

Ano do discurso analisado	Ocorrências das categorias nos discursos do Ministro Marcelo Castro			
	Saúde Pública	SUS e a nova concepção social de saúde	Problemas no financiamento	Federação brasileira
2015	46	60	41	22
2016	0	0	0	0

Fonte: Próprio autor

Quadro 22: Discursos do Ministro Marcelo Castro

Ano do discurso analisado	Ocorrências das categorias nos discursos do Ministro Marcelo Castro		
	Reorganização das Competências	Judicialização da Saúde	Ativismo Judicial
2015	1	1	0
2016	0	0	0

Fonte: Próprio autor

Quadro 23: Discursos do Ministro Ricardo Barros

Ano do discurso analisado	Ocorrências das categorias nos discursos do Ministro Ricardo Barros			
	Saúde Pública	SUS e a nova concepção social de saúde	Problemas no financiamento	Federação brasileira
2016	14	19	31	7

Fonte: Próprio autor

Quadro 24: Discursos do Ministro Ricardo Barros

Ano do discurso analisado	Ocorrências das categorias nos discursos do Ministro Ricardo Barros		
	Reorganização das Competências	Judicialização da Saúde	Ativismo Judicial
2016	0	0	0

Fonte: Próprio autor

Por fim, quanto à análise dos acórdãos das decisões do STF em sede de Controle Concentrado de Constitucionalidade e de Recursos Extraordinários com Repercussão Geral reconhecida, os resultados obtidos podem ser representados a partir da seguinte tabela:

Quadro 25: Decisões do Supremo Tribunal Federal

Ano da decisão analisada	Ocorrências das categorias nas decisões do Supremo Tribunal Federal			
	Saúde Pública	SUS e a nova concepção social de saúde	Problemas no financiamento	Federação brasileira
2011	5	6	6	0
2012	1	0	0	0
2013	6	10	2	21
2014	12	1	5	6
2015	8	18	8	5
2016	0	4	0	2

Fonte: Próprio autor

Quadro 26: Decisões do Supremo Tribunal Federal

Ano da decisão analisada	Ocorrências das categorias nas decisões do Supremo Tribunal Federal		
	Reorganização das Competências	Judicialização da Saúde	Ativismo Judicial
2011	0	0	0
2012	0	0	0
2013	11	0	0
2014	4	0	0
2015	12	0	0
2016	3	0	0

Fonte: Próprio autor

Após a exposição dos dados acima, nas seções subsequentes, procedeu-se à realização das inferências e das interpretações feitas com base nos resultados frequenciais obtidos para cada uma das categorias temáticas utilizadas como referência para a análise de conteúdo dos discursos políticos e das decisões judiciais.

## 4.2 Interpretações e inferências dos discursos políticos coletados

Acerca da última etapa da análise de conteúdo, Bardin (1977) adverte que as inferências e as interpretações realizadas somente podem ser consideradas válidas em seu conteúdo se houver o tratamento adequado dos dados a partir da rigorosa aplicação de todas as etapas que compõem a análise de conteúdo.

Frise-se que tais inferências foram feitas com base no marco teórico proposto para a presente pesquisa, qual seja, o pensamento contido nos trabalhos de Daniels (1981; 1985; 1998), que enxerga o direito a saúde e sua respectiva garantia como elementos indispensáveis na construção de uma teoria da justiça que busque uma real e efetiva igualdade de oportunidades.

Assim, debater e buscar alternativas para os problemas existentes no sistema público de saúde torna-se pressuposto de legitimação para a atuação do Estado em prol das pessoas que o compõem.

Ao se analisar os resultados obtidos com a aplicação do procedimento da análise de conteúdo aos discursos da ex-Presidente Dilma Rousseff, torna-se patente a frequente menção às categorias temáticas da Saúde Pública, do SUS e da Federação brasileira. Por diversas vezes, foi destacada a importância dos Estados-membros e dos Municípios para a efetiva garantia do direito à saúde, sobretudo por meio de seu fortalecimento nas ações e nos serviços públicos de saúde. A seguir, destacaram-se o trecho de alguns desses discursos:

É, portanto, tarefa indispensável uma ação renovadora, efetiva e integrada dos **governos federal, estadual e municipal**, em particular nas **áreas da saúde**, da educação e da segurança, o que é vontade expressa das famílias e da população brasileira (ROUSSEFF, 2011a, não paginado, grifos nossos).

Esses médicos serão selecionados para trabalhar, por um prazo de três anos, como mostrou o ministro Padilha, exclusivamente na **rede de atenção básica do SUS**. Deles serão exigidos boa formação e currículo adequado, registro profissional no seu país de origem e domínio da língua portuguesa. Eles receberão a mesma remuneração dos brasileiros, ou seja, os R\$ 10 mil mais a ajuda de custo. Eu queria dizer para vocês que nunca é suficiente, nunca é demais lembrar que, assim como não se faz a educação sem professores, não se faz também **saúde pública** de qualidade sem médicos. E é isso que esse Programa trata. Esse Programa trata de garantir médicos e garantir, simultaneamente, infraestrutura. (ROUSSEFF, 2013e, não paginado, grifos nossos).

Pobres no interior, na periferia das grandes cidades, ou de populações tradicionais tinham acesso bem precário ao atendimento médico. Nós sabemos que as reações iniciais foram extremadas. Houve críticas bastante agressivas, mas houve também o empenho de muitos dos integrantes do **Sistema Único de Saúde**. [...]

Por isso, quero dizer, também, que desde o início do Mais Médicos, essa **parceria com governadores e com prefeitos**, ela tem sido fundamental. Nós só conseguimos realizar todas essas conquistas porque também tivemos a ajuda dos **municípios e dos estados da Federação, prefeitos e governadores** (ROUSSEFF, 2016g, não paginado, grifos nossos).

Entretanto, conforme os resultados demonstram, houve apenas 1 (uma) menção à repartição de competências relativas à saúde pública entre os entes federados. Abordar a temática da Federação sem dar a devida atenção à discussão em torno da distribuição de encargos atribuídos aos seus entes mostra-se como algo incoerente, pois, conforme ficou demonstrado anteriormente, a União vem adotando medidas no intuito de, cada vez mais, reduzir sua participação no financiamento do sistema de saúde, ao mesmo tempo em que ainda não se tem implementada uma concreta regionalização no âmbito do SUS. Segue, abaixo, a transcrição dessa ocorrência.

Por isso, nós temos de pensar que o que nós estamos fazendo aqui hoje é mais um pacto sobre um programa, um pacto sobre a atuação conjunta, primeiro, dos poderes públicos – União, estados e municípios – com a sociedade, com todos os níveis da sociedade, e perceber que para a gente, de fato, enfrentar e vencer esse desafio, nós temos de ter a cabeça aberta e aceitar todas as iniciativas tomadas pela sociedade;

obviamente, cada uma de acordo com a sua responsabilidade e de acordo com a sua **competência** (ROUSSEFF, 2011r, não paginado, grifos nossos).

Quanto ao financiamento das ações e dos serviços de saúde, referida categoria aparece em alguns dos discursos de Dilma Rousseff, mas em uma frequência consideravelmente menor que as três categorias mencionadas anteriormente, apesar de ser um problema da rede pública de saúde brasileira apontado constantemente por pesquisadores da área desde o surgimento do SUS após a redemocratização (BRASIL, 2016; DOURADO, 2010; PIOLA et al., 2013; POLIGNANO, 2001). Além disso, conforme a tabela de dados e o trecho a seguir demonstram, referida preocupação se intensifica no contexto de agravamento da crise econômico-fiscal em 2016.

As principais medidas temporárias são a aprovação da CPMF e a prorrogação da Desvinculação de Receitas da União pelo Congresso Nacional. Vamos propor a **participação dos estados e dos municípios** na arrecadação da CPMF, destinando esses **recursos** para a Seguridade Social, ou seja, Previdência e **Saúde**. Além disso, proporemos a adoção da DRE e da DRM, ou seja, proporemos uma desvinculação de receitas dos estados e uma desvinculação de receitas dos municípios. As **três esferas de governo** precisam de mais flexibilidade para gerir o **orçamento** e de **novas receitas** para dar sustentabilidade à transição do ajuste fiscal à reforma fiscal (ROUSSEFF, 2016a, não paginado, grifos nossos).

E, com relação às categorias temáticas da judicialização da saúde e do ativismo judicial, tais temas não foram abordadas pela ex-Presidente em nenhum de seus discursos proferidos sobre a saúde pública no Brasil desde o início de seu mandato presidencial em 2011, apesar de se tratarem de assuntos bastante relevantes para a saúde pública brasileira ao ponto de gerar graves repercussões sobretudo no planejamento orçamentário das ações e dos serviços públicos de saúde (DINIZ et al., 2014).

Tratando dos discursos políticos proferidos pelo atual Presidente da República, Michel Temer, há também constantes menções à Saúde Pública e ao SUS, porém o financiamento do sistema pública de saúde ganha espaço e passa a ser a categoria apriorística mais presente no conteúdo de seus discursos, o que pode ser creditado ao fato de o Brasil estar enfrentando, desde o início de seu Governo Interino em 12 de maio de 2016, gravíssimas crise fiscal e recessão econômica, e o excesso nos gastos públicos ser apontado como um dos grandes responsáveis por esse cenário. Abaixo, transcreveu-se trecho representativo dessas ocorrências.

Atento, portanto, ao preceito constitucional. E isso não é por acaso. Sem uma **política fiscal responsável**, a **saúde** não tem **viabilidade financeira**. Sem uma **política de gastos públicos sustentável**, a **saúde** entrará em colapso. Em uma palavra, não há **saúde**, como disse o Ricardo, sem eficiência (TEMER, 2016c, não paginado, grifos nossos).

A referida autoridade menciona em pouquíssimos momentos a Federação brasileira e a repartição de competências atribuídas aos entes federados em matéria de saúde pública, o que poderia ser justificado pelas preocupações e pelo foco mais imediatista do Governo dirigido aos

gastos públicos excessivos e aos índices econômicos negativos. Como se percebe na transcrição abaixo, mesmo quando se constatou a menção à categoria da Federação brasileira marcada por desequilíbrios e ainda distante de um autêntico Federalismo Cooperativo Sanitário, isso se deu em meio a outras ocorrências da categoria dos problemas crônicos no financiamento do SUS.

De modo que, exatamente graças a essas economias, 99 unidades de pronto-socorro também passarão a receber **verbas de custeio** do Governo Federal. Como disse o Ricardo, eram verbas que não estavam sendo pagas pelo Governo Federal, que agora retoma-se o **pagamento** para não onerar **estados e municípios**. Mas há razões também importantes. Volto a dizer que a **gestão eficiente dos recursos**, é que leva à excelência do **serviço saúde** (TEMER, 2016c, não paginado, grifos nossos).

Pode-se citar, ainda, que não se constatou a presença de qualquer termo ou expressão relacionado às categorias do ativismo judicial e da judicialização da saúde, o que representa a repetição do mesmo padrão de resultados que fora encontrado quando da análise de conteúdo feita em relação aos discursos políticos de sua antecessora, mostrando-se tal persistência imune à mudança de governo ocorrida em 2016.

Antes de se passar para as inferências acerca do conteúdo dos discursos do atual e dos ex-Ministros da Saúde, cumpre destacar que o fato de não terem sido obtidos todos os discursos proferidos por tais autoridades no marco temporal predeterminado não comprometeu os resultados alcançados, pois as frequências e as proporções encontradas na análise revelaram uma constância e um padrão que foi seguido pelos discursos dos 4 (quatro) Ministros da Saúde alvos da pesquisa.

Apesar disso, cabe mencionar a relevância do fato de referido Ministério não possuir a íntegra de tais discursos, uma vez que estes expressam, ao menos teoricamente, os posicionamentos e as posturas a serem adotadas pela autoridade à frente da área da Saúde Pública e responsável por coordenar a atuação do SUS.

Iniciando a análise dos discursos do ex-Ministro Alexandre Padilha – que, dentre os 4 (quatro) Ministros da Saúde aqui analisados, foi aquele que por mais tempo permaneceu no cargo –, percebe-se uma intensa frequência das categorias da Saúde Pública e do SUS, bem como uma frequência um pouco menor, porém muito semelhante entre as categorias do Financiamento das ações e dos serviços de saúde e da Federação brasileira. Cabe ressaltar que a maior parte dos termos assinalados foram encontrados nos discursos de posse e de saída do cargo de Ministro, o que fica corroborado pelas seguintes transcrições:

Eu quero, viu Beatriz, viu Nadia, eu quero convencer todos os gestores, em todos os **níveis da Federação**, no **campo da saúde** que estejam absolutamente envolvidos e integrados à grande meta de erradicar a miséria no país, estabelecida pela presidenta Dilma Rousseff (PADILHA, 2011a, não paginado, grifos nossos).

Monteiro Lobato, nosso paulista do Vale do Paraíba, dizia que "só quem está sendo asfixiado sabe que o ar existe". Mas o Mais Médicos não se preocupa só em garantir

o atendimento imediato. Este programa agora é a Lei que vem preencher a imensa guinada de valorização da **atenção básica em saúde** destes três anos de gestão.

Quero aqui fazer um agradecimento especial ao Dr. Heider e a toda a equipe do Departamento de Atenção Básica. Tenho muito orgulho de vê-los na minha equipe. Nestes três anos, inovamos ao destinar, pela primeira vez, mais de **15% do orçamento** do Ministério da Saúde para a Atenção Básica.

Pela primeira vez, os municípios puderam obter **recursos fundo a fundo** do governo federal para estruturar suas unidades básicas de saúde e quero fazer um agradecimento à ministra Mirian Belchior que coordena o Programa de Aceleração ao Crescimento (PADILHA, 2014, não paginado, grifos nossos).

Por outro lado, não há qualquer termo relacionado às três categorias restantes (Reorganização da repartição de competências, Judicialização da saúde e Ativismo Judicial), mesmo com tais temáticas sendo relevantes e gerando profundos reflexos na dinâmica do sistema de saúde brasileiro, em especial com relação ao planejamento e ao custeio das ações e dos serviços ofertados pelo SUS. Ventura et al. (2010), acerca das duas últimas categorias, lembra que o próprio processo de tomada de decisões por parte dos gestores da área da saúde resta comprometido em razão do excesso de demandas envolvendo o direito à saúde.

Com relação ao ex-Ministro da Saúde Arthur Chioro, apesar do baixo número de discursos por ele proferidos que foram obtidos, a presença das categorias temáticas segue exatamente a mesma proporção de frequência encontrada nos discursos de seu antecessor, qual seja, um grande número de termos e expressões relacionadas às categorias da Saúde Pública e do SUS, um número proporcionalmente menor, mas parecido entre as categorias dos Problemas no financiamento e da Federação brasileira, e a completa ausência das categorias da Reorganização da repartição de competências e do Ativismo Judicial.

A única exceção fica por conta de 2 (duas) ocorrências da categoria temática da Judicialização da Saúde, mas sendo isso algo proporcionalmente muito menor se comparado à ocorrência das outras categorias que foram encontradas. Transcreveu-se, abaixo, os trechos em que termos relacionados a essas categorias foram encontrados.

Gerir o **SUS** é sempre reafirmar o **pacto interfederativo**. É inegável, entretanto, que existem áreas muito vulneráveis. Precisamos aprofundar as nossas alianças e rever compromissos. Conclamo os secretários estaduais para discutirmos, em particular, três temas, muito relevantes:

- a política de assistência farmacêutica, principalmente os aspectos relacionados a **partilha de responsabilidades entre o MS e as SES** quanto aos medicamentos de alto custo. Precisamos vencer a batalha perversa da **judicialização** para garantir, com justiça e equidade, as necessidades da nossa população. Temos que nos mobilizar, juntos, contra a incorporação tecnológica acrítica, sem evidências científicas e sem a devida análise de **custo-efetividade**. Vamos lutar, MS, secretarias de estado e municípios, para reverter essa situação. Aproveito para solicitar aqui o apoio e parceria do Ministério Público, da OAB e do CNJ, fundamentais neste debate (CHIORO, 2014a, não paginado, grifos nossos).

A principal estratégia é a do diálogo. Queremos ouvir do CONASS, assim como do Conasems, quais as alternativas possíveis que já identificam. São soluções diferentes para distintos problemas. Precisamos traçar um plano de ação, no Grupo de Trabalho

já constituído para esse fim e começar sua operacionalização, de imediato. Pretendo liderar, efetivamente, esse esforço, envolvendo outros atores como MPF, TCU, OAB e Conselho Nacional de Saúde. A **judicialização da saúde**, em vez de promover justiça social, está sendo promotora de iniquidades (CHIORO, 2014b, não paginado, grifos nossos).

Desse modo, fica nítida a similitude de frequência das categorias apriorísticas encontradas nos discursos dos dois primeiros Ministros da Saúde do governo da ex-Presidente Dilma Rousseff, que estiveram à frente da Pasta da Saúde ao longo de seu primeiro mandato presidencial e do primeiro ano do segundo, ou seja, no período que antecedeu as crises econômico-fiscal e política que levaram à antecipação de seu governo.

Em meio às crises econômica e política intensificadas no Brasil no início do ano de 2015 e que culminaram com o *impeachment* da ex-Presidente posteriormente, Dilma Rousseff promoveu a nomeação do Deputado Federal Marcelo Castro para o cargo de Ministro de Estado da Saúde ainda naquele ano de modo a recompor sua base de apoio político junto ao Congresso Nacional.

A partir dos discursos proferidos pelo ex-Ministro Marcelo Castro que foram objeto de análise de conteúdo, é possível constatar o intenso uso de termos correlatos às categorias da Saúde Pública e do SUS, assim como nos demais casos vistos até o momento no conteúdo dos demais discursos políticos. O seguinte trecho demonstra tal afirmação.

No dia de ontem a nossa Constituição fez 27 anos reconhecendo os direitos da população em ter um **sistema de saúde** de qualidade e é com reverência que hoje, dia 6 de outubro de 2015, tenho a honra de assumir a pasta da saúde e o papel de Ministro da Saúde, o que faço com muito entusiasmo e respeito aos construtores da **saúde pública brasileira** e também com muita humildade porque os grandes cargos públicos devem ser exercidos com humildade e comprometimento (CASTRO, 2015c, não paginado, grifos nossos).

Porém, a proporção entre as categorias Problemas no financiamento e Federação brasileira sofre uma alteração em relação aos discursos proferidos por seus dois antecessores, de modo que há mais do que o dobro de ocorrências da primeira em relação à segunda, o que reflete uma preocupação muito mais presente com relação ao financiamento da Pasta da Saúde e das ações e serviços por ela organizados em meio à gravíssima crise econômico-fiscal que já desnudava suas consequências. A título de exemplificação, segue a seguinte transcrição:

Sei que é preciso atuar no sentido de superação do **subfinanciamento da saúde**. Este é um caminho difícil nos dias de hoje em razão da crise econômica conjuntural por que passa o país, mas isso não pode ser motivo para se abandonar a melhoria do **orçamento público na saúde**. São por volta de mil reais per capita ano, o que é insuficiente e deveria ser dobrado. Além do mais o **subfinanciamento** hoje está agravado com a queda das Receitas Correntes Líquidas, que em 2015 foram de 808 bilhões e em 2016 estão previstos apenas 759 bilhões. A queda das **receitas públicas** impacta diretamente no **financiamento da saúde**, agravando ainda mais o nosso crônico **subfinanciamento**. É preciso encontrar solução para o **subfinanciamento** da saúde uma vez que o **SUS** é a maior **política pública** de inclusão social (CASTRO, 2015c, não paginado, grifos nossos).

Ademais, há 1 (uma) ocorrência da categoria da Reorganização da repartição de competências dos entes federados em matéria de saúde, 1 (uma) da categoria da Judicialização da Saúde e nenhuma da categoria do Ativismo Judicial, seguindo praticamente os mesmos resultados encontrados nos discursos do antecessor do ex-Ministro Marcelo Castro.

Esse tem sido um dos problemas que a saúde vem enfrentando e que tem causado dificuldades para os seus gestores. É necessário discuti-la com maior profundidade para que se compreendam suas causas e nos permitam buscar soluções. [...]

A integralidade da **assistência à saúde** precisa respeitar o **direito à saúde**, sem permitir seu esvaziamento, ao mesmo tempo em que permita ao Poder Público fazer suas escolhas, diante de procedimentos, equipamentos e farmacologia de **igual resultado e menor custo**, evitando-se assim desvios e oportunismos. [...]

Esses pontos podem contribuir para a melhoria do ambiente de **judicialização da saúde** (CASTRO, 2015c, não paginado, grifos nossos).

Passando-se para a análise de conteúdo dos discursos do atual Ministro da Saúde, Ricardo Barros, nomeado pelo Presidente da República Michel Temer, de plano, pode-se destacar a preponderância de termos e expressões relacionados com a categoria temática do Financiamento da rede pública de saúde, sendo sua frequência quase igual a das categorias da Saúde Pública e do SUS juntas, assim como 4 (quatro) vezes maior que a frequência da categoria da Federação brasileira, o que fica nítido a partir dos termos e expressões destacados na seguinte transcrição:

Espero poder recompor esses **valores** para que todos os **compromissos** do ministério sejam cumpridos. Se a equipe econômica, que acaba de se instalar, não tiver condições de **recompor esses valores**, aí, sim, nós iniciaremos uma análise de que áreas poderão cooperar com o **ajuste fiscal**.

A equipe econômica dará respostas à questão. Eu fui incumbido da **área da saúde** e, na **área da saúde**, procurarei garantir os **recursos** que estão no **Orçamento**, mas reconheço que não devo pedir mais **recursos** do **Orçamento** no momento. Eu relatei o **Orçamento**, e sei que não é possível ampliar **recursos** para nenhuma área, pelo contrário, a queda na **arrecadação** promoverá cortes que eu espero que não atinjam a **saúde** (BARROS, 2016c, não paginado, grifos nossos).

Ressalte-se, ainda, a ausência total das outras categorias temáticas do conteúdo dos discursos analisados, quais seja, a Reorganização da repartição de competências dos entes federados em matéria de saúde, a Judicialização da Saúde e o Ativismo Judicial.

Pode-se inferir, a partir desses dados apontados no conteúdo dos discursos políticos proferidos tanto pelos Presidentes da República quanto pelos Ministros da Saúde no marco temporal aqui analisado, uma relativa priorização de questões mais imediatas, de modo que, por vezes, acabam ficando de lado problemas de natureza mais estrutural da Saúde Pública brasileira, a exemplo da discussão em torno da distribuição das competências dos entes federados.

A própria categoria temática do Financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde, longe de ser um assunto de menor relevância, apenas passou a receber maiores atenções por parte das autoridades políticas em seus discursos a partir da crise econômica e fiscal

brasileira que se agravou a partir do início do ano de 2015, cabendo ressaltar que pesquisas e trabalhos realizados anteriormente já vêm apontando para a questão do subfinanciamento do sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2016; DOURADO, 2010; PIOLA et al., 2013; POLIGNANO, 2001), sobretudo quando se comparado com outros sistemas universais e seus regimes de financiamento, proporcionalmente maiores em relação às riquezas produzidas em seus respectivos países.

Temáticas fundamentais para uma adequada prestação das ações e serviços de saúde, como a discussão em torno da distribuição das competências sanitárias entre os entes federados, a judicialização da saúde e o ativismo judicial, devem ser debatidas na instância política e, sobretudo, pelas autoridades representativas da área no Governo Federal. Compete a estas a apresentação de possíveis soluções para tais questões, frisando que, conforme lembra Ventura et al. (2010), a judicialização da saúde, enquanto ramificação do ativismo judicial, expande-se em decorrência dos próprios problemas enfrentados pela população ao buscar os serviços e os insumos junto à rede pública de saúde.

Ou seja, sendo o Governo Federal o principal financiador da rede pública de saúde, e o Ministério da Saúde, o responsável por formular as políticas nacionais de saúde (BRASIL, 2006), mostrar-se-ia algo importante o conteúdo dos discursos de seus representantes conter tais debates de modo mais frequente, por se tratarem de categorias temáticas relevantes e que produzem reflexos sobre a estrutura do próprio SUS.

### **4.3 Interpretações e inferências das decisões jurídicas coletadas**

O Poder Judiciário, enquanto órgão incumbido da Jurisdição, ou seja, do poder estatal de resolver os conflitos surgidos na sociedade e que são a ele levados, apresenta-se como importantíssima instância de debate acerca dos problemas estruturais do sistema sanitário brasileiro, ainda mais com o crescente número de processos judiciais promovidos em torno do direito à saúde. Ao STF, órgão de cúpula deste Poder e guardião do Texto Constitucional, compete a solução de demandas aptas a gerar efeitos vinculantes sobre todo o ordenamento jurídico por meio de suas decisões proferidas em sede de ações do Controle Concentrado e de Recursos Extraordinários com Repercussão Geral reconhecida.

Ao se analisar as decisões proferidas no marco temporal aqui proposto e no âmbito de suas decisões com efeitos vinculante e *erga omnes*, a frequência de aparecimento das categorias temáticas no conteúdo de seus acórdãos revelou-se relativamente semelhante à encontrada nos discursos políticos previamente analisados.

Ou seja, as categorias apriorísticas da Saúde Pública, do SUS enquanto expressão de uma nova concepção social de saúde, dos problemas crônicos no financiamento do SUS, da Federação brasileira e da repartição de competências foram encontradas nas decisões do STF em proporções bem similares, sendo a frequência mais recorrente da categoria da repartição de competências dos entes federados em matéria de saúde pública o principal diferencial em relação aos discursos dos agentes políticos. Isso demonstra que houve a preocupação por parte do Pretório Excelso em analisar as relações entre os entes federados em conjunto com a questão da distribuição de competências entre eles, mesmo que tal abordagem tenha sido feita de forma rasa em determinadas ações. Tal assertiva pode ser endossada a partir dos trechos dos seguintes acórdãos:

Ação direta de inconstitucionalidade. Instituição de região metropolitana e **competência para saneamento básico**. Ação direta de inconstitucionalidade contra Lei Complementar n. 87/1997, Lei n. 2.869/1997 e Decreto n. 24.631/1998, todos do Estado do Rio de Janeiro, que instituem a Região Metropolitana do Rio de Janeiro e a Microrregião dos Lagos e transferem a **titularidade do poder concedente** para prestação de serviços públicos de interesse metropolitano ao Estado do Rio de Janeiro. [...]3. **Autonomia municipal e integração metropolitana**. A Constituição Federal conferiu ênfase à **autonomia municipal** ao mencionar os municípios como **integrantes do sistema federativo** (art. 1º da CF/1988) e ao fixá-la junto com os estados e o Distrito Federal (art. 18 da CF/1988). A essência da **autonomia municipal** contém primordialmente (i) **autoadministração**, que implica capacidade decisória quanto aos interesses locais, sem delegação ou aprovação hierárquica; e (ii) **autogoverno**, que determina a eleição do chefe do Poder Executivo e dos representantes no Legislativo. O interesse comum e a compulsoriedade da integração metropolitana não são incompatíveis com a **autonomia municipal**. O mencionado interesse comum não é comum apenas aos municípios envolvidos, mas ao Estado e aos municípios do **agrupamento urbano**. O **caráter compulsório da participação** deles em regiões metropolitanas, microrregiões e aglomerações urbanas já foi acolhido pelo Pleno do STF [...] (STF, ADI 1842 / RJ - RIO DE JANEIRO AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE, Relator(a): Min. LUIZ FUX, Relator(a) p/ Acórdão: Min. GILMAR MENDES, Julgamento: 06/03/2013, Órgão Julgador: Tribunal Pleno).

RECURSO EXTRAORDINÁRIO. CONSTITUCIONAL E ADMINISTRATIVO. **DIREITO À SAÚDE. TRATAMENTO MÉDICO. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERADOS. REPERCUSSÃO GERAL RECONHECIDA. REAFIRMAÇÃO DE JURISPRUDÊNCIA.**

O **tratamento médico** adequado aos necessitados se insere no rol dos **deveres do Estado**, porquanto **responsabilidade solidária** dos **entes federados**. O polo passivo pode ser composto por **qualquer um deles, isoladamente, ou conjuntamente** (STF, RE 855178 RG / SE – SERGIPE, REPERCUSSÃO GERAL NO RECURSO EXTRAORDINÁRIO, Relator(a): Min. LUIZ FUX, Julgamento: 05/03/2015, Órgão Julgador: Tribunal Pleno - meio eletrônico).

Apesar desse aspecto positivo apontado acima, as categorias temáticas da Judicialização da Saúde e do Ativismo Judicial não apareceram nas decisões por meio de quaisquer termos ou expressões a elas relacionados. Seria algo bastante relevante, nas espécies de ações e de recursos aqui analisados, a participação do STF nessa seara em razão dos efeitos vinculantes e *erga omnes* de seus acórdãos, o que auxiliaria na definição de parâmetros gerais e objetivos capazes

de, ao menos, amenizar os efeitos graves de ambos os fenômenos para a organização e para a execução das ações e serviços da rede pública de saúde.

Conforme mencionado anteriormente, para alguns pesquisadores, a expansão do fenômeno do ativismo judicial – com a judicialização da saúde sendo um de seus reflexos – representaria uma disfunção prejudicial ao próprio Poder Judiciário (RAMOS, 2010), o que justificaria sua abordagem de forma mais ampla e frequente. Entretanto, como o próprio CNJ constatou em pesquisa citada anteriormente (BRASIL, 2015c), uma mudança efetiva nesse cenário extrapola os limites institucionais dos órgãos do Judiciário, exigindo um engajamento por parte dos agentes políticos responsáveis pela área da saúde, que representam a instância legítima para a proposição de soluções estruturais para tais questões.

Portanto, pode-se inferir que, nas decisões proferidas pelo órgão de cúpula do Poder Judiciário alvos da presente pesquisa, as questões do ativismo judicial e do crescimento exponencial das demandas judiciais envolvendo a garantia do direito à saúde por meio das ações e dos serviços do SUS não vêm sendo abordadas. Dessa forma, não foram tomadas decisões capazes de gerar mudanças em tais fenômenos, o que, em parte, pode-se atribuir aos próprios limites existentes à atuação do Poder Judiciário em sua função constitucional de resolução de demandas.

#### **4.4 Comparação entre o conteúdo dos discursos político e jurídico proferidos no lapso temporal previamente demarcado**

Após serem apontadas as inferências deduzidas separadamente para cada um dos dois grupos de discursos coletados – discursos políticos do Poder Executivo e decisões judiciais do STF –, cumpre destacar as análises que podem ser feitas ao se observarem conjuntamente todos os resultados obtidos.

A principal inferência possível de ser realizada a partir dos dados levantados na presente pesquisa e divididos nos dois grupos de discursos mencionados é a quase inexistente frequência das categorias temáticas da Judicialização da Saúde e do Ativismo Judicial. Fora 2 (duas) aparições nos discursos do ex-Ministro Arthur Chioro e 1 (uma) nos do ex-Ministro Marcelo Castro, tais assuntos escaparam completamente ao conteúdo dos discursos e das decisões das autoridades alvos deste trabalho.

Frise-se que tais atores compõem os principais responsáveis por delimitar as diretrizes a serem seguidas pelos demais órgãos componentes do SUS – no caso do Poder Executivo Federal –, bem como por solucionar com eficácia geral as lides envolvendo o direito à saúde e

sua garantia pelo sistema público de ações e serviços – no caso do Poder Judiciário.

Os discursos políticos, no caso das autoridades do Poder Executivo, olvidarem quase que por completo ambas as categorias temáticas revela uma situação que chama a atenção, uma vez que a instância política mostra-se como o cenário adequado para serem debatidas adequadamente alternativas para o seu combate, em razão de suas custosas repercussões para a rede pública de saúde.

Lembrando que, como mencionado anteriormente, a judicialização da saúde intensificase no Brasil em razão dos problemas e das dificuldades dos usuários em acessar os bens e serviços da própria rede pública, revelando-se a judicialização, por conseguinte, como um dos reflexos dos problemas estruturais que afligem o SUS (BRASIL, 2011; VENTURA et al., 2010).

Enquanto órgão de cúpula do Poder Judiciário e responsável por guardar o Texto Constitucional, o STF não abordar tais fenômenos em seus julgamentos realizados no amplo marco temporal aqui proposto representa os limites constitucionalmente impostos a esta instituição, apesar dos mencionados efeitos de seus acórdãos que poderiam auxiliar de algum modo na definição de teses de caráter geral.

A procura por soluções para o excesso de demandas judiciais envolvendo o direito à saúde mostra-se como algo necessário e demanda a busca por soluções para os problemas estruturais do próprio SUS, que geram graves repercussões para a adequada prestação das ações e dos serviços de saúde, mas o conteúdo dos discursos políticos aqui analisados revelou um enfoque de cunho predominantemente imediatista.

Ademais, percebe-se uma nítida diferença entre o conteúdo de ambas as espécies de discursos ao se analisar a categoria temática da repartição de competências dos entes da Federação brasileira. Enquanto a frequência de expressões e termos relativos a esse tema é baixa nos discursos políticos tanto dos Presidentes da República quanto dos Ministros da Saúde no marco temporal aqui proposto, aparecendo em apenas 4 (quatro) vezes ao longo do conteúdo dos discursos das autoridades aqui analisadas, sua ocorrência nos acórdãos das decisões do STF cresce de maneira considerável, igualando o número de aparições da própria da categoria da Saúde Pública.

Pode-se, por conseguinte, tanto nos discursos políticos quanto nas decisões judiciais submetidas ao presente trabalho, inferir que houve preocupação em se debater as relações interfederativas e suas repercussões para a adequada garantia do direito à saúde por meio do SUS. Porém, somente nas discussões promovidas no âmbito do órgão máximo do Poder Judiciário é que tal assunto foi abordado em conjunto com a relevantíssima questão das

competências em matéria sanitária atribuídas a cada esfera federativa, ainda que de modo sucinto em determinados casos.

Tal dado incita importantes reflexões, uma vez que não cabe ao Poder Judiciário o papel constitucional de debater e de estabelecer as principais diretrizes a serem seguidas e as medidas a serem tomadas pelas instituições que compõem o sistema de saúde brasileiro. E, quanto ao seu órgão de cúpula, a ele compete, enquanto órgão constitucionalmente responsável pela guarda do Texto Constitucional brasileiro, somente dirimir as controvérsias que lhe forem submetidas diante de situações que suscitem dúvidas envolvendo matéria de interpretação constitucional.

Com relação aos agentes políticos, estes sim são representantes legitimamente eleitos para seus cargos por meio do soberano voto popular, competindo-lhes debater tais assuntos que envolvem as relações entre os entes da Federação, de maneira a ser possível propor alternativas e soluções diante dos problemas exaustivamente apontados por trabalhos de pesquisadores voltados para o estudo da saúde (BERCOVICI, 2002; DOURADO, 2010; 2011; LIMA et al., 2012; PIOLA et al., 2013) quanto às competências de cada esfera no que se refere ao sistema público de saúde. Entretanto, assim como em outras categorias mencionadas anteriormente, o aspecto circunstancial predominou nos discursos políticos em detrimento de uma abordagem a problemas de natureza estrutural e crônica que assolam o SUS.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se, no primeiro capítulo da presente pesquisa que, ao longo do histórico das políticas públicas sanitárias no Brasil, três concepções de saúde podem ser identificadas a partir da análise dos diferentes sistemas de saúde existentes ao longo do tempo (SCOREL; TEIXEIRA, 2012; SCOREL, 2012; ASENSI, 2013; LOBATO; GIOVANELLA, 2012): a) a concepção da saúde enquanto mero favor concedido pelo Estado aos indivíduos, em um claro caráter de submissão e imposição do poder do governante; b) a concepção de saúde enquanto serviço assegurado apenas àqueles inseridos no mercado formal de trabalho e aos que pudessem bancar os custos dos serviços privados; c) por fim, a atual concepção de saúde enquanto direito fundamental social, sendo elemento indispensável ao exercício pleno da própria cidadania.

Afirmou-se que a primeira pode ser localizada no período da história brasileira que vai do Império até a Primeira República, quando as ações e serviços de saúde assumiam a condição de benesses concedidas aos súditos pelo governo. Para além desses “favores”, a população contava apenas com os serviços filantrópicos para dispor de algum tipo de amparo nas situações de doença (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Somente no início do século XX começou a despontar a ideia da saúde estando vinculada a um regime previdenciário, de modo a ser assegurada somente a quem contribuísse ou a quem tivesse os recursos necessários para utilizar dos serviços médico-hospitalares privados. A criação das Caixas de Assistência e, posteriormente, dos IAPs representou essa concepção de saúde que teve seu ápice na criação do INAMPS no período da Ditadura Militar. Estava-se diante do modelo de proteção em saúde do tipo seguro social – inicialmente, dividido por categorias profissionais e, posteriormente, unificado –, que resultava em um sistema de saúde de origem bismarckiana (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

Aduziu-se que, nesse segundo momento na história dos ordenamentos sanitários no Brasil, o financiamento do sistema normativo de saúde baseado no modelo de proteção social do tipo seguro social se dava através de contribuições feitas por empregados e empregadores. Estas garantiriam a prestação de serviços de saúde aos que estivessem inseridos, a princípio, em categorias profissionais mais organizadas ou, posteriormente, simplesmente no mercado formal de trabalho.

Esse modelo, porém, deu origem a uma série de iniquidades, uma vez que, mesmo após a criação de um único seguro social nacional através do INAMPS, desempregados e trabalhadores do mercado informal restavam completamente desguarnecidos no que se refere às ações e serviços de saúde, sendo necessário buscar os serviços privados – de custo elevado

para a maioria da população – ou as instituições filantrópicas para poder dispor dos serviços mais básicos de saúde.

Defendeu-se, em seguida, que a terceira concepção de saúde resultou de intensos debates e lutas travadas ao longo do autoritário governo militar, com o movimento sanitário e a Reforma por ele idealizada pleiteando um acesso universal e gratuito às ações e serviços de saúde por meio de um sistema único, público, universal e igualitário (ASENSI, 2013). Somente com todas essas exigências atendidas em conjunto, o direito à saúde, entendido como pressuposto da própria cidadania, estaria assegurado.

Mostrou-se que, com o advento da Constituição Federal brasileira de 1988 e do Sistema Único de Saúde, restou materializada grande parte das aspirações, das diretrizes e das proposições elencadas durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que expressaram os objetivos pretendidos pela própria Reforma Sanitária brasileira. Passou-se a contar com um sistema sanitário caracterizado pelos seguintes traços: a) público; b) universal; c) com foco prioritário nas atividades de caráter preventivo; d) financiado por meio de recursos provenientes do orçamento da seguridade social dos entes da Federação e de outras fontes; e) democrático, graças à participação ativa da comunidade nas decisões; f) guiado pelos princípios da descentralização e da regionalização.

Ocorreu, portanto, a mudança para o modelo de proteção social em saúde do tipo seguridade social, com inspiração nos princípios de justiça social, onde a população brasileira passou a ter seus direitos fundamentais sociais – em especial, o direito à saúde – garantidos pelo Estado enquanto uma condição necessária ao exercício de sua cidadania, sendo essa a concepção do direito à saúde pleiteada pela Reforma Sanitária – e pelo movimento sanitário como um todo – por meio de todos os debates e esforços despendidos durante o período da redemocratização brasileira (PAIM, 2008; POLIGNANO, 2001).

Asseverou-se, entretanto, que as diversas alterações constitucionais promovidas no atual ordenamento constitucional geraram graves reflexos na garantia do direito à saúde, o que demonstrou o nítido objetivo de determinados setores da política de encontrar mecanismos para reduzir os recursos orçamentários a serem destinados às ações e serviços públicos de saúde por meio do SUS (DOURADO, 2010; PIOLA et al., 2013). Isso acabou por comprometer – e ainda compromete – a rede protetiva arquitetada pela Constituição Federal de 1988, atingindo os setores mais vulneráveis da sociedade brasileira que dependem do sistema público para terem seu direito à saúde garantido de forma eficiente, digna e gratuita.

Concluiu-se que, de algo de importância secundária, sendo tratado, em um primeiro momento, como mera benesse concedida pelo Estado e, em um segundo momento, como

simples reflexo de uma vinculação ao mercado formal de trabalho e ao sistema previdenciário, o direito à saúde foi alçado ao patamar máximo de direito de todos e dever do Estado pelo atual Texto Constitucional. Porém, partindo da análise das alterações constitucionais promovidas após 1988, ficou cristalino o tratamento secundário atribuído ao financiamento do Sistema Único de Saúde, o que compromete seriamente a adequada prestação das ações e serviços públicos de saúde direcionados à população.

Daí a importância em se compreender as bases históricas e todo o processo de construção do atual ordenamento jurídico da saúde no Brasil. Só assim se torna possível interpretar essas alterações constitucionais que vêm ocorrendo desde a promulgação da CF de 1988, entender seus possíveis efeitos na garantia do direito constitucional à saúde e elaborar críticas com o objetivo de preservar a conquista que foi o Sistema Único de Saúde para o Brasil e para sua população.

Desenvolveu-se, no segundo capítulo, a análise de que, a partir da redemocratização vivenciada pelo Brasil após as mais de duas décadas da Ditadura Militar, o direito à saúde foi alçado ao patamar de direito fundamental social pelo Texto Constitucional de 1988, devendo ser garantido a todas as pessoas em território brasileiro através de um conjunto de ações e de serviços públicos de saúde a serem prestadas pelo Poder Público de modo universal e com integralidade no atendimento.

Observou-se que, no atual cenário constitucional, o modelo de Federalismo de Cooperação forjado no regime constitucional brasileiro de repartição de competências mostrar-se-ia, pelo menos em nível teórico, capaz de gerir as relações institucionais e de solucionar os conflitos surgidos entre as três esferas federativas, uma vez que deveria existir entre estas um sentimento de união e uma harmonia em torno da busca por melhores condições para a população brasileira como um todo (BERCOVICI, 2002; DOURADO; DALLARI; ELIAS, 2012).

As esferas da Federação deveriam se articular para garantir o funcionamento do Sistema Único de Saúde, uma vez que a própria Constituição Federal de 1988 elenca a saúde pública como sendo matéria de competência administrativa comum e de competência legislativa concorrente entre os entes federados, estabelecendo-se que o SUS deve ser um sistema de caráter regionalizado e descentralizado.

Criticou-se, entretanto, que o princípio da autonomia dos entes da Federação resta comprometido em decorrência das mencionadas desigualdades regionais existentes, com diversos Estados-membros e Municípios dependendo de repasses constitucionais para prestarem os mais básicos serviços públicos, e havendo uma excessiva concentração de

competências tributárias nas mãos da União. Isso tudo coloca em xeque a adequada garantia do direito à saúde por meio de ações e serviços públicos a serem prestados pelos três níveis federais do Estado brasileiro (RAMOS, 2012; ARRETCHE, 2013; PIOLA et al., 2013; POLIGNANO, 2001).

Constatou-se que permanece havendo um desequilíbrio federativo que impede a concretização dos ditames constitucionais previstos para o SUS, apesar da previsão dos mecanismos de repartição de receitas tributárias por meio das transferências constitucionais obrigatórias para os Estados e para os Municípios. Tal assertiva sustentou-se mesmo com as alterações promovidas pela EC n. 29 no intuito de garantir percentuais mínimos de aplicação da receita tributária em ações e serviços públicos de saúde, o que promoveu relativo aumento da participação dos Estados e dos Municípios no financiamento da saúde, mas não se mostrou suficiente (PIOLA et al., 2013).

Essa construção no segundo capítulo levou à conclusão que, de uma excessiva descentralização ou municipalização verificada no âmbito do SUS nos anos 90, passou-se a buscar a efetiva implementação do conceito de regionalização somente nos anos 2000, ou seja, após mais de uma década de vigência da CF de 1988. E além desse atraso, certas decisões do Governo Federal colocaram em dúvida essa preocupação com a garantia do financiamento do SUS, a exemplo do redirecionamento de recursos para outras áreas após a criação da CPMF, da contínua utilização da DRU, que afeta o percentual constitucional mínimo a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde, e da criação de contribuições sociais enquanto tributos que não são alvos de transferências constitucionais obrigatórias para os Estados e para os Municípios brasileiros.

Concluiu-se que somente será possível o estabelecimento dos alicerces para um verdadeiro Federalismo Cooperativo Sanitário no Brasil com o debate em torno dessas problemáticas e com a proposição de medidas de superação desses entraves, garantindo uma real autonomia financeira a todos os entes federados – pedra de toque para a existência de um Federalismo material, e não apenas formal –, de modo a não se limitar o combate às desigualdades regionais através de simples repasses obrigatórios que não exigem contrapartidas ou comprometimentos fiscal e tributário.

Na outra parte do segundo capítulo, observou-se o crescimento do papel do Poder Judiciário nas mais diversas discussões surgidas no seio da sociedade brasileira por meio do denominado ativismo judicial, sendo este fenômeno enxergado como o fortalecimento institucional dos órgãos jurisdicionais por alguns autores (ASENSI, 2013), elevando-se ao papel de instância de efetivação dos direitos do povo brasileiro, mas como uma disfunção

perigosa para outros (RAMOS, 2010), uma vez que se trataria de usurpação de competências originalmente atribuídas aos agentes políticos democraticamente eleitos pelos cidadãos.

Apontou-se algumas das possíveis causas da expansão do ativismo judicial no Brasil, tais como o modelo de Estado intervencionista aqui adotado desde a Constituição de 1934, a expansão do Controle Concentrado de Constitucionalidade exercido pelo STF e o crescimento da atividade normativa atípica do Poder Judiciário por meio do uso dos institutos jurídicos das Súmulas Vinculantes e do Mandado de Injunção quando da adoção da tese concretista geral para suprir as omissões do Poder Legislativo.

Analisou-se, enquanto expressão do ativismo judicial, o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil, com o Poder Judiciário sendo convocado, de modo cada vez mais frequente, sobretudo em virtude do progressivo envelhecimento da sociedade brasileira e da gradativa concretização dos direitos fundamentais sociais, a resolver conflitos sociais envolvendo a garantia do direito à saúde e a limitação de recursos destinados pelo Estado para financiar a saúde pública (BRASIL, 2015a; DINIZ et al., 2014).

Mostrou-se que se, por um lado, o Poder Judiciário vem agindo de modo a garantir o acesso a produtos ou serviços da área da saúde à população negados pelo sistema inicialmente, por outro, a judicialização excessiva também pode gerar graves interferências no planejamento orçamentário e na organização operacional realizados pelos gestores da saúde pública nos três níveis da Federação.

Expôs-se como tais consequências mostram-se com maior força nas questões que são capazes de gerar elevadíssimos custos para o SUS e, por conseguinte, para os entes da Federação que respondem solidariamente nas demandas judiciais envolvendo matéria sanitária, a exemplo do fornecimento de medicamentos de alto custo sem autorização da ANVISA ou não incluídos na lista de medicamentos fornecidos pelo poder público gratuitamente. Cabe ressaltar que citada questão encontra-se sob análise no STF por meio dos Recursos Extraordinários (RE) nº 566471 e nº 657718, ambos com repercussão geral reconhecida, cujo julgamento encontra-se atualmente suspenso e à espera de uma futura decisão.

Constatou-se que, apesar dos estudos e das pesquisas promovidas por autores e por instituições como o CNJ, poucas soluções efetivamente foram apresentadas para minimizar os efeitos da judicialização da saúde, apesar dos relevantes efeitos por ela produzidas. Além do que persiste uma visão curativa e medicamentosa quando das decisões tomadas pelo Poder Judiciário em matérias de saúde pública, o que compromete o objetivo do SUS de priorizar o aspecto preventivo das ações e dos serviços públicos de saúde a serem por ele promovidos.

No terceiro e último capítulo da presente pesquisa, descreveu-se a aplicação do

procedimento metodológico da análise de conteúdo proposta por Bardin (1977). Foram detalhadas a etapa preliminar de definição das categorias apriorísticas finais a guiarem a análise e a etapa da coleta de dados, sendo exposto o modo pelo qual se deu referida coleta, bem como as dificuldades encontradas ao se ingressar no campo de pesquisa para se obter os dados empíricos necessários ao presente estudo.

Apresentou-se, por meio do sistema de tabelas, os resultados obtidos após a análise do conteúdo dos discursos coletados de cada uma das autoridades alvo da presente pesquisa, sendo os dados divididos em duas tabelas para cada autoridade apenas no intuito de facilitar a sua visualização, sendo realizadas em seguida as inferências e interpretações com base no marco teórico da presente pesquisa.

Constatou-se a frequência quase nula de palavras ou de conjunto de palavras relacionados às categorias temáticas da judicialização da saúde e do ativismo judicial, sendo tal fato encontrado tanto nos discursos de natureza política quando nas decisões judiciais proferidas pelo STF no marco temporal predeterminado, mesmo com os efeitos graves que tais fenômenos produzem no âmbito do sistema sanitário brasileiro.

No caso do Poder Judiciário e de seu órgão de cúpula, inferiu-se que tal ausência pode ser creditada aos seus limites institucionais, uma vez que tal Poder não corresponderia à instância constitucionalmente prevista para a proposição de soluções de ordem estrutural. Conforme apontado por Ventura et al. (2010), a judicialização da saúde decorre em grande parte dos problemas enfrentados pelos usuários ao buscar auxílio junto ao SUS.

Com relação ao Poder Executivo Federal, inferiu-se que a frequência quase inexistente para essas duas categorias temáticas entra em conflito com a posição dos agentes políticos responsáveis por gerir a Saúde Pública nacional, pois estes comporiam a instância legítima de debate em torno dessa matéria e de proposição de soluções para tais problemas que levam ao fenômeno da judicialização da saúde.

Destacou-se também aspectos que apontam para a escolha de temas nos discursos políticos proferidos pelos Presidentes da República e pelos Ministros da Saúde no período aqui pesquisado em função de critérios circunstanciais, podendo-se justificar essa assertiva com o fato da categoria temática dos problemas crônicos no financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde ganhar relevância em seus discursos na segunda metade do ano de 2015, quando os efeitos da crise econômica e fiscal que aflige o Brasil ganharam força.

A isso somam-se as afirmações de Castro (2015c) acerca do caráter crônico no subfinanciamento do SUS, deixando nítida a necessidade de se debater constantemente referido tema, que vem sendo trabalhado desde o nascimento do SUS com o processo da

redemocratização brasileira na década de 80, e cujas soluções precisam ser buscadas não apenas em cenários de crise fiscal e queda na arrecadação tributária.

Do mesmo modo, a já baixa frequência da categoria temática da reorganização da distribuição de competências entre os entes da Federação nos discursos políticos aqui analisados desaparece por completo no citado período de agravamento da crise política e econômica, já que o foco encontrava-se sobre o tema do custeio das ações e serviços públicos de saúde.

Analisou-se, do mesmo modo, o baixo número de ocorrências da categoria temática da reorganização da repartição de competências dos entes federados no conteúdo dos discursos políticos proferidos pelas autoridades do Poder Executivo Federal em comparação com a frequência constante do tema da Federação e das relações federativas em si.

Citado cenário chama a atenção, pois, conforme a doutrina e as pesquisas voltadas para a área da saúde pública (ARRETCHE, 2013; BERCOVICI, 2002; PIOLA et al., 2013), a distribuição de competências apresenta-se como um dos temas cruciais que envolvem as relações federativas relacionadas ao SUS, sobretudo diante do mandamento constitucional da regionalização e do modelo do Federalismo Cooperativo Sanitário a serem buscados pelos gestores da saúde brasileira.

Em contrapartida, desenvolveu-se uma análise a partir da frequência alta de termos e expressões relacionados à categoria temática da distribuição de competências entre os entes federados nas decisões judiciais proferidas pelo STF. Afirmou-se que não cabe ao Poder Judiciário, por meio de seu órgão de cúpula, propor alternativas aos problemas estruturais existentes nesta temática, competindo-lhe somente dar a sua decisão diante de lides e de conflitos envolvendo a interpretação da Texto Constitucional.

Tal busca por uma maior cooperação entre os entes federados deve ser realizada pelos representantes do Poder Executivo encarregados da gestão da Saúde Pública, pois eles encontram-se legitimados pelo voto popular, de modo que tal categoria deveria apresentar uma frequência maior nos seus discursos. Porém, verificou-se novamente a predominância de um caráter circunstancial no conteúdo de tais discursos em detrimento de discussões de caráter mais estrutural.

Por fim, constatou-se que, nos discursos políticos e nas decisões judiciais alvos da análise de conteúdo, há baixa ou nenhuma ocorrência de determinadas categorias temáticas que representam importantes elementos do SUS a serem debatidos, mas isso se deve a interesses e a racionalidades diferentes para as autoridades do Poder Executivo Federal – enfoque circunstancial preponderante no conteúdo de seus discursos – e para o STF – limites institucionais ao debate de assuntos de natureza política.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Fernanda Dias Menezes de. **Competências na Constituição de 1988**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2013.
- ALMEIDA, Maria Herminia Tavares de. Federalismo e Políticas Sociais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, n. 28, ANPOCS, jun., 1995.
- AÑÓN, Lema Carlos. **Salud, justicia, derechos**: el derecho a la salud como derecho social. Madrid: DYKINSON, 2009.
- ARRETCHE, Marte. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em perspectiva** [online], v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004.
- ARRETCHE, Marta. Quando as instituições federativas fortalecem o Governo Central? In: HOCHMAN, Gilberto; FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de (Org.). **Federalismo e políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013.
- ASENSI, Felipe Dutra. **Direito à saúde**: práticas sociais reivindicatórias e sua efetivação. Curitiba: Juruá, 2013.
- BARBUGIANI, Luiz Henrique Sormani. O direito sanitário no federalismo brasileiro: da legalidade da edição de normas sanitárias pelas diversas esferas de poder e a inexistência de conflito entre elas. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 7, n. 1/2/3, p. 88-110, 2006.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARROS, Ricardo. **Discurso proferido em 12 de maio de 2016**. 2016a. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/politica/noticia/2016-05/saude-precisa-de-orcamento-e-gestao-diz-ministro-ricardo-barros>>. Acesso em: 25 de julho de 2016.
- BARROS, Ricardo. **Discurso proferido em 13 de maio de 2016**. 2016b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/23644-ministro-da-saude-ricardo-barros-informa-suas-prioridades-de-acao>>. Acesso em: 25 de julho de 2016.
- BARROS, Ricardo. **Discurso proferido em 17 de maio de 2016**. 2016c. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-05/nao-ha-recursos-para-se-dar-tudo-todos-diz-novo-ministro-da-saude-sobre-sus>>. Acesso em: 25 de julho de 2016.
- BARROS, Ricardo. **Discurso proferido em 23 de maio de 2016**. 2016d. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/23856-brasil-investigara-outras-consequencias-do-zika-em-criancas>>. Acesso em: 27 de julho de 2016.
- BARROS, Ricardo. **Discurso proferido em 23 de maio de 2016**. 2016e. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/23781-brasil-priorizara-olimpiadas-e-combate-ao-aedes-em-assembleia-mundial-da-saude>>. Acesso em: 30 de julho de 2016.
- BARROS, Ricardo. **Discurso proferido em 05 de julho de 2016**. 2016f. Disponível em:

<<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-07/manifestantes-fazem-ato-em-defesa-do-sus-em-audiencia-no-senado-federal>>. Acesso em: 29 de julho de 2016.

BARROS, Ricardo. **Discurso proferido em 24 de agosto de 2016**. 2016g. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-08/saude-anuncia-economia-de-r-384-milhoes-verba-vai-custear-upas-e-medicamentos>>. Acesso em: 25 de julho de 2016.

BEHRING, Elaine Rossetti e BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BERCOVICI, Gilberto. A descentralização de políticas sociais e o federalismo cooperativo brasileiro. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 13-28, mar., 2002.

BERTOLOZZI, Maria Rita e GRECO, Rosangela Maria. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 380-398, dez., 1996.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. 5. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 5 de outubro de 1988. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 02 de junho de 2015.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080**. 19 de setembro de 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em: 10 de dezembro de 2015.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.142**. 28 de dezembro de 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm)>. Acesso em: 10 de dezembro de 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Direito à saúde**. Brasília: CONASS, 2015a.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional de saúde 2013**. 2013. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>>. Acesso em: 10 de novembro de 2015.

BRASIL. Poder Executivo. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 388, de 06 de maio de 2004**. 2004. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338\\_06\\_05\\_2004.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html)>. Acesso em: 05 de outubro de 2016.

BRASIL. Poder Executivo. Ministério da Saúde. **Entendendo o SUS**. 2006. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2007.pdf>>. Acesso em: 10 de novembro de 2016.

BRASIL. Poder Executivo. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Procedimento x CID**. 2015b. Disponível em:

<<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/janeiro/05/Tabela-procedimentoCID-jan2015.pdf>>. Acesso em: 15 de outubro de 2016.

BRASIL. Poder Judiciário. Conselho Nacional de Justiça. **Brasil tem mais de 240 mil processos na área de Saúde**. 2011. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/56636-brasil-tem-mais-de-240-mil-processos-na-area-de-saude>>. Acesso em: 01 de março de 2016.

BRASIL. Poder Judiciário. Conselho Nacional de Justiça. **Justiça pesquisa: judicialização da saúde no Brasil: dados e experiências**. 2015c. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/06/6781486daef02bc6ec8c1e491a565006.pdf>>. Acesso em: 01 de dezembro de 2015.

BRASIL. Poder Judiciário. Supremo Tribunal Federal. **Pedido de vista adia julgamento sobre acesso a medicamentos de alto custo por via judicial**. 28 de setembro de 2016. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=326275&caixaBusca=N>>. Acesso em: 05 de outubro de 2016.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de saúde no Brasil**. 2008. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2163/livros>>. Acesso em: 11 de dezembro de 2015.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 57, n. 5, set./out. 2004.

CANCIAN, Natália; MASCARENHAS, Gabriel. **Supremo deve definir alternativas para acesso a remédios de alto custo**. 2016. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/09/1817488-supremo-deve-definir-alternativas-para-acesso-a-remedios-de-alto-custo.shtml>>. Acesso em: 07 de outubro de 2016.

CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; MUTTI, Regina. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 4, out./dez.; 2006.

CASTRO, Marcelo. **Discurso proferido em 02 de outubro de 2015**. 2015a. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/politica/noticia/2015-10/novo-ministro-da-saude-propoe-cpmf-para-operacoes-de-credito-e-debito>>. Acesso em: 15 de julho de 2016.

CASTRO, Marcelo. **Discurso proferido em 06 de outubro de 2015**. 2015b. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/politica/noticia/2015-10/novo-ministro-da-saude-defende-fonte-permanente-para-financiar-setor>>. Acesso em: 15 de julho de 2016.

CASTRO, Marcelo. **Discurso proferido em 06 de outubro de 2015**. 2015c. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/06/Discurso-de-posse-ministro-Marcelo-Castro-06.10.2015.pdf>>. Acesso em: 15 de julho de 2016.

CASTRO, Marcelo. **Discurso proferido em 20 de novembro de 2015**. 2015d. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/aisa/noticias-aisa/20890-paises-se-comprometem-a-priorizar-pedestres-ciclistas-e-motociclistas>>. Acesso em: 15 de julho de

2016.

CASTRO, Marcelo. **Discurso proferido em 02 de dezembro de 2015**. 2015e. Disponível em: <<http://www.jornalcruzeiro.com.br/materia/659630/ministro-da-saude-e-vaiado-na-15-conferencia-nacional-de-saude>>. Acesso em: 15 de julho de 2016.

CASTRO, Marcelo. **Discurso proferido em 25 de janeiro de 2016**. 2016a. Disponível em: <<http://epoca.globo.com/tempo/filtro/noticia/2016/01/ministro-da-saude-volta-dar-declaracoes-polemicas-sobre-o-aedes-aegypti.html>>. Acesso em: 16 de julho de 2016.

CASTRO, Marcelo. **Discurso proferido em 11 de março de 2016**. 2016b. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/03/1748891-ao-falar-em-escola-sobre-zika-ministro-elogia-alunos-com-cranio-normal.shtml>>. Acesso em: 16 de julho de 2016.

CHIORO, Arthur. **Discurso proferido em 03 de fevereiro de 2014**. 2014a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/fevereiro/03/DISCURSO-DE-POSSE-CHIORO.pdf>>. Acesso em: 10 de julho de 2016.

CHIORO, Arthur. **Discurso proferido em março de 2014**. 2014b. Disponível em: <[http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/revistaconsensus\\_10.pdf](http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/revistaconsensus_10.pdf)>. Acesso em: 10 de julho de 2016.

CHIORO, Arthur. **Discurso proferido em 25 de maio de 2015**. 2015a. Disponível em: <[http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4845:brasil-debate-saude-durante-a-68o-assembleia-mundial-da-saude-&Itemid=875](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4845:brasil-debate-saude-durante-a-68o-assembleia-mundial-da-saude-&Itemid=875)>. Acesso em: 10 de julho de 2016.

CHIORO, Arthur. **Discurso proferido em 06 de outubro de 2015**. 2015b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/06/Discurso-Chioro-06.10.2015.pdf>>. Acesso em: 10 de julho de 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Pesquisa revela que 92% da população está insatisfeita com a saúde no Brasil**. 2014. Disponível em: <[http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=24984:datafolha-revela-93-da-populacao-esta-insatisfeita-com-a-saude-no-brasil&catid=3](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24984:datafolha-revela-93-da-populacao-esta-insatisfeita-com-a-saude-no-brasil&catid=3)>. Acesso em: 16 de agosto de 2016.

DALLARI, Sueli Gandolfi. A construção do direito à saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 9-34, nov. 2008/fev. 2009.

DANIELS, Norman. Is there a right to health care and, if so, what does it encompass? In: KHUSE, Helga; SINGER, Peter (Eds.). **A companion to bioethics**. Oxford: Blackwell, 1998, p. 316-325.

\_\_\_\_\_. Health care needs and distributive justice. **Philosophy and Public Affairs**, v. 10, n. 2, p. 146-179, Spring, 1981.

\_\_\_\_\_. **Just health care: studies in philosophy and health policy**. Cambridge: Cambridge University Press, 1985.

DINIZ, Debora et al. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 591-598, fev. 2014.

DOURADO, Daniel de Araujo. **Regionalização e federalismo sanitário no Brasil**. 2010. 183 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

DOURADO, Daniel de Araújo; DALLARI, Sueli Gandolfi; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Federalismo sanitário brasileiro: perspectiva da regionalização no Sistema Único de Saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 10-34, nov.2011/fev.2012, 2012.

DOURADO, Daniel de Araujo; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011.

SCOREL, Sarah. Histórias das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, Lígia et al (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 323-363.

SCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Histórias das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, Lígia et al (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 279-321.

FURTADO, José de Ribamar. **Direito financeiro**. 4. ed. ver. ampl. e atual. Belo Horizonte: Fórum, 2013.

GERSCHMAN, Silvia. **A democracia inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária brasileira**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores Sociais Municipais 2010**: uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico 2010. 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000006475711142011571416899473.pdf>>. Acesso em: 01 de setembro de 2016.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Políticas Sociais: acompanhamento e análise**, Brasília, n. 14, 2007. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas\\_sociais/bps14\\_completo.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/bps14_completo.pdf)>. Acesso em: 01 de setembro de 2016.

\_\_\_\_\_. **População residente em domicílios agrícolas, pluriativos, rurais não agrícolas e urbanos não agrícolas**: Atlas da extrema pobreza no Norte e Nordeste do Brasil em 2010. 2015. Disponível em: <[http://www.ipc-undp.org/pub/port/Atlas\\_da\\_extrema\\_pobreza\\_no\\_Norte\\_e\\_Nordeste\\_do\\_Brasil\\_PT.pdf](http://www.ipc-undp.org/pub/port/Atlas_da_extrema_pobreza_no_Norte_e_Nordeste_do_Brasil_PT.pdf)>. Acesso em: 01 de setembro de 2016.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LIMA, Luciana Dias de et al. Regionalização da saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lígia et al (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 823-852.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígia. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, Lígia et al (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 89-120.

MACHADO, Teresa Robichez de Carvalho. Judicialização da saúde: analisando a audiência pública no Supremo Tribunal Federal. **Revista Bioética**, Brasília, v. 22, n. 3, p. 561-568, set./dez., 2014.

MENDES, Gilmar Ferreira; COELHO, Inocêncio Mártires; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de direito constitucional**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 34. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

NEVES, Luiz Antônio Pereira. **Pesquisa: escolha do método**. 2013. Disponível em: <[http://www.joinville.udesc.br/sbs/professores/neves/materiais/Prof\\_Neves\\_\\_\\_Metodo\\_Cientifico.pdf](http://www.joinville.udesc.br/sbs/professores/neves/materiais/Prof_Neves___Metodo_Cientifico.pdf)>. Acesso em: 15 de novembro de 2013.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Lígia et al (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 365-393.

OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin de; ASSIS, Marluce Maria Araújo; BARBONI, André René. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3561-3567, nov., 2010.

OLIVEIRA, Mariana; RAMALHO, Renan. **Ministro altera voto na retomada do julgamento de remédio de alto custo**. 2016. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2016/09/ministro-altera-voto-na-retomada-de-julgamento-de-remedio-de-alto-custo.html>>. Acesso em: 15 de outubro de 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Epidemiological Alert: neurological syndrome, congenital malformations, and Zika virus infection. Implications for public health in the Americas**. 2015. Disponível em: <[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&Itemid=270&gid=32405&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=32405&lang=en)>. Acesso em: 01 de setembro de 2016.

PADILHA, Alexandre. **Discurso proferido em 03 de janeiro de 2011**. 2011a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/100-ministro/9015-integra-do-discurso-do-ministro-da-saude-alexandre-padilha-durante-a-cerimonia-de-transmissao-de-cargo-em-03-de-janeiro-de-2011-em-brasilia-df>>. Acesso em: 20 de junho de 2016.

PADILHA, Alexandre. **Discurso proferido em 23 de fevereiro de 2011**. 2011b. Disponível

em: <<http://new.paho.org/bra/apsredes/>>. Acesso em: 20 de junho de 2016.

PADILHA, Alexandre. **Discurso proferido em 21 de abril de 2011**. 2011c. Disponível em: <[http://caalunicamp.com.br/site/?page\\_id=619](http://caalunicamp.com.br/site/?page_id=619)>. Acesso em: 22 de junho de 2016.

PADILHA, Alexandre. **Discurso proferido em 29 de novembro de 2012**. 2012. Disponível em: <<http://www.redehumanizaus.net/59405-ministro-inaugura-casa-de-acolhimento-infanto-juvenil#sthash.N1K1wcxX.dpuf>>. Acesso em: 21 de junho de 2016.

PADILHA, Alexandre. **Discurso proferido em 06 de fevereiro de 2013**. 2013a. Disponível em: <<http://www.redehumanizaus.net/60180-portal-reune-dados-sobre-atendimento-no-sus#sthash.WQFZXUB7.dpuf>>. Acesso em: 20 de junho de 2016.

PADILHA, Alexandre. **Discurso proferido em 18 de maio de 2013**. 2013b. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/servicos/32351-mais-medicos-o-cidadao-nao-pode-esperar-por-alexandre-padilha>>. Acesso em: 23 de junho de 2016.

PADILHA, Alexandre. **Discurso proferido em 04 de fevereiro de 2014**. 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/fevereiro/03/discurso-padilha-trasmissoa.pdf>>. Acesso em: 20 de junho de 2016.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PIOLA, Sérgio F. et al. **Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo**. Rio de Janeiro: IPEA, 2013.

POLIGNANO, Marcos Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. 2001. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-%5B16-030112-SES-MT%5D.pdf>>. Acesso em: 10 de dezembro de 2015.

PORTO, Silvia Maria; UGÁ, Maria Alicia Dominguez; MOREIRA, Rodrigo da Silva. Uma análise da utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento: Brasil 1998 -2008. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3795-3807, 2011.

RAMOS, Edith Maria Barbosa; MADUREIRA, Amanda Silva; SENA, Jaqueline Prazeres de. O processo de redemocratização e o novo padrão de proteção do direito à saúde no Brasil. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 2, n. 2, p. 51-67, jul./dez., 2013.

RAMOS, Edith Maria Barbosa. **Universalidade do direito à saúde**. 1. ed. São Luís: EDUFMA, 2014.

RAMOS, Elival da Silva. **Ativismo judicial: parâmetros dogmáticos**. São Paulo: Saraiva, 2010.

RAMOS, Paulo Roberto Barbosa. **Federalismo e descentralização territorial em perspectiva comparada: os sistemas do Brasil e da Espanha**. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Ed., 2012.

RAWLS, John. **Uma teoria da justiça**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

RODRIGUES, Lêda Boechat. **A Corte Suprema e o Direito Constitucional Americano**. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1992.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso proferido em 01 de janeiro de 2011**. 2011a. Disponível em: <[http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b\\_start=0](http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b_start=0)>. Acesso em: 15 de maio de 2016.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso proferido em 03 de fevereiro de 2011**. 2011b. Disponível em: <[http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b\\_start=0](http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b_start=0)>. Acesso em: 15 de maio de 2016.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso proferido em 17 de fevereiro de 2011**. 2011c. Disponível em: <[http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b\\_start=0](http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b_start=0)>. Acesso em: 15 de maio de 2016.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso proferido em 22 de março de 2011**. 2011d. Disponível em: <[http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b\\_start=0](http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b_start=0)>. Acesso em: 15 de maio de 2016.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso proferido em 28 de março de 2011**. 2011e. Disponível em: <[http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b\\_start=0](http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b_start=0)>. Acesso em: 15 de maio de 2016.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso proferido em 10 de maio de 2011**. 2011f. Disponível em: <[http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b\\_start=0](http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b_start=0)>. Acesso em: 15 de maio de 2016.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso proferido em 02 de junho de 2011**. 2011g. Disponível em: <[http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b\\_start=0](http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b_start=0)>. Acesso em: 15 de maio de 2016.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso proferido em 25 de julho de 2011**. 2011h. Disponível em: <[http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b\\_start=0](http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b_start=0)>. Acesso em: 15 de maio de 2016.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso proferido em 11 de agosto de 2011**. 2011i. Disponível em: <[http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b\\_start=0](http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b_start=0)>. Acesso em: 15 de maio de 2016.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso proferido em 30 de agosto de 2011**. 2011j. Disponível em: <[http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b\\_start=0](http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b_start=0)>. Acesso em: 15 de maio de 2016.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso proferido em 02 de setembro de 2011**. 2011k. Disponível

em: <[http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b\\_start=0](http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b_start=0)>. Acesso em: 15 de maio de 2016.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso proferido em 19 de setembro de 2011**. 2011l. Disponível em: <[http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b\\_start=0](http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b_start=0)>. Acesso em: 15 de maio de 2016.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso proferido em 19 de outubro de 2011**. 2011m. Disponível em: <[http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b\\_start=0](http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b_start=0)>. Acesso em: 15 de maio de 2016.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso proferido em 08 de novembro de 2011**. 2011n. Disponível em: <[http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b\\_start=0](http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b_start=0)>. Acesso em: 15 de maio de 2016.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso proferido em 08 de novembro de 2011**. 2011o. Disponível em: <[http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b\\_start=0](http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b_start=0)>. Acesso em: 15 de maio de 2016.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso proferido em 17 de novembro de 2011**. 2011p. Disponível em: <[http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b\\_start=0](http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b_start=0)>. Acesso em: 15 de maio de 2016.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso proferido em 25 de novembro de 2011**. 2011q. Disponível em: <[http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b\\_start=0](http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b_start=0)>. Acesso em: 15 de maio de 2016.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso proferido em 07 de dezembro de 2011**. 2011r. Disponível em: <[http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b\\_start=0](http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b_start=0)>. Acesso em: 15 de maio de 2016.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso proferido em 12 de dezembro de 2011**. 2011s. Disponível em: <[http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b\\_start=0](http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b_start=0)>. Acesso em: 15 de maio de 2016.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso proferido em 21 de março de 2012**. 2012a. Disponível em: <[http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b\\_start=0](http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b_start=0)>. Acesso em: 16 de maio de 2016.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso proferido em 21 de março de 2012**. 2012b. Disponível em: <[http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b\\_start=0](http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b_start=0)>. Acesso em: 16 de maio de 2016.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso proferido em 17 de abril de 2012**. 2012c. Disponível em: <[http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b\\_start=0](http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b_start=0)>. Acesso em: 16 de maio de 2016.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso proferido em 12 de junho de 2012**. 2012d. Disponível em: <[http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b\\_start=0](http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b_start=0)>. Acesso em: 16 de maio de 2016.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso proferido em 05 de julho de 2012.** 2012e. Disponível em: <[http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b\\_start=0](http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b_start=0)>. Acesso em: 16 de maio de 2016.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso proferido em 10 de agosto de 2012.** 2012f. Disponível em: <[http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b\\_start=0](http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b_start=0)>. Acesso em: 16 de maio de 2016.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso proferido em 22 de dezembro de 2012.** 2012g. Disponível em: <[http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b\\_start=0](http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b_start=0)>. Acesso em: 16 de maio de 2016.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso proferido em 25 de janeiro de 2013.** 2013a. Disponível em: <[http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b\\_start=0](http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b_start=0)>. Acesso em: 19 de maio de 2016.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso proferido em 01 de março de 2013.** 2013b. Disponível em: <[http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b\\_start=0](http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b_start=0)>. Acesso em: 19 de maio de 2016.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso proferido em 13 de março de 2013.** 2013c. Disponível em: <[http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b\\_start=0](http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b_start=0)>. Acesso em: 19 de maio de 2016.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso proferido em 21 de junho de 2013.** 2013d. Disponível em: <[http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b\\_start=0](http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b_start=0)>. Acesso em: 19 de maio de 2016.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso proferido em 08 de julho de 2013.** 2013e. Disponível em: <[http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b\\_start=0](http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b_start=0)>. Acesso em: 19 de maio de 2016.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso proferido em 22 de outubro de 2013.** 2013f. Disponível em: <[http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b\\_start=0](http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b_start=0)>. Acesso em: 19 de maio de 2016.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso proferido em 22 de novembro de 2013.** 2013g. Disponível em: <[http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b\\_start=0](http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b_start=0)>. Acesso em: 19 de maio de 2016.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso proferido em 13 de dezembro de 2013.** 2013h. Disponível em: <[http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b\\_start=0](http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b_start=0)>. Acesso em: 19 de maio de 2016.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso proferido em 03 de fevereiro de 2014.** 2014a. Disponível em: <[http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b\\_start=0](http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b_start=0)>. Acesso em: 21 de maio de 2016.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso proferido em 11 de abril de 2014.** 2014b. Disponível em:

<[http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b\\_start=0](http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b_start=0)>. Acesso em: 21 de maio de 2016.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso proferido em 06 de maio de 2014**. 2014c. Disponível em: <[http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b\\_start=0](http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b_start=0)>. Acesso em: 21 de maio de 2016.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso proferido em 25 de maio de 2014**. 2014d. Disponível em: <[http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b\\_start=0](http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b_start=0)>. Acesso em: 21 de maio de 2016.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso proferido em 08 de junho de 2014**. 2014e. Disponível em: <[http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b\\_start=0](http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b_start=0)>. Acesso em: 21 de maio de 2016.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso proferido em 30 de junho de 2014**. 2014f. Disponível em: <[http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b\\_start=0](http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b_start=0)>. Acesso em: 21 de maio de 2016.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso proferido em 04 de julho de 2014**. 2014g. Disponível em: <[http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b\\_start=0](http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b_start=0)>. Acesso em: 21 de maio de 2016.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso proferido em 01 de janeiro de 2015**. 2015a. Disponível em: <[http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b\\_start=0](http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b_start=0)>. Acesso em: 25 de maio de 2016.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso proferido em 01 de janeiro de 2015**. 2015b. Disponível em: <[http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b\\_start=0](http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b_start=0)>. Acesso em: 25 de maio de 2016.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso proferido em 04 de agosto de 2015**. 2015c. Disponível em: <[http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b\\_start=0](http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b_start=0)>. Acesso em: 25 de maio de 2016.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso proferido em 05 de outubro de 2015**. 2015d. Disponível em: <[http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b\\_start=0](http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b_start=0)>. Acesso em: 25 de maio de 2016.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso proferido em 03 de novembro de 2015**. 2015e. Disponível em: <[http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b\\_start=0](http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b_start=0)>. Acesso em: 25 de maio de 2016.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso proferido em 04 de dezembro de 2015**. 2015f. Disponível em: <[http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b\\_start=0](http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b_start=0)>. Acesso em: 25 de maio de 2016.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso proferido em 02 de fevereiro de 2016**. 2016a. Disponível em: <[http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b\\_start=0](http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b_start=0)>. Acesso em: 10 de junho de 2016.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso proferido em 03 de fevereiro de 2016**. 2016b. Disponível em: <[http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b\\_start=0](http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b_start=0)>. Acesso em: 10 de junho de 2016.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso proferido em 22 de fevereiro de 2016**. 2016c. Disponível em: <[http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b\\_start=0](http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b_start=0)>. Acesso em: 10 de junho de 2016.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso proferido em 08 de março de 2016**. 2016e. Disponível em: <[http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b\\_start=0](http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b_start=0)>. Acesso em: 10 de junho de 2016.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso proferido em 23 de março de 2016**. 2016f. Disponível em: <[http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b\\_start=0](http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b_start=0)>. Acesso em: 10 de junho de 2016.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso proferido em 29 de abril de 2016**. 2016g. Disponível em: <[http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b\\_start=0](http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos#b_start=0)>. Acesso em: 10 de junho de 2016.

SCARTEZINI, Natalia. **Introdução ao método de Pierre Bourdieu**. 2011. Disponível em: <[seer.fclar.unesp.br/cadernos/article/download/5159/4224](http://seer.fclar.unesp.br/cadernos/article/download/5159/4224)>. Acesso em: 10 de dezembro de 2013.

SANTOS, Luiz A. de Castro. As Origens da Reforma Sanitária e da Modernização Conservadora na Bahia durante a Primeira República. **Dados, Revista Brasileira de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, 1998.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 39. ed. São Paulo: Malheiros, 2016.

TAVARES, André Ramos. **Curso de direito constitucional**. 11. ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

TELES, Giovana et al. **Falta de médicos em hospitais públicos prejudica atendimento**. 2013. Disponível em: <<http://g1.globo.com/jornal-hoje/noticia/2013/01/falta-de-medicos-em-hospitais-publicos-prejudica-atendimento.html>>. Acesso em: 15 de agosto de 2016.

TEMER, Michel. **Discurso proferido em de 12 de maio de 2016**. 2016a. Disponível em: <<http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-planalto/discursos>>. Acesso em: 17 de outubro de 2016.

TEMER, Michel. **Discurso proferido em 06 de junho de 2016**. 2016b. Disponível em: <<http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-planalto/discursos>>. Acesso em: 17 de outubro de 2016.

TEMER, Michel. **Discurso proferido em 14 de setembro de 2016**. 2016c. Disponível em: <<http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-planalto/discursos>>. Acesso em: 17 de outubro de 2016.

UGÁ, Maria Alicia D.; PORTO, Silvia Marta; PIOLA, Sérgio Francisco. Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lúcia et al (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 395-425.

VAZQUEZ, Daniel Arias. Efeitos da regulação federal sobre o financiamento da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1201-1212, jun., 2011.

VENTURA, Miriam et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010.

## ANEXOS

## ANEXO A

**Dados do Pedido**

Protocolo	25820000660201633
Solicitante	Edson Barbosa de Miranda Netto
Data de Abertura	16/02/2016 23:56
Orgão Superior Destinatário	MS – Ministério da Saúde
Orgão Vinculado Destinatário	
Prazo de Atendimento	08/03/2016
Situação	Respondido
Status da Situação	Acesso Negado (Pedido exige tratamento adicional de dados)
Forma de Recebimento da Resposta	Pelo sistema (com avisos por email)
Resumo	Discursos do Ministro da Saúde de 01 janeiro de 2011 a 31 dezembro de 2015
Detalhamento	Enquanto discente do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Direito e Instituições do Sistema de Justiça da Universidade Federal do Maranhão (PPGDIR/UFMA), minha dissertação aborda os discursos acerca da Saúde Pública proferidos de 01 janeiro de 2011 a 31 de dezembro de 2015 pela Presidente da República e pelo Ministro da Saúde. Os discursos da Presidente estão disponíveis no site do Palácio do Planalto na íntegra, mas os do Ministro da Saúde não, de modo que venho solicitar a transcrição de tais discursos com base na Lei de Acesso à Informação.

**Dados da Resposta**

Data de Resposta	04/03/2016 18:35
Tipo de Resposta	Acesso Negado
Classificação do Tipo de Resposta	Pedido exige tratamento adicional de dados
Resposta	Prezado Sr. Edson,  <b>COMO SEU PEDIDO EXIGIRÁ UM TRABALHO ADICIONAL DESTES ÓRGÃO, QUE NÃO POSSUI TODOS OS DISCURSOS DESSE PERÍODO TRANSCRITOS, NÃO SERÁ POSSÍVEL ATENDER ESTA DEMANDA.</b>

DE ACORDO COM OS INCISOS I, II E III DO  
ARTIGO 13 DO DECRETO N° 7.724/12.

ART. 13. NÃO SERÃO ATENDIDOS PEDIDOS DE  
ACESSO À INFORMAÇÃO:

I - GENÉRICOS;  
II - DESPROPORCIONAIS OU DESARRAZOADOS;  
OU  
III - QUE EXIJAM TRABALHOS ADICIONAIS DE  
ANÁLISE, INTERPRETAÇÃO OU CONSOLIDAÇÃO  
DE DADOS E INFORMAÇÕES, OU SERVIÇO DE  
PRODUÇÃO OU TRATAMENTO DE DADOS QUE  
NÃO SEJA DE COMPETÊNCIA DO ÓRGÃO OU  
ENTIDADE.

Atenciosamente,

Gabinete do Ministro

Autoridade a ser direcionado eventual recurso de 1ª  
instância: Gabinete do Ministro/CONJUR  
Prazo para interposição do recurso de 1ª instância: 10  
dias.

Responsável pela Resposta

Destinatário do Recurso de  
Primeira Instância:

Prazo Limite para Recurso 16/03/2016

#### *Classificação do Pedido*

Categoria do Pedido Saúde  
Subcategoria do Pedido Participação e controle social em saúde  
Número de Perguntas 1

#### **Histórico do Pedido**

<b>Data do evento</b>	<b>Descrição do evento</b>	<b>Responsável</b>
16/02/2016 23:56	Pedido Registrado para o Órgão MS – Ministério da Saúde	SOLICITANTE
04/03/2016 18:35	Pedido Respondido	MS – Ministério da Saúde

## ANEXO B

**Dados do Pedido**

Protocolo	25820004074201668
Solicitante	Edson Barbosa de Miranda Netto
Data de Abertura	12/09/2016 09:58
Orgão Superior Destinatário	MS – Ministério da Saúde
Orgão Vinculado Destinatário	
Prazo de Atendimento	03/10/2016
Situação	Respondido
Status da Situação	Informação Inexistente
Forma de Recebimento da Resposta	Pelo sistema (com avisos por email)
Resumo	Discursos disponíveis dos Ministros da Saúde de 01 janeiro de 2011 a 31 de agosto de 2015
Detalhamento	Enquanto mestrando no Programa de Pós-Graduação em Direito e Instituições do Sistema de Justiça da Universidade Federal do Maranhão (PPGDIR/UFMA), minha dissertação aborda os discursos acerca da Saúde Pública proferidos de 01 janeiro de 2011 a 31 de agosto de 2016 pelos Ministros da Saúde. Desse modo, venho solicitar a transcrição dos discursos disponíveis com base na Lei de Acesso à Informação. Peço apenas o material que já estiver disponível e que não gere mais trabalho para os servidores. O que puder ser disponibilizado será de grande ajuda. Muito obrigado.

**Dados da Resposta**

Data de Resposta	30/09/2016 17:59
Tipo de Resposta	Informação Inexistente
Classificação do Tipo de Resposta	
Resposta	Prezado Sr. Edson Barbosa,  Considerando as informações solicitadas, esta Assessoria informa que: Não possui registro dos discursos proferidos pelos Ministros em suas atividades.

Responsável pela Resposta ASSESSORIA DE CERIMONIAL  
 Destinatário do Recurso de Gabinete do Ministro  
 Primeira Instância:  
 Prazo Limite para Recurso 12/10/2016

#### *Classificação do Pedido*

Categoria do Pedido Saúde  
 Subcategoria do Pedido Participação e controle social em saúde  
 Número de Perguntas 1

#### **Histórico do Pedido**

<b>Data do evento</b>	<b>Descrição do evento</b>	<b>Responsável</b>
12/09/2016 09:58	Pedido Registrado para o Órgão MS – Ministério da Saúde	SOLICITANTE
30/09/2016 17:59	Pedido Respondido	MS – Ministério da Saúde