

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL – UNISC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO – MESTRADO E DOUTORADO

José Batista de Andrade

**A JUDICIALIZAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE E AS
CONSEQUÊNCIAS CAUSADAS POR SEU IMPACTO FINANCEIRO NO
MUNICÍPIO DO CRATO/CE: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS DE COOPERAÇÃO
DOS GESTORES LOCAIS**

Santa Cruz do Sul
2017

José Batista de Andrade

**A JUDICIALIZAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE E AS
CONSEQUÊNCIAS CAUSADAS POR SEU IMPACTO FINANCEIRO NO
MUNICÍPIO DO CRATO/CE: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS DE COOPERAÇÃO
DOS GESTORES LOCAIS.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito – Mestrado e Doutorado - Área de Concentração em Direitos Sociais e Políticas Públicas, Linha de Pesquisa Políticas Públicas de Inclusão Social, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Direito.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Hermany

Santa Cruz do Sul
2017

José Batista de Andrade

**A JUDICIALIZAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE E AS
CONSEQUÊNCIAS CAUSADAS POR SEU IMPACTO FINANCEIRO NO
MUNICÍPIO DO CRATO/CE: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS DE COOPERAÇÃO
DOS GESTORES LOCAIS.**

Dissertação foi submetida ao Programa de Pós-Graduação em Direito – Mestrado e Doutorado - Área de Concentração em Direitos Sociais e Políticas Públicas, Linha de Pesquisa Políticas Públicas de Inclusão Social, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Direito.

Prof. Dr. Ricardo Hermany
Orientador UNISC

Prof. Dr. João Pedro Schmidt
Examinador UNISC

Profa. Dra. Sinara Camera
Examinadora FEMA

Santa Cruz do Sul
2017

RESUMO

A judicialização da política decorre, dentre outros fatores, de falhas no planejamento e execução das políticas públicas. Seu custo financeiro pode resultar em consequências importantes para Administração Pública em geral. Sabendo disso, a presente dissertação se propôs a investigar o fenômeno da judicialização da saúde, em particular, no município do Crato/CE, com a finalidade de conhecer suas consequências, especialmente aquelas decorrentes do impacto financeiro das demandas judiciais de saúde no âmbito da administração pública local, no período de 2012 a 2015. O problema consiste em identificar quais as consequências causadas pelo impacto financeiro da judicialização da saúde no município do Crato/CE durante esse período? O trabalho tem como objetivo geral verificar quais são as consequências que o impacto financeiro proveniente das ações judiciais de saúde causou ao município do Crato/CE, e como objetivos específicos: (i) analisar as políticas públicas de saúde à luz do princípio da subsidiariedade; (ii) verificar qual é a relação existente entre o direito fundamental à saúde e à dignidade da pessoa humana; e (iii) estudar a judicialização da saúde no município do Crato/CE, a partir de levantamento realizado, junto à Prefeitura local, das ações judiciais de saúde, destacando aquelas destinadas ao fornecimento de medicamento, ajuizadas em face deste município, seja como único acionado seja como litisconsorte passivo com os entes federados superiores (União e Estados). Para responder ao problema proposto, foram levantadas todas as ações de saúde ajuizadas no período de 2012 a 2015. A metodologia utilizada consistiu no levantamento dos dados oficiais existentes na Prefeitura local e nos *sites* oficiais do Tribunal de Contas do Estado do Ceará e do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde do Ministério da Saúde (SIOPS). O método de abordagem utilizado foi o hipotético-dedutivo; quanto ao procedimento, foram utilizados os métodos histórico e comparativo; e quanto à técnica de pesquisa, foram utilizados os métodos teórico-empírico, quantitativo e de análise dos dados. De posse dos dados levantados e analisados, foi possível constatar que o impacto financeiro decorrente das demandas judiciais de saúde ajuizadas em face do município do Crato/CE, durante o período de 2012 a 2015, levou a gestão do sistema de saúde local e o governo municipal, como um todo, a uma situação de extremo descontrole administrativo e financeiro. Avalia-se que uma medida necessária e sustentável para enfrentar esse problema seja a adoção de uma nova visão de gestão, com atuação resolutiva de planejamento e de gestão sistêmica, a partir da integração dos diversos setores (internos e externos) que, de alguma forma, tenha relação com o sistema de saúde local, para formação de uma rede de trabalho composta por todos os atores que a eles pertençam (setores), dentre os quais o sistema de justiça (Magistratura, Ministério Público, Defensoria Pública e OAB), fornecedores, médicos, hospitais públicos e conveniados, a sociedade civil organizada e o próprio usuário. Por fim, vale destacar que esta dissertação está inserida na linha de pesquisa de políticas públicas do Programa de Mestrado e Doutorado em Direito da UNISC, e identifica-se com os projetos de pesquisa desenvolvidos pelo orientador, por enfatizar a gestão local e suas políticas públicas.

Palavras-chave: Políticas públicas de saúde; judicialização da saúde; poder local; gestão sistêmica.

ABSTRACT

The politic judicialization runs directly from planning failures and in the execution of the public politics. Its financial cost can result in substantial consequences to the Public Administration. Knowing that, the present thesis proposes to investigate the phenomenon of the health judicialization in the City of Crato/CE, with the finality to know its consequences, in particular those who run from the financial impact of the judicial demands of health in the ambit of the local public administration. The problem to be answered is to know what the consequences are caused by the financial impact of the health judicialization in the City of Crato/CE. The general objective from this work consists in verify what are the consequences that the financial impact from the judicial acts of health caused to the City of Crato/Ce, and as specific objectives: (i) analyze the public politics of health to the light of the subsidiarity principle; (ii) to verify what is the relation existent between the fundamental right of health and the dignity of the human person; and (iii) to search next to the City Hall of Crato/CE the health judicial acts, specially, those destined to the supply of medication, filled against this municipality, either as single triggered or as passive litisconsort with the superior federated entities (Union and States). To respond the proposed problem it was realized a survey of the health acts filled in the period of 2012 to 2015. The utilized methodology was the survey of official data existents in the City Hall and in official websites of the Count Court of the State of Ceará and the System of Information about the Public Budget in Health from the Health Ministry (SIOPS). As method of approach it was utilized the hypothetic-deductive. With the survey data, it was possible to know and point the most important consequences from the financial impact, which runs from the judicial demand of health, and what caused to the local system management and to the municipal govern as a whole. Its evaluated that a necessary measure and sustainable to face the generated problems caused by those consequences it is the adoption of a new vision of management, with resolute action of planning and systemic management, from the integration of different sectors (intern and extern) that in some way is related to the local health system to form a work net composed by all the actors that to it belongs (sectors), among which the justice system (Magistrate, Public Ministry, Public Defender and OAB), suppliers, doctors public hospitals and agreed, the organized civil society and the user. At the end, worsts to point that this thesis it is inserted in the line of research of public politics from the Masters and Doctorate Degree Program in Law from UNISC and identifies with the project of developed searches by the orienteer, to emphasize the local management and its public politics.

Keywords: Health Public Politics; Health Judicialization; Local Power; Systemic Management

AGRADECIMENTOS

Chegar até aqui decorre de um longo processo de união de forças de diversos atores, internos e externos, ao curso de mestrado em direito da UNISC, sem os quais eu não teria conseguido. Por isso, nada mais justo do que aproveitar este espaço para manifestar meus sinceros agradecimentos.

Primeiramente a Deus, pelo dom da vida e por ser a minha fonte de energia permanente e suficiente para viver ativamente a cada dia.

A meu pai, João Batista, de saudosa memória, minha eterna fonte de inspiração, firmeza, simplicidade e solidariedade.

Aos meus filhos Isaac e Tales, por me ensinarem a cada dia ser e melhorar como pai.

À minha esposa Raquel, companheira de todos os dias.

Ao meu orientador, Professor Pós-Doutor Ricardo Hermany, por ter sido sempre solícito todas as vezes que precisei, inclusive aos domingos, e pela capacidade e habilidade de transferir conhecimentos e lidar com seus orientandos.

A todos os demais professores do curso: Caroline Bitencourt, Denise Friedrich, Rogério Leal, João Pedro Schmidt, Marli Costa, André Viana, Hugo Thamir, Clovis Gorcevski, Janriê Reck, Jorge Reis e Mônia Leal, pelos preciosos conhecimentos que me repassaram.

A todos os meus colegas mestrandos, pelo exemplo de união e coleguismo.

A todos, meu abraço fraterno.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABS Atenção Básica de Saúde
CF Constituição Federal
CNJ Conselho Nacional de Justiça
CNM Confederação Nacional de Municípios
CONASEMS Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS Conselho Nacional de Secretários de Saúde
EM Emenda Constitucional
FES Fundo Estadual de Saúde
FMS Fundo Municipal de Saúde
FNS Fundo Nacional de Saúde
LC Lei Complementar
LDO Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA Lei Orçamentária Anual
LOA Lei Orgânica da Saúde
MAC Média e Alta Complexidade
NOB/SUS Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
OMS Organização Mundial de Saúde
ONU Organização das Nações Unidas
PAB Piso da Atenção Básica
PLC Projeto de Lei Complementar
PPA Plano Plurianual
PPI Programação Pactuada Integrada
RE Recurso Extraordinário
REMUME Relação Municipal de Medicamentos
RENAME Relação Nacional de Medicamentos
SIOPS Sistema de Informações sobre Orçamento da Saúde
STF Supremo Tribunal Federal
SUS Sistema Único de Saúde
TRF-2 Tribunal Regional Federal da 4ª Região
TRF-4 Tribunal Regional Federal da 2ª Região
TJRJ Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. O PRINCÍPIO DA SUBSIDIARIEDADE APLICADO AO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE	14
2.1 Premissas introdutórias	14
2.2 Direito fundamental e dignidade da pessoa humana	15
2.3 Subsidiariedade e solidariedade	27
2.4 Descentralização e desconcentração	38
3. POLÍTICAS PÚBLICAS MUNICIPAIS DE SAÚDE NO BRASIL	48
3.1 Premissas introdutórias	48
3.2 Autonomia financeira e cooperação federativa na saúde pública	50
3.3 Responsabilidade solidária dos entes federados nas políticas de saúde	60
3.4 Orçamento municipal e políticas públicas de saúde	69
4. A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DO CRATO/CE NO PERÍODO DE 2012 A 2015	80
4.1 Premissas introdutórias	80
4.2 A judicialização das políticas públicas de saúde na esfera municipal.....	81
4.3 Análise da repercussão das ações de saúde no orçamento do município do Crato-CE	90
4.4 Desafios e perspectivas para uma gestão sistêmica da saúde	101
5. CONCLUSÃO	112
6. REFERÊNCIAS	120

1. INTRODUÇÃO

A judicialização da política é um fenômeno mundial e vem ganhando força no cenário nacional a cada dia que passa, principalmente sobre as políticas públicas de saúde, em especial para compelir o poder público a fornecer medicamentos. As ações judiciais decorrentes têm sido ajuizadas em face das três esferas de governos, individualmente ou em litisconsorte passivo facultativo, considerando que elas são solidariamente responsáveis pela efetivação das ações e serviços de saúde, de acordo com a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal. Isso permite ao usuário escolher o ente federado que será compelido a atender sua demanda judicial de saúde.

As primeiras ações judiciais de saúde surgiram logo depois da promulgação da Constituição, no início dos anos de 90 do século passado, quando o Estado deu as costas para os portadores do vírus HIV, que pediam o fornecimento gratuito do coquetel retroviral. Desamparados, os soropositivos bateram na porta do Judiciário, que os acolheu, ainda que timidamente, determinando que o Estado atendesse a pleitos negados administrativamente. Daí em diante, as demandas judiciais de saúde se intensificaram, principalmente a partir dos últimos dez anos, chegando ao ponto de comprometer a gestão das políticas públicas de saúde como um todo.

Nessa perspectiva, o Município tem sido o ente mais demandado das três esferas de governo, devido, dentre outros fatores, à proximidade material que ele tem com o usuário do sistema, o que, teoricamente, facilita o cumprimento das decisões judiciais decorrentes. Por conta dessa peculiaridade, ele termina sendo a esfera administrativa que mais sofre com as consequências decorrentes do impacto financeiro das ações judiciais de saúde.

Como o sistema de saúde pública é único e municipalizado, seu comprometimento no âmbito local leva ao comprometimento do sistema como um todo, no âmbito nacional. Por isso, a administração do sistema tende a negar cada vez mais os pleitos administrativos dos usuários, fazendo com que eles procurem mais frequentemente o Judiciário, na certeza de que serão finalmente atendidos.

Essa interferência judicial na execução das políticas públicas de saúde pode comprometer ainda mais o regular funcionamento do sistema, dando causa ao surgimento de novas demandas judiciais de saúde. Ou seja, a própria judicialização da saúde pode se tornar causa de si mesma, gerando um verdadeiro ciclo vicioso,

podendo levar o sistema como um todo a uma situação de insustentabilidade. No entanto, esse problema, a princípio, não é causado pelo Judiciário. Ele pode ser um indicativo de que os poderes políticos (Executivo e Legislativo) não estão se desincumbindo do dever de garantir a efetivação das políticas públicas necessárias ao bem-estar social.

Evitar a judicialização é tarefa impossível, pois ela decorre diretamente da própria Constituição Democrática. O que deve ser combatido são os excessos decorrentes do ativismo judicial. Por isso, para que ela seja mantida em níveis sustentáveis, cabe à Administração o dever de atender razoavelmente às demandas sociais, através de uma gestão eficiente do sistema.

Em se tratando do direito fundamental a saúde, o ideal é que o Estado realize as ações e serviços de saúde que atendam às necessidades de todos. Quando isso não for possível, por falta de recursos materiais, que seja realizado tudo aquilo que a população razoavelmente possa esperar dele. Do contrário, de nada adiante as esferas de governo ficarem arguindo vagamente, quando demandadas em juízo, as preliminares de ilegitimidade passiva *ad causam* e necessidade de formação de litisconsórcio passivo necessário; ou, no mérito, a cláusula da reserva do possível. Todos esses argumentos são rotineiramente rejeitados pelo Judiciário, seja porque tais preliminares não se sustentam diante da responsabilidade solidária para realizar ações e serviços de saúde, seja por falta de demonstração objetiva da impossibilidade material de atender à demanda.

De acordo com a Confederação Nacional dos Municípios (CNM), os principais problemas enfrentados pelo SUS são o subfinanciamento e a ineficiência de gestão, principalmente no âmbito municipal, porque os Municípios, além de não disporem de pessoal qualificado para gerir o sistema, são a esfera de governo que menos arrecada e mais investe em saúde, razão pela qual eles estão mais vulneráveis à judicialização da saúde.

O trabalho tem como objetivo geral verificar quais são as consequências que o impacto financeiro proveniente das ações judiciais de saúde causou ao município do Crato/CE, e como objetivos específicos: (i) analisar as políticas públicas de saúde à luz do princípio da subsidiariedade; (ii) verificar qual é a relação existente entre o direito fundamental à saúde e a dignidade da pessoa humana; e (iii) estudar a judicialização da saúde no município do Crato/CE, a partir de levantamento realizado, junto à Prefeitura local, das ações judiciais de saúde, destacando aquelas

destinadas ao fornecimento de medicamento, ajuizadas em face deste município, seja como único acionado, seja como litisconsorte passivo facultativo com os entes federados superiores (União e Estados).

A frequência cada vez maior da busca do Judiciário para atender a demandas de saúde levou ao questionamento que fundamenta o problema de pesquisa do presente estudo: quais as consequências causadas pelo impacto financeiro da judicialização da política pública de saúde no Município do Crato/CE?

Como resposta a prévia essa indagação, são apresentadas as seguintes hipóteses: (i) a partir da análise das demandas judiciais ajuizadas em face do município do Crato/CE, no período de 2012 a 2015, verifica-se que seu impacto financeiro gerou consequências relevantes na gestão do sistema de saúde local; e (ii) a partir da análise das demandas judiciais ajuizadas em face do município do Crato/CE, no período de 2012 a 2015, verifica-se que seu impacto financeiro não gerou consequências relevantes na gestão do sistema de saúde local.

A escolha do tema se justifica por, pelo menos, três motivos. O primeiro, porque, embora o tema já tenha sido debatida por diversos ramos do conhecimento (direito, ciências políticas, ciências médicas, etc.), resultando na produção de diversos artigos científicos, dissertações de mestrado e teses de doutorado, a judicialização da saúde, continua na ordem do dia. Tanto é verdade que a questão do fornecimento de medicamentos de alto custo, dos que ainda não se tem registro na ANVISA e da solidariedade entre os entes federados na efetivação das ações e serviços de saúde já foi enfrentada por diversas vezes pelo STF, como nos seguintes julgados: RE 605533/MG, RE 605552/RS, RE 605582, MI 708/DF, MI 670/ES, RE 814425/AL, RE 827527/RN, ARE 918052/BA, ARE 97711190/MG, STA 244/PR. Em todos eles houve acolhimento total ou parcial do pleito autoral. Atualmente se encontra em andamento o julgamento dos RE 566471/RN e o RE 657.718/MG, suspenso pela segunda vez, porém, já contam com maioria de votos pela manutenção da posição adotada nos julgados anteriores.

Também tem sido motivo de grande preocupação do CNJ, que já editou vários Enunciados e Recomendações aos juízes e Tribunais do Brasil inteiro, a exemplo da Recomendação 31/2010, para lidarem com o problema, e de outras instituições, como Tribunais de Contas, Assembleias Legislativas e Universidades.

O segundo motivo que justifica a escolha do tema decorre do fato de ser o mestrando Juiz de Direito, e como tal já enfrentou e continua enfrentando

diuturnamente inúmeras ações judiciais de saúde, das quais a grande maioria tem por finalidade o fornecimento de medicamentos.

Por último, registre-se que esta dissertação está inserida na linha de pesquisa de políticas públicas do Programa de Mestrado e Doutorado em Direito da UNISC, e identifica-se com os projetos de pesquisa desenvolvidos por seu orientador, uma vez que enfatiza a gestão local e suas políticas públicas.

Os dados foram coletados junto aos arquivos da Prefeitura Municipal do Crato/CE, no Fórum da Justiça Estadual local e nos portais eletrônicos da Transparência Municipal, Tribunais de Contas dos Municípios (TCM-CE) e do Estado do Ceará (TCE-CE, Fundo Nacional de Saúde e Sistema de Informações sobre Orçamento Público de Saúde (SIOPS). Na sequência, é feita uma análise e compreensão dos dados obtidos com o objetivo de saber se eles são suficientes para responder ao problema proposto.

O trabalho tem como método de abordagem o hipotético-dedutivo, o qual admite que as hipóteses possam ser testadas e falseadas, de acordo com o andamento e o aprofundamento da pesquisa, que tem por base as informações obtidas através do levantamento das ações judiciais de saúde ajuizadas em face do município do Crato/CE, durante o período de 2012 a 2015. Como método de procedimento, o histórico e o comparativo. Como técnica de pesquisa, o teórico-empírico, o quantitativo e o de análise de dados.

Para atender o objetivo proposto e apresentar uma resposta à problemática, o presente trabalho é estruturado em três capítulos, cada um deles com quatro itens, apresentados na sequência.

No primeiro capítulo é feita uma análise doutrinária sobre o princípio da subsidiariedade aplicado ao direito fundamental à saúde. Seu primeiro item tem a responsabilidade de fazer a apresentação geral do capítulo, com uma breve abordagem sobre os demais itens. O segundo item tem a preocupação de demonstrar a importância dos direitos fundamentais para a dignidade humana, como decorrência natural da Constituição Democrática. Inicia-se com uma abordagem histórica sobre o surgimento dos direitos fundamentais, como eles se desenvolveram e se consolidaram ao longo da história moderna ocidental, aí incluindo as chamadas gerações de direitos fundamentais. Na sequência, eles são analisados no âmbito do Estado brasileiro, destacando a importância que ganharam a partir da Constituição de 1988. Na sequência, o estudo é direcionado para dignidade humana, com uma

abordagem que vai desde o Estado Antigo até o atual Estado Democrático de Direito, onde ganhou o status de superprincípio, devidamente destacado no texto constitucional de 1988. O terceiro item dispõe sobre os princípios da subsidiariedade e da solidariedade, com uma abordagem sobre seus aspectos históricos e filosóficos, como ascenderam ao status de princípios constitucionais e sua receptividade pela Constituição brasileira de 1988. Dispõe ainda sobre a importância que eles têm no fortalecimento da autonomia dos entes locais. O quarto item discorre sobre os institutos da desconcentração e da descentralização, partindo-se de seus elementos diferenciadores. Depois, é visto como eles se aplicam aos modelos de Estado unitário e federal. Por último, eles são contextualizados no âmbito do constitucionalismo brasileiro, desde a Constituição Imperial de 1824 até a atual de 1988, e como se comportaram, na prática, durante a vigência de cada uma delas.

O segundo capítulo dispõe sobre as políticas públicas de saúde no Brasil, no âmbito da esfera local de governo. Seu primeiro item faz a apresentação do capítulo, tomando por base o SUS, sob a ótica da municipalização. Neste ponto, destaca-se a Atenção Básica de Saúde (ABS) como sendo a porta de entrada do sistema de saúde pública brasileiro. O segundo item destaca a descentralização do poder político no Brasil, a partir da elevação do Município à categoria de ente federado, com a Constituição de 1988, e a repercussão financeira que esse redesenho do federalismo brasileiro trouxe para o poder local, suas vantagens e desvantagens, no desenvolvimento das políticas públicas de saúde. Destaca ainda a importância dos consórcios intermunicipais de saúde para formação de um espaço plurilocal. O terceiro item aborda a responsabilidade solidária dos entes federados na execução das políticas públicas de saúde, à luz da jurisprudência do Supremo Tribunal Federal e da doutrina nacional, suas vantagens para efetivação do direito fundamental à saúde, e os problemas financeiros e de gestão que ela pode causar ao sistema de saúde no âmbito da municipalidade. O quarto item realiza uma análise geral sobre orçamento público, com breves considerações sobre seu surgimento e como ele é tratado no constitucionalismo brasileiro, desde a Constituição Imperial de 1824 até a atual de 1988. Na sequência, será visto, de forma específica, o orçamento público municipal de saúde, destacando a composição de seus recursos e sua forma de gestão, com ênfase para participação popular obrigatória, através do Conselho Municipal de Saúde (CMS).

O último capítulo trata da questão da judicialização da saúde no Município do Crato/CE, durante o período de 2012 a 2015, desenvolvido ao longo de quatro itens. O primeiro deles faz a apresentação do município, destacando sua importância política e histórica no âmbito regional e nacional; depois, segue com uma breve abordagem dos demais itens. O segundo item fica com a responsabilidade de contextualizar a judicialização da saúde no âmbito municipal, sua importância e consequências. Cabe ao terceiro item a tarefa de fazer o enfrentamento da parte prática deste trabalho. São abordadas, no caso concreto, as ações judiciais de saúde no município do Crato/CE, durante o período de 2012 a 2015, com a finalidade de conhecer e estudar as consequências causadas pelo impacto financeiro delas decorrentes. Por último, cabe ao quarto item a preocupação de saber quais os desafios que o município tem que enfrentar no contexto da judicialização da saúde e as perspectivas para adoção de uma gestão sistêmica de suas políticas públicas, de forma a chamar para si a colaboração espontânea de todos os atores que, de alguma forma interferem no sistema, aí incluindo o sistema de justiça (Ministério Público, Magistratura, Defensoria Pública, OAB), os hospitais da rede pública e privada conveniados, os fornecedores, os médicos e, principalmente, os usuários, para implantar o planejamento e gestão sistêmica das políticas públicas no âmbito local.

Ao final deste trabalho, espera-se que seja possível apresentar propostas que sirvam de ferramentas para o município do Crato/CE manter a judicialização da saúde em níveis administráveis, sem prejuízo dos usuários do sistema. Espera-se, ainda, poder contribuir de alguma forma para suscitar o debate sobre o tema.

2. O PRINCÍPIO DA SUBSIDIARIEDADE APLICADO AO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE

2.1. Premissas Introdutórias

O presente capítulo tem por finalidade demonstrar a importância do princípio da subsidiariedade na efetivação do direito fundamental à saúde, ao longo de uma estrutura composta por três itens. O primeiro deles dispõe sobre direito fundamental e dignidade humana. O segundo tem por objetivo desenvolver um referencial teórico sobre os princípios da subsidiariedade e da solidariedade. Cabe ao terceiro item falar sobre os institutos da descentralização e da desconcentração.

O princípio da subsidiariedade surge como sendo o novo paradigma de se pensar a liberdade humana, o valor e a atuação da pessoa humana perante o Estado. Daí a importância que ele tem na promoção dos direitos fundamentais, cujo elemento central é a pessoa humana, para quem converge toda atividade social e política estatal. Nesse ponto, o Estado deixa de ter a pujança defendida pela ideologia comunista, ou a ausência defendida pela ideologia capitalista-liberal. Com isso, o móvel do desenvolvimento passa a ser a pessoa, cabendo ao Estado uma atuação subsidiária, o suficiente para promover o bem-estar de todos.

Nessa perspectiva, o papel do Estado passa a ser, em primeiro lugar, viabilizar as condições e possibilidades de a sociedade, a partir das comunidades menores, atuar sozinha até o limite de sua capacidade de realização eficaz, e, em segundo lugar, assumir a realização daquilo que ainda falta para garantir vida digna a todos. Com isso, a sociedade passa a atuar como ator coadjuvante do Estado, sem substituí-lo, mas redefinindo seus papéis¹.

Os direitos fundamentais, histórico e tradicionalmente, sempre estiveram ligados a comportamentos do Estado. Num primeiro momento, esse comportamento foi de abstenção, para não interferir na liberdade dos indivíduos, o que fez surgir os

¹ ROCHA, Claudine Rodembusch. O estudo do princípio da subsidiariedade e a importância do poder local para o desenvolvimento do Sistema único de Saúde – SUS. In: XII SEMINÁRIO NACIONAL DE DEMANDAS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA, 2016. Santa Cruz do Sul. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjM3rnK96zTAhWBgZAKHTyjARkQFggI1MAA&url=http%3A%2F%2Fonline.unisc.br%2Ffacadnet%2Ffanais%2Findex.php%2Fsnpp%2Farticle%2Fview%2F14617&usg=AFQjCNGhZaM-2Y2Sw-9ZhmvyowFyV1mTBA&sig2=sdpG06pyiQu6TWDaOWa03Q>. Acesso em 17.04.2017

direitos fundamentais individuais ou de primeira geração. No entanto, essa liberdade se tornou excessiva para alguns indivíduos, que passaram a explorar os demais, gerando desigualdades sociais. Aí o Estado foi obrigado a intervir nesse cenário, através de uma atividade prestacional, para amparar os excluídos do sistema, o que fez surgir os direitos fundamentais sociais, ou de segunda geração², onde se insere o direito a saúde.

Ao direito a saúde se aplica o princípio da subsidiariedade, tanto na sua dimensão vertical como na horizontal. No primeiro caso, porque define a competência de cada esfera de governo e os repasses de recursos dos entes maiores para os entes menores. Neste caso, porque estimula a participação popular na execução das políticas públicas de saúde, principalmente através do Conselho Municipal de Saúde³.

Com a participação popular, as pessoas começam a se preocupar com o bem-estar de todos. Neste momento começa a solidariedade, que representa o compromisso que cada um passa a ter com o outro, com o intuito de formar uma sociedade livre, justa e solidária. Ela se aplica ao direito fundamental à saúde na medida em que a comunidade acompanha a execução das ações e serviços de saúde, com o objetivo de garantir saúde de qualidade para todos.

A efetivação do direito fundamental à saúde passa pela descentralização política, com a formação de um sistema único (SUS), de responsabilidade das três esferas de governo, e foco na municipalização. Passa também pela desconcentração, na medida em que as ações e serviços de saúde da Atenção Básica são executados nos Postos de Saúde, que são os órgãos desconcentrados da Secretaria Municipal de Saúde, e ficam mais próximos do cidadão.

2.2. Direito Fundamental e Dignidade Humana

Embora mantenha uma relação de proximidade entre si, direitos humanos e direitos fundamentais não são sinônimos um do outro, independentemente da concepção filosófica que se adote. Tratam-se de conceitos diversos, e como tais não se confundem.

² CAVALCANTI, Thais Novaes. **Direitos fundamentais e o princípio da solidariedade: uma teoria sobre o desenvolvimento humano**. Osasco: Edifio, 2015, p. 26.

³ Há também o Conselho Estadual de Saúde e o Conselho Nacional de Saúde, de conformidade com o art. 1º, § 2º da Lei 8.142/1990.

De acordo com a concepção jusnaturalista, direitos humanos são aqueles direitos inerentes ao ser humano, inatos ao próprio homem. Por isso, devem ser reconhecidos em todos os povos e nações. Derivam do direito natural, e como tais são superiores às leis do Estado. Sua finalidade é a proteção do homem, por ser criado à imagem e semelhança de Deus, que “é a lei e o legislador do Universo”⁴, numa concepção jusnaturalista. Já os direitos fundamentais são aqueles que estão ligados a uma ordem jurídica e institucionalmente garantidos. Por essa razão, são delimitados no tempo e no espaço como direitos objetivamente vigentes numa determinada ordem constitucional⁵.

Sarlet entende que direitos humanos são aqueles que constam de documentos de direito internacional, e como tais independem de vinculação a qualquer ordem constitucional. Daí porque têm validade universal e são extensivos a todos os povos; enquanto que direitos fundamentais compreendem aqueles direitos do ser humano positivados na Constituição de determinado Estado⁶. Por conseguinte, direitos fundamentais são direitos essencialmente nacionais. Olhando por esta ótica, é possível que se tenha direitos fundamentais que não sejam considerados direitos humanos, bastando para tanto que estejam positivados na ordem jurídica constitucional de determinado Estado e não constem em documentos internacionais de direitos humanos. Nesse sentido, Novelino afirma que “sob o ponto de vista material, os direitos fundamentais variam conforme a ideologia, mocidade do Estado e a espécie de valores e princípios que a constituição consagra”⁷.

Como antecedentes dos direitos fundamentais, Reis e Leal consideram, nesta ordem, os seguintes documentos históricos: (i) *Magna Carta* inglesa de 1215; (ii) *Petition of Rights*; e (iii) *Bill of Rights*⁸.

A *Magna Carta* inglesa de 1215 foi um documento que o rei João Sem Terra se viu obrigado a acatá-lo como forma de proteger os barões e os homens livres, que eram poucos, das arbitrariedades do soberano. Sua importância como antecedente

⁴ EINSTEIN, Albert. Disponível em: <http://www.portaldaliteratura.com/pensamentos.php?id=2098>. Acesso em: 21.10.2016.

⁵ MELLO, Cleyson de Moraes; MOREIRA, Thiago. **Direitos fundamentais e dignidade da pessoa humana**. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 2015, p. 31.

⁶ SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 3 ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2003, p. 33.

⁷ NOVELINO, Marcelo. **Direito constitucional para concursos**. Rio de Janeiro: Forense, 2007, p. 152.

⁸ SCHMIDT, João Pedro. In: REIS, Jorge Renato dos; LEAL, Rogério Gesta (Org.). **Direitos sociais e políticas públicas: desafios contemporâneos**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2011, p. 115-116. t. 11.

dos direitos fundamentais consiste na limitação dos poderes do rei para instituir impostos, ou alterar leis que os aumentassem, sem prévia consulta ao Grande Conselho (órgão composto por representantes do clero e da nobreza). Outra importância que ela teve e merece registrado foi a proibição da prisão de súdito sem prévio processo judicial⁹.

O *Petition of Rights*, de 1628, é um documento que consiste numa declaração de liberdade civil elaborado pelo Parlamento inglês e enviado ao rei. Sua principal finalidade era compeli-lo a cumprir os direitos assegurados anteriormente na *Magna Carta*. A importância para os direitos fundamentais consiste no fato de ser um documento com reivindicação e reconhecimento de direitos e liberdades para os súditos do rei¹⁰.

A Declaração de Direito – *Bill of Rights*, de 1689, trata-se de documento de inspiração nas ideias de Locke¹¹, cuja finalidade era impor a supremacia do Parlamento aos monarcas¹², dando origem à monárquica constitucional. Sua importância para os direitos fundamentais consiste na ratificação do reconhecimento de alguns direitos dos indivíduos, como a liberdade e a propriedade privada, já reconhecidos em documentos anteriores, porém, frequentemente ignorados pelo reino¹³.

No século XVIII, surgiram outros documentos importantes, como as declarações americanas de direitos (Declaração de Direitos do Bom Povo da Virgínia e a Declaração de Independência dos Estados Unidos) de 1776, e a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, em decorrência da Revolução Francesa, de 1789.

As declarações americanas marcaram um novo rumo na consolidação dos direitos fundamentais. Seu conteúdo dispõe sobre mensagens de natureza política, econômica e cultural. Sarlet acredita que esses documentos marcaram a transição dos direitos de liberdade legais ingleses para os direitos fundamentais

⁹ CARDOSO, Antônio Manoel Bandeira. A Magna Carta: conceituação e antecedentes. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, a. 23, n. 91, p. 135-140, 1986. Disponível em: <https://historiaon.files.wordpress.com/2012/06/absolutismo-inglc3aas-resumo.pdf><https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/182020/000113791.pdf?sequence=1>. Acesso em: 19.04.2017.

¹⁰ GORCZEVSKI, Clovis. **Direitos humanos, educação e cidadania: conhecer, educar, praticar**. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2009, p. 112.

¹¹ PACOMIO, Luciano; MANCUSO, Vito (Org.). **LEXICON. Dicionário teológico enciclopédico**. São Paulo: Edições Loyola, 2003, p. 203.

¹² SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 14 ed. São Paulo: Malheiro, 1997, p. 152.

¹³ GORCZEVSKI, op. cit., p. 114.

constitucionais. A partir desse entendimento ele atribui a tais documentos, a paternidade de tais direitos¹⁴.

Silva tem um entendimento diferente. Para ele, enquanto as Revoluções Americanas se preocuparam apenas com o povo americano, a Francesa foi mais abstrata e com objetivos universalizantes, marcados pelo intelectualismo, mundialismo e individualismo. *Intelectualismo* porque decorrente de uma operação intelectual que anunciava o surgimento de uma sociedade ideal, a partir do pensamento dos filósofos franceses como Montesquieu, Voltaire e Rousseau, dentre outros de igual estipe. *Mundialismo*, devido à sua visão universal, com o objetivo de alcançar todos os povos do mundo inteiro. *Individualismo*, porque voltado com exclusividade para liberdade do indivíduo contra o Estado¹⁵.

Parece que o último autor está com a razão, pois, enquanto que a Revolução Americana, também chamada de Guerra da Independência do Estados Unidos, de 1775, resultou no rompimento do domínio inglês na América, com a consequente liberdade do povo americano, sem a preocupação de mudar o antigo regime, a Revolução Francesa, de 1789, resultou na derrocada do antigo regime (absolutismo) e o surgimento de um novo regime (liberalismo burguês), com ideais de liberdade do indivíduo no mundo inteiro.

Com essa perspectiva, os franceses adotaram o lema liberdade, igualdade e fraternidade “como [sendo] os princípios que devem guiar a vida de todos os homens”¹⁶. Sobre esse tripé foi montado o Estado Liberal de Direito, caracterizado pela (i) supremacia da lei formal; (ii) separação dos poderes; e (iii) garantia dos direitos individuais estabelecidos em lei.

Os direitos individuais, nesta ótica, são aqueles voltados para a liberdade dos indivíduos, com destaque para o direito de propriedade e suas derivações, como a liberdade de contratar, na qual o Estado não podia interferir. Com isso, as relações de trabalho passaram a ser totalmente reguladas pelo mercado.

Dessa forma, como aqueles que não tinham patrimônio precisavam trabalhar para quem tinha, como único meio de sobrevivência, eram obrigados a se sujeitar aos caprichos dos patrões, num jogo totalmente desigual. Com o passar do tempo, essa situação de desigualdade se agravava cada vez mais, como resultado do

¹⁴ SARLET, op. cit., p. 46

¹⁵ SILVA, op. cit., p. 157.

¹⁶ GORCZEVSKI, op. cit., p. 122.

elevado acúmulo de riqueza dos patrões, e os trabalhadores, de pobreza e miséria, na medida em que a Revolução Industrial avançava, já primeira metade do século XIX¹⁷. Revoltados com essa realidade, os trabalhadores começaram a lutar por novos direitos que garantissem uma igualdade material, que exigia uma atuação positiva do Estado, incompatível com a postura do Estado Liberal clássico. Com isso, começavam a surgir os direitos sociais, a princípio limitados à proteção dos trabalhadores, a partir da segunda metade do século XIX¹⁸. Depois, no começo do século XX, foram ampliados com a inclusão do direito à educação, à previdência social, à saúde, dentre outros¹⁹.

Com a promessa de garantir esses novos direitos e promover a inclusão dos mais pobres no sistema, surgiu o Estado Social, de natureza prestacional, com capacidade para intervir na economia, quando necessário, como forma de promover a igualdade material. Oficialmente, ele surgiu no Primeiro Pós-Guerra Mundial, com a positivação de direitos fundamentais sociais, como previdência social, sindicalização, educação, dentre outros, a partir das Constituições mexicana, de 1917, e alemã de 1917, batizada de Constituição de Weimar, principalmente²⁰.

Acontece que essas promessas não foram cumpridas. Dentre os motivos determinantes se destacam duas causas principais: a programaticidade das normas constitucionais, cuja eficácia dependia de provimentos de regulamentação dos poderes políticos (Executivo e Legislativo); e a interrupção do Estado Social, com o surgimento de regimes totalitários a partir de 1933, como o nazi-fascismo e o advento da Segunda Guerra Mundial²¹.

Ao final dessa guerra, vislumbrou-se que o homem é capaz de exterminar sua própria raça. Para evitar que se chegasse a esse ponto, foram adotadas medidas

¹⁷ COMPARATO, Fábio Konder. **Afirmção histórica dos direitos humanos**. São Paulo: Saraiva, 2007, p. 53-54.

¹⁸ WEIS, Calos. **Os direitos humanos contemporâneos**. São Paulo: Malheiros, 1999, p. 39.

¹⁹ BERNARDO, Carlos Francisco. **A era dos direitos sociais: lineamento histórico, filosófico e jurídicos dos direitos humanos fundamentais: relação com o direito do trabalho: aplicação, pela jurisprudência**. 2012. 343 f. Tese (Doutorado em Direito). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012

²⁰ GONÇALVES, Leonardo Augusto. **Origens, conceitos e características dos direitos sociais: uma análise das consequências do déficit na implementação dos direitos fundamentais de segunda dimensão**. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/acoes_afirmativas/aa_doutrina/Origens%20Dir%20Sociais.doc. Acesso em: 04.05.2017.

²¹ AUAD, Denise. Os direitos sociais na constituição de Weimar como paradigma do modelo de proteção social da atual Constituição Federal Brasileira. **Revista da Faculdade de Direito da Universidade de São de São Paulo**, São Paulo v. 103, p. 337-355, jan-dez. 2008. Disponível em: <http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/67809-89240-1-pb.pdf>. Acesso em: 04.05.2017.

urgentes e eficazes, com a finalidade de celebrar a paz e prevenir novas guerras. Uma delas foi a instituição da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1945²². Seu primeiro ato de relevância internacional foi a Declaração da Carta das Nações Unidas, em 1948, conhecida como Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Trata-se de documento no qual foi declarado um rol de direitos da pessoa humana, precisamente em seu preâmbulo e nos artigos 1º, § 3º; 13, § 1b; 55, c; 56; 62, § 2º, 64; 68; 73 e 76, c²³, com a finalidade de sugerir aos Estados membros a sua adoção. São direitos ligados ao valor solidariedade, como aqueles relacionados com o progresso, à paz, ao meio ambiente e à autodeterminação dos povos²⁴.

Os direitos fundamentais de primeira geração são aqueles que surgiram no século XVIII, concomitante com o Estado Liberal, de inspiração jusnaturalista, segundo Sarlet, para proteger o indivíduo contra os poderes abusivos do Estado²⁵, através da delimitação da atuação estatal como forma de garantir a liberdade individual²⁶. Estão ligados ao valor liberdade, e dominaram o século XIX. Correspondem, em grande parte, à primeira fase do constitucionalismo do Ocidente²⁷. Estão vinculados às liberdades públicas, correspondentes aos direitos civis e políticos. Bonavides considera-os como sendo “direitos de resistência ou de oposição perante ao poder estatal”²⁸, consolidados em sua projeção de universalidade formal. Na Constituição brasileira de 1988, estão no art. 5º e incisos.

Os direitos fundamentais de segunda geração são os direitos sociais, econômicos e culturais positivados nas Constituições das diversas formas de Estado Social, ligados ao valor igualdade. Foram proclamados solenemente nas Constituições marxistas e no constitucionalismo da socialdemocracia, a partir da Constituição de Weimar, de 1919, e marcaram decisivamente o constitucionalismo do Primeiro Pós-Guerra²⁹. São direitos de prestações positivas estatais, como

²² BRIGAGÃO, Clóvis. Prevenir, manter e construir a paz: novos desafios à segurança internacional. Disponível em: <http://www.iea.usp.br/artigos>. Acesso em: 04.05.2017.

²³ CASADO FILHO, op. cit.

²⁴ BONAVIDES, Paulo. **Curso de direito constitucional**. 28 ed. São Paulo: Malheiros, 2013, p. 588.

²⁵ SARLET, op. cit., p. 40

²⁶ PEREIRA, Luciano Meneguetti. As dimensões de direitos fundamentais e necessidade de sua permanente reconstrução enquanto patrimônio de todas as gerações. Disponível em: <http://www.aems.edu.br/conexao/edicaoanterior/Sumario/2013/downloads/2013/3/33.pdf>. Acesso em: 24.06.2016

²⁷ NOVELINO, Marcelo. **Direito constitucional para concursos**. Rio de Janeiro: Forense, 2007, p. 156-157.

²⁸ BONAVIDES, Curso, op. cit., p. 582.

²⁹ BONAVIDES, Paulo. Direitos fundamentais, globalização e neoliberalismo. Disponível em: http://lms.ead1.com.br/upload/biblioteca/modulo_1600/006YAY3U5B.pdf. Acesso em: 25.06.2016.

saúde, educação, previdência, moradia, renda mínima, dentre outros, necessários à promoção da justiça social. Na Constituição brasileira de 1988 estão principalmente no art. 6º³⁰.

Os direitos sociais têm a finalidade de reduzir as desigualdades sociais a partir de cada indivíduo. Talvez seja por isso que parte da doutrina apresenta resistência em aceitá-los como segunda geração de direitos fundamentais. Os fundamentos para esse entendimento são: (i) **técnico-jurídicas**, porque: a) sua realização é condicionada a fatores externos, como a disponibilidade de recursos financeiros do Estado; b) há uma indeterminação interna, porque seus enunciados jurídicos têm caráter genéricos, vagos e programáticos; c) dificuldade real de articular e exigir seu cumprimento perante um tribunal, num caso concreto; (ii) **filosófico-políticas**, porque: a) não são direitos humanos no sentido técnico-jurídico; b) implicação ético-política, porque forçam a intervenção do Estado na economia, o que altera artificialmente a livre concorrência; (iii) **empíricas**. Neste caso, não se critica a autenticidade dos direitos sociais, mas sim os efeitos da intervenção estatal destinada a compensar desigualdades sociais, porque essa intervenção pode se tornar crônica e gerar mais desigualdades³¹.

Os direitos fundamentais de terceira geração são também chamados de direitos de fraternidade ou de solidariedade. Destinam-se à proteção de grupamentos humanos, como a família, povo, nação, dentre outros. Por isso, são direitos de titularidade coletiva ou difusa³². Na Constituição de 1988 são encontrados, por exemplo, na proteção dos direitos do consumidor (art. 5º, inciso XXXII, e art. 170, inciso V) e do meio ambiente (art. 225).

Os direitos fundamentais de quarta geração são aqueles que, segundo Bonavides, correspondem à derradeira fase de institucionalização do Estado Social, sob a perspectiva da universalização no campo institucional desses direitos. Entre eles estão o direito à democracia, à informação e ao pluralismo. Por isso, o autor entende que é a “única dimensão de direito que verdadeiramente interessa aos

³⁰ Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

³¹ GORCZEVSKI, op. cit., p. 134.

³² REIS; LEAL, op. cit., p. 121.

PEREIRA, Luciano Meneguetti. As dimensões de direitos fundamentais e necessidade de sua permanente reconstrução enquanto patrimônio de todas as gerações. Disponível em: <http://www.aems.edu.br/conexao/edicaoanterior/Sumario/2013/downloads/2013/3/33.pdf>. Acesso em: 25.06.2016.

povos da periferia”³³. Para, Gorczewski são aqueles direitos relacionados com manipulação genética, naquilo que diz respeito à biotecnologia e à engenharia genética³⁴.

Cardoso discorda da existência dessa geração de direitos fundamentais, ao fundamento de que os direitos a ela correspondentes gravitam, assim como nas gerações anteriores, em torno dos tradicionais e perenes valores da vida, liberdade, igualdade e fraternidade³⁵.

Bonavides defende a existência de mais uma geração de direitos fundamentais, surgida no final do século XX e início do século XXI, como sendo aqueles direitos relacionada à paz³⁶. Gorczewski considera-os como sendo aquela que se relaciona com a era digital, decorrente da passagem da sociedade industrial para a sociedade virtual³⁷.

Os direitos fundamentais têm por finalidade a proteção da dignidade humana, princípio basilar do Estado Democrático de Direito.

A dignidade da pessoa humana é um valor intrínseco, inalienável e irrenunciável de todo e qualquer ser humano. Por isso não há como pensar o homem sem dignidade, ainda que ela tenha sido tantas vezes ignorada e violentada pelo próprio homem, ao longo da história, através das diversas formas de redução do ser humano à condição de objeto, como escravidão, guerras, genocídios e discriminações de todos os tipos. Respeitar a dignidade humana é dever de todos.

Para Sarlet, a dignidade é um valor espiritual e moral, o que a torna privativa do ser humano, ressalvado o entendimento daqueles que atribuem dignidade aos animais³⁸. Em todo caso, ela jamais poderá ser confundida com a destes seres, porque se manifesta através da autodeterminação consciente, característica privativa dos seres racionais. Por tudo isso, toda e qualquer pessoa é merecedora de respeito de quem quer que seja, aí incluindo os particulares e o Estado, principalmente³⁹.

³³ BONAVIDES, Direitos fundamentais, op. cit.

³⁴ GORCZEWSKI, op. cit., p. 1

³⁵ CARDOSO, Alenilton da Silva. **Princípio da solidariedade: o paradigma ético do direito contemporâneo**. São Paulo: Editora Juarez de Oliveira, 2010, p. 29.

³⁶ BONAVIDES, Curso, p. 598.

³⁷ GORCZEVSKI, op. cit., p. 140.

³⁸ SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade (da pessoa) humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 10 ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2015, p. 42.

³⁹ MOARES, Alexandre. **Curso de direito constitucional**. 9 ed. São Paulo: Atlas, 2001, p. 48.

A origem etiológica da palavra dignidade vem do latim *dignitas*, *dignitatis*, que significa qualidade⁴⁰, importância. Na linguagem comum, a palavra *dignitas* foi usada inicialmente como indicativo de função, cargo ou título. Os gregos utilizavam a *dignitas* como a posição social que o indivíduo ocupava na comunidade, de maneira que a pessoa podia ter mais ou mesmo dignidade, de acordo com sua função na *polis*⁴¹. Dessa forma, como a estrutura da cidade grega era de exclusão social, parece que somente os cidadãos (excluídos os escravos, estrangeiros, criança e mulheres) tinham dignidade. Assim sendo, a dignidade tinha uma dimensão política.

Essa concepção atravessou a Idade Média e chegou ao Estado liberal, sempre ligada ao *status* pessoal do indivíduo. Tanto é verdade que na própria Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789, em seu artigo 6º estabelece que a dignidade se dava segundo a capacidade, virtude e talento de cada indivíduo⁴². O mesmo aconteceu nos Estados Unidos, onde, nos Artigos Federalistas, as referências à dignidade estavam ligadas a cargos, ao governo ou à nação como um todo⁴³. Essa foi uma das razões pelas quais o liberalismo burguês produziu tantos pobres e miseráveis, porque não tinha dignidade.

A concepção moderna de dignidade humana, diferentemente da antiga, que representava atributo externo ao homem, como a posição social que ele exercia na comunidade, passa a ter como base sua essência divina, de acordo com a doutrina cristã, ou a razão humana, de acordo com o pensamento kantiano⁴⁴.

Para doutrina cristã, o homem é um ser criado à imagem e semelhança de Deus, feito para governar sobre a terra e os demais seres vivos⁴⁵, prerrogativa que o

⁴⁰ CASTRO, Laís. Etiologia das palavras. Disponível em: <http://patrialais.blogspot.com.br/2011/10/etimologia-das-palavras-dignidade.html>. Acesso em: 15.08.2016.

⁴¹ SARLET, Dignidade, op. cit., p. 33.

⁴² [...] todos os cidadãos são iguais a seus olhos e igualmente admissíveis a todas as dignidades, lugares e empregos públicos, segundo a sua capacidade e sem outra distinção que não seja a das suas virtudes e dos seus talentos.

⁴³ BARROSO, Luís Roberto. **A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo: a construção de um conceito jurídico à luz da jurisprudência mundial**. Belo Horizonte: Fórum, 2014, p. 14.

⁴⁴ COTTA, Elisabete Moraes; FUNES, Gilmara Pesqueira Fernandes Mohr. Da dignidade da pessoa humana. Disponível em: <http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/1441/1377>. Acesso em: 04.05.2017.

⁴⁵ BIBLIA SAGRADA. Gênesis, 1: 26. Disponível em: <https://www.bibliaonline.com.br/>. Acesso em: 25.11.2016.

torna o verdadeiro representante de Deus na terra; um fim em si mesmo, jamais um meio. Daí decorre a sua dignidade⁴⁶.

A partir do iluminismo, o paradigma da dignidade humana passou da dimensão do sagrado para o da razão humana, com base na capacidade de valorização moral e na autodeterminação do indivíduo⁴⁷, o que resultou na sua secularização. O pioneiro dessa construção filosófica foi Immanuel Kant (1724 – 1804). Ele assegura que a autonomia da vontade é uma exclusividade dos seres racionais, representada pela faculdade que tem o homem de determinar-se a si mesmo e agir segundo a representação de certas leis. Essa qualidade peculiar e insubstituível do homem o torna o único ser com dignidade. Tudo mais que o circunda tem preço ou valor econômico. No reino dos fins tudo tem um preço ou uma dignidade. Tem preço o que pode ser substituído pelo equivalente; tem dignidade aquele que não admite nada equivalente⁴⁸.

Sarlet afirma que o pensamento kantiano continua sendo, até os dias atuais, o suporte da doutrina jurídica mais abalizada na fundamentação e conceituação da dignidade humana. No entanto, entende que, devido ao estágio de desenvolvimento que sociedade contemporânea alcançou, decorrente de sua evolução social, econômica e jurídica, é hora de rever essa base filosófica, ainda que parcialmente. Nesse particular, chama ainda a atenção para o surgimento da expressiva doutrina que admite a dignidade/direitos dos animais⁴⁹.

No século XX, a dignidade humana passou a ter novos enfoques. Na primeira metade desse século, ela migrou para a política, tornando-se um objetivo político, um fim a ser alcançado pelo Estado e pela sociedade. Na sequência, a partir do Segundo Pós-Guerra Mundial, houve nova migração. Dessa feita para o campo jurídico, como consequência de dois movimentos.

O primeiro deles diz respeito à normatização dos princípios, por conta da cultura pós-positivista, como resposta ao fiasco do positivismo, que não foi capaz de evitar as atrocidades dos regimes totalitários, nazifascistas⁵⁰.

⁴⁶ PEREIRA, Indira Oliveira. A tutela do ser: uma perspectiva histórica acerca da pessoa humana e sua dignidade. **Revista Eletrônica Mensal do Curso de Direito da UNIFACS**, n. 100, out. 2008. Disponível em: <http://www.unifacs.br/revistajuridica/> : 15.08.2016.

⁴⁷ BARROSO, A dignidade humana, op. cit., p. 13.

⁴⁸ KANT, Immanuel. **Fundamentos da metafísica dos costumes**. Tradução de Leopoldo Holzbach. São Paulo: Martin Claret, 2004, p. 134

⁴⁹ SARLET, Dignidade (da pessoa) humana, p. 41

⁵⁰ BARROSO, A dignidade, p. 4.

O segundo deles resultou da inclusão da dignidade da pessoa humana em documentos internacionais de direitos humanos, a exemplo da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) e o surgimento dos Estados Democráticos de Direito, cujas Constituições passaram a ter força normativa, com a conseqüente proeminência dos direitos fundamentais e centralidade da noção de dignidade humana⁵¹.

Dentre as Constituições em que o princípio da dignidade humana encontra-se positivado em seus textos estão a italiana (1947), a alemã (1949), a portuguesa (1976), a espanhola (1978) e a brasileira (1988)⁵². Consta ainda na Constituição da União Europeia (2004)⁵³. Até mesmo onde não consta, tem sido bastante utilizado pela jurisprudência de alguns Estados, como na França e nos Estados Unidos⁵⁴, com a finalidade de resolver casos difíceis, como o de arremesso de anão na França. As decisões de casos como esse têm sido construídas com base na *non-legal factors*, considerando a textura aberta do direito⁵⁵.

No Estado Democrático de Direito, a Constituição tem um projeto de Estado⁵⁶, com a finalidade de assegurar a dignidade humana, considerada núcleo essencial dos direitos fundamentais⁵⁷. Essa tarefa, a princípio, constitui dever dos poderes políticos (Legislativo e Executivo), independentemente da existência de lei que regulamente as normas constitucionais que dispõem sobre esses direitos. Caso contrário, estará o Poder Judiciário legitimado garantir a sua efetividade, sem que com isso haja violação ao princípio da separação dos poderes⁵⁸.

⁵¹ BERNADES, Camila Fernandes Santos; CALCGNO, Matheus Braga. A dignidade humana como norma-princípio e seus reflexos frente a concretização dos direitos fundamentais. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=c929f2210333206f>. Acesso em: 04.05.2017.

⁵² BARROSO, Luis Roberto. A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo: natureza jurídica, conteúdos mínimos e critérios de aplicação. Versão provisória para debate público. Mimeografado, dezembro de 2010. Disponível em: http://luisrobertobarroso.com.br/wp-content/uploads/2010/12/Dignidade_texto-base_11dez2010.pdf. Acesso em: 18.08.2010.

⁵³ FROTA, Hidemberg Alves da. O princípio da dignidade da pessoa humana à luz do Direito Constitucional Comparado e do Direito Internacional dos Direitos Humanos. **Revista Latinoamericana de Derecho**, México, D.F., v. 2, n. 4, p. 1-26, jul.-dic. 2005.

⁵⁴ BARRRO, Luís Roberto. A Dignidade da Pessoa Humana no Direito Constitucional Contemporâneo: Natureza Jurídica, Conteúdos Mínimos e Critérios de Aplicação. Versão provisória para debate público. Mimeografado, dezembro de 2010. Disponível em: http://luisrobertobarroso.com.br/wp-content/uploads/2010/12/Dignidade_texto-base_11dez2010.pdf. Acesso em: 18.08.2016.

⁵⁵ PONSER, Richard. **How Judges Think**. Harvard University, 2008, p. 15.

⁵⁶ LENZA, op. cit., p. 28.

⁵⁷ BARROSO, op. cit., p. 66.

⁵⁸ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceitos Fundamental nº 45. Relator: Ministro Celso de Mello. Informativo de Jurisprudência nº 345/STF. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo345.htm>. Acesso em: 04.05.2017.

A dignidade da pessoa humana não pode ser considerada um direito fundamental, porque se assim o fosse ela poderia ser relativizada no caso de conflito com outro direito fundamental, o que não é admissível. Para evitar esse problema, tendo em vista a força normativa da Constituição, onde todas as suas normas constituem regra ou princípio, a dignidade humana necessariamente tem que ser um princípio⁵⁹, um mandamento de otimização⁶⁰. Neste caso, excepcionalmente, ela pode ser ponderada com outros princípios ou valores coletivos, deixando de prevalecer como princípio⁶¹.

A dignidade humana constitui a “premissa antropológico-cultural do Estado Democrático de Direito e valor fundante de toda a experiência ética”⁶² na ordem jurídica da maioria dos Estados Democráticos ocidentais, inclusive do Brasil, e também dos cinco instrumentos internacionais de proteção dos direitos humanos (Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948; Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, de 1966; Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, de 1966; Convenção Americana sobre Direitos Humanos – Pacto de San José da Costa Rica, de 1969; e Carta dos Direitos Fundamentais da Europa, de 2000)⁶³. Por tudo isso, nos últimos cinquenta anos, ela tem se tornado o porto seguro da jurisprudência dos Tribunais Constitucionais e Supremas Cortes, tanto nos ordenamentos dos sistemas jurídicos da *Common Law* como da *Civil Law*⁶⁴, no trato dos direitos humanos/fundamentais.

No campo normativo brasileiro, o princípio da dignidade humana aparece logo no artigo inaugural da Constituição Federal do Brasil de 1988 (CF/88, art. 1º, III). E não podia ser diferente, inclusive por uma questão de técnica legislativa, porque o Estado Brasileiro tem neste princípio um de seus fundamentos. Por conseguinte, ele constitui o ponto de partida constitucional de unificação de todos os direitos fundamentais⁶⁵, a base estrutural da vida nacional e a proteção do ser humano

⁵⁹ BARROSO, op. cit., p. 68.

⁶⁰ ALEXY, Robert. **Teoria dos direitos fundamentais**. 2 ed. Tradução de Virgílio Afonso da Silva. São Paulo: Malheiro, 2015, p. 90.

⁶¹ BARROSO, op. cit., p. 68.

⁶² BRANCO, Paulo Gustavo Gonet; COELHO, Inocêncio Mártires; MENDES, Gilmar Ferreira. **Curso de Direito Constitucional**. 4ª Ed. São Paulo: Saraiva, 2009, p. 128.

⁶³ FROTA, op. cit.

⁶⁴ Ibidem.

⁶⁵ BARROSO, OP. CIT., p. 106.

contra os abusos estatais⁶⁶. Em suma, ele é o elemento que integra a identidade política, jurídica e ética da Constituição⁶⁷.

Nenhuma das Constituições brasileiras anteriores a 1988 positivou ou ao menos se preocupou com o princípio da dignidade da pessoa humana. As razões dessa omissão são de fácil constatação. A primeira é porque o mundo ocidental somente despertou para ele a partir do Segundo Pós-Guerra Mundial, em decorrência das atrocidades praticadas pelos regimes totalitários vividos na Europa Ocidental, em especial o nazismo e o fascismo⁶⁸. A segunda foi a supressão de direitos fundamentais do povo brasileiro perpetrada pela Ditadura Militar durante o período de 1964 a 1985. Por isso, a Constituição de 1988 veio carregada de direitos fundamentais, positivados num extenso catálogo, cuja compreensão independe de seus sujeitos de direitos, ao que se chama de “dimensão objetiva dos direitos fundamentais”.

2.3. Subsidiariedade e Solidariedade

O presente item tem por finalidade demonstrar a importância da subsidiariedade e da solidariedade na efetivação do direito fundamental a saúde, estejam elas agindo de forma isolada ou conjuntamente.

A raiz etimológica do termo subsidiariedade vem do latim, *subsidium*, que significa socorro, ajuda, auxílio, quando necessário. Ou seja, trata-se de uma ajuda condicionada a uma necessidade complementar. Nesse sentido, ela tem correspondência direta com a palavra subsídio, bastante conhecida na língua portuguesa, da qual derivam as palavras subsidiar, subsidiado e subsidiariamente, respectivamente, um verbo, um adjetivo e um advérbio. No primeiro caso, corresponde à ação de ajudar, auxiliar; no segundo, corresponde à qualidade daquele que recebe subsídio, que é ajudado; e no último, corresponde à maneira de

⁶⁶ FROTA, op. cit.

⁶⁷ BARROSO, Luís Roberto. **Curso de direito constitucional contemporâneo**. 3 ed. São Paulo: Saraiva, 2012, p. 201.

⁶⁸ ROCHA, Cármen Lúcia Antunes. O princípio da dignidade humana e a exclusão social. Disponível em: <http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/32229-38415-1-PB.pdf>. Acesso em: 04.05.2017.

agir supletivamente, de complementar, de reforçar⁶⁹. O adjetivo subsidiário, uma vez substantivado, origina o termo subsidiariedade⁷⁰.

Baracho vislumbra a passagem da subsidiariedade para o princípio da subsidiariedade, independentemente de haver ou não mudança de sentido. Ele concorda com a ideia de que ela apresenta vários significados, dos quais, dois repercutem na definição jurídica do termo. No primeiro, ela surge com a ideia daquilo que é secundário, o que dificulta a sua compreensão. No outro, de melhor compreensão, com a ideia de *supletividade*, que absolve, simultaneamente, a ideia de complementariedade e suplementariedade. Dois conceitos de difícil separação. Como suplementariedade, dá a noção de acréscimo. Como complementariedade, mais utilizada no direito, com a ideia de subsidiariedade, compreendendo, de um lado, o Estado; de outro, as pessoas privadas⁷¹.

É comum confundir subsidiariedade com supletividade, esta quando derivação do latim *suppletivas*. No entanto, tratam-se de termos com significados diferentes, pois, enquanto a supletividade se destina a suprir omissão, a subsidiariedade, ao contrário, ocorre justamente quando não há omissão, como possibilidade de enriquecimento.

Para Hermany, o princípio da subsidiariedade na relação Estado-Sociedade tem a sua origem remota em Aristóteles (384-322 a.C.), onde se vislumbra a valorização dos espaços menores. Afirma que é nesse autor onde

[...] se encontram as primeiras bases da valorização dos espaços menores, do papel do cidadão, na medida em que a polis não poderia absolver as partes que a integram e só teria legitimidade na medida em que trouxesse a felicidade de seus integrantes [...]⁷².

No mesmo sentido é a ponderação de Bezerra, para quem o embrião da subsidiariedade encontra-se em Aristóteles, que considera a sociedade como uma composição de grupos, os quais, isoladamente, são incapazes de alcançar a total autossuficiência, razão pela qual “se encaixam um dentro do outro, [...] cada um com

⁶⁹ MARTINS, Margarida Salena d'Oliveira. **O princípio da subsidiariedade em perspectiva jurídico-política**. Coimbra: Editora Coimbra, 2003, p. 10.

⁷⁰ Ibidem., p. 23-24.

⁷¹ BARACHO, José Alfredo de Oliveira. **O princípio de subsidiariedade: conceito e evolução**. Rio de Janeiro: Forense, 1997, 24.

⁷² HERMANY, Ricardo. **O município na constituição: poder local no constitucionalismo luso-brasileiro**. Curitiba: Juruá, 2011, p. 19.

a sua capacidade e responsabilidade de realizar tarefas específicas”⁷³. Por isso, a família é chamada para atenuar as deficiências do indivíduo, e a cidade, as da família.

Na mesma linha e mais abrangente, Martins traça o percurso da subsidiariedade, desde o seu nascedouro até os dias atuais. Ela afirma que “É sobretudo tendo em vista o Estado e a soberania que se posiciona a subsidiariedade, sendo as suas grandes matizes de filosofia política a aristotélica, na antiguidade, a tomista, na Idade Média, e a católica na época moderna”⁷⁴.

A versão moderna da subsidiariedade deve-se à doutrina social da Igreja Católica, a partir da Encíclica Papal *Rerum Novarum*, de 15 de maio de 1891, do papa Leão XIII, embora não tenha integrado a literalidade de seu texto. No entanto, chamou a atenção para as condições de vida dos trabalhadores durante a Revolução Industrial, do final do século XIX, contestou a filosofia socialista e defendeu a propriedade privada, desde que assegurada sua função social. Defendeu ainda a intervenção do Estado na economia, como forma de atender os mais pobres e necessitados, na medida de suas necessidades⁷⁵.

Mas foi a Encíclica Papal *Quadragesimo Anno*, do Papa Pio XI, de 15 de maio de 1931, que fez constar de forma explícita a valorização do indivíduo e das comunidades menores. Seu texto faz uma leitura da situação socioeconômica da época, marcada pela Revolução Russa, Primeira Guerra Mundial e crise econômica de 1929. Nesse contexto, ela ratificou e explicitou a Doutrina Social da Igreja Católica constante da Encíclica Papal que a antecedeu⁷⁶.

O princípio da subsidiariedade, se pensado numa visão clássica, conduz ao pensamento do Estado liberal, porque pressupõe uma sociedade autossuficiente, na qual o Estado não deve intervir. No entanto, uma vez alçado a princípio constitucional, ele se tornou instrumento necessário ao desenvolvimento econômico

⁷³ BEZERRA, Helga Maria Saboia. Subsidiariedade: de noção aristotélica a princípio da União Europeia e seu reflexo na ordem econômica brasileira. **Direitos Fundamentais e Justiça** – Ano 5, nº 17, p. 142-177, out/dez 2011. Disponível em: http://www.dfi.inf.br/Arquivos/PDF_Livre/17_Dout_Nacional_4.pdf. Acesso em: 10.03.2016.

⁷⁴ MARTINS, Margarida Salema d'Oliveira. O princípio da subsidiariedade em perspectiva jurídico-política. Coimbra: Coimbra Editora, 2003, p. 498.

⁷⁵ IGREJA CATÓLICA. Papa (1878-1903: Leão XIII). **Carta Encíclica Rerum Novarum**. Disponível em: http://w2.vatican.va/content/leo-xiii/pt/encyclicals/documents/hf_l-xiii_enc_15051891_rerum-novarum.html. Acesso em: 28.10.2016.

⁷⁶ MACIEL, Osmar Serva. **Princípio de subsidiariedade e jurisdição constitucional**. Belo Horizonte: Mandamentos, 2004, 22.

e social da nação, porque capaz de equilibrar a relação público-privado (Estado e sociedade), eliminando os conflitos de interesses entre ambos⁷⁷.

Contemporaneamente, o princípio da subsidiariedade tem múltiplas aplicações. A principal delas ocorre nas relações entre Estado e os grupamentos da sociedade civil, quaisquer que sejam eles, sempre voltado para o equilíbrio entre o poder central e o poder local, fundamental para a descentralização de poderes, transferidos ou delegados do Estado para o cidadão⁷⁸.

No âmbito do constitucionalismo moderno, Baracho vislumbra que a subsidiariedade é um princípio de repartição de competência, que encontra sua expressão imediata no federalismo. Nesta forma de organização de Estado, é ele quem fixa o próprio princípio da separação de competência, função esta que o torna um princípio de direito constitucional por excelência⁷⁹. Ele se aplica também ao Estado unitário, como é o caso de Portugal, em cuja Constituição está explicitamente previsto. Neste caso, diferentemente do Estado federal, sua função é essencialmente fortalecer as autarquias locais e aproximar o cidadão da gestão pública⁸⁰.

Analisando os meandros da Constituição Federal de 1988, Hermany assegura que ela acolheu implicitamente o princípio da subsidiariedade, ao pontuar que

[...] o constitucionalismo brasileiro inovou em matéria de tratamento dispensado à esfera local, na medida em que estabeleceu um conjunto de competências administrativas e – especialmente de atribuições legislativas aos Municípios. O princípio da autonomia local é consagrado na Constituição Federal em diferentes espaços, forte na leitura combinada dos arts. 1º, 18º e 34º, VII, “c”, articulando-se com a subsidiariedade na condição de elemento implícito da ordem constitucional brasileira⁸¹.

Na mesma linha, Maciel afirma que “a *regra de ouro* da subsidiariedade é que [...] atividades, comportamentos, decisões, competências, sejam executadas o mais próximo possível do sopé dos organogramas públicos e privados”⁸². Também

⁷⁷ DUARTE, Francisco Carlos; NECLE, Isabella Cristina Costa. Subsidiariedade: a evolução do princípio constitucional limitador da interferência estatal. **Sequência**. Florianópolis, n. 68, p. 91-107, jun. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5007/2177-7055.2013v35n68p91>. Acesso em: 12.03.2016.

⁷⁸ BARACHO, op. cit., p. 61.

⁷⁹ Ibidem, p. 93.

⁸⁰ HERMANY, op. cit., p. 73

⁸¹ Ibidem., p. 99-100.

⁸² MACIEL, op. cit., 29.

vislumbra o princípio da subsidiariedade na Constituição de 1988, precisamente nos artigos 23, 197, 198, III, 205, 206, VI, 225, 227, § 1º⁸³.

Por outro lado, contrariando os autores acima citados, Gabardo assegura que a Constituição Federal brasileira não amparou o princípio da subsidiariedade, nem como princípio de atribuição de competência estatal, nem como critério de promoção de desenvolvimento. Justifica seu posicionamento dizendo que não é certo exigir atuação do poder público onde não for necessário, pois sua atuação eficaz já é uma exigência inerente ao próprio Estado de Direito republicano, sem a necessidade de recorrer ao princípio da subsidiariedade⁸⁴.

Parece que este autor não está com a razão, por não ter levado em consideração que o princípio da subsidiariedade aparece como a sustentação de um novo federalismo, que se estrutura a partir de uma relação recíproca e de colaboração entre o Estado e a sociedade, e tem por objetivo ampliar as competências da esfera local. Foi com base nesse pressuposto que a Constituição Federal de 1988 alçou o Município à categoria de ente federado, facilitando e fortalecendo sobremaneira a participação popular. Com isso, o município passa a ser um instrumento de integração intermediária entre o indivíduo e o Estado⁸⁵.

Ao dispor sobre a concretização da subsidiariedade no âmbito dos municípios brasileiros e portugueses, Hermany verifica que esse princípio apresenta duas dimensões. Uma vertical e a outra horizontal⁸⁶.

A vertical é aquela que se destina a fazer a redistribuição de competências, com a finalidade de fortalecer o ente local. Com isso, ela previne e elimina a centralização dos poderes político-legislativo e administrativo, fazendo com que os espaços institucionais mais próximos do cidadão recebam maior parte da competência estatal. No entanto, vale ressaltar que nada disso adianta se não houver autonomia financeira do poder local, porque sem recursos financeiros ele fica impossibilitado até mesmo de exercer seus demais poderes (administrativo e político)⁸⁷.

⁸³ MACIEL, op. cit., p. 46.

⁸⁴ GABARDO, Emerson. **O jardim e a praça para além do bem e do mal: uma antítese ao critério da subsidiariedade como determinante dos fins do estado social**. 2009. Tese (Doutorado em Direito do Estado). Universidade Federal do Paraná, 2009, p. 188.

⁸⁵ BARACHO, op. cit., p. 51.

⁸⁶ HERMANY, op. cit., p. 69.

⁸⁷ Ibidem, p. 84

A dimensão horizontal da subsidiariedade é aquela onde o indivíduo e a sociedade civil assumem um protagonismo na implementação das atividades de seu interesse, deixando para o Estado um agir subsidiário (complementar e/ou suplementar)⁸⁸. Por conseguinte, ela se torna imprescindível ao exercício da democracia participativa, cujo *locus* de atuação é ente local. A democracia representativa, de essência liberal e burguesa⁸⁹, tem nos entes centrais seu *locus* mais apropriados⁹⁰. As duas formas de democracia são necessárias e se completam num Estado subsidiário.

A efetivação do direito fundamental à saúde nos termos preconizados pela Constituição de 1988 passa pelas duas dimensões da subsidiariedade. A dimensão vertical garante a descentralização do sistema, que foi estruturado com base na municipalização das ações e serviços de saúde (art. 198, I)⁹¹. Pela via da dimensão horizontal, o sistema atende à diretriz da participação da comunidade (art. 198, III)⁹², de observância obrigatória, através dos Conselhos de Saúde.

Essa descentralização propicia a transferência de atribuições do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde para as Secretarias Municipais de Saúde, o que facilita o acesso da população às ações e serviços de saúde, porque reduz sensivelmente a distância que separa a residência do usuário do local onde ele será atendido. Além disso, permite que os recursos sejam alocados e aplicados de acordo com as peculiaridades de cada região, e que as atividades desenvolvidas sejam melhor planejadas e executadas⁹³. Nesse processo, cabe à União e aos Estados cooperarem com o fornecimento de recursos técnicos e financeiros necessários.

Outro elemento imprescindível ao funcionamento do sistema de saúde é a participação popular. Ela apresenta um braço político e outro social. Com o primeiro,

⁸⁸ GABARDO, Emerson. **Interesse público e subsidiariedade: o Estado e a sociedade civil para além do bem e do mal**. Belo Horizonte: Fórum, 2009, p. 212-213.

⁸⁹ BENOIST, Alain. Democracia representativa e democracia participativa. Disponível em: <http://legio-victrix.blogspot.com.br/2011/09/democracia-representativa-e-democracia.html>. Acesso em: 06.05.2017.

⁹⁰ HERMANY, op. cit., p. 69.

⁹¹ Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

⁹² Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: [...]; III - participação da comunidade.

⁹³ PAULUS JÚNIOR, Aylton; GAULDA, Neio Lúcio Peres; CORDONI JÚNIOR, Luiz. Efeitos da descentralização da saúde no município de Londrina. **Revista Espaço para Saúde**, Londrina, v. 13, n. 1, p. 1-14, dez. 2011. Disponível em: www.ccs.uel.br/espacoparasaude. Acesso em: 20.04.2017.

ela fiscaliza e controla a execução das políticas públicas de saúde, tornando-as mais eficazes. Com o segundo, de acordo com Benoist, ela favorece as relações de reciprocidades, permitindo o fortalecimento dos laços sociais, o que possibilita a reconstrução da solidariedade orgânica, com a conseqüente reestruturação do tecido social tão desgastado com o individualismo⁹⁴.

A solidariedade consiste na formação de um espaço comum, de respeito às diferenças e de acolhimento aos mais frágeis, reconhecendo neles, assim como nos demais, um valor absoluto. Ela aproxima as pessoas através da formação de uma consciência capaz de romper as barreiras do egoísmo, dos preconceitos e dos ciclos de atraso, como forma de garantir um verdadeiro bem comum⁹⁵. Portanto, uma sociedade solidária é aquela suficientemente madura, que aprendeu com os erros do passado e dos outros que não é possível existir um Estado Democrático e Social de Direito sem solidariedade.

A palavra solidariedade vem do latim, com duas derivações. A primeira como *solidum*, que significa totalidade, segurança ou soma do todo⁹⁶; a outra, como *solidus*, que significa consistente, inteiro, coeso⁹⁷. Em ambos os casos, ela apresenta a ideia do todo. No entanto, é possível encontrar diferença de uma para outra.

Enquanto totalidade ou soma do todo (*solidum*), tem-se o caso da responsabilidade civil solidária, que tanto pode ser ativa como passiva. É passiva quando existem dois ou mais devedores, de forma que cada um deles pode ser compelido a responder pela totalidade da obrigação, nos termos do artigo 275 do atual Código Civil⁹⁸. É ativa quando há dois ou mais credores solidários, de maneira que qualquer um deles pode receber do devedor comum a totalidade do pagamento, de conformidade com o artigo 267 desse mesmo corpo legislativo⁹⁹.

⁹⁴ BENOIST, op. cit.

⁹⁵ CARDOSO, op. cit., p. 91.

⁹⁶ LOBO, Paulo. Princípio da solidariedade familiar. **Revista Brasileira de Direito de Família e Sucessões**, Belo Horizonte, n. 9 out-nov, 2009. Disponível em: n. 9 http://www.ibdfam.org.br/_img/congressos/anais/78.pdf. Acesso em: 30.08.2016.

⁹⁷ GARRAFA, Volnei; SOARES, Sheila Pereira. O princípio da solidariedade e cooperação na perspectiva bioética. **Revista Bioethikos**, São Paulo, v. 7, n. 3, 2013, p. 247-258. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/novo/publicacoes/publicacoesDownload.php?ID=105&rev=b&ano=2013>. Acesso em: 28.08.2016.

⁹⁸ Art. 275. O credor tem direito a exigir e receber de um ou de alguns dos devedores, parcial ou totalmente, a dívida comum; se o pagamento tiver sido parcial, todos os demais devedores continuam obrigados solidariamente pelo resto.

⁹⁹ Art. 267. Cada um dos credores solidários tem direito a exigir do devedor o cumprimento da prestação por inteiro.

No sentido de consistente (*solidus*), a solidariedade se aproxima da fraternidade¹⁰⁰. No entanto, com esta não se confunde, porque representa ação firme e perseverante na busca do bem comum, e como tal ligada a organizações políticas. A fraternidade, por sua vez, representa sentimento de afeição recíproca entre irmãos¹⁰¹, irmandade, e como tal geralmente está ligada a sentimentos assistencialistas e religiosos¹⁰², sendo, por isso, bastante citada nos relatos bíblicos. Em resumo, enquanto a fraternidade é apolítica, pela sua vinculação a laços de parentescos, a solidariedade, ao contrário, tem natureza política, porque ligada à modelos políticos¹⁰³.

Aristóteles afirma que o homem é um animal essencialmente político e social, motivo pelo qual não encontra razão para viver e nem se desenvolver longe de seus semelhantes. Por isso, os homens constituem associações (a *polis*), onde cada um contribui com sua cota-parte para formação de um todo benéfico, tanto para o indivíduo, na sua esfera privada, como para a coletividade, na esfera pública. “É necessário que todos os cidadãos participem em comum de tudo ou de nada, de alguma coisa e de outras não. [...] Não participar de nada é impossível [...]”¹⁰⁴. Ou seja, é na coletividade onde o homem se realiza, onde ele pode encontrar a felicidade.

Ainda em Aristóteles, segundo Bagatini, é também possível vislumbrar a noção de solidariedade a partir da ideia de amizade como uma virtude ética, através da qual os desiguais se igualam, com a finalidade de tornar a vida social melhor¹⁰⁵. Nesse sentido, a amizade leva à igualdade, que leva à justiça, que corresponde à virtude perfeita a ser seguida por cada indivíduo, voluntário e deliberadamente.

Platão, ainda que de forma incipiente, também faz referência àquilo que pode corresponder à solidariedade dos dias atuais, ao estabelecer críticas à ideia de

¹⁰⁰ GENAIO NETO, Leonardo. **Solidariedade e capital social: um estudo das suas expressões na pastoral da criança em Niterói**. 2007. 82 f. Dissertação (Programa de Estudos Pós-Graduação de Política Social, da Escola de Serviço Social) - Universidade Federal Fluminense, 2007, p. 10.

¹⁰¹ SILVA, Marcos Fabrício Lopes da. Fraternidade e solidariedade. **Boletim da UFMG**, Belo Horizonte, n 1889, ano 41, 15.12.2014. Disponível em: <https://www.ufmg.br/boletim/bol1889/2.shtml>. Acesso em: 28.08.2016.

¹⁰² TURRI, Maria Hoffmann do Amaral e Silva. **Sentido de solidariedade**. 2016. 155 f. Tese (Programa de Pós-graduação em Filosofia) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016, p. 27.

¹⁰³ Ibidem.

¹⁰⁴ ARISTÓTELES. **Política**. Tradução de Torrieri Magalhães. São Paulo: Martim Claret, 2003, p.

¹⁰⁵ BAGATINI, Julia. **A responsabilidade civil na sociedade de risco e a ideia de solidariedade: uma abordagem a partir da constitucionalização do direito privado**. 2014. 121 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Direito – Mestrado e Doutorado) – Universidade de Santa Cruz do Sul, Cruz do Sul, 2014, p. 57.

personalismo e de egocentrismo, através do diálogo entre Sócrates e Glauco. Os dois falam, dentre outros assuntos cuja mensagem principal é a eterna busca da verdade, de uma comunidade em que todos devem sofrer com o sofrimento de um de seus membros¹⁰⁶. Em outras palavras, é dizer que a felicidade de todos depende da felicidade de cada um dos membros da coletividade.

Dumont ver em Platão e Aristóteles ser a *polis* autossuficiente, e que o individualismo é a transferência dessa autossuficiência para o indivíduo. Acredita que a gênese do individualismo moderno remonta aos primórdios do cristianismo. Justifica seu entendimento a partir de duas concepções: (i) a do indivíduo-fora-do-mundo; e (ii) a do indivíduo-no-mundo. No primeiro caso, para se relacionar com Deus, o homem deveria se desligar da vida social, tornando-se desta independente, mas dependente das leis de Deus e da igreja. Cada indivíduo, isoladamente, buscava a salvação. Por conseguinte, o cristianismo formava e mantinha o individualismo no mundo antigo. Porém, tratava-se de um individualismo exercido em função do poder da igreja, não de ideias própria, subjetivo. Essa visão coincide com o início da era cristã¹⁰⁷.

Sob essa concepção, os valores sociais são totalmente subordinados a um valor transcendente e absoluto. A Igreja como instituição de representação extramundo se aproxima do Estado, de maneira que passa a assumir também o comando dos valores profanos, a partir de seu referencial transcendente e absoluto; o que, por via reflexa, restabelece o indivíduo com o espaço social¹⁰⁸.

Agora, com o homem-no-mundo, a salvação passou a ter relação direta com a ação do homem no mundo, não mais com uma dimensão transcendente. Quanto maior e melhor fosse a ação do indivíduo no mundo, maior seria sua chance de salvação. Essa nova visão se vincula ao individualismo precursor do individualismo do mundo moderno ocidental¹⁰⁹, que tem por base a Lei.

Esse novo tipo de individualismo tem por base a afirmação do indivíduo perante a sociedade e o Estado, assegurada na Lei. Com isso, o indivíduo se torna um sujeito livre para desenvolver suas habilidades.

O Estado liberal clássico, especialmente aquele compreendido entre o final do século XVIII e meado do século XIX, foi fincado no liberalismo egoístico, e como tal

¹⁰⁶ PLATÃO. **A república**. Tradução de Pietro Nassetti. São Paulo: Martin Claret, 2012, p. 158.

¹⁰⁷ DUMONT, Louis. **Ensaio sobre o individualismo**. Rio de Janeiro: Roco, 1985, p. 36-37.

¹⁰⁸ Ibidem, p. 34

¹⁰⁹ Ibidem, p. 35

sem atuação social, sem espaço para solidariedade. O resultado foi a exasperação das desigualdades sociais, com a conseqüente formação de bolsões de pobres e miseráveis. Por isso, e considerando que o homem é um ser que necessita de seu semelhante, numa relação de mutualismo, foi necessário o surgimento de uma nova concepção de Estado e de sociedade, materializada através do constitucionalismo social, onde a ideia de solidariedade pudesse se manifestar.

O Estado social é um Estado Prestador, imprescindível à efetivação dos direitos fundamentais sociais. Foi com ele que surgiu a ideia de solidariedade com viés jurídico¹¹⁰. No entanto, não basta a existência de um Estado social para que se alcance a solidariedade jurídica. É também necessário que haja participação da sociedade civil nas decisões e rumos do Estado. Isso só foi possível através de um novo modelo de Estado, o Estado Democrático e Social de Direito, porque carregado de princípios e valores estabelecidos numa Constituição de textura aberta, imprescindível à efetivação dos direitos fundamentais e à dignidade humana, seu princípio maior¹¹¹.

Hodiernamente, a solidariedade consiste num princípio fundamental do Estado Democrático de Direito expressamente estabelecido nos textos constitucionais, a exemplo da Constituição brasileira de 1988, que lhe atribuiu valor imprescindível à formação do Estado, como um dos objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil, para a construção de uma sociedade livre, justa e solidária (artigo 3º, I). Também consta do artigo 1º da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), de 1948: “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade”¹¹². Fraternidade aqui não tem a conotação clássica de irmandade, mas sim de conteúdo jurídico da solidariedade¹¹³.

¹¹⁰ BAGATINI, op. cit., p. 52.

¹¹¹ A dignidade da pessoa humana é muito mais do que um princípio da ordem jurídica, pela sua natureza de valor supremo, por estar na base de toda a vida nacional. In.: SILVA, José Afonso da. Dignidade da pessoa Humana como valor supremo da sociedade democrática *in* Anais da XV Conferência Nacional da Ordem dos Advogados do Brasil. São Paulo: JBA Comunicações, 1995, p. 548.

¹¹² ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948). Organização das Nações Unidas. Disponível em: <http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf>. Acesso em: 10.05.2016

¹¹³ KIARECZ, Marlon Silvestre. O conteúdo jurídico da solidariedade: novas perspectivas para o futuro. **Justiça do Direito**. v. 27, n. 2, p. 354-373, jul./dez. 2013 -. Disponível em: <http://www.upf.br/seer/index.php/rjd/article/download/4677/3144>. Acesso em: 10.05.2016.

No Estado Democrático de Direito, a solidariedade é um princípio a serviço da efetivação dos direitos fundamentais e da dignidade da pessoa da humana. Ela se apresenta como novo paradigma de se pensar o direito, a sociedade e o Estado¹¹⁴, imprescindível à harmonização da complexidade da sociedade contemporânea, por se constituiu num instrumento de reconhecimento e efetivação dos direitos das minorias e da criação de uma consciência coletiva¹¹⁵.

A partir do Segundo Pós-Guerra, a solidariedade se difundiu como princípio jurídico expresso em diversos textos constitucionais, como nas Constituições da Espanha, Itália, Portugal e Brasil. Sua elevação à categoria de princípio constitucional teve a finalidade de fazer o Estado encontrar sua verdadeira missão social (bem-estar social) e a democracia se consolidar como instrumento de participações e realizações a serviço da sociedade¹¹⁶.

Sua relação com os direitos fundamentais se insere no âmbito da terceira geração desses direitos, os quais são também chamados de direitos de solidariedade. Nesse sentido, Canotilho destaca que

A partir da década de 60, começou a desenhar uma nova categoria de direitos humanos vulgarmente chamados de terceira geração. Nesta perspectiva, os direitos do homem reconduzir-se-ia a três categorias fundamentais: os direitos de liberdade, os direitos de prestação (igualdade) e os direitos de solidariedade. Estes últimos direitos, nos quais se incluem o direito ao desenvolvimento, o direito ao patrimônio comum da humanidade pressupõem o dever de colaboração de todos os estados e não apenas o actuar activo de cada um e transportam uma dimensão coletiva justificadora de um outro nome dos direitos em causa: direitos do povo¹¹⁷.

Uma solidariedade no âmbito das nações é possível com a globalização política que preserve os valores ignorados pelo neoliberalismo. Nesse sentido, Bonavides assegura que

A globalização política neoliberal caminha silenciosamente, sem nenhuma referência de valores. [...] Há, contudo, outra globalização política, que ora se

¹¹⁴ REIS, Jorge Renato dos; KONRAD, Letícia Regina. O direito fundamental à solidariedade: a aplicação do instituto no direito civil. **Revista Novos Estudos Jurídicos – Eletrônica**, v. 20, n. 1, p. 59-87, jan-abr 2015.. Disponível em: <http://siaiap32.univali.br/seer/index.php/nej/article/viewFile/7195/4091>. Acesso em: 07.09.2016.

¹¹⁵ DURKHEIM, Émile. **Da divisão do trabalho social**. São Paulo: Martins Fontes, 1999, p. 79.

¹¹⁶ BÚRIGO, Vandrê Augusto. Implicações do princípio da solidariedade no sistema tributário: Breves anotação. **Revista Eletrônica Direito e Política**, Itajaí, v. 2, n. 2, p. 370-385, 2º quadrimestre, 2007,. Disponível em: <http://siaiap32.univali.br/seer/index.php/rdp/article/view/7599/4354>. Acesso em: 06.09.2016.

¹¹⁷ CANOTILHO, J. J. Gomes. **Direito Constitucional e teoria da constituição**. 7 ed. Coimbra: Almedina, 2003, p. 386.

desenvolve, sobre a qual não tem jurisdição a ideologia neoliberal. [...] Globalizar direitos fundamentais equivale a universalizá-los no campo institucional. [...] A globalização política na esfera da normatividade jurídica introduz os direitos de quarta geração, [...] derradeira fase de institucionalização do Estado social¹¹⁸.

O direito fundamental à saúde na Constituição de 1988, embora se trate de um direito social ou de segunda geração, também encontra albergue na solidariedade, na medida em que a diretriz da participação social (art. 196, III) foi capaz de vencer a apatia política e criar um laço social coeso e voltado para consecução de ações e serviços de qualidade que atendam a todos da comunidade local.

2.4. Descentralização e Desconcentração

Quando se refere às palavras desconcentração e descentralização vem à mente a ideia de centro, de centralização (ação de centralizar), que significa reunir num único centro, como matriz de ambos os institutos. No entanto, elas reúnem diferenças significativas entre si. Desconcentração consiste na diluição de algo internamente, e descentralização, por sua vez, traz a ideia de desprendimento, separação, de tirar algo de si para distribuir com outros centros.

Levando essas noções para o âmbito da pessoa jurídica, tem-se que a desconcentração é a distribuição de atribuições dentro da mesma pessoa jurídica, e como tal consiste numa transferência hierarquizada do órgão central para o órgão periférico¹¹⁹. Por outro lado, a descentralização consiste na transferência de competência de uma pessoa jurídica para outra, sem relação de hierarquia da que transfere para a que recebe¹²⁰.

Na perspectiva do Estado moderno, naquilo que diz respeito à competência estatal, a descentralização pode ser política e/ou administrativa, enquanto que a desconcentração é geralmente administrativa. Aquela tem vinculação direta com o Estado federal; esta, com o Estado unitário. Pessoa lembra que enquanto a desconcentração ocorre por lei, através da qual a entidade central transfere

¹¹⁸ BONAVIDES, Curso, p. 589.

¹¹⁹ SILVEIRA, Ana Paula. **A política da desconcentração administrativa: um relato do desenho governamental do Estado de Santa Catarina**. 2013. 119 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas – Mestrado) – Universidade Federal do Paraná – Curitiba, 2013, p. 27-28.

¹²⁰ BERENGER, Mercêdes Moreira. **Descentralização ou desconcentração: AIS – SUDS – SUS**. 1996. 79f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Escola Brasileira de Administração Pública, Rio de Janeiro, 1996, p. 15.

competência administrativa para órgãos inferiores, dentro da sua própria organização, a descentralização “ocorre quando o ordenamento jurídico confere atribuições ou competências administrativas de forma regular e permanente a entidades dotadas de personalidade jurídica própria”¹²¹.

Lenza apresenta três tipos de Estado Unitário: (i) Estado Unitário puro; (ii) Estado Unitário Descentralizado Administrativamente; e (III) Estado Unitário Descentralizado Administrativa e Politicamente, também chamado de Estado Regional¹²².

O Estado Unitário Puro é aquele onde não existe qualquer tipo de descentralização de competência, nem tão pouco desconcentração de atribuições. O poder central reúne todas as competências e atribuições em suas mãos. Ou seja, não existe sequer órgão local que possa realizar políticas públicas, ignorando, pois, a importância do princípio da subsidiariedade. Por conseguinte, sua máquina se torna excessivamente onerosa e ineficiente, razão pela qual se trata de um Estado utópico, sem registro histórico de existência¹²³.

O Estado Unitário Descentralizado Administrativamente é aquele que centraliza as decisões políticas, mas, transfere para pessoas jurídicas internas, criadas por lei, com capacidade administrativa genérica e atuação regional ou local, a titularidade e execução de determinados serviços públicos. No entanto, dependendo da vontade e conveniência do governo central, essa descentralização pode ser revogada por lei de igual hierarquia¹²⁴.

O Estado Unitário Descentralizado Administrativa e Politicamente é aquele em que, além de ser descentralizado administrativamente, a própria Constituição transfere para entes menores (regionais e locais) competência política e legislativa. Com isso, essas unidades passam a editar suas próprias leis, e seus cidadãos, a elegerem seus próprios representantes. Trata-se de Estado cujos entes menores possuem governo e legislação próprios. Neste ponto, ele se assemelha ao Estado Federal. A diferença é que neste tipo Estado as unidades menores elaboram suas próprias Constituições, obedecido o paralelismo das formas da Constituição Federal,

¹²¹ PESSOA, Robertônio. **Curso de direito administrativo**. Brasília: Consulex, 2000, p. 101.

¹²² LENZA, Pedro. **Direito constitucional esquematizado**. 12 ed. São Paulo: Saraiva, 2008, p. 245.

¹²³ Ibidem, p. 246.

¹²⁴ BONAVIDES, Paulo. **Ciência política**. 15 ed. São Paulo: Malheiros, 2008, p. 166.

enquanto naquele elas não têm essa competência. Um exemplo deste tipo de descentralização são as regiões italianas¹²⁵

A descentralização política dos entes da federação é uma das principais características do federalismo e decorre diretamente da Constituição. Ela permite a convivência mútua de níveis autônomos de governo¹²⁶.

No estudo do federalismo surge a necessidade de diferenciá-lo de federação, pois, embora se tratem de termos com semelhanças terminológicas, são institutos que não se confundem. Em primeiro lugar, vale ressaltar que a palavra federalismo é um substantivo que representa a generalidades do sistema federal, enquanto que federação corresponde à adjetivação de um universo político territorial. Depois, porque o federalismo tem a finalidade de individualizar determinado Estado na geografia política, enquanto que a finalidade da federação é fazer os arranjos institucionais possíveis de deslocamento de competências do ente central para os entes regionais e locais e vice-versa¹²⁷.

A preocupação com essa diferenciação perde o sentido quando se rompem as fronteiras do Estado Federal, a quem compete o exercício da soberania¹²⁸. Ou seja, a federação se esgota no âmbito do Estado Federal, porque só ele tem representatividade internacional. Internamente, os entes federados têm autonomia.

Ao discorrer sobre federação, Oliveira assegura que ela traduz a forma descentralizada de organização político-administrativa do Estado, com a finalidade de planejar e executar políticas públicas eficazes para a promoção e garantia dos direitos fundamentais¹²⁹.

Cicco e Gonzaga, por seu turno, ponderam que a federação consiste na união indissolúvel de Estados autônomos não soberanos, detentores de personalidade jurídica de direito público interna, que mantém uma relação harmônica com o Estado

¹²⁵ SOUZA, Moacyr Benedicto de. Do Estado unitário ao Estado regional. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, v. 22, n. 35, Brasília, jan/mar 1985, p. 125-138.

¹²⁶ SALDANHA, Ana Cláudia. Estado federal e descentralização: uma visão crítica do federalismo brasileiro. **Revista Sequência**. Florianópolis, n. 59, p. 327-360, dez, 2009.

¹²⁷ REVERBEL, Carlos Eduardo Didier. **O federalismo numa visão tridimensional do direito**. Porto Alegre: Livraria do Advoga, 2012, p. 19.

¹²⁸ VASCONCELOS, Luis André de Araújo. **Federalismo cooperativo e proteção ambiental na Constituição de 1988**. 143 f. Dissertação. (Programa de Pós-Graduação em Direito Ambiental e Desenvolvimento Sustentável). Mestrado. Escola Superior Dom Helder Câmara. Belo Horizonte, 2013, p. 32

¹²⁹ OLIVEIRA, Thiago de. **O poder local e o federalismo**. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2010, p. 19.

Federal, com personalidade jurídica de direito público internacional, e como tal único detentor de soberania externa¹³⁰.

Discorrendo sobre o tema, Bobbio; Matteucci e Pasquino afirmam que

Numa federação a sociedade civil tem características unitárias sob certo aspecto e pluralista sobre outros aspectos. A população está unida numa sociedade das mesmas dimensões da federação e está dividida numa pluralidade de sociedades menores, com confins territoriais bem definidos no âmbito da sociedade mais vasta. Daí se segue que o comportamento social dessa população tem caráter bipolar; de um lado há lealdade para com a sociedade global comum a toda população da federação, de outro, a lealdade para cada uma das comunidades menores [...]¹³¹.

Sob a perspectiva da Teoria Geral do Estado, a federação é uma forma de sistematização da organização do Estado consistente na divisão interna do território nacional em partes, onde cada uma delas constitui um ente dotado de autonomia política e administrativa, com suas respectivas competências estabelecidas numa Constituição escrita e rígida, com a finalidade de alcançar o bem comum e garantir os direitos fundamentais. Trata-se de composição estatal respaldado no princípio da subsidiariedade, descentralizando o que deve ser descentralizado, de forma que as unidades maiores realizem apenas aquilo que não possa ser realizado eficazmente pelas unidades menores. Pode-se ainda dizer que a federação compreende a multiplicidade de pessoas jurídicas de direito público que respondem pelo poder político, a partir do poder central¹³².

O que caracteriza a existência de um Estado Federal, de acordo com Anderson, é essencialmente: (i) existência de pelo menos dois níveis de governo, onde um tenha jurisdição sobre todo o território nacional e outro, com jurisdição regional; (ii) uma Constituição escrita, onde as normas com impacto sobre as unidades regionais não possam ser alteradas unilateralmente pelo governo central; (iii) a existência das chamadas câmaras altas, representativas das unidades federadas, com incumbência de fazer com que estas participem do processo de tomada de decisão na esfera federal; (iv) existência de tribunal para decidir as

¹³⁰ CICCIO, Cláudio de; GONZAGA, Álvaro de Azevedo. **Teoria geral do Estado e ciência política**. 2 ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2009, p. 94.

¹³¹ BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de política**. 11 ed. Brasília: Editora UnB, 1998, p. 482.

¹³² VASCONCELOS, Luis André de Araújo. **Federalismo cooperativo e proteção ambiental na Constituição de 1988**. 2013. 143 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Direito Ambiental e Desenvolvimento Sustentável). Mestrado - Escola Superior Dom Helder Câmara. Belo Horizonte, 2013, p. 32.

disputas constitucionais dos entes federados no campo jurídico, e de câmara alta no campo político; e (v) existência de um conjunto de processos e instituições para viabilizar as relações entre os diferentes níveis de governos¹³³.

Dallari, de forma mais abrangente, afirma que o Estado Federal deve ter como características fundamentais: (i) uma Constituição como base jurídica, nunca um tratado; (ii) vedação ao direito de secessão; (iii) soberania exclusiva do Estado Federal; (iv) distribuição de competência do ente central e dos entes subnacionais fixada na Constituição; (v) titularidade de renda tributária própria para cada ente federado; (vi) compartilhamento do poder político entre a União e os entes subnacionais; e (vii) cidadania do Estado Federal, e não dos entes subnacionais¹³⁴.

Falando sobre o tema, Bonavides destaque que

No Estado federal deparam-se vários Estados que se associam com vistas a uma integração harmônica de seus destinos. Não possuem esses Estados soberania externa e do ponto de vista da soberania interna se acham em parte sujeitos a um poder único, que é o poder federal, e em parte conservam sua independência, movendo-se livremente na esfera de competência constitucional que lhes é atribuída para efeito de auto-organização¹³⁵.

Dos 193 Países-membros das Nações Unidas (ONU)¹³⁶, 28 se autoproclamam federações. São eles: África do Sul, Alemanha, Árabes Unidos, Argentina, Austrália, Áustria, Belau, Bélgica, Bósnia-Herzegovina, Brasil, Camarões, Canadá, Emirados Árabes, Espanha, Estados Unidos, Etiópia, Índia, Iraque, Kitts e Nevis, Malásia, México, Micronésia, Nigéria, Paquistão, República Democrática do Congo, Rússia, Sudão, Suíça e Venezuela, os quais abrangem mais de 40% da população mundial¹³⁷. Todos eles, a exceção do Brasil, têm sua configuração federativa formada por dois níveis de governo: o nacional e os subnacionais (regionais). O Brasil tem ainda nos Municípios o terceiro nível de ente federado, formando uma federação trina, a partir da Constituição de 1988, por isso mesmo inédita no contexto mundial.

¹³³ ANDERSON, George. **Federalismo: uma introdução**. Tradução de Ewandro Magalhães Jr. e Fátima Guerreiro. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009, p. 20.

¹³⁴ DALLARI, Dalmo de Abreu. **Elementos de teoria geral do Estado**. 28 ed. São Paulo: Saraiva, 2009, p. 258-260.

¹³⁵ BONAVIDES, Curso, p. 195.

¹³⁶ NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. Países membro da ONU. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/conheca/paises-membros/>. Acesso em: 11.06.2017.

¹³⁷ ANDERSON, op. cit, p. 17

Essa peculiaridade causou um certo desconforto na doutrina nacional, fazendo com que não seja pacífica a concepção da natureza jurídica dos Municípios brasileiros como ente federado, consoante destacado na sequência.

Meirelles não tem dúvida de que eles são autênticos entes federados. Justifica sua posição dizendo que

O município brasileiro é entidade estatal integrante da Federação. Essa integração é uma peculiaridade nossa, pois em nenhum outro Estado Soberano se encontra o Município como peça do regime federativo constitucionalmente reconhecido. Dessa posição singular nosso Município é que resulta sua autonomia político-administrativo, diversamente do que ocorre nas demais Federações, em que os Municípios são circunscrições territoriais meramente administrativas¹³⁸.

Krell lembra que os Municípios brasileiros de há muito reuniam uma situação fática de autonomia, reconhecida jurídico-formalmente pela Constituição Federal de 1988, para atender, principalmente, ao reclamo de autores expressivos do Direito Municipal Brasileiro. Por isso, não foi surpresa o fato de o Estado Federal brasileiro ter se tornado o primeiro e único a incluir o Município na sua federação, ao lado da União e dos Estados-Membros¹³⁹.

Bonavides afirma que a Constituição de 1988 emprestou aos Municípios natureza incontrastável de ente federativo, tornando-o peça integrante do sistema nacional de comunhão política do ordenamento¹⁴⁰. Ou seja, ele não tem dúvida de que os Municípios brasileiros foram alçados à categoria de autêntico ente federativo, a partir da Constituição de 1988.

Ao contrário dos autores citados, Silva põe em dúvida a autonomia político-administrativa do Município como ente federado. Fundamenta seu ponto de vista na própria Constituição de 1988, com uma indagação que ele mesmo responde, dizendo

E os Municípios transformaram-se mesmo em unidades federadas? A Constituição não diz. Ao contrário, existem onze ocorrências das expressões unidades federadas e unidades da Federação (no singular ou

¹³⁸ MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito administrativo brasileiro**. 22 ed. São Paulo: Malheiros, 1997, p. 671-672.

¹³⁹ KRELL, Andreas Joachin. **O município no Brasil e na Alemanha: direito e administração comparados**. São Paulo: Oficina Municipal, 2003, p. 45

¹⁴⁰ BONAVIDES, Curso, op. cit., p. 364.

no plural) referindo-se apenas aos Estados e Distrito Federal, nunca envolvendo os Municípios¹⁴¹.

Não destoando do posicionamento do último autor, Horta assegura que

[...] a ausência do Município na composição da União Federal não constitui originalidade do Direito Constitucional Brasileiro. Trata-se de regra geral nas Constituições dos Estados Federais, o que confere singular eficácia a esse princípio universal da organização federativa¹⁴².

Dessa forma, apesar de constar expressamente do artigo 18 da CF/88 que “a organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados e os Municípios, todos autônomos, nos termos desta Constituição”¹⁴³, não é pacífico entre os estudiosos nacionais o entendimento de que os Municípios brasileiros tenham sido realmente elevados à categoria de ente federativo dotado de autonomia político-administrativa como parece ser da leitura despretensiosa da Constituição.

O federalismo brasileiro surgiu com a queda do regime monárquico, em 1889. No entanto, Sousa alerta que o processo de federalização do Brasil nasceu antes mesmo do fim do período colonial. Para ele

Os debates sobre a divisão territorial de poder tiveram início muito antes do fim da era colonial e o principal movimento republicano era o federalismo e não a liberdade [...]. No entanto, federalismo (associado à descentralização) e liberdade eram tratados como sinônimos¹⁴⁴.

Discussões à parte, a instituição do federalismo brasileiro ocorreu com a Proclamação da República em 1889, devidamente ratificada pela Constituição de 1891. Seu móvel principal foram os debates das elites regionais interessadas na conquista de fatias do poder político, porque acreditavam que isso não seria possível sob a égide do Estado Unitário, vigente no Império. Daí para frente, foi mantida em todas as Constituições subsequentes (1934, 1937, 1946, 1967/69 e 1988). Ou seja,

¹⁴¹ SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 14 ed. São Paulo: Malheiros, 1997, p. 590.

¹⁴² HORTA, Raul Machado. **Estudos de direito constitucional**. Belo Horizonte: Del Rey, 1995, p. 622.

¹⁴³ BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

¹⁴⁴ SOUZA, Celina. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 24, p. 105-121, jun/2005,. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/rsp/article/view/3719>. Acesso em: 18.10.2016.

há mais de 120 anos o Brasil instituiu e mantém a forma federativa de divisão territorial do poder político.

Por outro lado, devido às diversas alternâncias de períodos de autoritarismo com regimes democráticos vivenciados pelo Estado brasileiro, houve concomitantes alterações em sua arquitetura organizacional, de forma que, em alguns períodos da vida nacional, houve uma excessiva centralização do poder político nas mãos do governo central, com nítida perda de autonomia dos entes federados subnacionais¹⁴⁵. Daí porque, embora formalmente Federal, porque constante das respectivas Constituições, o Estado brasileiro passou por novas experiências de Estado Unitário. Finalmente, com a redemocratização do país, em 1985, após 20 anos de Ditadura Militar, a nova ordem constitucional reafirmou o federalismo, com uma grande inovação, que foi a elevação do Município à categoria de ente federado, a partir da Constituição de 1988.

Essa nova realidade federativa acentuou o processo de descentralização política, administrativa e financeira na direção do Município. Em compensação, ele recebeu um leque de competências e atribuições para realizar diversas políticas públicas, dentre as quais se inserem ações e serviços de saúde, principalmente, como forma de o Estado brasileiro se desincumbir do dever de garantir efetivação do direito fundamental à saúde para todos.

O sistema de saúde, montado com base nesse modelo de federalismo, reforçou a autonomia do Município, fazendo com que ele passasse a ter um papel fundamental na efetivação do direito fundamental à saúde. Por conta disso, e considerando as peculiaridades a ele inerentes, tornaram-se imperiosas a regionalização e hierarquização desse sistema¹⁴⁶.

A diretriz da regionalização tem por finalidade valorizar as peculiaridades regionais e locais na realização das ações e serviços de saúde, levando-se em consideração a divisão político-administrativa do território nacional e as subdivisões adotadas para atender à organização das ações¹⁴⁷, tendo por base fatores como carência material, costumes e até hábitos de cada localidade. Tudo isso revela a

¹⁴⁵ SOUZA, op. cit.

¹⁴⁶ ASENSI, Felipe. **Sistema Único de Saúde: lei 8.080/1990 e legislação correlata**. Brasília: Alumnus, 2015, p. 75.

¹⁴⁷ BEVILHERI, Eliane Cristina Lopes; NARCISO, Argéria Maria Serraglio; PASTOR, Márcia. A lógica territorial na política de saúde brasileira. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 16, n. 2, jan/jun, 2014. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/download/16348/15184..> Acesso em: 08.05.2017.

importância da descentralização da política de saúde com foco na municipalização das ações e serviços de saúde.

A hierarquização não leva em consideração a ordenação de elementos por grau de importância, mas, sim, os níveis de atenção das ações e serviços de saúde de responsabilidade dos três níveis de governo, de conformidade com a repartição de competências e atribuições de cada um deles no sistema de saúde nacional¹⁴⁸.

Juntas, as diretrizes da regionalização e da hierarquização do sistema de saúde conciliam os diferentes níveis de complexidade das ações e serviços de saúde com as diversidades inerentes aos diversos territórios político-administrativos nacionais, necessárias à organização e desenvolvimento dessas atividades, para atender às diferentes necessidades de todos os cidadãos.

Os níveis de atenção de saúde são três, e suas atribuições são definidas de acordo com o grau de complexidade dos serviços de saúde desenvolvidos pelo sistema como um todo. A atenção básica fica com os serviços de baixa complexidade, com a finalidade de cuidar, principalmente, da Saúde da Família como estratégia prioritária na organização do SUS, aí incluindo os serviços como consultas, exames, vacinação e curativos. Na atenção secundária estão as ações consideradas de média complexidade, onde estão compreendidos os serviços que dão conta de alguns procedimentos de intervenção, tratamentos de casos crônicos e agudos de doença. O último nível é o da atenção terciária, onde estão os casos de alta complexidade, aí compreendidas realização e manobras mais invasivas e de maior risco de vida¹⁴⁹.

Tudo isso só é possível devido à descentralização do sistema, ao ponto de permitir que a gestão das organizações de saúde seja levada para junto da comunidade, do cidadão, o que facilita o desenvolvimento da democracia participativa¹⁵⁰, necessária ao empoderamento social. Com isso, o sistema atende à diretriz da participação social (CF, art., 198, III), em atenção à dimensão horizontal da subsidiariedade. Rege-se também pela dimensão vertical da subsidiariedade,

¹⁴⁸ ASENSI, op. cit., p. 60.

¹⁴⁹ FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Fiocruz). Atendimento. Disponível em: <http://pensesus.fiocruz.br/atendimento>. Acesso em: 08.05.2017.

¹⁵⁰ JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 31-46, 1997. Disponível em: http://200.129.241.123/arquivos/saude/gestao_saude_descent_intersetorialidade.pdf. Acesso em: 09.05.2017.

devido à sua característica municipalista. Por tais razões, o Município se tornou a “porta de entrada” do SUS.

Por fim, vale destacar a característica da direção única que tem o sistema (SUS), exercida pelas respectivas esferas de governo, com competências e atribuições bem definidas. Assim é que cabe à União o papel de coordenar e gerir a política de saúde no âmbito nacional; aos Estados, coordenar o processo de implantação do sistema no âmbito de seus respectivos territórios; e aos Municípios, a atribuição de promover a efetivação das ações e serviços de saúde em seu âmbito, focando, principalmente, a atenção básica¹⁵¹.

Esse nível de atenção de saúde tem como característica principal ter sido desenvolvido com elevado grau de descentralização, capilaridade e proximidade do dia a dia das pessoas, para atender à sua principal finalidade de ser a porta de entrada e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Para tanto, é imperioso que ela (atenção básica) atenda aos contornos estabelecidos pelos “princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilidade, da humanização, da equidade e da participação social”¹⁵².

As Unidades Básicas de Saúde são órgãos periféricos do sistema de saúde local, e como tais, são instaladas e funcionam nas proximidades de onde mora, trabalha e vive o cidadão, através dos Postos de Saúde da Família (PSF). Com elas, o Município consegue desconcentrar a efetivação de ações e serviços de saúde dentro de seu território, porque, em assim sendo, o cidadão não precisa se deslocar até a sede do órgão central da gestão de saúde local – a Secretaria Municipal de Saúde - para ser atendido. Lá mesmo ele recebe “atendimentos básicos e gratuito em Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia”¹⁵³.

Dessa forma, infere-se que o Município constitui o ente federado onde a efetivação do direito fundamental à saúde acontece, mediante a descentralização de competência, através da municipalização do SUS, e desconcentração de atividades, porque o atendimento é feito pelos órgãos do sistema local que mais se aproximam do cidadão.

¹⁵¹ ASENSI, op. cit., p. 77.

¹⁵² BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Atenção Básica (PNAB). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>. Acesso em: 05.06.2017.

¹⁵³ BRASIL. Ministério do Planejamento. Unidade Básica de Saúde (UBS). Disponível em: <http://www.pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/ubs-unidade-basica-de-saude>. Acesso em: 05.06.2017.

3. POLÍTICAS PÚBLICAS MUNICIPAIS DE SAÚDE NO BRASIL

3.1 Premissas Introdutórias

O presente capítulo tem a incumbência de demonstrar o desenvolvimento das políticas públicas de saúde no âmbito dos municípios brasileiros, principalmente a partir da Constituição de 1988, quando elas foram municipalizadas. Estrutura-se em três itens. O primeiro deles discorre sobre autonomia financeira e cooperação federativa nas políticas públicas de saúde, com destaque para os consórcios intermunicipais de saúde. O segundo tem a preocupação de analisar a responsabilidade solidária dos entes federativos na efetivação das políticas públicas de saúde, com enfoque na jurisprudência do STF e doutrina nacional. Por fim, compete ao terceiro item a tarefa de falar sobre orçamento municipal e políticas públicas de saúde, com destaque para formação do Fundo Municipal de Saúde (LC 141/2012, art. 14)) e atuação do Conselho Municipal de Saúde (EC 29/2000, art. 7º).

Nessa perspectiva, chama-se especial atenção para as atribuições que o Município recebeu em decorrência de sua elevação à categoria de ente federado, a partir da Constituição de 1988. Uma das mais importantes delas foi a missão de ser o principal executor das políticas públicas de saúde, com base no princípio da municipalização das ações e serviços de saúde. Essa foi a forma encontrada pelo constituinte para desincumbir o Estado brasileiro do dever de garantir saúde de qualidade para todos.

Os fundamentos desse processo residem no fato de os Municípios serem o ente mais próximo do cidadão e nas diversidades econômicas, sociais, culturais e climáticas que dividem o Brasil em vários “brasis”. Fazer diferente, seria dificultar o acesso universal e integral do usuário ao sistema de saúde, devido ao seu afastamento físico dos centros de execução das ações e serviços de saúde, no que resultaria na negação da efetivação do direito fundamental à saúde.

Esse protagonismo dos Municípios não exclui o dever dos demais entes de integrarem o sistema de saúde como um todo. Assim é que coube à União, através do Ministério da Saúde, além do planejamento e a fiscalização do sistema em todo território nacional, o financiamento de cerca de metade do total dos recursos a ele destinados, aí incluindo os repasses para Estados e Municípios. E aos Estados, a

tarefa de criar suas próprias políticas de saúde, e nelas investir, no mínimo, 12% de suas receitas próprias¹⁵⁴.

Como principal executor das políticas de saúde, coube aos Municípios, prioritariamente, o dever de garantir serviços da atenção básica de saúde, com foco na saúde da família. A estratégia é resolver a maioria dos problemas de saúde da população na própria comunidade, evitando a superlotação de hospitais e unidades de saúde especializadas, voltados para os casos de média complexidade, ou até mesmo dos hospitais de grande porte, destinados ao atendimento dos casos de alta complexidade.

Para atender às despesas decorrentes dessas atribuições, os Municípios são obrigados a investir, no mínimo, 15% dos recursos financeiros próprios e aqueles decorrentes das transferências da União e dos Estados, através do sistema fundo a fundo, consistente em repasses programados e com regularidade mensal diretamente do Fundo Nacional de Saúde, independentemente de convênio ou qualquer outro instrumento que tenha por base acordos de vontade¹⁵⁵. São considerados recursos próprios para esse fim aqueles decorrentes da arrecadação dos impostos municipais (ISS, IPTU, ITBI), os das cotas referente ao ITR e ao IPVA, os das transferências decorrentes da Lei Kandí – LC 87/1996 - e os das transferências constitucionais dos FPM e do ICMS.

Os recursos decorrentes das transferências federais são definidos através de critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde e com destinação vinculada, não podendo o gestor local destinar, ainda que parcialmente, para qualquer outra finalidade, mesmo que seja para atender a uma peculiaridade local urgente. Isso resulta na completa anulação da autonomia municipal para gerir esses recursos¹⁵⁶.

¹⁵⁴ BRASIL. Portal Brasil. União, estados e municípios têm papéis diferentes na gestão do SUS. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/governo/2014/10/o-papel-de-cada-ente-da-federacao-na-gestao-da-saude-publica>. Acesso em: 06.11.2016.

¹⁵⁵ Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjhw6s8rvTAhUEWpAKHXjPBDAQFggnMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.aids.gov.br%2Fpagina%2Fo-que-e-transferencia-fundo-fundo&usg=AFQjCNHpo2pgsh4FIA9VoxLbjtfm3TPFyw&sig2=shJBqwjuK5GsEI48aCW2DQ>. Acesso em: 23.04.2017.

¹⁵⁶ CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS (CNM). Recursos financeiros no Sistema Único de Saúde. Brasília: CNM, 2014. Disponível em: [http://www.cnm.org.br/cms/biblioteca/Recursos%20financeiros%20no%20SUS%20\(2014\).pdf](http://www.cnm.org.br/cms/biblioteca/Recursos%20financeiros%20no%20SUS%20(2014).pdf). Acesso em: 23.04.2017.

3.2. Autonomia Financeira e Cooperação Federativa na Saúde Pública

A palavra município tem origem na junção de duas palavras latinas. A primeira, delas é *munia*, que significa prerrogativas; a segunda, é *capere*, que tem o significado de conservar. Por conseguinte, município (*municipium*) tem o significado daquilo que tem poder de conservar as suas prerrogativas¹⁵⁷

Como unidade político-administrativa, o Município tem sua origem na República Romana, por volta do século I a.C., e servia como instrumento de dominação pacífica das cidades conquistadas pelo exército romano. As pessoas que nelas viviam ficavam sujeitas aos caprichos do Senado, no entanto, como forma de evitar revoltas, recebiam alguns privilégios políticos, como o de eleger seus representantes e dirigir a própria cidade (*jus sufragii*), o que lhes dava um certo nível de autonomia dentro da ordem jurídica vigente. Com essa prerrogativa, as cidades ganhavam status de Municípios¹⁵⁸.

No Brasil, o município teve a sua origem remota, em 1532, com a criação da Vila São Vicente, atual cidade de São Paulo, por Martim Afonso de Sousa, baseado no sistema de comunas portuguesas. Posteriormente foram criadas as Vilas de Olinda, Santos, Salvador, Santo André de Borba do Campo e Rio de Janeiro.

Tais vilas representavam uma estratégia portuguesa para descentralizar a ocupação territorial, mantendo a dependência da Colônia. A lógica era dividir o território em diversos núcleos de poder, de forma que cada um deles adquirisse autonomia interna, mas, externamente, se mantivessem sujeito à Metrópole. Essa política justificou a criação das Capitânicas Hereditárias, entregues aos donatários, os quais, dentre seus poderes, estava o de criar Vilas¹⁵⁹.

Com a formação do Governo Geral, a partir de 1549, as Câmaras Municipais, que representavam a administração dos Municípios, conquistaram grande prestígio político, chegando ao ponto de reunir poderes de controle sobre os próprios Governadores, o que acabou dando início ao processo de emancipação brasileiro¹⁶⁰.

¹⁵⁷ FAVERO, Edison. **Desmembramento territorial: o processo de criação de municípios – avaliação a partir de indicadores econômicos e sociais**. 2004. 279 f. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

¹⁵⁸ MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito municipal brasileiro**. 11 ed. São Paulo: Malheiros, 2000, p. 31.

¹⁵⁹ PIRES, Maria Coeli Simões. Autonomia municipal no Estado brasileiro. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, a. 36, n. 142, p. 143-166, abr-jun, 1999.

¹⁶⁰ Ibidem, op. cit.

Na Constituição imperial de 1824, a autonomia municipal foi bastante mitigada, devido ao centralismo provincial que isolou sobremaneira os governos locais, ao ponto de que os Municípios não passavam de divisão territorial das Províncias, e como tais sem influência política e sem autonomia administrativa na condução das políticas de seus interesses, no que resultou num retrocesso da municipalidade, se comparado ao período colonial. Essa situação perdurou até o advento da República¹⁶¹.

Com a Proclamação da República, em 1889, a Constituição Republicana de 1891, dela decorrente, dedicou aos Municípios o título III, composto apenas pelo artigo 68, o qual estabelecia que “Os Estados organizar-se-ão de forma que fique assegurada a autonomia dos Municípios em tudo quanto respeite ao seu peculiar interesse”. No entanto, essa norma constitucional não teve qualquer eficácia, porque na visão republicana da época, o municipalismo era visto pelos coronéis como uma ameaça à unidade nacional¹⁶².

Com a queda da República Velha, e da conseqüente política dos coronéis, a Constituição de 1934 foi fortemente influenciada pela corrente da socialdemocracia, o que proporcionou ao Municipalismo um sentido de renascimento¹⁶³. Foi assegurado o princípio da autonomia municipal no art. 13. “Os Municípios serão organizados de forma que lhes fique assegurada a autonomia em tudo quanto respeite ao seu peculiar interesse”. Nisso adveio a autonomia política, com a eletividade do Prefeito e Vereadores da Câmara Municipal, autonomia financeira, decorrente da competência para criar, arrecadar e aplicar seus próprios impostos e taxas (autonomia financeira), e a autonomia administrativa, decorrente da competência para organizar seus próprios serviços¹⁶⁴. No entanto, ela foi interrompida precocemente com o Golpe do Estado Novo de Getúlio Vargas de 1937.

A nova ordem constitucional de 1937 afetou gravemente a autonomia municipal. Com ela, os Prefeitos passaram a ser nomeados pelos Governadores, que eram autênticos interventores do governo central, e eleição para Vereadores,

¹⁶¹ MEIRELLES, op. cit., p. 36.

¹⁶² CASTOR, Paulo Cesar Keinert. **Autonomia municipal como fato de desenvolvimento local**. 2008. 133 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico Multidisciplinar em Organizações e Desenvolvimento) – Centro Universitário Franciscano do Paraná, Curitiba, 2008.

¹⁶³ MEIRELLES, op. cit., 38.

¹⁶⁴ BRASIL. Constituição (1934). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: www.planalto.gov.br. Acesso em: 16.05.2017.

embora tivesse previsão constitucional, nunca foi observada¹⁶⁵. As atividades municipais eram controladas pelo Conselho Administrativo Estadual, o que preteria totalmente as iniciativas locais. Por tudo isso, Meirelles assegura que “Pode-se afirmar, sem vislumbre de erro, que, no regime de 1937, as Municipalidades foram menos autônomas que sob o centralismo imperial, [...]”¹⁶⁶.

A Constituição de 1946 trouxe de volta a ideia da descentralização e a observância do princípio federativo, inclusive justificando a intervenção federal nos Estados que porventura violassem a autonomia municipal (art. 7º, VII, alínea “e”)¹⁶⁷. Com isso, o legislador constituinte procurou combater eventual ingerência política baseada na conveniência dos governos estaduais sobre os Municípios, principalmente naquilo que dizia respeito à eletividade dos Prefeitos.

Com isso, os Municípios passaram a ter autonomia política, administrativa e financeira garantida. A política foi assegurada através de eleição de prefeitos e vereadores pela comunidade local; a administrativa, pela administração própria e organização dos serviços públicos locais; e a financeira, pela decretação e arrecadação dos tributos de sua competência e aplicação de suas receitas. Em reforço a esta autonomia, foi instituída a participação municipal na arrecadação do imposto federal sobre a renda e proventos de qualquer natureza. As capitais não tiveram direito de contar com os recursos provenientes dessa fonte¹⁶⁸.

Em 1964, o regime democrático foi interrompido com o Golpe Militar, que instalou sua ordem constitucional com a Constituição de 1967. Ela restringiu a autonomia política nos Municípios sede de Capitais, Instâncias Hidrominerais e daqueles declarados de interesse da Segurança Nacional. Restringiu também a autonomia financeira municipal como um todo, limitando os impostos municipais ao imposto sobre propriedade predial e territorial urbana (IPTU) e ao imposto sobre serviços de qualquer natureza (ISS), mas, manteve o Fundo de Participação dos Municípios (FPM)¹⁶⁹.

¹⁶⁵ CAMPANHOLE, Adriano; CAMPANHOLE, Hilton Lobo. **Constituição do Brasil**. 8. Ed. São Paulo: Atlas, 1995, p. 424.

¹⁶⁶ MEIRELLES, op. cit., 39.

¹⁶⁷ BRASIL. Constituição (1946). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/>. Acesso em: 21.05.2017.

¹⁶⁸ BARRETO, Larissa Catarine Medeiros Batista. Representatividade do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) no Rio Grande do Norte. 2013. 80 f. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Ciências Contábeis) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2013.

¹⁶⁹ MENDES, Marcos; MIRANDA, Rogério Boueri. COSSIO, Fernando Blanco. O Fundo de Participação do Municípios precisa mudar. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos>. Acesso em: 19.05.2017.

Com fim do Regime Militar, após vinte anos de vigência, a democracia foi restabelecida, e confirmada pela Constituição de 1988. Ela escreveu um novo capítulo na história da autonomia municipal, a começar pela elevação do Município à categoria de ente federado (art. 1º e 18), algo inédito na história do federalismo mundial¹⁷⁰. Daí adveio uma série de mudanças nos critérios de descentralização do poder político em relação ao poder local.

Santos afirma que a elevação do Município à categoria de ente federado se deve, dentre outros fatores, a um forte componente político, através do qual a redemocratização das estruturas de poder sentiu a necessidade de valorização da esfera local, por ela se constituir no melhor *locus* para o controle social das políticas sociais. O exercício desse controle exigiu que o Município assumisse parte substancial do financiamento dessas políticas, especialmente nos setores da educação fundamental e da saúde¹⁷¹.

Para realização dessas e outras competências materiais, ampliadas com a Constituição de 1988, os Municípios ganharam um *plus* de capacidade tributária própria, aí compreendidos a instituição e arrecadação do IPTU, ISS e ITBI, além das receitas decorrentes de transferências constitucionais (FPM, cota-parte do ITR, Cota-parte da Lei Complementar 87/96, conhecida como Lei Kandi, Imposto de Renda Retido na Fonte, cota-parte do ICMS, cota-parte do IPVA e cota-parte do IPI Exportação), outras receitas correntes, receita da dívida ativa de impostos, multas, juros de mora e correção monetária¹⁷², o que elevou substancialmente a receita corrente bruta municipal, se comparada com o que era antes. No entanto, isso não foi bastante para evitar sua dependência financeira, principalmente da União.

Uma prova dessa realidade pode ser facilmente constatada mediante simples análise da divisão do bolo da arrecadação de tributos. Dados de 2010 mostram que União, Estados e Municípios arrecadaram, nesse ano, respectivamente, 67,9%, 26,1% e 6,0%, dos quais, após as transferências constitucionais, restaram-lhes,

¹⁷⁰ CAMARGO, Aspásia Brasileiro Alcântara. Atualidade do federalismo: tendências internacionais e a experiência brasileira. In: VERGARA, Sílvia Constant; CORRÊA, Vera Lúcia de Almeida. Proposta para uma gestão municipal efetiva. 2 ed. Rio de Janeiro: FGV, 2004, p. 41.

¹⁷¹ SANTOS, Ângela Penalva. Autonomia municipal no contexto federativo brasileiro. **Revista Paranaense de Desenvolvimento**, Curitiba, n. 120, p. 209-230, jan-jun, 2011. Disponível em: <http://www.ipardes.pr.gov.br/ojs/index.php/revistaparanaense/article/view/171/675>. Acesso em: 19.05.2017.

¹⁷² CONFEREÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS (CNM), op. cit.

respectivamente, 57,1%, 24,6% e 18,3%¹⁷³. É por isso que cerca de 83% dos 5.565 Municípios brasileiros existentes arrecadam menos de 20% de seu orçamento, e apenas 83 deles (1,6%) conseguem pagar sua folha de salários com recursos próprios. Ou seja, se o Estado brasileiro fosse uma empresa, teria 4.372 filiais falidas¹⁷⁴.

Mas, as transferências decorrentes dos fundos constitucionais não comprometem a autonomia municipal. Pelo contrário, elas a fortalecem, porque os entes transferidores não exercem qualquer ingerência sobre a aplicação desses recursos. Acontece que, como a soma desses recursos com aqueles provenientes da arrecadação de tributos próprios, não é suficiente para atender às competências materiais locais; os Municípios ficam na dependência de recursos provenientes de transferências voluntárias, principalmente da União.

Essa dependência do poder central leva o Município ao que Hermany chama de “Prefeiturização”, fenômeno que retira autonomia do poder local, tanto na consecução desses recursos, porque dependente do alinhamento político do governo local com os governantes das esferas transferidoras de plantão, principalmente da União¹⁷⁵, por ela concentrar a enorme maioria do bolo da arrecadação, como na sua destinação, porque definida por quem as transfere, no que resulta na negação dos princípios federativo e da subsidiariedade.

O autor compara esse fenômeno a um “contrato de adesão”, onde o Município se restringe a aceitar as condições impostas pela União para conseguir recursos extra-transferências constitucionais, se transformando em mero órgão executor de políticas públicas federais, nos moldes da desconcentração administrativa similar à que acontece no Estado unitário desconcentrado administrativamente, onde não existem esferas de poder, apenas divisão territorial¹⁷⁶.

Para enfrentar esse problema, o autor sugere a substituição da “Prefeiturização” pela Municipalização, mecanismo que consiste na transferência de todos os recursos provenientes de convênios (repasses voluntários) para o Fundo

¹⁷³ BRASIL. Câmara dos Deputados. Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira. Estudo Técnico nº 15/2015. Disponível em: http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/orcamentobrasil/estudos/2015/Estudo2015IR_IPI_Partilha.pdf. Acesso em: 20.10.2016.

¹⁷⁴ DUARTE, Alessandra; BENEVIDES, Carolina. Estudos da Firjan aponta que 83% dos municípios não se sustentam. O Globo digital, São Paulo, 18 mar. 2012. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/estudo-da-firjan-aponta-que-83-dos-municipios-nao-se-sustentam-4341519>. Acesso em: 20.05.2017.

¹⁷⁵ HERMANY, op. cit., p. 134.

¹⁷⁶ Ibidem, op. cit. p. 134.

de Participação dos Municípios (FPM), convertendo-os em transferências constitucionais, o que elimina as conveniências políticas de quem quer que seja. Ele acredita que se trata de medida de fácil implementação, podendo ser viabilizada através de simples interpretação constitucional, tomando por base a aplicação dos princípios federativos, da eficiência da Administração Pública e da subsidiariedade¹⁷⁷.

Trata-se de proposta bastante razoável, porque independe de qualquer atividade legislativa (Emenda Constitucional, Lei Complementar ou qualquer outro ato normativo) ou política (Renovação do Pacto Federativo). Basta uma interpretação sistêmica dos princípios constitucionais citados, porque já existentes.

Através do princípio federativo, o Município deixa de depender dos entes maiores, sem prejuízo de atenção aos princípios de obediência obrigatória estabelecidos na Constituição; com a subsidiariedade, há descentralização do poder (subsidiariedade vertical), permitindo que o Município realize eficazmente suas políticas públicas, devidamente acompanhadas da participação popular (subsidiariedade horizontal), de fundamental importância no combate do desvio de finalidades e das práticas corruptivas.

Enquanto isso não acontece, a dependência financeira dos Municípios continua podendo ser agravada pelos critérios de definição das transferências constitucionais do FPM e do ICMS, principalmente para os pequenos.

No caso do FPM, porque seu valor é definido praticamente com base no tamanho da população, com pouca importância para as diferenças e desigualdades peculiares de cada região, o que pode resultar em dupla penalidade para os Municípios pequenos. A princípio, devido ao seu baixo índice populacional; depois, porque não podem contar com valores adicionais dessa fonte de recursos para fazer face a problemas decorrentes de peculiaridades locais.

Pior do que isso é o critério utilizado para o cálculo dos recursos provenientes da cota-parte do ICMS (25%), porque 75% ou mais do valor dela resultante provém do chamado Índice de Valor Adicionado (IVA) (art. 158, IV, parágrafo único I, da Constituição de 1988)¹⁷⁸. Tal índice consiste no saldo positivo resultante da

¹⁷⁷ HERMANY, op. cit.,

¹⁷⁸ Art. 158. Pertencem aos Municípios: [...] Parágrafo único. As parcelas de receita pertencentes aos Municípios, mencionadas no inciso IV, serão creditadas conforme os seguintes critérios: [...] I - três quartos, no mínimo, na proporção do valor adicionado nas operações relativas à circulação de mercadorias e nas prestações de serviços, realizadas em seus territórios.

diferença entre o produto da soma de todas as saídas e entradas de mercadorias e serviços de transporte e de comunicação no respectivo município, devidamente comprovadas através de notas fiscais. Por conseguinte, como os Municípios pequenos têm baixa movimentação econômica, os valores recebidos dessa fonte de receita ficam bastante prejudicados.

Distorções como essas têm gerado conflitos federativos, com prejuízo para os Municípios, porque cada vez mais recebem atribuições, através do instituto da municipalização de serviços públicos, sem a correspondente contrapartida de recursos financeiros necessários.

Uma forma de administrar essa situação de conflito é recorrer ao princípio federativo, que tem como principal finalidade conciliar as tendências conflituosas, buscando a unidade nas diversidades, sejam elas territoriais, financeiras, religiosas, étnicas, culturais, dentre outras. Ele serve para manter os entes federativos unidos em prol de uma única nação. Trata-se daquilo que Ortolan chama de “solução federativa”¹⁷⁹.

Um exemplo de “solução federativa” é a cooperação entre União, Estados e Municípios, como instrumento capaz de reunir as condições necessárias à redução das diferenças regionais, garantindo desenvolvimento e bem-estar uniforme em todo o território nacional¹⁸⁰.

A própria Constituição de 1988 se encarregou de instituir mecanismos de solução federativa, através da positivação de um extenso rol de competências comuns das três esferas de governo, constante do art. 23 e incisos. Trata-se de adoção do federalismo cooperativo. A regulamentação desse artigo ficou a cargo de Lei Complementar, de acordo com seu parágrafo único. 23 anos depois, essa lei foi editada. Trata-se da Lei Complementar nº 140/2011. Ela estabelece que constitui objetivo fundamental dos três entes federados, no exercício da competência comum, a sintonia das políticas e ações administrativas como forma de prevenir a sobreposição de atuações, evitando os conflitos de atribuições e proporcionando eficiência na atuação na Administração.

Refletindo sobre a importância desse tipo de federalismo, Krell assinala que

¹⁷⁹ ORTOLAN, Marcelo Augusto Biehl. **Relações intergovernamentais e instrumentos de cooperação administrativa na federação brasileira**. 2013. 193 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas) – Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2013, p. 21.

¹⁸⁰ BERCOVICI, Gilberto. **Dilemas do Estado federal brasileiro**. Poro Alegre: Livraria do Advogado, 2004, p. 56.

Nesse ponto, cabe uma reflexão sobre o conceito, a função e o conteúdo de um federalismo cooperativo, que representa um tipo ideal de relações intergovernamentais, baseadas na busca de se compartilhar tarefas de forma que, há uma mistura entre as atividades dos níveis de governo; [...]¹⁸¹

Voltando-se para o caso brasileiro, o autor assegura que a Constituição de 1988 tem outorgado mais poderes à União do que aos demais entes federativos, no entanto acredita que esse problema por si só não prejudica a cooperação federativa, uma vez que distorção como essa ainda é consequência da transição do federalismo dual para o federalismo cooperativo¹⁸².

Uma forma de os entes subnacionais enfrentarem essa desigualdade federativa, principalmente naquilo que diz respeito à falta de recursos para realização de suas políticas públicas, é através da cooperação federativa. Sua finalidade é fomentar o consensualismo necessário para reunir unidades federativas na execução de ações e serviços de interesse da sociedade¹⁸³.

São modalidades de cooperação federativa os consórcios públicos e os convênios de cooperação (art. do art. 241 da Constituição Federal)¹⁸⁴. Ambos são instrumentos jurídicos à disposição dos entes federados para reunião de esforços conjugados na consecução do bem comum. A diferença básica entre um e outro consiste no fato de que, enquanto os consórcios são dotados de personalidade jurídica, os convênios são despersonalizados.

Coube à Lei 11.107/2005¹⁸⁵ a tarefa de regulamentar a citada norma constitucional. Seu conteúdo praticamente se voltou para o estabelecimento dos contornos jurídicos dos consórcios públicos e seu regime jurídico, como instituto detentor de personalidade jurídica, podendo ser de direito público ou de direito privado, celebrado entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios, para

¹⁸¹ KRELL, Andreas Joachin. **Leis de norma gerais, regulamentação do poder executivo e cooperação intergovernamental em tempo de reforma federativa**. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2008, p. 47

¹⁸² KRELL, Andreas Joaquim, O Município, p. 49.

¹⁸³ FERRAZ, Luciano. Consórcios públicos: ensaio sobre a constitucionalidade da Lei 11.107/2005. In: PIRES, Maria Coeli; BARBOSA, Maria Elisa Braz (Coord.). **Consórcios públicos: instrumento do federalismo cooperativo**. Belo Horizonte: Fórum, 2008, p. 64.

¹⁸⁴ Art. 241. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios disciplinarão por meio de lei os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre os entes federados, autorizando a gestão associada de serviços públicos, bem como a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos.

¹⁸⁵ BRASIL. Presidência da República, 2005. Disponível em: www.planalto.gov.br/. Acesso em: 20.05.2017.

execução de objetivos de interesse comum, no que atende ao princípio da solidariedade entre eles.

A modalidade de consórcios públicos mais comuns são os consórcios intermunicipais, formados por um conjunto de Municípios de uma mesma região, ainda que pertencentes a mais de um Estado¹⁸⁶. Eles aumentam o tamanho da esfera de influência da democracia local¹⁸⁷, porque a fiscalização de ações e serviços por eles realizados passa a ser feita por uma comunidade plurilocal, nos termos do Decreto nº 6.017/2007 (art. 2º, II, “a”)¹⁸⁸. Por conseguinte, as políticas públicas que realizam terão um controle social maior, o que amplia a área de atuação do princípio da subsidiariedade na sua dimensão horizontal.

Dessa forma, os consórcios intermunicipais são associações formadas por municípios com a finalidade de realizar ações conjuntas para melhoria da qualidade dos serviços públicos prestados ao conjunto da população plurilocal. Geralmente são setoriais, sendo os mais comuns aqueles relacionados com as ações de tratamento do lixo, saneamento, instalação de infraestrutura de energia elétrica, construção de estradas e atividade relacionadas a políticas públicas de saúde. No entanto nada impede que tenham objetivos de natureza geral, como aqueles que buscam o desenvolvimento de determinada microrregião¹⁸⁹.

No setor da saúde, tem sido mais comum a formação de consórcios intermunicipais no âmbito da assistência da Atenção de Média e Alta Complexidade (MAC), com a finalidade de desenvolver e executar projetos e programas de saúde, aquisição de medicamentos, materiais e equipamentos hospitalares, coleta especializada de resíduos hospitalares, realização de exames laboratoriais, diagnóstico por imagem, ações preventivas, tratamento de doenças complexas como a AIDS, e transplantes de órgãos, dentre outras mais¹⁹⁰. São ações e atividades que a enorme maioria dos municípios brasileiros não consegue executar sozinhos, por

¹⁸⁶ TEIXEIRA, Luciana; MAC DOWELL, Maria Cristina; BUGARIN, Maurício. Consórcios intermunicipais de saúde. **Revista Brasileira de Economia**. Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, jan-jun, 2003. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71402003000100011. Acesso em: 21.05.2017.

¹⁸⁷ KRELL, O município, p. 69.

¹⁸⁸ BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 6.107, de 17 de janeiro de 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6017.htm. Acesso em: 27.10.2016.

¹⁸⁹ KRELL, O município, 70.

¹⁹⁰ ESTADO DO CEARÁ. Consórcios públicos de saúde no Ceará: estratégia para o fortalecimento da regionalização da saúde. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/downloads/category/53-manual-consorcios-publicos-em-saude-no-ceara-?download=96:manual-consorcios-publicos-em-saude-no-ceara>. Acesso em: 25.12.2015.

absoluta falta de recursos (cerca de 83% dos Municípios apresentam receitas próprias inferior a 20% de seus respectivos orçamentos (83%)¹⁹¹. No entanto, quando integrantes de consórcios públicos conseguem prestá-los, senão todos, mas a maioria deles, às suas respectivas comunidades.

Para fazer face às despesas decorrentes de suas atividades, os consórcios intermunicipais de saúde contam com as seguintes fontes de recursos: (i) repasses de verbas orçamentárias dos entes consorciados (no caso, os municípios), através de contrato de rateio¹⁹²; (ii) cobrança de tarifas ou preços públicos pelos serviços públicos prestados; (iii) cobrança pelo uso ou outorga de uso de bens públicos por eles administrados; (iv) repasses de verbas provenientes de convênios, contratos ou acordos de qualquer natureza; (v) recebimentos de auxílios, contribuições e subvenções sociais ou econômicas; e (vi) rendimentos de operações de créditos ou operações financeiras¹⁹³.

De acordo com Teixeira, em 2002, cerca de 40 milhões de brasileiros, ou seja, em torno de um quarto da população nacional, contavam com atendimento em unidades de saúde pertencentes a Municípios consorciados, quase todos com menos de 100 mil habitantes (cerca de 96,9%)¹⁹⁴.

Pelo exposto, pode-se afirmar que os consórcios intermunicipais de saúde (i) são uma excelente ferramenta à disposição dos gestores públicos municipais na execução das ações e serviços de saúde, pois possibilita a ampliação dos recursos financeiros, tecnológicos e humanos à disposição dos Municípios consorciados; (ii) reduzem as desigualdades regionais, fortalecendo a autonomia dos municípios consorciados, principalmente daqueles que não dispõem de receitas próprias suficientes para realizar suas políticas de saúde; (iii) permitem o controle social do sistema, devido à formação de uma comunidade plurilocal; e (iv) são instrumentos

¹⁹¹ FEDERAÇÃO DAS INDÚSTRIAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (FIRJAN). IFDM - Índice Firjan De Desenvolvimento Municipal. EDIÇÃO 2012, ano base 2010. Sistema FIRJAN. Rio de Janeiro, ano 5, 2012. Disponível em <http://www.firjan.org.br/lfdm/versaoimpresa/>. Acesso em: 27.04.2017.

¹⁹² O contrato de rateio (art. 8º, Lei 11.107/2005) é o instrumento jurídico formal através do qual cada ente consorciado (no caso, municípios) se compromete a fazer o repasse de recursos para o consórcio, destinados ao pagamento de suas despesas. Trata-se da fonte de receita mais comum e regular do consórcio. É nesse contrato onde são estabelecidas as responsabilidades econômicas e financeiras de cada consorciado.

¹⁹³ Art. 2º, § 1º, e incisos, da lei 11.107/2004. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2005/lei/l11107.htm. Acesso em: 27.10.2016.

¹⁹⁴ TEIXEIRA, Luciana da Silva. **Ensaio sobre consórcios intermunicipais de saúde: financiamento, comportamento estratégico, incentivos e economia política**. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2007, p. 37.

de aplicação dos princípios federativo, subsidiariedade e solidariedade, pelas razões expostas.

3.3. Responsabilidade Solidária dos Entes Federados nas Políticas de Saúde

A saúde é direito fundamental social (CF/88, art. 6º) de todos e dever do Estado, que deve ser realizada através de políticas sociais e econômicas, com a finalidade de garantir vida digna a todos (CF/88, art. 196). Para tanto, as ações e serviços de saúde devem integrar um sistema único financiado e gerido pelas três esferas de governo (CF/88, art. 198, caput), através de uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada de forma que eles sejam, individual ou coletivamente, responsáveis pelo funcionamento desse sistema.

Para garantir seu funcionamento, a Constituição de 1988 atribuiu aos três entes federados competências comuns (art. 23, II) e competências concorrentes (24, XII). Com aquelas, eles exercem atividades administrativas de forma cumulativa, com a finalidade de assegurar a efetividade e plenitude da saúde pública, pautando-se pelo princípio da predominância do interesse¹⁹⁵, para evitar embates e sobreposições de ações. Com estas, eles exercem atividades legislativas para a defesa da saúde, formando um consórcio legislativo¹⁹⁶.

Há também a competência concorrente, através da qual compete à União estabelecer as normas gerais do sistema de saúde (art. 24, § 1º); aos Estados, suplementar as normas federais (art. 24, § 2º); e aos Municípios legislar sobre as questões de interesse local, podendo resultar na suplementação, no que couber, à legislação federal e estadual (art. 30, I e II). Neste sentido Siqueira assegura que

[...] Dado o robusto rol de atribuições constitucionalmente cometidas às municipalidades em matéria de saúde, a serem adimplidas dentro de um contexto de ampla heterogeneidade das esferas federativas menores, a adaptação das normas federais e estaduais às peculiaridades locais é imperativa. Subtrair dos municípios a faculdade de suplementação de matriz superior à sua realidade, além de ir contra o espírito do art. 30, II, da CF/88,

¹⁹⁵ MORAES, Alexandre de. Competências administrativas e legislativas para vigilância sanitária de alimentos. Disponível em: <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/revistaspge/revista53/competencias.htm>. Acesso em: 27.04.2017.

¹⁹⁶ HORTA, Raul Machado. **Estudos de direito constitucional**. Belo Horizonte: Del Rey, 1995. p. 366.

por certo, contribuiria sobremaneira para tomar letra morta os mandamentos da Lei Maior e da Lei n. 8.080/90 referentes à descentralização do SUS¹⁹⁷.

Dessa forma, quando a defesa da saúde for predominantemente de interesse local, compete ao Município legislar sobre a matéria pertinente¹⁹⁸. Trata-se, pois, da competência municipal de complementar a legislação federal e estadual¹⁹⁹ que dispõe sobre a saúde, com a finalidade de adequá-las às suas peculiaridades locais.

No exercício da competência comum (CF/88, art. 23, II), constitui dever de as três esferas de governo realizarem de forma conjunta e permanentemente todas as ações que forem necessárias para garantir saúde de qualidade para todos²⁰⁰. Com base nesta competência, o Supremo Tribunal Federal (STF) tem entendido que os três entes federados são solidariamente responsáveis pela realização das ações e serviços de saúde. Por conseguinte, qualquer um deles tem legitimidade passiva, podendo ser acionado, individualmente ou em litisconsórcio passivo facultativo, para responder demandas judiciais de saúde²⁰¹.

Asensi discorda dessa jurisprudência. Afirma que não há como confundir competência comum com responsabilidade solidária dos entes federados, porque tanto o legislador constituinte de 1988, como o ordinário que editou a Lei Orgânica da Saúde (LOS - Lei n. 8.080/1990 e Lei 8.142/1990) fixaram competências comuns e exclusivas com a finalidade de garantir “previsibilidade administrativa dos deveres de cada um deles de cada esfera de governo”. Por conseguinte, a competência comum consiste numa ordem aos entes federados para que eles, conjuntamente, garantam a efetivação do direito à saúde, e não para lhes compelir a responder pela obrigação um do outro²⁰².

¹⁹⁷ SIQUEIRA, Cláudia. O município e a saúde: reflexões sobre as balizas impostas pelo ordenamento jurídico vigente para a atuação do poder público local. **Revista de Administração Municipal – Municípios – IBM**, Rio de Janeiro, ano 48, n. 243, p. 12-16, set/out, 2003.

¹⁹⁸ MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito municipal brasileiro**. 11 ed. São Paulo: Malheiros, 2000, p. 132.

¹⁹⁹ BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamento e parâmetros para a atuação judicial. Disponível em: <http://www.conjur.com.br/dl/estudobarroso.pdf>. Acesso em: 08.11.2016.

²⁰⁰ OHLAND, Luciana. A responsabilidade solidária dos entes da federação no fornecimento de medicamentos. **Revista Direitos & Justiça**, Porto Alegre, v. 36, n. 1, p. 29-44.

²⁰¹ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário (RE) nº 480289-RS. Relator: GRAUS, Eros. Publicação DJe de 12 de setembro de 2008. Disponível em: <http://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/14770374/recurso-extraordinario-re-480289-rs-stf>. Acesso em: 16.11.2016.

²⁰² ASENSI, Felipe. Responsabilidade solidária dos entes da federação e “efeitos colaterais no direito à saúde”. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 145-156, nov/2015/fev/2016. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/>. Acesso em: 07.11.2016.

Seguindo a mesma linha, Dresch assegura que considerar competência comum como responsabilidade solidária é analisar literalmente essa questão sob a perspectiva da solidariedade civilista, sem respaldo nas normas da própria Constituição ou da lei que regulamentou o sistema de saúde (Lei 8.080/1990), uma vez que nenhuma delas dispôs sobre a existência dessa responsabilidade na execução de ações e serviços de saúde. Com isso, ele conclui que tal responsabilidade não existe²⁰³.

Não destoando desse entendimento, Franco afirma que todo o regramento do SUS, desde a Constituição, às leis e às normas infralegais, em nenhum momento faz referência à existência de solidariedade entre os entes federados em matéria de saúde, razão pela qual entende que não cabia ao STF exigir esse tipo de responsabilidade. Para ele, fazer diferente só seria possível se a Constituição tivesse remetido a matéria para a lei civil comum (Código Civil), ou que não fez. E se assim tivesse feito, ainda teria que estar previsto em lei ou contrato²⁰⁴.

Segundo essa corrente, cada esfera de governo tem a sua competência estabelecida nos art. 16, 17 e 18 da Lei 8.080/1990, respectivamente, União, Estados e Municípios. Assim é que compete à União a coordenação nacional das políticas públicas de saúde no âmbito do SUS; aos Estados, a direção estadual do sistema; e aos Municípios, a direção local desse sistema. E, quando se tratar da dispensação de medicamentos, devem ser obedecidas as disposições do Decreto Federal de nº 7.508/2011²⁰⁵.

De acordo esse Decreto, cabe à União, através do Ministério da Saúde, dispor sobre a RENAME (Relação Nacional de Medicamentos) e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em âmbito nacional, de conformidade com a diretrizes pactuada pela Comissão Intergestora Tripartite (art. 26). Os Estados, Distrito Federal e Municípios poderão adotar relações específicas complementares de medicamentos, de conformidade com a RENAME, obedecidas as responsabilidades

²⁰³ DRESCH, Renato Luís. Federalismo solidário: a responsabilidade na área da saúde. Disponível em: <http://www.tjmt.jus.br/INTRANET.ARQ/CMS/GrupoPaginas/126/1127/FEDERALISMO-SOLIDARIO-A-RESPONSABILIDADE-DOS-ENTES-FEDERATIVOS-NA-%C3%81REA-DASA-%C3%9ADE.pdf>. Acesso em: 08.11.2016.

²⁰⁴ BRASIL. Advocacia Geral da União. Parecer n. 811/2012. Relator: FRANCO, Luis Felipe Galeazzi 01.07.2012. Disponível em: <http://www.agu.gov.br/page/download/index/id/23472020>. Acesso em: 08.11.2016.

²⁰⁵ BRASIL. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080 de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/>. Acesso em: 11.05.2017.

dos entes pelo financiamento de medicamentos, nos termos do que for pactuado pelas comissões intergestoras (art.27)

No caso específico dos medicamentos, Barroso assegura que nem a Constituição nem a lei dispõem de norma que obrigue seu fornecimento por qualquer dos entes federados. O que existe são inúmeros atos administrativos federais, estaduais e municipais que estabelecem critérios sobre a matéria²⁰⁶. O principal deles é a Portaria nº 3.916/98 do Ministério da Saúde, que disciplina a Política Nacional de Medicamentos²⁰⁷. Ela estabelece que cabe ao Município a definição de medicamentos essenciais, com base na RENAME, voltados para atenção básica²⁰⁸, além daqueles que estejam elencados em seu Plano Municipal de Saúde. Ao Estado, cabe a definição da relação de medicamentos que ele deve adquirir e distribuir, também com base na RENAME, particularmente daqueles de natureza excepcional. Por fim, de acordo com a Portarias do Ministério da Saúde de nº 2.577/GM, de 27 de outubro de 2006²⁰⁹, e a de nº 1.321, de 5 de julho de 2007²¹⁰, cabe à União firmar parceria com Estados e o Distrito Federal, com a finalidade de adquirir e distribuir medicamentos de natureza excepcional.

Ainda de acordo com Barroso, a judicialização para o fornecimento de medicamento só é possível quando o fármaco constar da lista de distribuição da respectiva esfera de governo e não tiver em estoque. Nesse caso, as pessoas carentes podem acionar na Justiça, de forma individualizada e específica, aquele ente que deixar faltar em seu estoque medicamentos constante de sua respectiva lista de distribuição gratuita²¹¹. Em outras palavras, para o autor, nenhum dos três entes federados tem o dever legal de adquirir e fornecer medicamentos que não estejam de acordo com suas respectivas listas.

²⁰⁶ BARROSO, Da falta de efetividade, op. cit.

²⁰⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.916/ GM, de 30 de outubro de 1996. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, 10 de novembro de 1998. Disponível em: [http:// bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html). Acesso em: 08.11.2016

²⁰⁸ São 92 itens que compõem o rol de medicamentos essenciais destinados à atenção básica. São medicamentos essenciais, de acordo com a OMS, aqueles necessários à satisfação das necessidades de saúde prioritárias da população, e como tais devem estar à disposição a qualquer tempo.

²⁰⁹ BRASIL. Portaria nº 2.577, de 27 de outubro de 26 de novembro de 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/>. Acesso em: 11.05.2017.

²¹⁰ BRASIL. Portaria nº 1.321, de 5 de julho de 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/>. Acesso em: 11.05.2017.

²¹¹ BARROSO, Da falta de efetividade, op. cit..

Assim sendo, para essa doutrina, a solidariedade dos entes federados para efetivação de ações e serviços de saúde decorre de uma criação jurisprudencial sem respaldo legal. Sua reiteração pode levar ao comprometimento das possibilidades financeiras de cada uma das esferas de governo investir em saúde, porque compelida a realizar ações e serviços de saúde que não sejam da sua atribuição, resultando no comprometimento daquelas que o são, pelo dispêndio de recursos indevidos.

Essa doutrina comporta algumas reflexões, especialmente naquilo que diz respeito ao seu alinhamento com o espírito da Constituição, a partir da análise de situações fáticas que podem ser facilmente comprovadas no dia a dia. Duas são bastantes.

Na primeira delas, toma-se por base o caso de uma pessoa que está necessitando de receber determinado medicamento e não tem recursos para comprá-lo. Ela bate na porta do Município, que informa não poder atendê-la porque se trata de fármaco excepcional, e com tal, constante da lista de medicamento de dispensação gratuita da União. Acontece que ela mora numa pequena cidade, onde não existe unidade do órgão federal competente. Aí ela vai à Defensoria Pública estadual para judicializar a sua pretensão. Lá recebe a informação de que somente a Defensoria Pública da União pode ajuizar aquela demanda. No entanto a cidade que ela mora dista cerca de 200km de onde existe representante desse órgão. Com todas essas dificuldades, o cidadão morre por falta daquela medicação.

A outra situação acontece com uma pessoa portadora de uma doença rara, que necessita de uma determinada medicação que não consta da lista de nenhuma das três esferas de governo. Supondo que ela mora numa cidade que dispõe de órgãos de saúde dos três governos, ela vai em todos eles e recebe a mesma resposta: sua pretensão não pode ser atendida porque aquele fármaco não consta das listas de distribuição gratuita de medicamentos. Assim sendo, só lhe resta procurar o Judiciário, através da Defensoria Pública, que ajuíza a ação. Mas o juiz, com base na doutrina em análise, extingue o feito sem resolução de mérito, por falta de interesse de agir, porque aquela medicação está fora das listas RENAME, não devendo o Estado ser compelido a fornecê-lo. Resultado, o cidadão morre justamente por falta daquela medicação.

Diante dessas circunstâncias, é de se perguntar, onde está o dever constitucional do Estado de garantir saúde de qualidade (art. 196)? E se ela é direito de todos, por que aquele cidadão carente foi entregue à sua própria sorte?

Aí vem a doutrina analisada e diz que não há nada de errado nisso, porque em ambos os casos o conjunto de opções legislativas e administrativas existente foi devidamente respeitado, não sendo o caso de invocar a tutela jurisdicional²¹²

Tudo bem. Mas onde está a garantir do direito à vida e a dignidade da pessoa humana? Todos vão responder que está na Constituição, respectivamente, nos artigos 5º (é garantido a todos a inviolabilidade do direito à vida) e art. 1º, inciso III (constitui fundamento do Estado Democrático de Direito a dignidade da pessoa humana). No entanto nada disso tem a ver com a responsabilidade solidária dos entes federados em matéria de saúde, por falta de norma que estabeleça essa ligação.

Será que, ao se negar direito a saúde, não se está negando o direito à própria vida?

A resposta a essa pergunta é dada pelo próprio STF, para quem “o direito à saúde – além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas – representa consequência constitucional indissociável do direito à vida”²¹³.

Uma outra forma de responder à indagação acima parecer está na própria autoaplicabilidade dos direitos e garantias fundamentais (art. 5º, § 2º da Constituição). Por conseguinte, não se deve olvidar que o principal dever estatal no Estado Democrático de Direito é garantir efetividade aos direitos fundamentais, em cujo mandamento nuclear²¹⁴ está a dignidade da pessoa humana.

Nessa perspectiva, não parece razoável buscar abrigo no Código Civil ou na própria lei como justificativa, para negar efetivação ao direito fundamental à saúde. Pensar diferente é pensar no modelo de Estado liberal, onde a lei civil não devia satisfação à Constituição, que se limitava às questões relativas à estrutura do Estado e divisão dos poderes.

²¹² BARROSO, A falta de efetividade, op. cit.

²¹³ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário nº RE 271.286-AgR, Relator: MELLO, Celso de. Publicado no Diário Oficial de União de 24 de novembro de 2000. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=335538>. Acesso em: 09.11.2016.

²¹⁴ MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Curso de Direito Administrativo**. 20 ed. São Paulo: Malheiros, 2005, p. 902.

A propósito, Sarlet e Molinaro asseguram que “[...] a lógica que fundamenta essa posição [responsabilidade solidária] há de permanecer: a efetivação fática dos direitos fundamentais e reconhecimento da primazia da pessoa humana”²¹⁵.

É possível ainda que a responsabilização solidária dos entes federativos de garantirem a proteção da saúde das pessoas necessitadas decorra do próprio modelo de federalismo adotado pelo Estado brasileiro, estabelecido no art. 23, inciso II, da Constituição, onde consta que é da competência comum da União, Estados, Distrito Federal e Municípios cuidar da saúde. Trata-se, pois, do federalismo cooperativo.

A grande vantagem desse modelo de federalismo consiste na atuação conjunta dos três entes federativos para consecução do fim comum. O problema é que isso pode gerar um conflito de atribuições, seja pela superposição de ações, seja pela negativa geral de atuação deles, onde cada um alega não ser sua aquela atribuição. No primeiro caso, acontece o chamado conflito positivo de competência; no segundo, o conflito negativo. Tanto num caso como no outro, pode resultar em prejuízo na efetividade das ações e serviços de saúde²¹⁶. Naquele, devido ao desperdício de recursos, tanto financeiros como humanos, os quais poderão faltar para outras políticas públicas; neste, pela omissão da máquina pública como um todo.

Outro tipo de federalismo é o dual, onde cada ente federado tem sua competência própria, previamente estabelecida na Constituição através de um critério linear de distribuição de competência. Ou ela é privativa ou é exclusiva. Não há competência comum. É privativa quando enumerada como sendo própria de determinado ente federado (CF/88, art. 22). É exclusiva, quando atribuída com exclusividade a determinado ente, excluindo os demais (CF/88, art. 21). A diferença fundamental entre elas é que a privativa pode ser delegada, enquanto que a exclusiva não pode.

Esse modelo de federalismo apresenta vantagens e desvantagens. A grande vantagem é evitar os conflitos existentes no federalismo cooperativo, porque cada

²¹⁵ SARLET, Ingo Wolfgang; MOLINARO, Carlos Alberto. **Democracia – separação e poderes – eficácia do direito à saúde no judiciário brasileiro – observatório do direito à saúde**. Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, p. 81.

²¹⁶ SILVA, Marina Fernanda de Carlos Flores da. Importância de delimitação de atribuições e fim de garantir maior efetividade na prestação de serviços definitivos como de competência comum. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2015. Disponível em: http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASS-DIREITO_A_SAUDE-ART_24.pdf. Acesso em: 08.11.2016.

ente sabe muito bem o que é e o que não é da sua competência. A grande desvantagem é a impossibilidade de ajuda mútua entre eles. Cada um age por si.

A adoção do federalismo dual em matéria de saúde no Brasil provavelmente teria efeitos desastrosos, porque não se levaria em consideração as dimensões continentais nem as desigualdades regionais que lhes são peculiares. Isso poderia resultar em enormes prejuízos para a população carente das regiões mais pobres. Seria negar aplicação aos princípios da igualdade e da solidariedade.

Dessa forma, parece estar claro que a Constituição de 1988, ao atribuir competência comum aos três entes federados para cuidar da saúde (art. 23, II), adotou o federalismo cooperativo, o que justifica a responsabilização solidária deles na efetivação do direito fundamental à saúde.

Esse é o entendimento de Melo e Schultze, para quem

[...] o Brasil possui um modelo [...] cooperativo solidário entre União, estados, município e Distrito Federal como entidades da indissolúvel República Federativa, para a consecução de suas finalidades, seus objetivos, seus princípios e para **a garantia a efetivação dos direitos do cidadão**²¹⁷. (Grifo nosso)

Trata-se de doutrina que vem ao encontro da jurisprudência do STF, reforçando o entendimento de que as três esferas de governo são solidariamente responsáveis pela efetivação do direito fundamental à saúde, aí incluindo a possibilidade de que cada uma delas seja compelida em juízo a fornecer medicamentos de alto custo, ainda que não estejam compreendidos nas listas de distribuição gratuita, e até mesmo, dependendo do caso, daqueles que não tem registro na ANVISA. Com isso, o cidadão carente está legitimado a acionar qualquer uma das três esferas de governo, isoladamente, em litisconsórcio passivo facultativo, ou até mesmo de forma individualizada e simultaneamente.

Como o Município é a esfera de governo que está mais próximo do cidadão, o que facilita sobremaneira o cumprimento das notificações e determinações judiciais a ele destinadas, acaba sendo a que mais sofre com os impactos financeiros decorrentes da responsabilidade solidária na execução de ações e serviços de

²¹⁷ MELO, Milena Petters; SCHULTZE, Felipe Gabriel. O federalismo no sistema constitucional brasileiro. Disponível em: <http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/federalismo.pdf>. Acesso em: 09.11.2016.

saúde, diante do Judiciário, principalmente para fornecer medicamentos²¹⁸. Uma consequência direta dessa dinâmica pode ser o redirecionamento de recursos antes destinados ao atendimento de outras políticas públicas para atender a demandas de saúde, com prejuízo daquelas.

Uma forma de amenizar os efeitos desse problema é distribuir a responsabilidade dos gastos realizados pelo Município com os demais entes federados, de maneira que União e Estados devem ser obrigados a ressarcir-lo na proporção de 1/3 do valor despendido para cada um deles. No caso disso não resolvido na esfera administrativa, ao Município deve ser dado o direito de ação judicial de regresso em face deles.

Todavia, esse não tem sido o entendimento adotado por alguns tribunais. A propósito, o Tribunal Regional da 2ª Região (TRF-2) decidiu que

[...] há uma conjugação articulada e racional de esforços e iniciativas entre os entes federativos, tendo sido adotado pelo ordenamento jurídico o sistema de repasse de verbas aos Estados, Distrito Federal e Municípios, levando em consideração sobretudo as suas despesas e necessidades, segundo critérios estabelecidos pelo artigo 35, da Lei nº 8.080/90", sendo concluído que "a obrigação da União é, prioritariamente, de repasse de recursos e, portanto, presume-se que os recursos destinados à aquisição dos medicamentos já foram repassados ao Município", não cabendo "a pretensão de ressarcimento aos demais, na medida em que o valor desembolsado encontra-se diluído no próprio sistema de repasse de recursos financeiros"²¹⁹.

No mesmo sentido, o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro decidiu que "[...] Ação de regresso do Município em face do Estado. [...]. Impossibilidade de ressarcimento de valores gastos com o fornecimento de medicamentos, eis que os recursos destinados à aquisição dos medicamentos já foram repassados"²²⁰.

Não destoando dessa matriz jurisprudencial que parece estar se sedimentando, o Tribunal Regional Federal da 4ª Região decidiu que

²¹⁸ CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS (CNM). Judicialização da saúde: cresce esse tipo de medida principalmente para acesso a medicamentos. Disponível em: <http://www.cnm.org.br/comunicacao/noticias/judicializa%C3%A7%C3%A3o-da-sa%C3%BAde-cresce-esse-tipo-de-medida-principalmente-para-acesso-a-medicamentos>. Acesso em: 29.04.2017.

²¹⁹ BRSIL. Tribunal Regional Federação da 2ª Região. Apelação Cível n. AC 200651130006142. Relator: LIMA, Vera Lúcia. Publicado no Diário da Justiça de 06 de agosto de 2014. Disponível em: <http://trf-2.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/25239983/ac-apelacao-civel-ac-200651130006142-trf2>. Acesso em: 09.11.2016.

²²⁰ ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 0003392-10.2010.8.19.0028, Relator: MOREIRA, Gilberto Dutra. Publicado Diário da Justiça de 26 de setembro de 2013. Disponível em: <http://tj-rj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/380569067/apelacao-reexame-necessario-reex-33921020108190028-rio-de-janeiro-macae-1-vara-civel>. Acesso em: 09.11.2016.

Em ação de fornecimento de medicamentos, a repartição/ressarcimento dos valores da aquisição do medicamento entre União e o Estado, réus solidários, deverá ser procedida administrativamente, haja vista ser medida de cunho administrativo que não deve ser resolvido na esfera judicial, mas na executiva²²¹.

Do exposto, parece que quem acaba arcando mesmo com a maior parte do ônus da responsabilidade solidária, decorrente de decisões judiciais, para efetivação de ações e serviços de saúde, é o Município²²², por, pelo menos, duas razões. A primeira decorre de sua proximidade com cidadão, o que facilita a tramitação processual e o cumprimento das respectivas decisões judiciais. A segunda decorre da falta de entendimento no sentido de que ele tem o direito de regresso perante os demais entes federados pelo que despendeu para atender a essas demandas.

3.4. Orçamento Municipal e Políticas Públicas de Saúde

A efetivação de qualquer direito fundamental requer dispêndio de recursos financeiros públicos, inclusive aqueles ligados à liberdade, também chamados de direitos de primeira geração (civis e políticos). É isso que acontece, por exemplo, com o direito de propriedade, cuja garantia de exercício por seu titular depende de política de segurança pública, que custa caro aos cofres públicos. A gestão desses recursos é feita através de um instrumento de controle das receitas e despesas públicas chamado de orçamento público, peça legal e fundamental à transparência do fluxo financeiro estatal, desde a elaboração da proposta orçamentária até a completa aplicação dos recursos na realização das políticas públicas correspondentes. Por isso, ele se tornou um instrumento imprescindível à democracia e a prevenção e combate das patologias corruptivas.

O orçamento é um instrumento de organização financeira de qualquer pessoa, natural ou jurídica, porque reúne ao mesmo tempo previsões de receitas e despesas para um determinado período de tempo. Sua versão mais simples é o orçamento

²²¹ BRASIL. Tribunal Regional Federal da 4ª Região. Agravo de Instrumento n. AG 504475783201640000 5044757-83.2016.404.0000. Relator: PEREIRA, Ricardo Teixeira do Vale. Publicado no Diário Oficial de 14 de outubro de 2016. Disponível em: <http://trf-4.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/394994239/agravo-de-instrumento-ag-504475783201640000-5044757-83201640000>. Acesso em: 10.11.2016.

²²² ASSOCIAÇÃO DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA DE PESQUISA (INTERFARMA). Judicialização da saúde na prática. São Paulo, 2016. Disponível em: <http://www.interfarma.org.br/uploads/biblioteca/102-caderno-judicializacao-jul2016-site.pdf>. Acesso em: 09.11.2016.

doméstico (individual ou familiar), e a mais completa, o orçamento estatal, porque envolve atividades complexas, como a arrecadação de tributos e despesas dos poderes públicos, fundos, órgãos e entidades da administração direta e indireta (Lei 4.320/1964, art. 3º)²²³.

Quanto à titularidade, o orçamento pode ser público ou privado. O privado é aquele que tem por finalidade identificar e utilizar os meios necessários para que as receitas obtidas superem as despesas realizadas, porque as atividades que o envolvem têm por objetivo final a obtenção de lucro. O orçamento público, por sua vez, é uma peça jurídica, porque requer a aprovação do poder Legislativo e dispõe sobre a atividade financeira do Estado (receitas e despesas), com a finalidade de satisfazer as necessidades da coletividade²²⁴.

De acordo com a Lei 4.320/1964²²⁵, o orçamento público é um documento legal composto de previsões de receitas tributárias e não tributárias e da estimativa de despesas, com base na política econômico-financeira e o programa de governo, a ser realizado por uma das esferas estatais durante um determinado exercício fiscal, que coincide com o ano civil.

Pires e Motta informam que o orçamento público teve sua origem remota na Inglaterra, em 1215, com a *Magna Carta*, assinada pelo Rei João Sem-Terra (*John Laberatum*), em cujo art. 12 fez constar que “Nenhum tributo ou auxílio será instituído no Reino, senão pelo seu conselho comum [...]”. A princípio, essa vedação beneficiava apenas os barões. Posteriormente, ela foi estendida a todos os homens, a partir da Declaração de Direitos *Bill of Rights*, de 1689, uma decorrência política da Revolução Gloriosa (1688-1689). Esse documento estabelecia que nenhum homem poderia ser compelido a fazer doação, empréstimo e caridade, ou pagar imposto, sem autorização expressa em Lei do Parlamento²²⁶.

Até aqui não existia nada que dispusesse sobre orçamento público, apenas limitação ao poder de tributar do governo. A ideia era a de que a instituição de

²²³ BRASIL. Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964. Estatui normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Disponível em: www.planalto.gov.br/. Acesso em: 12.12.2016.

²²⁴ KASHIWAKURA, Helder Kiyoshi. PRÊMIO STN DE MONOGRAFIA, 2, 1997, Rio de Janeiro, Ministério da Fazenda, Escola de Administração Fazendária, 1997, p. 7.

²²⁵ BRASIL. Lei nº 4.320, op. cit. Acesso em: 11.05.2017.

²²⁶ PIRES, José Santos Dal Bem; MOTTA, Walmir Francelino. A evolução do orçamento público e sua importância para a sociedade. *Enfoque Reflexão Contábil*, v. 25, n. 2, p. 16-25, maio-ago, 2008. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/Enfoque/article/view/3491/3158>. Acesso em: 30.04.2017.

tributos só seria possível mediante prévio consentimento dos representantes da sociedade, na figura do Parlamento²²⁷.

Somente em 1706, através da Resolução n. 66, foram definidos os contornos do sistema de receitas e despesas do governo inglês, com a adoção de duas regras fundamentais. A primeira estabelecia que as finanças públicas ficariam a cargo do governo, que formularia a proposta de receitas e despesas; a segunda, a cargo do Parlamento, que passou a ter poderes de aprovação, redução e rejeição dessa proposta, bem ainda como fiscalizar e controlar os atos de arrecadação e realização das despesas autorizadas²²⁸.

Na França, com a aprovação da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, pela Assembleia Nacional, em decorrência da Revolução Francesa, de 1789, ficou estabelecido que somente os representantes do povo tinham competência para aprovar impostos²²⁹, que deveriam ser pagos por todos os cidadãos, independentemente de classe social, na medida da capacidade contributiva de cada um²³⁰. A Constituição decorrente, de 1791, estabeleceu que cabia ao Parlamento autorizar previamente a obtenção de receitas do governo.

Dessa forma, os franceses, assim como os ingleses, se preocuparam, inicialmente, apenas com as receitas²³¹, por uma razão muito simples: a cobrança de tributos recaía diretamente sobre o patrimônio privado do cidadão, afetando o sagrado direito de propriedade. Somente em 1831, essa preocupação foi estendida para o controle das despesas públicas, através do estabelecimento de um limite de gasto para os ministros. Ficou estabelecido que cada ministro não podia gastar mais do que os recursos recebidos por sua respectiva pasta²³².

O grande legado dos franceses para o orçamento público atual foi a instituição de quatro princípios básicos: (i) princípio da anualidade; (ii) princípio da anterioridade; (iii) princípio da universalidade; e (iv) princípio da não-afetação das receitas. Pelo princípio da anualidade, o orçamento deverá ser elaborado e aprovado para o período de um ano. Para atender à anterioridade, o orçamento

²²⁷ ASSIS, Luiz Gustavo Bambini de. **Processo legislativo e orçamento público: a função de controle do Parlamento**. 2009. 199 f. Tese (Doutorado em Direito). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009, p. 172.

²²⁸ PIRES; MOTTA, op. cit.

²²⁹ GICOMONI, James. **Orçamento público**. São Paulo: Atlas, 2007, p. 47.

²³⁰ LAMBERTI, José Renato de Paula. **Finanças e orçamento público**. Maringá: CESUMAR, 2012, p. 54.

²³¹ GICOMONI, op. cit., p. 47.

²³² PIRES; MOTTA, op. cit.

deverá ser aprovado no ano anterior à sua execução. Através da universalidade, o orçamento deverá conter a discriminação bem detalhada das receitas e despesas com as quais o Estado deve contar para o ano seguinte. Por fim, em atenção ao princípio da não-afetação das receitas, o Estado não deve vincular suas receitas a objetivos específicos²³³.

A Lei Orçamentária Anual brasileira acolheu integralmente os três primeiros princípios e parcialmente o da não-afetação de receitas. Este é o caso das receitas que compõem os fundos constitucionais, como o Fundo de Participação dos Estados (FPE) e Fundo de Participação dos Municípios (FPM). Ambos decorrem da vinculação parcial das receitas do IR e IPI, nos termos dos arts. 157, incisos I e II; 158, incisos I e II; 198, § 3º, inciso II; e 212 da Constituição de 1988.

A história do orçamento público brasileiro remonta à Inconfidência Mineira, movimento social importante da história nacional, ocorrido em 1789, na região de Minas Gerais, durante o Ciclo do Ouro. O ponto de partida foi a revolta da elite brasileira (intelectuais, fazendeiros e proprietários de minas) com a disposição tributária da Coroa portuguesa. Os objetivos foram, em primeiro lugar, limitar seu poder de tributar; depois, os ideais de liberdade, inspirados nas conquistas da burguesia francesa, de 1789²³⁴.

A Constituição de 1824 tratou do tema em seu art. 102, XIII, atribuindo competência ao Poder Executivo para “Decretar a aplicação dos rendimentos destinados pela Assembleia aos vários ramos da publica Administração”, e à Assembleia Geral – órgão do Poder Legislativo - a competência para “Fixar anualmente as despesas públicas, e repartir as contribuições diretas” (art. 15, X). Ou seja, coube ao Poder Executivo elaborar a proposta orçamentária, e ao Poder Legislativo a sua aprovação²³⁵.

A Constituição de 1891 alterou as competências para elaboração e aprovação do orçamento público, bem ainda como a tomada de contas do Executivo (art. 34). Todas elas passaram para competência privativa do Congresso Nacional, com auxílio de um Tribunal de Contas (art. 39). Cabia à Câmara a iniciativa da lei orçamentária. No entanto, na prática, ela sempre foi proveniente do Ministério da Fazenda. Esse procedimento foi alterado com a aprovação do Código de

²³³ SABBAG, César. **Orçamento e desenvolvimento**. Campinas: Millennium, 2007, p. 9.

²³⁴ BRASIL. Senado Federal. Especial cidadania: orçamento público. Brasília: Senado Federal, 2008.

²³⁵ BRASIL. Constituição (1824). Constituição do Império do Brazil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao24.htm. Acesso em: 30.04.2017.

Contabilidade da União, através do Decreto Legislativo de nº 4.536/1922²³⁶. De acordo com ele, coube ao Legislativo elaborar a lei orçamentária com base nas informações fornecidas pelo Executivo²³⁷.

Na Constituição de 1934, o orçamento público foi tratado em seção própria, composta por um único artigo (art. 50), com cinco incisos. Cabia ao Presidente da República enviar a proposta orçamentária para a Câmara dos Deputados, a quem competia votar o orçamento anual das receitas e despesas do governo. Cabia ainda ao Legislativo o julgamento das contas do Executivo, com o auxílio do Tribunal de Contas (art. 40, alínea c)²³⁸.

A Constituição de 1937 atribuiu ao Departamento Administrativo, órgão ligado diretamente ao Presidente da República, a competência para elaboração da proposta orçamentária. À Câmara dos Deputados e ao Conselho Federal, órgão que substituiu o Senado, então extinto, restou a competência para votar essa proposta. Por se tratar de Constituição ditatorial (Estado Novo), foi retirada do Legislativo a competência para fiscalizar as contas do governo. Em 1943, ele perdeu também a competência para dispor, de qualquer forma, sobre o orçamento do Plano de Obras e Equipamentos, no que passou a ser uma espécie de orçamento paralelo de capital, da competência exclusiva do Executivo²³⁹.

Com a Constituição de 1946 e o retorno da democracia, o Legislativo recuperou a competência para aprovar a proposta de orçamento enviada pelo Executivo e também a de fiscalizar as contas do governo, com o auxílio do Tribunal de Contas, e ainda ganhou competência para fazer emendas à proposta orçamentária²⁴⁰.

²³⁶ BRASIL. Decreto Legislativo nº 4.536, de 28 de janeiro de 1922. Organiza o Código de contabilidade da União. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/>. Acesso em: 01.05.2017.

²³⁷ GONTIJO, Vander. Orçamento Brasil: evolução histórica no Brasil. Curso sobre processo orçamentário. Câmara do Deputados. Brasília, 2004. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/orcamentobrasil/cidadao/entenda/cursopo/HistoricoBrasil>. Acesso em: 11.11.2016op. cit.

²³⁸ COLAÇO, Jean Renato. O Orçamento público como instrumento de planejamento. 2014. 35 f. Monografia (Bacharel em Direito). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.

²³⁹ GONTIJO, Vander. Orçamento Brasil: evolução histórica no Brasil. Curso sobre processo orçamentário. Câmara do Deputados. Brasília, 2004. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/orcamentobrasil/cidadao/entenda/cursopo/HistoricoBrasil>. Acesso em: 11.11.2016op. cit.

²⁴⁰ FERREIRA, Cleidiane de Oliveira; ANJOS, Eleonora Rachid de Carvalho dos; TRINDADE, José Raimundo Barreto. Execução do Planejamento – construção do restaurante popular constante do anexo de metas da LDO 2014 em Parauapebas-PA. Disponível em: http://www.aedmoodle.ufpa.br/pluginfile.php?file=%2F203161%2Fmod_forum%2Fattachment%2F308541%2FARTIGO%20CIENTIFICO%20POS%20UFPA1.doc. Acesso em: 30.04.2017.

A Constituição de 1967, adequada aos objetivos da Ditadura Militar iniciada em 1964, atribuiu ao Presidente da República a competência exclusiva de iniciativa das leis orçamentárias (art. 67) e retirou do Poder Legislativo as prerrogativas de deliberar sobre emendas ao orçamento (art. 67, § 1º). Restou a este poder a competência de aprovar o projeto de lei orçamentária proveniente do Executivo, num prazo de até quatro meses, a contar de seu recebimento, sob pena de ser promulgado como lei por decurso de prazo (art. 68), numa verdadeira usurpação da função legislativa²⁴¹.

A Constituição de 1988 selou o retorno da democracia, depois de um período de vinte anos de Ditadura Militar. Ela, além de restabelecer a competência de o Legislativo propor emendas à proposta de lei orçamentária, instituiu o controle dos gastos públicos, a cargo do Tribunal de Contas da União, com a finalidade de promover a efetiva fiscalização contábil, financeira e orçamentária das renúncias de receitas²⁴², e estabeleceu ainda a obrigatoriedade de elaboração de demonstrativo regionalizado dos efeitos decorrentes das concessões de benefícios fiscais, financeiros e creditícios (art. 165, § 6º).

São duas inovações importantíssimas de controle orçamentário e de transparência da gestão pública, principalmente a segunda delas (demonstrativo), na opinião de Henriques, para quem

é [...] o mais importante do ordenamento jurídico brasileiro no que se refere ao regime jurídico do gasto tributário. Esse mandamento determina que o projeto de lei orçamentária seja acompanhado de um demonstrativo regionalizado, no qual devem ser discriminados os “efeitos” decorrentes de benefícios fiscais, financeiros e creditícios²⁴³.

Por outro lado, naquilo que diz respeito à operacionalização do orçamento, Meirelles entende que

A Constituição de 1988 criou um verdadeiro sistema orçamentário ao prever a edição de uma lei do plano plurianual, lei de diretrizes orçamentárias e lei do orçamento anual, todos atos normativos que, de forma hierarquizada, se

²⁴¹ FARIA, Rodrigo Oliveira de. **Natureza jurídica do orçamento e flexibilidade orçamentária**. 2009. 288 f. Dissertação (Mestrado em Direito), Faculdade de Direito de São Paulo, São Paulo, 2009, p. 24

²⁴² Renúncia de receita não é a mesma coisa de renúncia de receita fiscal ou despesa fiscal. Trata-se do efeito financeiro decorrente da concessão de benefícios fiscais. HENRIQUES, op. cit., 69-70.

²⁴³ HENRIQUES, Elcio Fiori. **O regime jurídico do gasto tributário no direito brasileiro**. 2009, p. 221 f. Dissertação. (Departamento de Direito Econômico e Financeiro). Mestrado – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009, p. 69.

interligam com objetivos de dotar o setor público de um processo de planejamento orçamentário que espelhe um plano de governo racional de longo, médio e curto prazo (art. 165 e 166)²⁴⁴

No âmbito local, agora como ente federativo, a partir da Constituição de 1988, o Município passou a ter seu próprio orçamento, com observância desse sistema orçamentário, no que dispõe sobre as normas gerais do orçamento público, quanto ao exercício financeiro, a vigência, prazos, elaboração e organização do plano plurianual, da lei de diretrizes orçamentárias e da lei orçamentária anual, na conformidade com o art. 24, I, e II, e § 1º, c/c os artigos 163, I, e 165, § 9º da Constituição Federal²⁴⁵.

Portanto, para realização de suas políticas públicas, o Município dispõe de competência para, sem interferência dos demais entes federados, editar suas próprias leis orçamentárias: (i) plano plurianual (PPA) (art. 165, § 1º); (ii) Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) (art. 165, § 2º); e (iii) Lei Orçamentária Anual (LOA) (art. 165, § 5º). São instrumentos jurídicos dispostos de forma hierarquizada e interligada, que têm a finalidade de proporcionar à administração pública local um processo de planejamento orçamentário que lhe forneça as informações necessárias ao plano de governo a longo, médio e curto prazos, respectivamente. Todas as propostas são elaboradas pelo Executivo local e remetidas para discussão, votação e aprovação pela Câmara Municipal, que também tem competência para propor e votar emendas ao orçamento.

Outra importante inovação trazida pela Constituição de 1988 foi a criação do orçamento do sistema da seguridade social, destinado a assegurar o direito à saúde, à previdência e à assistência social, financiado por toda a sociedade, direto ou indiretamente, mediante recursos oriundos do orçamento da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e de contribuições sociais (art. 195, *caput*). As receitas a ele destinadas constam dos orçamentos dessas três esferas de governo, no entanto não integram o orçamento da União (art. 195, § 1º). Por essa razão, a elaboração do orçamento desse sistema deve ser feita pelos órgãos que representam a saúde, a previdência social e a assistência social, com a finalidade de atender a prioridades e metas definidas na lei de diretrizes orçamentárias (art. 195, §§ 1º e 2º)²⁴⁶.

²⁴⁴ MEIRELLES, op. cit, p. 221.

²⁴⁵ Ibidem

²⁴⁶ BRASIL Constituição (1988). República Federativa do Brasil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/>. Acesso em: 23.12.2016.

Essa inovação foi fundamental para dotar o Estado dos recursos financeiros imprescindíveis para que ele se desincumbia de seu dever de realizar ações e serviços públicos de saúde de qualidade para todos (art. 196), através da ação conjunta das três esferas de governo.

Ao longo da primeira metade do século XX, o direito à saúde basicamente era destinado para o atendimento de dois objetivos: (i) enfrentamento estatal de situações emergenciais, geralmente sem prévia conscientização da população, inclusive com o concurso de força policial para enfrentar eventuais resistências, no que resultou na chamada “Revolta da Vacina”, em 1904. O alvo dessas intervenções era o combate de epidemias, a exemplo das campanhas de enfrentamento da febre amarela e da varíola, no início do século XX; e (ii) preservação da integridade física do trabalhador, como forma de evitar queda na força produtiva do país²⁴⁷, através das Caixas de Aposentadorias e Pensões, criadas a partir da chamada Lei Eloy Chaves, de 1923 (Decreto 4.682, de 24 de janeiro de 1923)²⁴⁸, limitadas a algumas categorias, como os Marítimos (1933), Comerciantes (1934) e Industriários (1934); posteriores transformados em Institutos de Aposentadoria e Pensões, extensivos a várias categorias de trabalhadores, durante a era Vargas.

Durante a Ditadura Militar, o sistema de saúde esteve nas mãos da iniciativa privada, porém com o financiamento estatal. Enquanto isso, a saúde pública foi praticamente esvaziada, tendo seus recursos sido deslocamentos do Ministério da Saúde para o orçamento dos ministérios militares, dos transportes e da indústria e comércio, em nome da política e da “segurança e desenvolvimento”. Esse sistema foi montado sobre o tripé formado pelo (i) setor público como seu financiador, através da Previdência Social; (ii) setor privado nacional como sendo o maior prestador de serviços de assistência médica; e (iii) o setor privado internacional como o grande fornecedor de insumos, principalmente de equipamentos médicos e produtos farmacêuticos²⁴⁹.

Nesse período, as ações e serviços públicos de saúde eram de responsabilidade do Ministério da Saúde, e se restringiam ao desenvolvimento de

²⁴⁷ PIVETTA, Saulo Lindorfer. **Direito fundamental à saúde: regime jurídico, políticas públicas e controle judicial**. São Paulo: Revista do Tribunais, 2014, p. 117.

²⁴⁸ BRASIL. Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF - Seção 1 - 13/4/1923, Página 10859. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4682-24-janeiro-1923-538815-norma-pe.html>. Acesso em: 23.12.2015.

²⁴⁹ MARINHO, Thamires. Saúde pública: uma perversa herança da ditadura militar. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/thamiresmarinho37/sade-pblica-no-perodo-militar>. Acesso em: 12.05.2017.

atividades voltadas para promoção de saúde e prevenção de doenças, através, principalmente, de campanhas de vacinação. Neste particular, a saúde pública tinha caráter universal, porque destinada a todos, mas a assistência médico-hospitalar pública se destinava ao tratamento de um rol de poucas doenças. No mais, a assistência médico-hospitalar se destinava aos trabalhadores formais (com carteira assinada), através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), ou para quem podia pagar pelo serviço prestado em clínicas privadas e consultórios. Aos que estavam fora dessas duas classes (pobres e miseráveis), restavam a caridade e a filantropia, através das Santas Casas²⁵⁰.

Com essas políticas, o Estado brasileiro de então focava sua atenção na doença, não na saúde. Adotava, por conseguinte, o conceito de saúde como ausência de doença, visão essa ultrapassada desde 1948, a partir da Organização Mundial de Saúde (OMS), para quem “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de saúde”²⁵¹.

Esse conceito foi adotado pela Constituição de 1988, em seu art. 196, ao reconhecer a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido através de políticas sociais e econômicas com a finalidade de reduzir o risco de doenças e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços públicos suficientes para sua promoção, proteção e recuperação. Para tanto, foi criado o Sistema Único de Saúde, com a finalidade de ser o “plano de saúde” de todos os brasileiros.

A estratégia adotada para operacionalizar esse sistema foi transferir para os Municípios a responsabilidade e os recursos necessários para exercerem com plenitude os papéis de “coordenação, articulação, planejamento, negociação, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria de saúde local, controlando os recursos financeiros, as ações e os serviços prestados no âmbito de seu território”²⁵².

²⁵⁰ SCOREL, Sahah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. Disponível em: http://assistenciafarmaceutica.fepese.ufsc.br/pages/arquivos/Escorel_2008_II.pdf. Acesso em: 28.05.2017.

²⁵¹ UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP). Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO). Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 06.06.2017

²⁵² BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS no Município: garantindo saúde para todos. 2. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

A gestão desse sistema é feita conjuntamente pelas três esferas de governo, onde cada uma delas tem um papel principal. Nesse ponto, à União compete a coordenação dos sistemas de alta complexidade e de laboratórios públicos; aos Estado, criar suas próprias políticas e participar na realização das políticas nacionais; aos Municípios, garantir a realização dos serviços de atenção básica e, em parcerias com os demais entes, os da atenção secundária e terciária, quando possível²⁵³.

Para exercer suas competências, o Município conta com o Fundo Municipal de Saúde (FMS). Trata-se de conta especial criada por lei municipal, desprovido de personalidade jurídica, porque não titulariza interesse próprio²⁵⁴, porém, com inscrição no CNPJ, por constituir uma unidade orçamentária e gestora dos recursos financeiros destinados à realização de ações e serviços públicos de saúde no âmbito municipal, nos termos do art. 14 da Lei Complementar 141/2012.

Com efeito, embora vinculado à Secretaria Municipal de Saúde, tal fundo constitui instrumento de gerenciamento autônomo, com a finalidade de movimentar os recursos financeiros destinados a implantação, consolidação e manutenção do Sistema Único de Saúde no âmbito local. Sua gestão é feita pelo Secretário Municipal de Saúde, que também é ordenador de despesas, devidamente acompanhado e fiscalizado pelo Conselho Municipal de Saúde (EC 29, art. 7º).

As receitas orçamentárias vinculadas a esse fundo devem estar devidamente previstas e autorizadas na Lei Orçamentária Anual (LOA), e as despesas delas decorrentes far-se-ão através de dotação consignada nessa lei ou através de créditos adicionais, de acordo com o art. 72 da Lei 4.320/64²⁵⁵.

As principais fontes de financiamento do Fundo Municipal de Saúde são (i) no mínimo, 15% da soma dos recursos provenientes do tesouro municipal, aí compreendendo aqueles decorrentes do produto da arrecadação de tributos municipais, e dos repasses de receitas tributárias federais e estaduais (FPM, ICMS, etc.); (ii) repasses estaduais do Fundo Estadual de Saúde (FES); e (iii) repasses federais do Fundo Nacional de Saúde (FNS), também chamados de transferências fundo a fundo, que tem por base o valor *per capita* (repasso global fixo) e a

²⁵³ BRASIL. Ministério da Saúde. União, Estados e Municípios têm papéis diferentes na gestão do SUS. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/governo/2014/10/o-papel-de-cada-ente-da-federacao-na-gestao-da-saude-publica>. Acesso em: 28.05.2017.

²⁵⁴ OLIVEIRA, Regis Fernandes de. **Curso de direito financeiro**. 2 ed. São Paulo: RT, p. 288.

²⁵⁵ BRASIL. Presidência da República, 1964. Disponível em: www.planalto.gov.br. Acesso em: 28.05.2017.

remuneração de serviços (serviços hospitalares, através da emissão de Autorização de Internações Hospitalares - AIH, e repasses variáveis)²⁵⁶.

De posse desses recursos, cabe ao Município, prioritariamente, realizar as ações de promoção e prevenção em saúde, buscando evitar, no que for possível, a necessidade do cuidado curativo calcado na atenção hospitalar²⁵⁷.

Acontece, porém, que tais recursos podem ser bastante afetados pelo processo de judicialização da saúde, que tem crescido bastante nos últimos anos, podendo comprometer a realização dessas ações.

²⁵⁶ ANDRADE, Vitor Luiz. Tópico essenciais em economia e gestão de saúde. Disponível em: www.ufjf.br/oliveira_junior/files/2011/08/Aula4_EcoSau.ppt. Acesso em: 28.05.2017.

²⁵⁷ ESTADO DO ESPIRITO SANTO. Ministério Público Estadual. Ações e serviços de saúde. Disponível em: <https://www.mpes.mp.br/Arquivos/.../6b084d28-df7e-4574-9c17-cce429d014e2.ppt>. Acesso em: 28.05.2017.

4. A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DO CRATO/CE NO PERÍODO DE 2012 A 2015

4.1. Premissas Introdutórias

O Crato é uma das cidades mais importantes do Estado do Ceará. Localiza-se no sopé da Chapada do Araripe, no extremo-sul do estado, e está compreendida na microrregião do Cariri cearense. Na geopolítica, integra a Região Metropolitana do Cariri cearense, juntamente com Barbalha, Caririáçu, Farias Brito, Jardim, Juazeiro do Norte, Missão Velha, Nova Olinda e Santana do Cariri, com uma população estimada de 129.662 habitantes (2016)²⁵⁸. Destaca-se no cenário estadual e nacional, dentre outras razões, por ter sido a única localidade cearense que participou da Revolução Pernambucana de 1817, tendo à frente a sua heroína Bárbara de Alencar, no que ficou conhecido como a República do Crato²⁵⁹.

Nos dias atuais, assim como os demais Municípios brasileiros, o Crato/CE também está inserido no contexto da judicialização da saúde, cujos impactos financeiros podem está causando consequências importantes na gestão local como um todo, como a elevação dos gastos de suas receitas próprias com ações e serviços de saúde muito acima do mínimo estabelecido na Lei Complementar 141/2012 (15%), o que pode resultar na necessidade de suplementação de recursos para atender a demandas judiciais, com prejuízo para realização de outras políticas públicas.

Com o objetivo de demonstrar essas consequências, o presente capítulo se debruça sobre os dados decorrentes da pesquisa realizada nos arquivos da Prefeitura Municipal do Crato-CE, Fórum da Justiça Estadual local e nos *sites* oficiais dos Tribunais de Conta do Estado (TCE) e dos Municípios do Estado do Ceará (TCM), Fundo Nacional de Saúde (FNS) e Sistema de Informações em Orçamento Público de Saúde (SIOPS), sobre as ações judiciais de saúde ajuizadas em face do Município do Crato-CE, durante o período de 2012 a 2015.

A sistematização desse estudo é feita em três itens. O primeiro deles faz uma abordagem sobre o desenvolvimento da judicialização da saúde no âmbito

²⁵⁸ INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=230420>. Acesso em: 27.12.2016.

²⁵⁹ INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Crato-Ceará. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/ceara/crato.pdf>. Acesso em: 22.05.2017.

municipal, chamando a atenção para o fato de ser o Município a esfera mais próxima do cidadão, o que pode ser decisivo na hora de o cidadão escolher o ente que será demandado em juízo. O segundo tem a responsabilidade de analisar todos os dados coletados na pesquisa, através de gráficos e tabelas, e ao final apresentar uma resposta ao problema proposto. Nele consta toda a metodologia utilizada na pesquisa. Por fim, cabe ao terceiro item apontar possíveis alternativas que o Município do Crato-CE possa adotar para lidar de forma sustentável com os problemas decorrentes da judicialização da saúde.

A judicialização da política decorre da própria Constituição de 1988, porque constitui um dos principais instrumentos de efetivação dos direitos fundamentais, em especial o de saúde, devido à sua íntima ligação com o próprio direito à vida, razão pela qual ela é inevitável.

Portanto, não existe meios capazes de eliminar a judicialização da saúde. O que existe, na verdade, é a adoção de alternativas que possam reduzir seus efeitos, sem prejuízo da efetivação desse direito fundamental.

Nessa senda, é fundamental que o problema seja enfrentado a partir de uma nova visão, através da qual a administração do sistema local de saúde possa contar com a colaboração dos agentes externos a esse sistema, e que com ele estejam envolvidos, ainda que indiretamente, dentre eles o sistema justiça (Magistratura, Ministério Público, Defensoria Pública, OAB), médicos da rede privada com atuação na região, fornecedores, o próprio usuário, etc.

O primeiro passo é identificar as práticas e omissões que eventualmente possam estar potencializando o problema; depois desenvolver habilidades por meio das quais possa inserir tais atores na administração do sistema.

Sem essa mudança de paradigma, certamente o Município do Crato-CE terá muitas dificuldades no enfrentamento das consequências decorrentes das demandas judiciais de saúde, principalmente aquelas causadas pelo seu custo financeiro.

4.2. A Judicialização das Políticas Públicas de Saúde na Esfera Municipal

O Estado prestacional tem o dever de realizar políticas públicas para atender às necessidades sociais, que são crescentes e intermináveis. No entanto são

obstadas pela capacidade financeira estatal, que é limitada. Nesse ponto, surge um confronto entre o chamado mínimo existencial e reserva do possível.

Dessa forma, a reserva do possível parece se contrapor à efetivação de normas garantidoras dos direitos fundamentais, mitigando seu caráter de normas de pronta aplicação (art. 5º, § 1º da Constituição de 1988), condicionando-as à disponibilidade de recursos provenientes da arrecadação dos tributos, cuja aplicação é da competência dos Poderes Executivo e Legislativo. Por conseguinte, como são eles que constroem o orçamento estatal, estão legitimados a definir quais desses direitos vão ser atendidos e os que não o serão²⁶⁰. Em outras palavras, é admitir que os poderes políticos estão autorizados a negarem efetividade a direitos fundamentais, podendo fazer o remanejamento de recursos estatais para outras finalidades que julguem ser de maior relevância.

Para que isso não venha acontecer de forma deliberada, surgiu a teoria do mínimo existencial, como condição imprescindível para garantir uma existência digna de qualquer indivíduo, dependente de prestações de recursos materiais pelo Estado, indispensáveis à sua sobrevivência com o mínimo de condições necessárias²⁶¹.

Embora não exista um conceito de consenso para o que venha a ser mínimo existencial, Caram destaca que Barcellos considera-o como sendo

[...] o mínimo existencial que ora se concebe é composto de quatro elementos, três materiais e um instrumental, a saber: a educação fundamental, a saúde básica, a assistência ao desamparados e o acesso à justiça. Repita-se, ainda uma vez, que esses quatro pontos correspondem ao núcleo da dignidade humana a que se reconhece eficácia jurídica positiva e, a *fortiori*, o status de direito subjetivo exigível diante do Poder Judiciário²⁶².

Assim sendo, toda vez que o Estado negar efetivação a qualquer um desses direitos, o cidadão está legitimado a exigí-lo através do Poder Judiciário, a quem

²⁶⁰ CARLINI, Angélica. **Judicialização da saúde pública e privada**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2014, p. 117.

²⁶¹ CARDOSO, Itala Lopes; CUNHA, Jarbas Ricardo Almeida. Mínimo existencial do direito à saúde no SUS: o caso do Programa de Saúde da Família. **Caderno Ibero-Americano de Direito Sanitário**, Brasília, v. 5, a. 4, p. 9-26, out-dez, 2016. Disponível em: www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/download/250/413. Acesso em: 23.05.2017.

²⁶² CARAM, Danilo Theml. O custo dos direitos, a reserva do possível, a destinação dos tributos em norma e a concretização de direitos fundamentais. In: ASSENSI, Felipe Dutra; APAULO, Daniel Giotti de (Coord). **Tratado de direito constitucional: Constituição no século XXI**. Rio de Janeiro: Campus, 2014, p. 179-198.

coube, no Estado Democrático de Direito, o papel de guardião dos direitos fundamentais, em atenção à dignidade humana.

Nesse sentido, Leal assegura que a passagem para o constitucionalismo democrático resultou no recrudescimento da ideia de direitos fundamentais e dignidade humana. Para tanto, a Constituição assumiu função eminentemente principiológica e de textura aberta, imprescindível à aplicabilidade plena das normas definidoras desses direitos. Uma forma de garantir essa autoexecutoriedade foi a criação de instrumentos como mandado de segurança, mandado de injunção, *habeas data*, o direito de informação e outros mais. Todos eles são vitais à existência do Estado Democrático de Direito²⁶³. No entanto nada disso seria possível sem um Judiciário forte e independente, capaz de combater a inércia e/ou omissão dos poderes políticos.

A busca do Poder Judiciário para garantir a efetivação de direitos fundamentais é conhecida como judicialização da política, fenômeno pelo qual a realização de uma política pública sai da esfera dos poderes políticos (Executivo e Legislativo), seu *locus* natural, para esfera do Poder Judiciário.

Para Gonçalves, a judicialização permite que o “[...] processo ocasionado pela sistematização constitucional que propiciou algumas questões de larga repercussão política e social fossem trazidas e discutidas no Poder Judiciário”²⁶⁴. Com isso, os juízes e tribunais se tornaram protagonistas importantes na tomada de decisões políticas²⁶⁵.

Barroso assegura que a judicialização é fato que decorre diretamente do modelo constitucional adotado, e não da vontade política própria que o Judiciário possa adotar, cabendo-lhe o poder/dever de decidir o que deve ser decidido, não uma faculdade²⁶⁶.

²⁶³ LEAL, Mônia Clarissa Hennig. **Jurisdição constitucional aberta: reflexões sobre a legitimidade e os limites da jurisdição constitucional na ordem democrática**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007, p. 40-41.

²⁶⁴ GONÇALVES, Bruno Henrique. **Da judicialização da política ao ativismo judicial: uma análise do constitucionalismo democrático do protagonismo judicial – em busca de uma legitimação da decisão judicial**. 2013. 108 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Direito) – Faculdade de Direito do Sul de Minas – Pouso Alegre, 2013, p. 17.

²⁶⁵ OLIVERIA, Heletícia Leão de. **Direitos fundamentais à saúde, ativismo judicial e impactos no orçamento público**. Curitiba: Juruá, 2015, p. 76.

²⁶⁶ BARROSO, Luis Roberto. Judicialização, ativismo e legitimidade democrática. Disponível em: <http://www.oab.org.br/editora/revista/users/revista/1235066670174218181901.pdf>. Acesso em: 29.11.2016.

Quando se fala em judicialização, surge a ideia de ativismo judicial, pois, embora se tratem de institutos diversos, eles mantêm uma relação de proximidade muito grande, ao ponto de Barroso considera-los como sendo “primos, porque são da mesma família, frequentam os mesmos lugares, mas não têm a mesma origem”²⁶⁷.

Com efeito, enquanto a judicialização enseja a passagem de questões políticas e sociais da esfera política para os tribunais como instância decisória final, o ativismo judicial, no entender de Barroso, “está associado a uma participação mais ampla e intensa do Judiciário na concretização dos valores e fins constitucionais, com maior interferência no espaço de atuação dos outros dois Poderes”²⁶⁸.

Uma das formas mais comuns de ativismo judicial, nos últimos anos, tem sido através da imposição do Poder Judiciário aos demais Poderes de condutas de fazer ou não fazer, principalmente na seara das políticas públicas, das quais as mais frequentes têm sido aquelas ligadas à saúde pública. Daí, surge a tão conhecida judicialização da saúde.

Nessa perspectiva, as ações judiciais na área da saúde pública mais frequentes têm sido aquelas destinadas a obrigar o Estado a fornecer medicamentos, ainda que estes estejam fora das listas do Sistema Único de Saúde, e até mesmo sem registro na ANVISA, principalmente para atender pessoas portadoras de doenças raras que necessitam de medicamentos importados, ou ainda de drogas que estão em fase experimental, como a *fosfoetanolamina sintética*, que ficou conhecida como “pílula do câncer”.

Ressalte-se que, nos dois últimos casos (sem registro na ANVISA e em caráter experimental), o usuário só consegue obtê-los através do Poder Judiciário, pois o Estado se nega peremptoriamente a fornecê-los, ao fundamento de que sua obrigação de dispensação de medicamentos se restringe aos que estão relacionados nas listas oficiais do SUS. No caso da *fosfoetanolamina sintética*, em particular, vale ressaltar que o Supremo Tribunal Federal, através de seu Presidente, Ministro Ricardo Lewandowski, em decisão de pedido de suspensão de tutela,

²⁶⁷ BARRO, Judicialização.

²⁶⁸ BARROSO, Curso, p. 306-307.

determinou sua distribuição, pela Universidade de São Paulo (USP), enquanto durasse seu estoque²⁶⁹.

Essa intervenção do Poder Judiciário na Administração tem afetado sobremaneira a governabilidade e a gestão das políticas de saúde, porque suas determinações não levam em consideração se os procedimentos e/ou os serviços de saúde dela proveniente têm cobertura ou foram incorporados pelo Sistema Único de Saúde, ou, se cobertos, não levam em consideração as competências administrativas de cada esfera de governo, determinadas com base nos princípios da hierarquização e da descentralização²⁷⁰.

Tais princípios foram decisivos na transformação do Município naquele ente que tem a responsabilidade imediata de atender às necessidades e demandas de saúde de sua população. A finalidade é justamente facilitar o acesso do indivíduo às ações e serviços de saúde. Com isso, é natural que as pessoas busquem a gestão local do Sistema Único de Saúde quando dele necessitar, e não a do Estado e/ou da União.

Essa sistemática de ação fortalece o sistema no âmbito local e contribuem decisivamente para o atendimento universal e integral da população, como estabelece a Norma Operacional Básica Nº 01/96 do SUS:

A presente Norma Operacional Básica tem por finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes (Artigo 30, incisos V e VII, e Artigo 32, Parágrafo 1º, da Constituição Federal), com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS²⁷¹.

Dessa forma, o Município passa a ser o ente onde o Sistema Único de Saúde acontece. Para tanto, ele deve contar com os recursos suficientes para que seus gestores possam exercer plenamente e com autonomia todas as suas

²⁶⁹ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Suspensão de Tutela Antecipada n. 828. Residente: Ricardo Lewandowski. Publicado no DJ de 06 de abril de 2016. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp?numero=828&classe=STA&origem=AP&recurso=0&tipoJulgamento=M>. Acesso em: 24.05.2017.

²⁷⁰ NUNES, Rogério Pinheiro. **Judicialização no âmbito do Sistema Único de Saúde: um estudo descritivo sobre o custo das ações judiciais na saúde pública no município de Juiz de Fora**. 2016. 97 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2016.

²⁷¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica n. 01/1996. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html. Acesso em: 24.05.2017.

competências²⁷². Tais recursos são provenientes do próprio tesouro municipal e de repasses dos demais entes federados.

Como a grande maioria dos Municípios arrecadam menos de 20% de seus respectivos orçamentos, resta claro que sua grande fonte de recursos para investir em ações e serviços de saúde é aquela proveniente dos repasses, principalmente da União, que é o ente que fica com a fatia maior do produto da arrecadação de tributos (67,9%)²⁷³.

Ocorre que isso não acontece, devido ao subfinanciamento do sistema, o que pode ser facilmente comprovado quando se compara o que o Brasil investe em saúde, no contexto internacional. Nesse sentido, estudos realizados pelo Banco Mundial mostram que o investimento nacional em saúde foi de US\$ 1.056,47 por habitante no ano de 2012²⁷⁴, dos quais apenas 45,7% foi realizado pelos cofres públicos²⁷⁵. O que significa dizer que o Estado brasileiro investe menos em saúde do que a iniciativa privada.

Com esse resultado, o país alcançou apenas o 42º lugar no *ranking* liderado pela Noruega, seguida da Suíça e dos Estados Unidos²⁷⁶, os quais investiram, respectivamente, US\$ 9.055,35, 8.979,97 e US\$ 8.895,12 por habitante naquele mesmo ano²⁷⁷, dos quais seus gastos públicos foram, respectivamente, 85,1%, 81,6% e 47,8%²⁷⁸.

No âmbito da América Latina, em 2014, o gasto público *per capita* brasileiro com saúde foi de US\$ 607, o que deixou o país em 6º lugar no continente, atrás de

²⁷² AGUIAR, Zenaide Neto. A descentralização do SUS: o financiamento e as Normas Operacionais Básicas de Saúde. In: AGUIAR, Zenaide Neto (Coord.). **SUS – Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. 2 ed. São Paulo: Marinari, 2015, p. 74-96.

²⁷³ FEDERAÇÃO DAS INDÚSTRIAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (FIRJAN), op. cit.

²⁷⁴ BANCO MUNDIAL. Ranking de países pelo gasto per capita com saúde. Disponível em: <http://www.deepask.com.br/goes?page=Veja-ranking-de-paises-pelo-gasto-per-capita-com-saude>. Acesso em: 25.04.2017.

²⁷⁵ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. World Health Statistics 2014. Disponível em: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/en/. Acesso em: 25.04.2017.

²⁷⁶ Sistema plural formado por várias instituições públicas e privadas. O setor público é fortemente descentralizado e tem a incumbência de cuidar das ações de controle (vigilância epidemiológica e sanitária, bem ainda como da provisão de serviços médico-hospitalares voltados para setores populacionais específicos. Já o setor privado é eminentemente voltado para a assistência direta à saúde. In.: NORONHA, J. C.; UGÁ, M. A. D. O sistema de saúde dos Estados Unidos. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/zngyg/pdf/buss-9788575414026-06.pdf>. Acesso em: 26.04.2017.

²⁷⁷ BANCO MUNDIAL, op. cit.

²⁷⁸ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, op. cit.

Uruguai (1.276 dólares), Panamá (1.228 dólares), Chile (865 dólares), Colômbia (723 dólares) e Argentina (630 dólares)²⁷⁹.

Dessa forma, fica evidente que, malgrado o Brasil tenha um sistema de saúde pública universal e integral, seu investimento em ações e serviços de saúde está muito aquém de outros países que tem sistema similar, e até mesmo de países da América Latina onde a saúde não constitui um dever do Estado²⁸⁰. Tudo isso comprova o subfinanciamento da saúde pública nacional.

Internamente, o financiamento do sistema ficou a cargo dos três entes federados, conjuntamente (CF/88, art. 198, § 1º). A definição dos critérios de rateio foi remetida para Lei Complementar (CF/88, § 3º). Doze anos depois, foi editada a Emenda Constitucional (EC) 29/2000, consolidando o SUS e estabelecendo critérios provisórios de vinculação orçamentária de recursos para financiá-lo. Neste ponto, ficou estabelecido que: (i) a União deveria destinar para o sistema, no ano de 2000, 5% a mais do que o valor destinado no ano anterior (1999); e para os anos de 2001 a 2004, esse mesmo valor, devidamente corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB), não podendo ser reduzido no caso de PIB negativo; (ii) aos Estados coube a destinação anualmente de, no mínimo, 12% do produto da arrecadação de seus impostos; e (iii) aos Municípios, no mínimo, 15% do produto da arrecadação de seus impostos, anualmente. Coube ainda a estes, receber e aplicar recursos repassados pela União e Estados (transferências fundo a fundo).

A situação registrada em 2004 foi mantida até 2012, quando referida Lei Complementar foi finalmente editada. Trata-se da Lei Complementar 141/2012²⁸¹. Ela manteve os critérios estabelecidos pela EC-29/2000, inclusive a ausência de critérios objetivos de vinculação de receitas da União. Essa situação fez surgir um levante popular que ficou conhecido como Movimento Saúde+10. Sua finalidade era estabelecer a vinculação de 10% da Receita Corrente Bruta da União para ações e serviços de saúde. Desse movimento, adveio a propositura do Projeto de Lei de

²⁷⁹ WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Health Expenditure Database. Disponível em: <http://apps.who.int/nha/database>. Acesso em: 15.05.2017.

²⁸⁰ VIEIRA, Fabíola Supino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. **Revista de Estudos e pesquisas sobre as Américas**. v. 10, n. 3, 2016. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/repam/article/viewFile/21860/pdf>. Acesso em: 15.05.2017.

²⁸¹ BRASIL. Lei complementar nº 141. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre valores mínimos a serem aplicado ela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços de saúde. Disponível em: www.planalto.gov.br/. Acesso em: 14.05.2017.

Complementar de Iniciativa Popular (PLC) nº 321/2013²⁸². Acontece que esse movimento foi esvaziado pela edição da Emenda Constitucional 86/2015, que estabeleceu base de cálculo constitucional diferente para aplicação em ações e serviços de saúde pela União.

Referida Emenda Constitucional, também conhecida como “PEC do Orçamento Impositivo”, diferentemente do PLC 321/2013, que visava a vinculação da Receita Corrente Bruta (RCBU), estabeleceu a vinculação da Receita Corrente Líquida (RCLU) da União, de forma escalonada ao longo de cinco anos, começando com 13,2% em 2016, seguindo com 13,7% em 2017, 14,1% em 2018, 14,5% em 2019 e terminando com 15% a partir de 2020²⁸³, além de metade do valor das emendas parlamentares individuais, correspondente a 0,6% da Receita Corrente Líquida da União.

O efeito desse novo regramento representa uma nítida redução de recursos federais para saúde, se comparado com o que foi registrado no ano de 2000, quando da edição da Emenda Constitucional 29/2000. Nesse ano, a União investiu 14,38% de sua Receita Corrente Líquida, enquanto que em 2016 e 2017 serão, respectivamente, de 13,2% e 13,7%. Ou seja, houve um retrocesso, com perda de recursos federais, considerando que historicamente o piso tem sido o teto de gastos federais em saúde. Trata-se de mais um retrocesso histórico no financiamento da saúde pela União²⁸⁴.

Antes de seu segundo ano de vigência, referida Emenda Constitucional foi substituída pela Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016, conhecida como “PEC dos Gastos Públicos”. Ela alterou o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) da Constituição Federal. Estabelece que o gasto mínimo com ações e serviços de saúde do governo federal para o ano de 2017 será aquele estabelecido no inciso I do § 2º do art. 198 da Constituição (13,7% da Receita Corrente Líquida mais metade dos valores das emendas parlamentares individuais, que são limitadas a 1,2% dessa mesma receita) e, a partir de 2018, aos

²⁸² BRASIL. Câmara dos Deputado. Projeto de Lei Complementar 321/2013. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/>. Acesso em: 14.05.2017.

²⁸³ BRASIL. Constituição (1988). Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/>. Acesso em: 13.05.2017.

²⁸⁴ SASLET, Ingo Wolfgang; PINTO, Élica Graziane. Regime previsto na EC 86/2015 de ser piso e não de teto de gasto em saúde. **Revista Consultor Jurídico**. São Paulo, 24 de março de 2015. Disponível em: http://www.conjur.com.br/2015-mar-24/gasto-saude-previsto-ec-862015-piso-nao-teto#_ftnref. Acesso em: 14.05.2017.

valores calculados para as aplicações mínimas do exercício imediatamente anterior, corrigido pelo IPCA, durante os próximos 20 anos²⁸⁵. Ou seja, o valor do financiamento da saúde pela União será congelado por todo esse lapso temporal.

Os efeitos dessa sistemática de financiamento federal da saúde pode ser catastrófica, porque ignora complementemente o crescimento da população e o aumento progressivo da população de idosos²⁸⁶, que naturalmente requer mais atenção à saúde, principalmente medicamentos e serviços médico-hospitalares, a possibilidade de aumento das epidemias de Dengue, Chikungunya e Zika, já previsto pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) para o verão de 2016/2017²⁸⁷, e a volta da febre amarela, dentre outros problemas sanitários de âmbito nacional que podem surgir e/ou serem agravados ao longo dos próximos 20 anos.

Trata-se de situação em que a União passa a responder ao aumento natural das demandas por ações e serviços de saúde com um congelamento de gasto nesse setor. Isso representa uma clara negação do dever de proporcionar máxima eficácia e efetividade do direito à saúde, estabelecido pela Constituição de 1988 (art. 5º, parágrafo 1º, combinado com art. 6º e 196 e seguintes) e pelo Pacto Internacional de Direitos Sociais, Econômicos e Culturais, do qual o Brasil é signatário, de conformidade com Decreto nº 591/1992²⁸⁸.

Historicamente, essa conta tem sido paga pelos Municípios. Uma prova disso consiste no fato de ter a União reduzido sua cota-parte nos gastos totais do SUS de 58,6% em 2000, para 45,4% em 2013. Enquanto isso, os gastos dos Municípios, nesse mesmo período, saltaram de 21,8% para 28,8% de suas receitas próprias²⁸⁹.

A consequência natural dessa situação será o aumento da judicialização no âmbito dos Municípios, agravada pela responsabilidade solidária que eles têm com os demais entes para darem efetivação às ações e serviços de saúde.

²⁸⁵ BRASIL. Constituição (1988). Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/>. Acesso em: 15.01.2017.

²⁸⁶ INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Projeção da população do Brasil e das unidades federadas. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em: 14.05.2017.

²⁸⁷ FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Epidemias de zika e chikungunya são mais fortes em 2017. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/>. Acesso em: 30.12.2016.

²⁸⁸ BRASIL. Decreto nº 591, de 6 de julho de 1992. Atos internacionais. Pacto sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Promulgação. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/>. Acesso em: 15.05.2017.

²⁸⁹ BRASIL. Senado Federal. Comissão Temporária destinada a propor soluções ao financiamento do sistema de saúde no Brasil (CTS): relatório final. Disponível em: www19.senado.gov.br/sdleg-getter/.../3e523b00-6871-4f75-9757-fe4416bdac6f. Acesso em: 21.05.2017.

Como não podia ser diferente, essa realidade também afeta o Município do Crato-CE, podendo ser agravada pelas suas peculiaridades locais e pela judicialização de suas ações e serviços de saúde, conforme demonstração no item seguinte.

4.3. Análise das Repercussões Causadas pelo Impacto Financeiro das Ações Judiciais de Saúde no Município do Crato/CE

Assim como os demais Municípios brasileiros, o município do Crato/CE também está inserido no contexto da judicialização da saúde, cujos impactos financeiros podem estar causando consequências importantes, tanto na gestão do sistema de saúde local, como no governo municipal como um todo. Tudo isso está demonstrado na sequência.

Os dados coletados correspondem à quantidade de ações judiciais de saúde e o valor que o tesouro municipal despendeu para atendê-las durante o período de 2012 a 2015. A fixação desse lapso temporal teve por base a duração de um mandato do chefe do Executivo local. A proposta inicial era reunir os dois últimos anos de uma gestão com os dois primeiros da gestão seguinte, com a finalidade, também, de estabelecer um comparativo, ainda que superficial, do comportamento da judicialização da saúde nos dois governos. Por conseguinte, o período pesquisado deveria ser de 2010 a 2013. Acontece que, na medida em que os dados foram sendo levantados, percebeu-se que esse período poderia não representar o contexto atual da judicialização da saúde no município, porque ela se tornou fato importante a partir do ano de 2014. Nesse caso, o novo período deveria ter sido de 2013 a 2016. Sucede que, quando a pesquisa foi concluída, o ano de 2016 ainda estava curso. Por isso, o período pesquisado, finalmente, foi definido como sendo de 2012 a 2015.

A metodologia utilizada na coleta dos dados, a análise dos resultados e as conclusões decorrentes foram desenvolvidas de acordo com os passos narrados na sequência.

O primeiro passo foi a realização de uma conversa preliminar e informativa com o gestor de saúde local (Secretário de Saúde) e sua equipe técnica, para ter uma ideia do funcionamento do sistema de saúde a nível local. Em seguida, foi realizada uma visita na Farmácia Básica e na Central de Medicamentos da Secretaria

Municipal de Saúde local, para saber como funciona seu programa de distribuição gratuita de medicamentos. Depois, foi realizada uma visita ao maior Posto de Saúde do município, conhecido como Posto da Grotta, para saber como funciona o atendimento básico ou atenção primária no município. Munido destas informações, partiu-se para a coleta dos dados necessários.

O setor de contabilidade da Prefeitura foi o primeiro local visitado. Nele foi obtido o quantitativo de ações judiciais de saúde e o valor despedido para atendê-las. Porém, devida à constatação de uma relativa desorganização do setor, resolveu-se fazer uma checagem dos dados obtidos com os dados existentes no setor de distribuição do Fórum local da Justiça Estadual, onde todas as ações foram registradas. Feito isso, o passo seguinte foi visitar a Defensoria Pública, o Ministério Público e a secretaria das varas cíveis da Justiça Estadual com sede no município.

Na Defensoria Pública, órgão responsável pelo ajuizamento da quase totalidade dessas ações (98,97%)²⁹⁰, procurou-se saber quais são as cautelas que essa instituição adota antes de ajuizar uma ação de saúde. Saber se existe a preocupação de ser o ajuizamento da ação a *ultima ratio*, quando esgotados os mecanismos prévios de conciliação e mediação com a Secretária de Saúde Municipal, ou qualquer outro canal que possa evitar a demanda judicial, sem prejudicar o usuário.

No Ministério Público Estadual, procurou-se saber da existência de alguma medida que possa ter repercussão no processo de judicialização da saúde, do tipo Termo de Ajustamento de Conduta (TAC), Recomendações, ação civil pública, etc., em face do município, porque todos eles têm potencial para prevenir ações individuais de saúde, pela sua capacidade de atender a coletividade como um todo.

No Judiciário, mais especificamente nas duas varas cíveis da Justiça Estadual, para onde são distribuídas as ações judiciais de saúde no âmbito local, a finalidade foi saber se esses juízos adotam alguma medida antes de decidir o pedido liminar (se existente), do tipo notificação do gestor de saúde para manifestação prévia, sem prejuízo dos casos urgentes, como forma de solução rápida da demanda.

Destaca-se, por fim, que não foram consultados nem a Justiça Federal nem o Ministério Público Federal, com sede na vizinha cidade de Juazeiro do Norte, porque o próprio município informou da inexistência de qualquer ato judicial ou extrajudicial

²⁹⁰ ESTADO DO CEARÁ. Defensoria Pública Estadual na cidade do Crato.

por partes dessas duas institucionais relacionadas com a judicialização da saúde no âmbito local.

O passo seguinte foi buscar dados nos portais eletrônicos da Prefeitura Municipal do Crato (www.crato.ce.gov.br), Tribunal de Contas do Estado do Ceará (TCE-CE) (www.tce.ce.gov.br), Tribunal de Contas dos Municípios do Estado do Ceará (TCM-CE) (www.tcm.ce.gov.br), Sistema de Informações sobre Orçamento Público da Saúde (SIPOS) (www.siopsdatasus.gov.br) e Fundo Nacional de Saúde (FNS) (www.fns.saude.gov.br).

Nos dois Tribunais Estaduais de Contas foram coletados dados referentes às receitas, despesas, licitações e notas de empenhos relacionados ao tema.

O SIOPS (Sistema de Informações sobre Orçamento em Saúde) é uma ferramenta eletrônica de controle e transparência criada em 2014, de acordo com o art. 39 da LC nº 141/2012²⁹¹, e mantida pelo Ministério da Saúde, com a finalidade de permitir ao cidadão e às instituições e órgãos de controle (externo e interno) monitorar a aplicação dos recursos da saúde nas três esferas de governo. Através desse sistema, o cidadão pode saber, por exemplo, se cada esfera de governo está aplicando os percentuais mínimos de recursos próprios em ações e serviços de saúde, estabelecidos nessa lei. A falta de alimentação desse sistema com as informações necessárias poderá implicar em sanções, tanto para o gestor, como para a respectiva esfera de governo. Esta ficará sujeita a suspensão das transferências voluntárias de recursos; aquele, poderá responder por improbidade administrativa. Nessa fonte de informações foram levantados os dados referentes aos indicadores financeiros da saúde, aí compreendidos os percentuais de gastos com receita própria, pagamento de servidores e de fornecedores, e gasto *per capita* anual²⁹².

No portal eletrônico do Fundo Nacional de Saúde (FNS) foram verificados os repasses fundo a fundo, bem como se eles foram realizados tempestivamente e nos valores estabelecidos nas normas pertinentes.

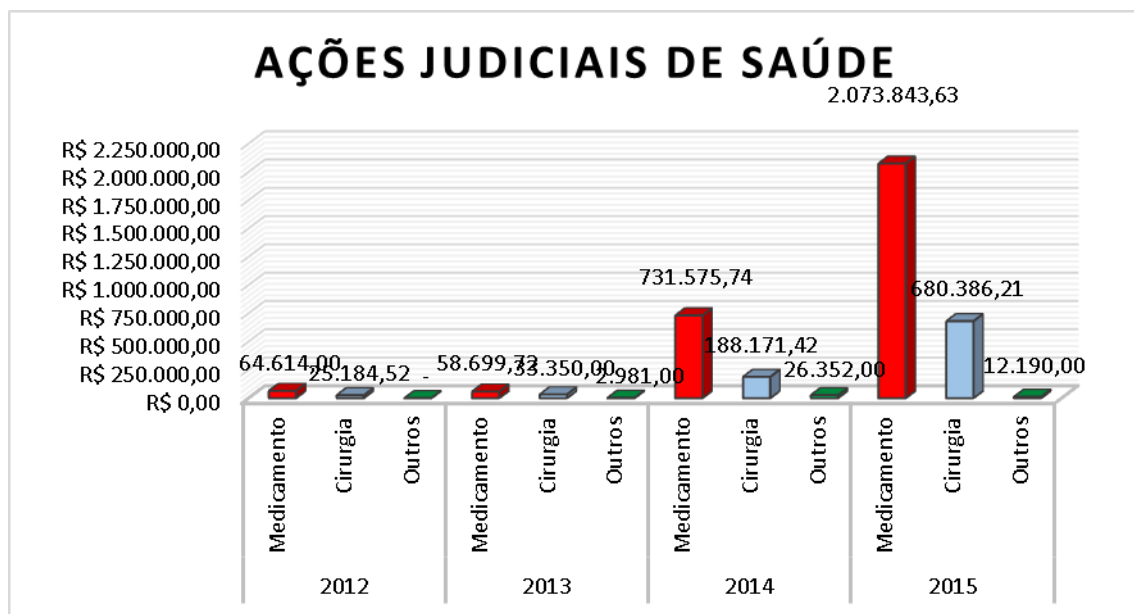
²⁹¹ Art. 39. Sem prejuízo das atribuições próprias do Poder Legislativo e do Tribunal de Contas de cada ente da Federação, o Ministério da Saúde manterá sistema de registro eletrônico centralizado das informações de saúde referentes aos orçamentos públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, incluída sua execução, garantido o acesso público às informações.

²⁹² BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Orçamento Público de Saúde. Disponível em: datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/financeiros/siops. Acesso em: 30.11.2016.

O passo final foi condensar os dados e as informações colhidas nos passos anteriores em tabelas e gráficos, as quais serão discutidas na sequência.

A figura 1 abaixo mostra que, nos anos de 2012 e 2013, os valores despendidos para atender a ações judiciais de saúde foram irrelevantes como um todo. Essa situação se inverteu completamente nos dois anos seguintes, principalmente em 2015. Houve um aumento bastante expressivo desses valores, tanto em termos gerais como em relação ao fornecimento de medicamentos, em particular.

Figura 1



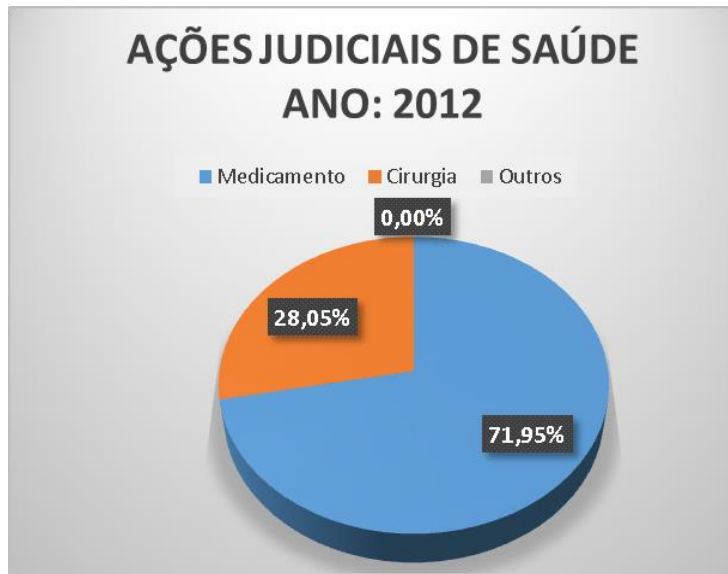
Fonte: Prefeitura municipal do Crato/CE

Nesta figura estão destacados, com seus respectivos valores, os blocos de ações referentes a medicamentos, cirurgias e outros (exames, alimentação especial, internações compulsórias, fraldas, cadeiras de rodas, tratamentos odontológicos, etc.). Como se vê, nos dois últimos anos do período estudado, o bloco referente às ações para fornecimento de medicamentos lidera substancialmente os demais blocos, o que demonstra que o município do Crato/CE segue a tendência da judicialização da saúde registrada em todo o território nacional²⁹³.

A figura 2 a seguir mostra como cada bloco de ações judiciais de saúde se comportou em termos percentuais de valores durante o ano de 2012.

²⁹³ BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiências. Brasília. Conselho Nacional de Justiça, 2015.

Figura 2

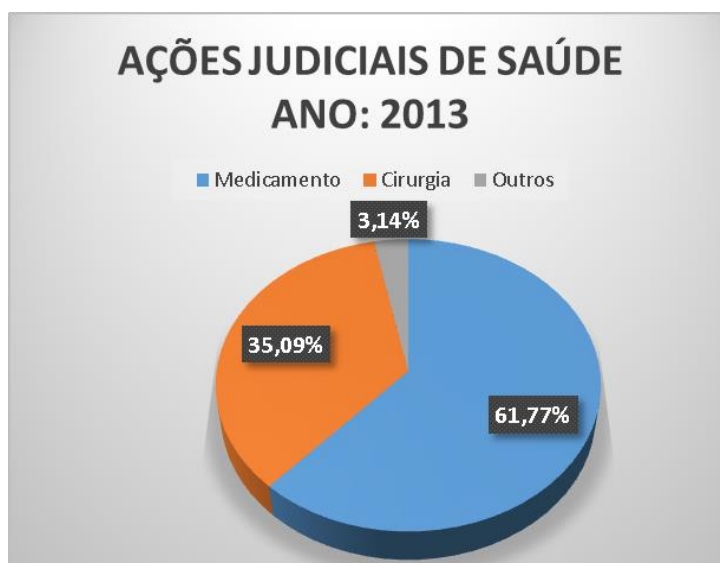


Fonte: Prefeitura Municipal do Crato

Esta figura mostra que as ações judiciais destinadas ao fornecimento de medicamentos representaram quase três quartos dos valores despendidos para atendimento das demais ações judiciais de saúde como um todo. Isso demonstra que o maior peso da judicialização da saúde se concentra no fornecimento de medicamentos. Os valores despendidos para respondê-las estão na figura 1. Podem ser considerados baixos, sem maiores consequências.

A figura 3 a seguir mostra como cada bloco de ações judiciais de saúde (medicamentos, cirurgias e outros) se comportou em termos percentuais de valores durante o ano de 2013.

Figura 3

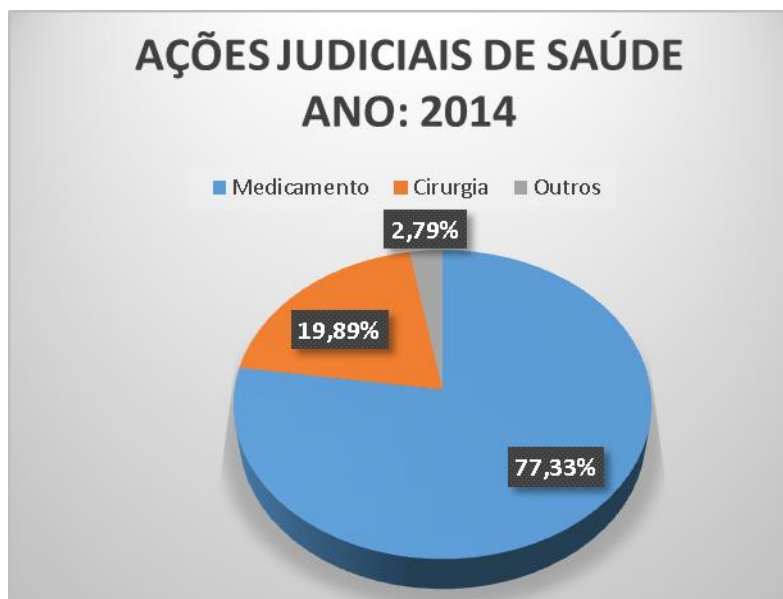


Prefeitura municipal do Crato/CE

Esta figura mostra que houve uma ligeira queda em termos percentuais de valores do bloco de ações destinadas ao fornecimento de medicamentos em relação aos demais blocos de ações, se comparado com o ano anterior. Os valores despendidos para respondê-las estão na figura 1. Podem ser considerados baixos, e como tais não devem ter causado consequências importantes.

A figura 4 a seguir mostra como cada bloco de ações judiciais de saúde (medicamentos, cirurgias e outros) se comportou em termos percentuais de valores durante o ano de 2014.

Figura 4

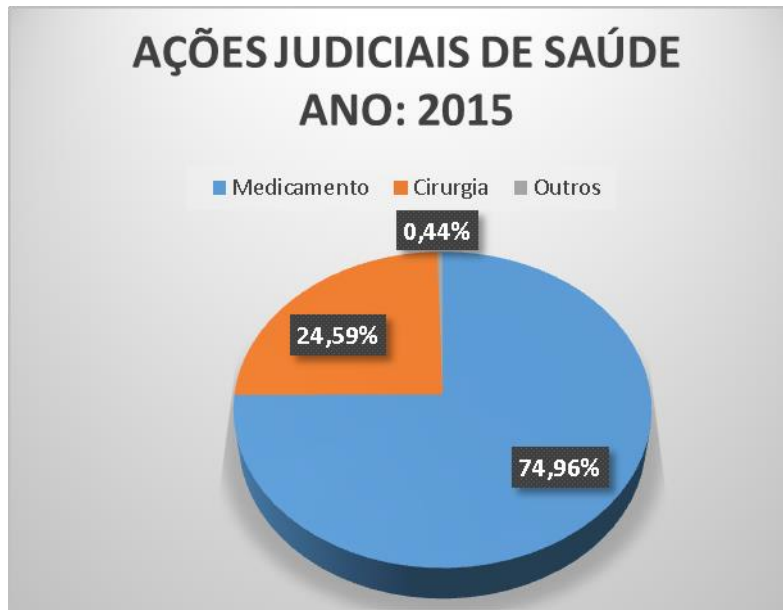


Fonte: Prefeitura municipal do Crato/CE

Esta figura mostra que, no ano de 2014, o percentual de valores do bloco de ações destinadas ao fornecimento de medicamento voltou a crescer em termos percentuais em relação aos demais blocos, passando a ocupar mais de três quartos do total geral despendido no ano. Os valores despendidos para respondê-las estão na figura 1. Aqui, diferentemente dos anos anteriores, constata-se com facilidade que houve um aumento significativo, tanto na quantidade de ações, como nos valores despendidos para atendê-las, podendo ter causado consequências importantes, conforme será demonstrado ao seu tempo.

A figura 5 a seguir mostra como cada bloco de ação judicial (medicamentos, cirurgias e outros) se comportou em termos percentuais de valores durante o ano de 2015.

Figura 5

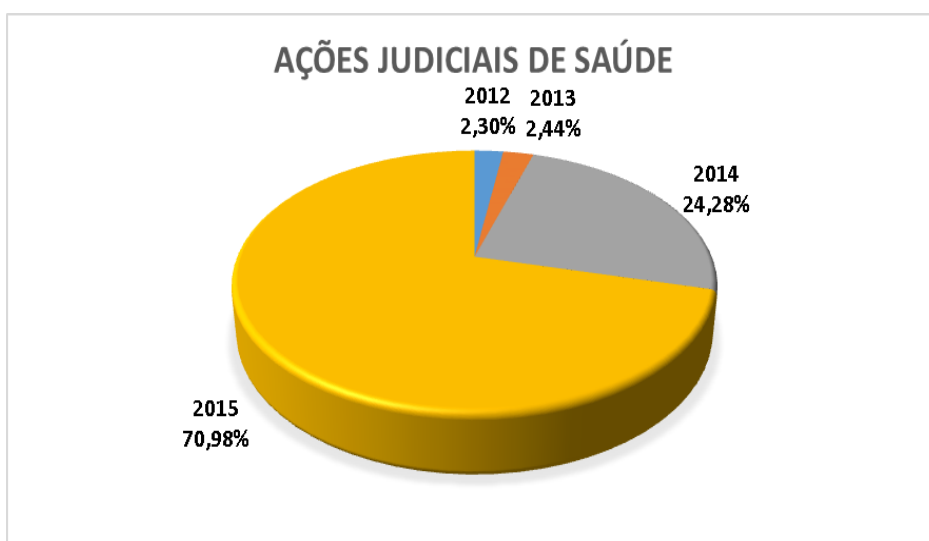


Fonte: Prefeitura municipal do Crato/CE

Esta figura mostra que, no ano de 2015, as ações judiciais para fornecimento de medicamentos, em termos percentuais de valores, mantiveram a mesma tendência dos anos anteriores, ficando em torno de três quartos do valor total das demais ações. O custo financeiro dessas ações está na figura 1, onde se pode constatar que ele é ainda maior que o ano anterior, numa tendência de crescimento geométrico, podendo ter causado consequências ainda maiores, conforme será demonstrado na sequência.

A figura 6 a seguir mostra, em termos percentuais, como o valor total das ações judiciais de saúde foi distribuído, ano a ano, ao longo do período pesquisado.

Figura 6

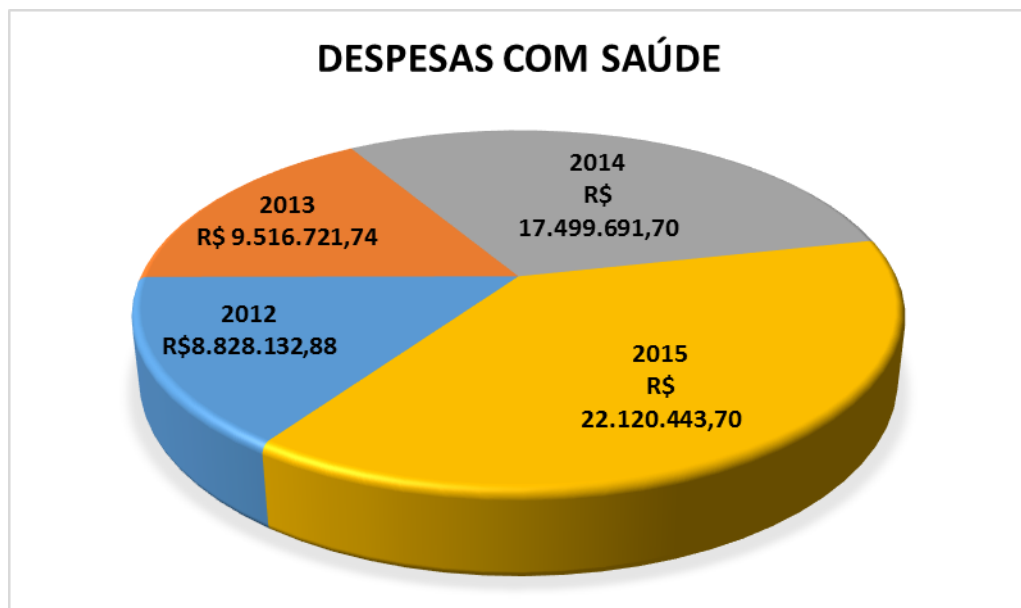


Fonte: Prefeitura municipal do Crato/CE

Esta figura representa a evolução percentual das ações judiciais de saúde como um todo ao longo do período pesquisado. Ela mostra que os valores despendidos para atender a tais demandas, nos dois primeiros anos pesquisados, foram bastante modestos e sem variação de um ano para o outro, e como tais sem maiores consequências. Nos dois anos seguintes, a situação se inverteu completamente. Os valores despendidos em 2014 cresceram seis vezes mais do que a soma dos valores dos dois anos anteriores. No ano seguinte (2015), essa demanda disparou. Cresceu 15 vezes mais do que a soma dos valores dos dois primeiros anos, e três vezes mais do valor do ano anterior (2014). Isso mostra claramente uma tendência de crescimento desenfreada das demandas judiciais de saúde no Município do Crato, exigindo, dessa forma, adoção de medidas urgentes e eficazes, sob pena de inviabilização do sistema de saúde no âmbito local.

A figura 7 a seguir mostra os valores de recursos próprios que o Município do Crato investiu, ano a ano, durante o período pesquisado, em ações e serviços de saúde.

Figura 7



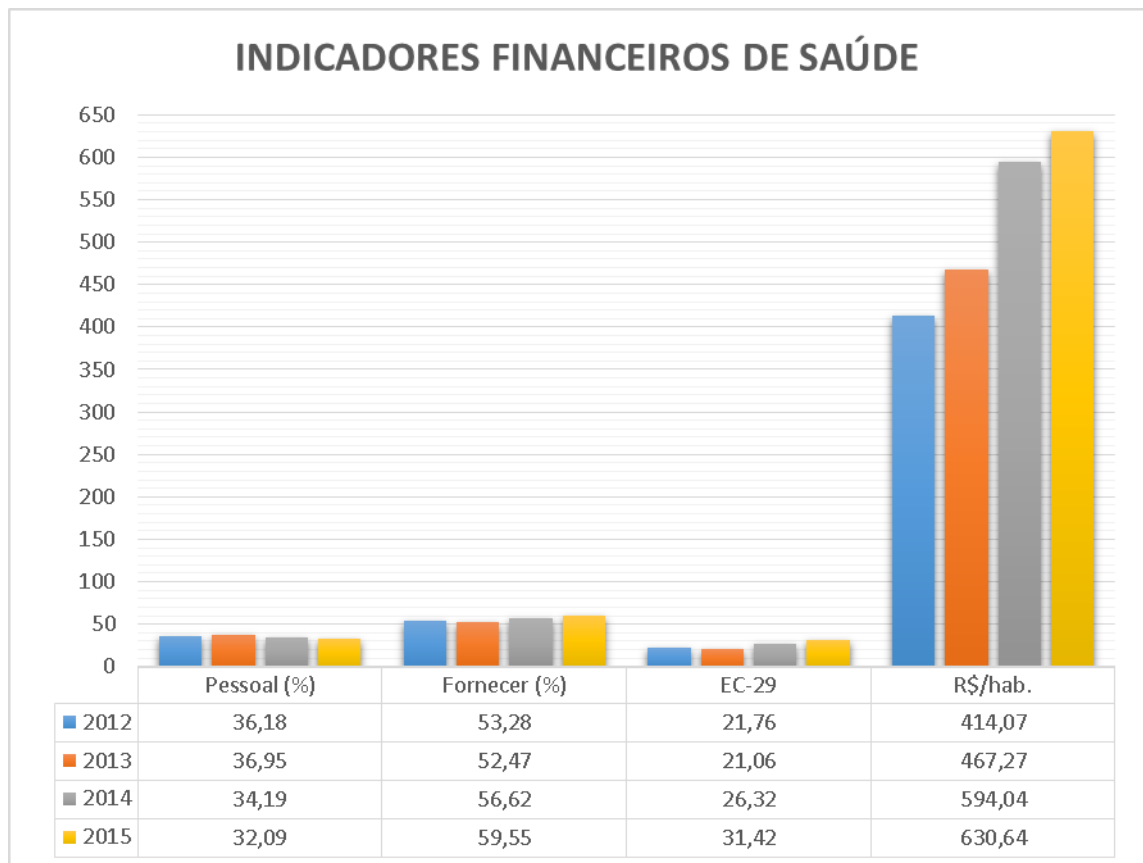
Fonte: SIOPS

Esta figura mostra que, entre 2012 e 2013, os valores dos recursos próprios aplicados em ações e serviços de saúde se mantiveram mais ou menos estáveis. Em 2014, eles praticamente dobraram se comparado com cada um dos anos anteriores. No ano seguinte, eles cresceram ainda mais. Neste ano, o aumento foi de 150%, se comparado com os de 2012, de 132%, se comparado com 2013, e de 26% se comparado com 2014. Tais aumentos acompanharam os aumentos

registrados na judicialização da saúde durante o período pesquisado, conforme demonstrado nas figuras anteriores. Isso leva à ilação de que a judicialização influenciou decisivamente na elevação da utilização de recursos próprios para custeio das ações e serviços de saúde em geral.

A figura 8 a seguir mostra os indicadores financeiros da saúde no município do Crato, ano a ano, durante o período pesquisado.

Figura 8



Fonte: SIOPS

Cada coluna desta figura mostra como o Município do Crato/CE gastou, ano a ano, seus recursos próprios, respectivamente, com pessoal, fornecedores, aplicação exigida pela EC-29 e LC 141/2012 e gasto *per capita* anual. Todas elas são de fundamental importância na análise dos efeitos da judicialização da saúde e as consequências decorrentes no desembolso financeiros para atendê-las.

A primeira coluna registra que nos dois primeiros anos estudados, a folha de pagamento permaneceu praticamente estável, e decresceu nos dois anos seguintes, principalmente no ano de 2015. A princípio, essa redução pode não ter qualquer importância, pois o município pode ter feito uma readequação de seu quadro de servidores. Mas não foi exatamente isso que aconteceu. Segundo informações

prestadas pelo departamento de finanças da Prefeitura, a judicialização fez com que o município atrasasse o pagamento da folha da saúde a partir do final de 2014 e nunca mais conseguiu colocá-la em dia, pelo menos até o encerramento da pesquisa objeto do presente estudo²⁹⁴.

A segunda coluna representa os gastos de recursos próprios destinados à saúde com pagamentos de fornecedores. Estes, assim como aconteceu com os gastos destinados aos servidores da saúde, permaneceram praticamente estáveis nos dois primeiros anos do período pesquisado. Nos dois anos seguintes, aconteceu exatamente o contrário do que aconteceu com a folha de pagamento. Seus gastos aumentaram significativamente. A justificativa está no aumento dos gastos com a compra de medicamentos e realização de cirurgias para atender a demandas judiciais. Ou seja, o aumento dos gastos com fornecedores registrado em 2014 e 2015 decorre diretamente do aumento das ações judiciais de saúde em quantidade e valores.

A terceira coluna representa o que o município investiu em ações e serviços de saúde com recursos próprios. Nos dois primeiros anos pesquisados, ele aplicou em torno de 6% acima do mínimo constitucional (15%, de acordo com a EC-29 e LC 141/2012). Isso coincide com a baixa judicialização registrada no período, conforme demonstrado alhures. Nos dois anos seguintes, esse investimento passou para, respectivamente, 11% no ano de 2014 e 16% no ano de 2015, acima do mínimo constitucional. Ou seja, no último ano pesquisado, o município já estava aplicando mais do que o dobro do mínimo constitucional de suas receitas próprias em ações e serviços de saúde. Em 2014, embora tenha sido um pouco menor, também está significativamente acima do mínimo constitucional. Esses aumentos decorrem diretamente do aumento dos valores gastos para atendimento de novas ações judiciais de saúde.

A última coluna ratifica a coluna anterior, porque, naturalmente, na medida em que a judicialização forçou o aumento dos gastos com ações e serviços de saúde, principalmente para fornecer medicamentos, aumentou os gastos *per capita*, especialmente nos dois últimos anos pesquisados.

De acordo com informações prestadas pelo departamento de finanças da Prefeitura, o município, ordinariamente, seguia a seguinte programação de

²⁹⁴ PREFEITURA MUNICIPAL DO CRATO. Secretaria de Finanças.

pagamentos: (i) com a primeira parcela do FPM (dia 10 de cada mês), ele pagava a folha de salários do mês anteriormente trabalhado; (ii) com a segunda parcela do FPM (dia 20 de cada mês), ele pagava o que chamou de impostos, como a contribuição previdenciária dos servidores; e (iii) com a terceira parcela do FPM (dia 30), ele pagava aos fornecedores. Esse calendário foi alterado a partir do final de 2014, devido à judicialização da saúde. A primeira parcela do FPM passou a ser destinada, na sua maioria, ao pagamento de ações judiciais de saúde, por ser a maior delas; a segunda parcela do FPM continuou sendo destinada ao pagamento dos impostos. Por conseguinte, o pagamento dos servidores passou para o final do mês, juntamente com o pagamento dos fornecedores, com a terceira parcela do FPM. Ocorre que, como o valor desta parcela é bem menor do que o da primeira, tornou-se impossível honrar esses compromissos. Resultado: o município começou a atrasar o pagamento da folha da saúde e dos fornecedores²⁹⁵.

Com os salários atrasados, os servidores da saúde fizeram greves e ajuizaram ações na justiça, e os fornecedores cortaram o fornecimento de produtos e serviços, de acordo com informações prestadas pela Secretaria Municipal de Finanças²⁹⁶.

Considerado legal o movimento paredista, a Justiça determinou bloqueios nos repasses do FPM e do ICMS, para garantir o pagamento dos salários atrasados. Com isso, faltou dinheiro para pagar o salário de outras categorias de servidores, como os da educação. Sem salários, estes também recorreram à Justiça, que determinou novos bloqueios nas mesmas fontes de recursos (FPM e ICM). Agora, com as finanças comprometidas e o crescimento das demandas judiciais, faltaram recursos para atender às despesas destas decorrentes²⁹⁷. Neste caso, sem a possibilidade de deixar de atendê-las, restou ao município recorrer a suplementações orçamentárias por anulação, com prejuízo para outras políticas públicas, como reformar ou construir equipamentos para instalação de PSF's, aquisição de veículos para deslocamento de equipes de atendimento domiciliar, dentre outras. Isso gerou um verdadeiro ciclo vicioso. Na busca de saída para essa situação, trocou cinco vezes de Secretário Municipal de Saúde em menos de três anos²⁹⁸.

²⁹⁵ PREFEITURA MUNICIPAL DO CRATO. Secretaria Municipal de Finança.

²⁹⁶ Ibidem.

²⁹⁷ PREFEITURA MUNICIPAL DO CRATO. Departamento de Contabilidade.

²⁹⁸ PREFEITURA MUNICIPAL DO CRATO. Secretaria Municipal de Saúde.

4.4. Desafios e Perspectivas para uma Gestão Sistêmica da Saúde

Antes da Constituição de 1988, as políticas públicas de saúde eram da competência exclusiva da União, não havia participação popular e sua finalidade era a prevenção e o tratamento de doenças, porque a saúde era vista como ausência de doença, razão pela qual toda a lógica do sistema se voltava para a cura de agravos à saúde, remediando os efeitos e sem maiores preocupações com as causas. Essa concepção deu lugar a um novo conceito, a partir de 1988, quando, então, as atenções se voltaram para prevenção e a promoção da saúde²⁹⁹, como forma de se chegar a uma saúde plena.

Esse foi o primeiro passo. A partir de então, a saúde passou a ser compreendida como um processo decorrente da relação saúde-doença, formado pelo conjunto de fatores biopsicossociais, nos quais devem ser orientadas as políticas públicas de saúde, imprescindíveis à consecução dos fins estabelecidos na Constituição de 1988.

Nessa perspectiva, a saúde deve ser vista no âmbito da coletividade, onde cada indivíduo esteja livre de enfermidade física e/ou mental e devidamente engajado em sua comunidade. Esse engajamento começa a partir da ideia de pertencimento e de solidariedade. Assim sendo, para ter saúde, os indivíduos também precisam se sentir “participantes de um espaço-tempo (origem e território) comum”³⁰⁰, onde a saúde de cada um inclui, necessariamente, a saúde de todos de sua comunidade. Em outras palavras, a saúde do indivíduo e da população depende da combinação de fatores internos, como os biológicos; e externos, como o ambiente físico e social em que ele vive.

Sobre os fatores determinantes da saúde, o Relatório Lalonde, de 1974, elaborado no Canadá, com o nome original de *A new perspective on the health of Canadian* (Uma nova perspectiva da saúde dos canadenses)³⁰¹, constitui um dos documentos internacionais mais importantes na discussão sobre os fatores determinantes da saúde. Estabelece que saúde compreende um conjunto formado

²⁹⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf. Acesso em: 03.06.2017.

³⁰⁰ MOURÃO, Lais. Pertencimento. Disponível em: http://cettrans.com.br/artigos/Lais_Mourao.pdf. Acesso em: 11.12.2016.

³⁰¹ LALONDE, M. *A new perspective on the health of Canadianians: a working document*. Ottawa: Health and Welfare Canada, 1974. Disponível em: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>. Acesso em: 11.12.2016.

por quatro elementos que se inter-relacionam de maneira decisiva na saúde do indivíduo: (i) fatores biológicos; (ii) fatores ambientais; (iii) estilo de vida; e (iv) políticas públicas de saúde. Parte do pressuposto de que os três primeiros fatores (biológico, ambiente e modo de vida) estabelecem entre si uma relação específica que pode levar ao adoecimento; enquanto que os investimentos realizados nessas três áreas se apresentam como um importante fator na consecução da melhoria da saúde humana, bem mais do que a simples ampliação de um sistema de ações e serviços de saúde³⁰².

Portanto, é imprescindível que a saúde seja compreendida a partir de uma visão sistêmica, na sua integralidade; como um processo complexo orientado por um sistema orgânico e mutável, influenciado por fatores internos e externos às instituições responsáveis pela realização de ações e serviços de saúde³⁰³.

A principal instituição responsável por tais atividades é o Sistema Único de Saúde (SUS), cujo financiamento é proveniente das três esferas de governo. Aqui começa seu primeiro desafio: o subfinanciamento, porque, conforme já demonstrado, os recursos a ele destinados são insuficientes para alcançar a realização de seus objetivos.

Um outro problema que afeta o sistema é a sua desorganização e a ineficiência de gestão. Seus efeitos são maiores do que o subfinanciamento, segundo estudo realizado em 2007 pelo Banco Mundial (Bird), a pedido do Ministério da Saúde, porque “impacta a qualidade do gasto público, efetividade da gestão de recursos e eficiência e qualidade da prestação de serviços”³⁰⁴. Isso significa dizer que não basta aumentar de forma continuada os recursos humanos, financeiros e técnicos³⁰⁵. Deve-se, principalmente, investir em qualidade de gestão.

Os dois problemas juntos fazem com que o atual modelo de gestão do sistema de saúde brasileiro seja comprovadamente ineficaz. Basta olhar para o problema

³⁰² FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Fiocruz). Avaliação do sistema de saúde. Disponível em: <http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=determ>. Acesso em: 11.12.2016.

³⁰³ AZEVEDO, Elaine de; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. Promoção da saúde, sustentabilidade e agroecologia: uma discussão intersectorial. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 20, n. 3, p. 715-729, 2011.

³⁰⁴ BANCO MUNDIAL (BIRD). Governança no Sistema único de Saúde (SUS) do Brasil: melhorando a qualidade do gasto público e gestão de recursos. Banco Mundial: Relatório nº 36601-BR, 2007. Disponível em: <http://siteresources.worldbank.org/BRAZILINPOREXTN/Resources/3817166-1185895645304/4044168-1186326902607/19GovernancaSUSport.pdf>. Acesso em: 14.12.2016.

³⁰⁵ HERMANY, Ricardo; TOALDO, Adriane Medianeira. Gestão sistêmica do direito fundamental à saúde: um novo paradigma para a promoção do equilíbrio financeiro nos municípios brasileiros. Disponível em: <https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sidspp/article/download/11787/1642>. Acesso em: 14.12.2016.

das filas intermináveis de usuários que aguardam a realização de procedimentos cirúrgicos, muitos deles com doenças graves que requerem urgência no atendimento, macas espalhadas pelos corredores, com pessoas que agonizam enquanto aguardam atendimento, torneiras com vazamento ou banheiros sem descarga, no interior de hospitais do SUS, falta de talão de receituário controlado nos postos de saúde, funcionários que atendem mal os usuários, etc.

Quanto aos custos do sistema, um dos componentes que mais o encarece são os medicamentos, devido ao seu viés cultural, que é fortemente influenciado pela indústria farmacêutica, com a finalidade de aumentar seu consumo. Eles estão entre os elementos onde mais se investem em tecnologia, e são considerados vitais ao sistema. Com o avanço desse processo, a mercantilização do setor torna-se o fim em si, onde a busca de lucros cada vez maior relega a saúde da população a segundo plano³⁰⁶.

O Brasil é o 9º maior consumidor *per capita* de medicamentos do mundo. De seus 200 milhões de habitantes, entre 15% e 20% não tem acesso a qualquer tipo de medicamento, e a metade da população que deles necessita não dispõe de recursos para comprá-los. A população mais rica consome 48% dos medicamentos vendidos nas farmácias privadas, enquanto que cerca da metade da população, representada pelos mais pobres, consome apenas 16%. Isso significa dizer que entre 30 e 40 bilhões de brasileiros não têm acesso a medicamentos, e que uma vez incluídos nesse mercado podem elevar o consumo nas farmácias privadas de até 34%, o que é de todo interesse da indústria farmacêutica, pela natureza mercantilista do setor³⁰⁷.

Uma forma de garantir efetividade a esse mercado pode estar na utilização de meios com potencial suficiente para compelir o Estado a fornecer medicamentos a essas pessoas, através dos médicos que os prescrevem, de *marketing* e propagandas, e da própria judicialização.

Todos esses fatores (gestão ineficiente, subfinanciamento e indústria farmacêutica) constituem certamente os principais desafios para da gestão da

³⁰⁶ SOARES, Jussara Calmon Reis de Souza; DEPRÁ I, Aline Scaramussa. **Ligações perigosas: indústria farmacêutica, associações de pacientes e as batalhas judiciais por acesso a medicamentos.** Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 311-329, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n1/v22n1a17.pdf>. Acesso em: 01.06.2017.

³⁰⁷ CREMESP; CRFSP; IDEC. Medicamentos: um direito essencial. São Paulo, 2006. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/cartilha_medicamentos.pdf. Acesso em: 06.06.2017.

saúde, cujos efeitos têm relação direta com o crescimento das demandas judiciais destinadas à efetivação de ações e serviços de saúde, os quais são muito mais sentidos a nível dos municípios, porque são eles quem menos arrecadam e mais investem em saúde, conforme demonstrado no item 3.2, onde o tema é tratado com maior profundidade.

No âmbito do município do Crato, a combinação desses desafios resultou num crescente processo de judicialização das ações e serviços de saúde locais, principalmente para o fornecimento de medicamentos, cujos efeitos estão comprometendo não só o sistema de saúde local, mas também a própria gestão como um todo.

Uma alternativa para enfrentar de forma sustentável toda essa problemática passa pela adoção de uma visão sistêmica do SUS, com a inclusão de todos os atores que, de alguma forma, tenham atuação direta ou indiretamente sobre ele. Os responsáveis diretos pela gestão do sistema no modelo atual são as três esferas de governo e a comunidade, através dos Conselhos de Saúde (nacional, estadual e municipal), cuja atuação é consultiva e deliberativa. Outros atores que devem ser incluídos no ambiente dessa organização pública são o Sistema de Justiça (Magistratura, Ministério Público, Defensoria Pública, OAB, etc.), quando da judicialização da saúde; os médicos da rede pública e privada, quando da prescrição de medicamentos e requisição de realização de exames e procedimentos médico-cirúrgicos em geral; os diretores de hospitais da rede privada concedida e conveniada; a indústria farmacêutica e os próprios usuários em geral. Se todos começarem a adotar essa nova visão, será possível a formação de um novo paradigma de gestão das políticas públicas de saúde, estribado no planejamento e gestão sistêmica.

As organizações públicas e as privadas, na medida em que suas estruturas vão se diversificando, criam órgãos especializados em determinadas atividades, cujos agentes vão adquirindo experiências, crenças e interesses diferentes. A soma de todos esses órgãos forma o ambiente interno da organização. Esta, por sua vez, integra um ambiente externo bem maior, no qual se inserem outros atores, como a sociedade civil, os órgãos governamentais e os não governamentais, dentre outros. Tais atores, em alguns casos, podem ter interesses conflitantes.

Um exemplo comum de conflito de interesses pode ser constatado na relação consumidor/fornecedor de produtos e/ou serviços. Assim é que, enquanto aquele

luta para conseguir o menor preço, este luta para maximizar seus lucros. No entanto, sabe que se não baixar seu preço vai perder a venda para o concorrente. Devido a essa diferença de interesses entre esses dois ambientes (interno e externo), alguns deles não vão convergir para o mesmo sentido de “ótimo”, podendo sucumbir. O conjunto desses interesses, inter-relações e posicionamentos, eleva o nível de complexidade nas relações, com consequência direta na gestão das organizações³⁰⁸. Tal consequência será tanto maior, quanto maior e mais compartimentalizada elas forem, no que eleva a possibilidade de desperdício na efetivação de seus objetivos.

Dessa forma, torna-se imperioso que uma alternativa para romper esse paradigma é pensar a organização como um todo, aí incluindo seus inter-relacionamentos e seus padrões de mudanças no decorrer de sua existência, e não apenas aquela percepção que salta aos olhos dentro de um ambiente fechado.

Nessas circunstâncias, eis que surge o Pensamento Sistêmico como disciplina que visa, juntamente com o que já existe de aprendizagem da organização, construir novas visões e objetivos compartilhados por via de “exame e confrontação dos modelos mentais de grupos e indivíduos-chave da organização”³⁰⁹.

Uma ideia será melhor compreendida na medida em que se traz para discussão a ideia que a ela se opõe. Neste sentido, para uma melhor compreensão do pensamento sistêmico, parece oportuno que se comece falando do pensamento mecanicista, seu oposto.

O termo mecanicista vem de máquina, de mecânica. O pensamento mecanicista foi idealizado por Descartes, que entendia o mundo como uma máquina que funciona através de engrenagens, cujas peças podiam ser individualizadas, demonstradas. Com isso, os fatos, os fenômenos e ações (atos) podiam ser demonstrados através de leis matemáticas, as quais seriam suficientes para alcançar a verdade em todos os ramos do saber. Em outras palavras, o mecanicismo consiste na visão de mundo através da qual a natureza se restringe a

³⁰⁸ NETO CORCINI, Secundino Luis Henrique; MORANDI, Maria Isabel Wolf Motta; RODRIGUES, Luis Henrique. Implantação do pensamento sistêmico em organizações: fatores críticos de sucesso e insucesso. Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca/pdf>. Acesso em: 14.12.2016.

³⁰⁹ Ibidem

um sistema de determinações mecânicas. Nesse sentido, também são vistos o homem e as organizações por ele instituídas³¹⁰.

De acordo com essa visão, a vida das organizações segue o modelo de uma máquina, cujo funcionamento se assemelha à rotina e precisão de um relógio³¹¹. Tal hora chegam os funcionários para trabalhar, batem o ponto na entrada e na saída de cada expediente, e tudo se repete no dia seguinte. Durante as horas de trabalho, fazem a mesma coisa, com a mesma forma de atuar, sem espaço para criatividade. A produção é acompanhada de perto por um gerente; este, por seu superior, e assim por diante, até chegar na alta administração. É um funcionamento que segue um modelo linear, que tende a transformar a organização numa máquina burocrática, com funcionamento rotineiro, eficiência e resultados previsíveis. Aí vem a pergunta: o que pode acontecer quando essa estrutura, por alguma razão, tiver que sair de sua rotina?

Andrade et al afirma que o pensamento mecanicista se restringe a situações onde haja (i) razoável grau de equalização dos problemas; (ii) razoável estabilidade do ambiente; (iii) baixo nível de complexidade dinâmica; e (iv) baixo nível de influência das percepções de diferentes atores, quando têm interesses distintos. E conclui afirmando que, fora desses parâmetros, as organizações que seguem esse modelo entram em dificuldades³¹².

A maior parte dos problemas relevantes enfrentados pelas organizações está intimamente interconectada com os diversos atores que com eles, ainda que indiretamente, se relacionam. Por isso, de nada adianta tentar resolvê-los de forma fragmentada, sem considerar o todo (interno e externo). Só piora a situação³¹³.

Em outras palavras, é dizer que uma organização que segue o pensamento mecanicista não consegue “sair das quatro linhas”, faz o jogo que sempre fez, sem conjecturar, comparar, dialogar, sonhar com o novo. Por isso, apresenta uma gestão bastante centralizadora, para manter a hierarquia formal de suas autoridades, apresentando atividades organizacionais de forma segmentada em tarefas distintas e especializadas, não conseguindo fazer diferente. Com isso, há uma forte tendência

³¹⁰ BORJAS, Francisco S. **Dicionário UNESP do português contemporâneo**. São Paulo: UNESP, 2004, p. 899.

³¹¹ BATISTELA, Airton Carlos; BENETI, Lindomar Wessler. Relação homem/natureza no pensamento moderno. Disponível em: http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/1424_959.pdf. Acesso em: 03.06.2017.

³¹² ANDRADE, et. al. **Pensamento sistêmico: caderno de campo: o desafio da mudança sustentada nas organizações e na sociedade**. Porto Alegre: Boockman, 2006, p. 42.

³¹³ ANDRADE, et al, op. cit.

a desenvolver um ambiente resistente à gestão criativa e ao processo de inovações³¹⁴.

A complexidade é a característica fundamental da sociedade contemporânea, decorrente da qualidade das relações sociais *per capita* e da diversidade e rapidez com que as inter-relações acontecem, no que resulta numa elevação da quantidade de demandas das pessoas, gerando graves conflitos, capazes de modificar de forma irreversível a maneira de pensar e viver³¹⁵. Tudo isso exige das organizações uma nova visão de mundo totalmente incompatível com o pensar mecanicista, sob pena de perecerem.

Dessa forma, parece que o pensamento mecanicista se tornou incapaz de atender a todas essas transformações. A saída é a adoção de uma nova visão, através do pensamento sistêmico.

Tal pensamento é hoje bastante difundido nos mais variados campos do conhecimento. Seu conteúdo teórico data de meados do século passado (XX)³¹⁶. Capra fala que nesse século a perspectiva holística passou a ser conhecida com a denominação de “sistêmica”, e sua maneira de pensar como pensamento sistêmico. Ele prefere o termo ecológico a sistêmico, por entender mais técnico. Afirma que esse pensamento surgiu com os biólogos, que passaram a ver os organismos como totalidades integradas³¹⁷. Posteriormente essa visão passou a ser utilizada pela Psicologia, e logo depois pela ciência da Ecologia, que estuda as inter-relações entre os organismos vivos e o ambiente em que vivem. Foi também absolvida pela Física Quântica, a partir da elaboração da Teoria da Relatividade, de Einstein, em 1905, através da qual foi demonstrada que as partículas (no átomo) dependem uma das outras, ainda que submetidas a diferentes distâncias físicas³¹⁸.

A teoria sistêmica abre o espaço das organizações para além de seus contornos institucionais. Com isso, elas deixam de ser um espaço fechado, para se

³¹⁴ MORAES, Giovani. **Elementos do sistema de gestão de SMSQRS: sistema de gestão integrada**. 2 ed. Rio de Janeiro, 2010, p. 122, v. 2.

³¹⁵ ZORRILLA, Rubén. **Sociedad de alta complejidade: capitalismo y socialismo**. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano, 2005, p. 15.

³¹⁶ RURETA, César; ROSA, Alexandre Reis; ÁVILA, Sílvio César. Da teoria sistêmica ao conceito de redes interorganizacionais: um estudo exploratório das organizações. **Revista de Administração da UNIMEP**. Piracicaba, v. 4, n. 1, jan/abr, 2006, disponível em: <http://www.regen.com.br/ojs/index.php/regen/article/view/230/402>. Acesso em: 17.12.2016.

³¹⁷ CAPRA, Frijof. **Uma nova compreensão científica do sistema vivos**. Tradução de Newton Roberval Eicheberg. São Paulo: Cultrix, 1996, p. 32

³¹⁸ BODANIS, David. **E=mc²: uma bibliografia da equação que mudou o mundo e o que ela significa**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2004, p. 84

tornarem em algo que está continuamente interagindo com o ambiente, permitindo que este influencie em seu funcionamento. São fatores ambientais a estratégia, o tamanho da organização, a incerteza da tarefa e a tecnologia e suas contingências, todas capazes de influenciarem nas organizações³¹⁹.

Morgan assegura que a visão sistêmica tem como ponto de partida o princípio de que as organizações, igualmente aos organismos, são abertas ao ambiente em que estão inseridas, e como tais necessitam manter com ele uma adequada relação, sob pena de perecimento³²⁰. Ou seja, assim como os organismos vivos, as organizações e grupos sociais em geral necessitam estar conectados com o ambiente que os circunda; do contrário, tendem ao desaparecimento.

Dessa forma, toda a diferenciação entre o pensamento mecanicista ou clássico e o sistêmico ou moderno de administração tem por base o ambiente no qual as organizações estão inseridas. Na visão mecanicista, a organização é tratada como um sistema fechado, ignorando completamente a importância do ambiente. A visão sistêmica, por sua vez, considera o ambiente como fator fundamental no desenvolvimento sustentável das organizações. Compõem o ambiente as “interações diretas da organização com seus clientes, concorrentes, fornecedores, sindicatos, órgãos do governo e o ambiente contextual mais amplo ou geral”³²¹.

As organizações do poder público também devem ser inseridas no contexto do paradigma sistêmico, e com mais razão do que as privadas, porque, diferentemente destas, são obrigadas a atender aos princípios constitucionais da legalidade, moralidade, impessoalidade, publicidade e eficiência (CF/88, art. 37, *caput*), para que possam atender a finalidade do bem-comum. Um exemplo de organização pública que salta aos olhos é o Sistema Único de Saúde (SUS), por se tratar, talvez, da organização mais complexa do poder público brasileiro como um todo.

Nos últimos anos, esse sistema tem sido fortemente impactado pela judicialização, que representa um de seus maiores desafios, principalmente no âmbito local. Nesse contexto, ora ela aparece como causa, ora como efeito dos demais desafios, quais sejam a deficiência de gestão, o subfinanciamento e a pressão por demanda realizada pela indústria farmacêutica.

³¹⁹ MURETA; ROSA; ÁVILA, op. cit.

³²⁰ MORGAN, Gareth. **Imagens da organização**. 2 ed. Tradução de Geni G. Goldschmidt. São Paulo: Atlas, 2006, p. 59.

³²¹ MORGAN, op. cit., p. 60.

Como causa, ela aumenta os problemas de gestão municipal, porque os valores necessários para atendê-la são imprevisíveis, pois o valor de uma única ou de poucas ações judiciais pode comprometer eventual dotação orçamentária existente. Por isso, são necessariamente atendidas com recursos do fundo geral do Município, o que pode vir a comprometer outros compromissos financeiros da municipalidade, inclusive pagamento de salários. Aumenta os problemas decorrentes do subfinanciamento, porque, na medida em que os recursos são tirados para atender a demandas de interesses individuais, vão faltar para atender aos interesses da coletividade.

Como efeito, pode ser decorrente de influência da indústria farmacêutica, que induz os médicos a prescreverem cada vez mais medicamentos de marca, criando uma demanda, principalmente para a classe de menor poder aquisitiva, cuja conta vai ser paga pelo Estado. Pode ainda ser decorrente da má gestão e do subfinanciamento do sistema, na medida em que estes patrocinam a falta de atendimento aos usuários do sistema.

São raras as demandas judiciais coletivas de saúde. Isso acaba provocando uma postura egoística nas pessoas. Cada uma procura atender a sua própria pretensão, sem pensar no outro, afastando-se do dever de solidariedade. Só depois, quando o sistema tiver com seu funcionamento totalmente comprometido, por absoluta falta de recursos (financeiros e de gestão), elas vão perceber que suas demandas futuras também não serão atendidas, ainda que judicializadas. Portanto, antes que seja tarde demais, o próprio usuário deve adotar uma nova visão, pensando no todo. A partir desse momento, ele estará adotando uma visão sistêmica³²².

Se os próprios usuários do sistema precisam tomar essa consciência do todo, abandoando as pretensões movidas pelo imediatismo e o individualismo egoístico, com muito mais razão cabe ao sistema público de saúde, principalmente na esfera local, onde o SUS verdadeiramente acontece, adotar uma nova visão de gestão, incluindo atores externos como a sociedade civil organizada, os médicos, os

³²² MORAES, Rodrigo Scholler; BRANCO, Zeliona Pereira; LONTRA, Fabiane. Planejamento e gestão sistêmica como foco na saúde – otimização da rede de fornecimento de medicamento: “case” do município do Rio Grande. Disponível em: <http://www.mprs.mp.br/areas/medicamentos/arquivos/kitbasico/casederigrande.doc>. Acesso em: 19.12.2016.

fornecedores, o sistema de justiça (Ministério Público, Defensoria Pública e Magistratura) e outros órgãos governamentais e não governamentais.

Ao Ministério Público, cabe, por exemplo, desenvolver uma metodologia de Planejamento e Gestão Sistêmica pelas vias judicial e extrajudicial, podendo viabilizá-la através de audiências públicas, seminários, conferências, etc.³²³, com o objetivo de encontrar soluções para reduzir os casos de ações individuais de saúde, sem prejuízo do usuário. Pode ainda celebrar Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) com a Administração para, por exemplo, incluir na lista de medicamentos do Município determinados fármacos que estão sendo prescritos com mais frequência pelos médicos da rede privada da região.

O Judiciário, de acordo com Wang, pode ser utilizado como um instrumento imprescindível no debate público da judicialização da saúde, porque: (i) tem um papel que permite receber as reclamações daqueles que não são atendidos pelas decisões políticas (pobres e miseráveis); (ii) reúne poderes de determinar que a Administração justifique suas decisões, permitindo maior legitimidade da discussão pública de outros atores e o surgimento de novos pontos de vista; e (iii) as ações judiciais podem ser um excelente indicativo de que o governo necessita rever ou implementar novas políticas de saúde³²⁴. Neste particular, além de possibilitar a redução das ações judiciais de saúde, o Judiciário pode se tornar num importante espaço de participação do grupo dos excluídos das ações políticas.

A Defensoria Pública, órgão que tem a função essencial de viabilizar o acesso à justiça, pode ser um parceiro imprescindível do Município na luta pela redução da demanda judicial de saúde, considerando que ela é a maior patrocinadora das ações judiciais de saúde (no município do Crato, durante o período de 2012 a 2015, patrocinou 98,97% de todas as ações)³²⁵, através de parcerias e formas alternativas de solução de conflitos, como a mediação e a conciliação.

Os médicos da rede privada com atuação da região são os colaboradores em potencial do sistema, podendo se tornar em efetivos, desde que o gestor local os mantém informados e atualizados das listas de medicamentos de dispensação gratuita, dos medicamentos que tem em estoque, do caminho que o usuário deve

³²³ RODRIGO; BRANCO; LONTRA, op. cit.

³²⁴ WANG, Daniel Wei Liang. **Poder Judiciário e participação democrática nas políticas pública de saúde**. 104 f. 2009. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito de São Paulo (USP), São Paulo, 2009.

³²⁵ ESTADO DO CEARÁ. Defensoria Pública no Município do Crato.

percorrer para receber o fármaco ou realizar o procedimento prescrito sem burocracia, etc. Eles podem ainda sugerir a inclusão dos medicamentos que estão sendo prescritos com mais frequência na região nas listas RENAME (Relação Nacional de Medicamentos) e REMUME (Relação Municipal de Medicamentos), bem ainda como fazer sugestões de melhoramento e/ou a inclusão de novas políticas de saúde.

Tudo isso será possível com planejamento e gestão sistêmica, a partir do desenvolvimento de habilidades para envolver de forma permanente e sustentável esses e outros atores que de alguma forma mantenha relação com o sistema local.

CONCLUSÃO

Diante de tudo o que foi relatado e discutido, relembram-se, nesta oportunidade, os principais destaques de cada capítulo do presente trabalho e discutem-se aqueles pontos que se tornaram mais importantes para satisfação de seu objetivo, dentro da perspectiva traçada pela judicialização da saúde, qual seja conhecer quais são as consequências que o impacto financeiro das ações judiciais de saúde causou ao município do Crato/CE.

Como hipóteses do trabalho, tinha que: (i) a partir da análise das demandas judiciais ajuizadas em face do município do Crato/CE, no período de 2012 a 2015, verifica-se que seu impacto financeiro gerou consequências relevantes na gestão do sistema de saúde local, como o desequilíbrio orçamentário e a potencialização da própria judicialização da saúde; e (ii) a partir da análise das demandas judiciais ajuizadas em face do município do Crato/CE, no período de 2012 a 2015, verifica-se que seu impacto financeiro não gerou consequências relevantes na gestão do sistema de saúde local, como o desequilíbrio orçamentário e a potencialização da própria judicialização da saúde. O que restou comprovado, a partir do estudo de caso sobre os efeitos da judicialização da saúde no município do Crato, foi que as ações judiciais de saúde foram responsáveis por uma forte desorganização da gestão financeira e administrativa local, no que deu causa a greves de servidores, reiteradas trocas de secretários de saúde e elevação da própria judicialização da saúde.

A problemática que se apresenta consiste em: quais as consequências causadas pelo impacto financeiro da judicialização da política pública de saúde no Município do Crato/CE?

Com esses esclarecimentos preliminares, destacam-se, a título de conclusão, aqueles pontos que foram essenciais na estruturação do trabalho e na resposta ao problema proposto:

1. O princípio da subsidiariedade é imprescindível à participação popular, porque favorece o sentimento de empoderamento e pertencimento do cidadão no espaço local, estimulando o desenvolvimento da democracia participativa, que convive de forma harmoniosa com a democracia representativa, a qual passa a ter uma atuação subsidiária.

2. A subsidiariedade constitui-se num excelente instrumento de descentralização do poder político, possibilitando que as esferas menores executem eficazmente tudo aquilo que está ao seu alcance e que seja melhor para o bem-estar da comunidade local, sem retirar competência das esferas maiores, cuja atuação se torna subsidiária. Por conseguinte, estas serão fortalecidas pelas menores.

3. A descentralização do poder para a esfera local não deve ser plena, sob pena de criação de um ambiente propício à formação de oligarquias locais. Para prevenir ou combater essa patologia é necessário que haja um sistema de controle institucional efetivo do poder local pelos poderes centrais, além da efetiva participação popular.

4. A Constituição Federal de 1988 adotou implicitamente o princípio da subsidiariedade, ao reconhecer a autonomia local, consoante se constata da leitura sistemática dos art. 1º, 18, e 34, VII, "c".

5. O Brasil, malgrado seja a única federação com um terceiro nível de governo, na figura dos Municípios, o que deveria torná-lo um Estado modelo de autonomia local, ainda mantém grande concentração de poderes nas mãos da esfera central, prejudicando sobremaneira aplicação do princípio da subsidiariedade em sua dimensão vertical. Um exemplo disso é a manutenção do caráter federal dos recursos federais destinados a ações e serviços de saúde nos Municípios. São verbas vinculadas com aplicação "carimbada", e como tais não permitem que o gestor local de saúde (Secretário de Saúde) atenda peculiaridades locais, ainda que emergenciais, que exija destinação diferente.

6. Sem o correspondente aporte financeiro para que os Municípios brasileiros possam desenvolver suas competências, o poder local passa a depender cada vez mais dos entes superiores, em especial da União, que concentra mais da metade do bolo da arrecadação estatal. Um dos principais fatores que mantém essa concentração decorre da arrecadação proveniente das contribuições sobre o domínio econômico (CIDE), que são da competência exclusiva da União, e cujo produto da arrecadação, na sua maioria, não é partilhada com Estados e Municípios. Esta prática fere gravemente não só o princípio da subsidiariedade, como também o federativo e o da igualdade.

7. O Conselho Municipal de Saúde, nos termos da Lei 8.142/1990, constitui uma excelente ferramenta de participação popular na definição de prioridades,

fiscalização e controle das políticas públicas de saúde no âmbito local, fortalecendo a aplicação do princípio da subsidiariedade na sua dimensão horizontal. Funciona ainda como instrumento estimulador da participação direta do cidadão nas discussões de interesse da coletividade.

8. A solidariedade é outro princípio acolhido pela Constituição de 1988. Dessa feita, de forma expressa (art. 3º, I). Ela é imprescindível na formação do espaço comum, e seu objetivo é aproximar as pessoas na consolidação do bem-estar social, rompendo com as barreiras do egoísmo, do preconceito, da indiferença e dos ciclos de atraso. Por isso, imprescindível à efetivação dos direitos das minorias.

9. Quanto mais solidária for a comunidade, mais madura política e socialmente ela será, de forma que cada cidadão passe a ter no Estado um parceiro, que age subsidiariamente, eliminando o paternalismo e o fisiologismo estatal.

10. Os consórcios intermunicipais de saúde (i) são uma excelente ferramenta à disposição dos gestores públicos municipais na execução das ações e serviços de saúde, porque possibilitam a ampliação dos recursos financeiros, tecnológicos e humanos à disposição dos Municípios consorciados; (ii) aumentam o poder de barganha política dos Municípios consorciados, porque seus pleitos junto aos governos superiores terão a força política da soma deles; (iii) reduzem as desigualdades regionais, fortalecendo a autonomia dos municípios consorciados, principalmente daqueles que não dispõem de receitas próprias suficientes para realizar suas políticas de saúde; (iv) permitem um maior controle social do sistema, devido à formação de uma comunidade plurilocal; e (iv) são instrumentos de aplicação dos princípios da subsidiariedade e da solidariedade, pela formação de um espaço plurilocal de autonomia e de união entre os consorciados para consecução do bem-comum.

11. A Constituição de 1988 representa o divisor de águas do direito à saúde e das políticas públicas de saúde no Brasil, porque somente a partir dela a saúde se tornou um direito de todos e dever do Estado, que deve realizá-lo através de políticas econômicas e sociais suficientes para reduzir os riscos de doenças e outros agravos, bem ainda como viabilizar as condições necessárias para garantir o acesso universal e igualitário a todas as ações e serviços de saúde, as quais devem ser eficientes e eficazes. Antes dela, as pessoas pobres e as excluídas do mercado de trabalho formal não tinham direito a saúde. Ficavam à mercê de caridades e filantropia. Ou seja, não tinham cidadania.

12. A hierarquização e regionalização do Sistema Único de Saúde são imprescindíveis para que o Estado se desincumba de seu dever de realizar as políticas necessárias à execução do direito fundamental à saúde. Com a hierarquização, ele enfrenta a complexidade do atendimento, dividindo-o em três níveis: (i) atendimento primário ou de atenção básica; (ii) atendimento secundário ou atenção de média complexidade; e (iii) atendimento terciário ou de alta complexidade. Sua finalidade é permitir o acesso de todos ao sistema, de acordo com a gravidade e a urgência do problema de saúde que a pessoa tenha, evitando que grandes centros especializados sejam congestionados com casos de fácil solução. A regionalização, por sua vez, permite que o sistema possa atender a suas demandas de acordo com as peculiaridades locais.

13. A municipalização da saúde foi a grande estratégia do constituinte de 1988 para garantir a todos o direito fundamental à saúde, exatamente porque o Município é a unidade federada que fica mais próxima do cidadão, razão pela qual lhe coube, com exclusividade, a atenção básica, que constitui a porta de entrada do sistema, realizada através do Programa de Saúde da Família (PSF). Somente assim foi possível destacar as diversidades econômicas, sociais, culturais e climáticas de cada localidade. No entanto, ela pode levar o sistema a um processo de fragmentação, criando condições favoráveis para que se desenvolva num Município com prejuízo para outro, comprometendo a sua unicidade e sua própria viabilidade. Para evitar esse problema é necessário que a gestão do sistema como um todo tenha sempre em mente a equidade, imprescindível para manter a integração, harmonização e modernização dos sistemas municipais.

14. O subfinanciamento constitui-se num dos maiores problemas do SUS. Ele afeta principalmente os Municípios, ente onde o sistema verdadeiramente acontece. Uma das razões de seu agravamento está na redução gradativa e continuada do investimento que a União faz em ações e serviços de saúde. Foi assim que ela reduziu de 58,6% no ano de 2000 para 45,4% em 2013 sua participação nos custos totais do sistema (segundo a CNM).

Quem pagou essa conta foram os Municípios, que nesse mesmo período, viram seus gastos com saúde saltarem de 21,8% para 28,8% de suas receitas próprias brutas, sendo que o município do Crato gastou em 2015 31,42% dessas receitas próprias.

Essa situação tende a piorar com o congelamento dos gastos federais com saúde a partir de 2018, que terá por base o valor correspondente a 13,7% de sua receita corrente líquida a ser destinada em 2017, corrido pela variação do INPC.

Os efeitos decorrentes dessa nova regra podem ser catastróficos, porque desconsidera totalmente o crescimento da população e o aumento progressivo da população de idosos, que naturalmente necessita de mais atenção à saúde, principalmente medicamentos e serviços médico-hospitalares, a possibilidade de aumento das epidemias de Dengue, Chikungunya e Zika, e a volta da febre amarela, dentre outros problemas sanitários de âmbito nacional que podem surgir e/ou serem agravados ao longo dos próximos 20 anos.

15. Outro problema que tem afetado consideravelmente o SUS é a judicialização das ações e serviços de saúde. Seus efeitos têm sido mais severos, como sempre, nos Municípios, por pelo menos três razões. A primeira é a injustiça do sistema tributário nacional, que concentra receitas na União e deixa a grande maioria dos Municípios na dependência de transferências dos demais entes, muitas delas vinculadas a conveniências políticas do governo das esferas transferidoras. A segunda é a proximidade do cidadão com o Município, o que facilita o cumprimento das decisões judiciais de saúde. Com isso, o Município acaba sendo o ente naturalmente mais acionado. E a terceira é a solidariedade passiva entre os entes federados para responderem judicialmente por ações e serviços de saúde, segundo a jurisprudência reiterada do STF, através da qual o Município se torna obrigado a atender, por exemplo, a demandas de fornecimento de medicamentos de custo elevado, os quais, a princípio, são de responsabilidade administrativa da União. Pior do que isso é o fato de o Município não poder se ressarcir, ainda que parcialmente, dos valores despendidos em função dessa responsabilidade, mediante ação de regresso em face dos entes superiores, de acordo com a jurisprudência do TRF-2, TRF-4 e TJRJ, que entende que eventual gasto com saúde que ele venha a fazer já está compreendido nos repasses ordinários da União e do Estado.

16. Esta solidariedade de que trata a jurisprudência do STF está alinhada com a autoaplicabilidade dos direitos fundamentais e da dignidade humana garantidos na Constituição de 1988, e como tal parece a mais acertada. No entanto, a negação do direito de ação de regresso aos Municípios, inscrita pela jurisprudência dos tribunais de segundo grau citada, dos valores despendidos em decorrência desse tipo de responsabilidade, não se afigura como sendo a mais razoável, por pelo

menos, duas razões. A primeira é que ela parece olvidar aplicação ao princípio da igualdade, pois acaba favorecendo ainda mais a União que já é beneficiada com a falta de critérios objetivos para o financiamento da saúde, em prejuízo do Município, que já é duramente castigado pela desigualdade na distribuição de recursos tributários. A segunda é que ela ignora a possibilidade de aquele recurso despendido para atender a um dever de solidariedade possa faltar para realização de outras políticas públicas, deixando desamparada a comunidade local.

17. A população do Crato/CE despertou para buscar o atendimento de suas demandas de saúde no Judiciário a partir do ano de 2014, de acordo com a pesquisa objeto do presente trabalho, devidamente ratificada pelo levantamento realizado na Defensoria Pública, órgão que ajuizou a quase totalidade das ações judiciais de saúde (98,97%).

18. O impacto financeiro decorrente do aumento das ações de saúde ajuizadas em face do município do Crato/CE, no período de 2012 a 2015, principalmente nos dois últimos anos da série (vide figura 1, p. 111), causou consequências importantes na gestão do sistema de saúde e na administração local como um todo. Para começar, o município foi obrigado a alterar o cronograma de pagamento de seus compromissos, inicialmente definido como: (i) no dia 10 de cada mês, com a primeira parcela do FPM e ICMS, pagava a folha de salários da saúde; (ii) no dia 20 seguinte, com a segunda parcela desses repasses, pagava os impostos, aí incluindo a contribuição previdenciária dos servidores; e (iii) no dia 30, com a terceira parcela desses repasses pagava os fornecedores. Foi assim até 2014, quando as ações judiciais de saúde tomaram proporções não esperadas pela administração. Seu impacto financeiro começou a comprometer os recursos provenientes dessas fontes de receitas, praticamente as únicas à disposição da municipalidade, devido ao baixo volume de arrecadação proveniente de seus tributos (ISS e ITBI). Uma saída foi a transferência do pagamento da folha da saúde para o dia 30, com a terceira parcela dessas fontes, juntamente os fornecedores. Mas não logrou sucesso, pois, além da respectiva parcela ser a menor de todas, ela também estava comprometida com a judicialização. O resultado não poderia ter sido diferente: começou a atrasar o pagamento dos servidores e dos fornecedores. Sem salário, aqueles fizeram greves, e estes suspenderam a prestação de serviços e/ou fornecimento de produtos.

O movimento paredista foi considerado legal pela Justiça, e resultou em bloqueios nas citadas fontes de recursos para garantir o pagamento dos respectivos

salários. Com isso, faltou recursos para pagar os salários de outras categorias de servidores, a exemplo da educação. Sem salários, estes servidores também fizeram greves, com a conseqüente judicialização e novos bloqueios nas mesmas fontes de recursos.

Com o total comprometimento das receitas disponíveis, devido aos constantes bloqueios judiciais e sem crédito com os fornecedores, o município praticamente deixou de atender aos pleitos administrativos de saúde, o que fez aumentar ainda mais as demandas judiciais de saúde, num verdadeiro ciclo vicioso. Sem a possibilidade de recusar atendimento a estas demandas, por decorrem de ordem judicial, restou ao município recorrer a suplementação por anulação de dotações orçamentárias, com prejuízo das destinações originárias, inclusive para outras políticas públicas.

Em resumo, o impacto financeiro das ações judiciais de saúde no município do Crato/CE, no período de 2012 a 2015, principalmente a partir de 2014, praticamente inviabilizou a gestão local do sistema de saúde e comprometeu sobremaneira a administração local como um todo.

19. Para sair dessa situação de autofagia, a gestão que se inicia a partir de 01.01.2017 precisa adotar medidas imprescindíveis e urgentes, como: (i) entregar a pasta da saúde a uma equipe técnica experiente, motivada e com autonomia suficiente para realizar as mudanças necessárias; (ii) incentivar através da trocar conhecimentos com municípios que conseguiram reduzir a níveis administráveis a quantidade de ações judiciais de saúde e o impactos financeiro delas decorrente, sem prejuízo dos usuários do sistema; (iii) realizar audiências públicas com entidades da sociedade civil para coleta e posterior implementação das propostas colhidas; e (iv) fazer um planejamento e gestão sistêmica, a partir de uma nova visão, com a integração de diversos setores internos e externos aos sistema de saúde local, para formação de uma rede de trabalho com o sistema justiça (Ministério Público, Magistratura, Defensoria Pública e OAB), fornecedores, médicos da região, diretores de hospitais públicos e privados conveniados da região, outros órgãos governamentais e não governamentais e a sociedade civil organizada. Somente assim, o Município do Crato/CE conseguirá transformar o atual ciclo vicioso decorrente das ações judiciais de saúde num ciclo virtuoso.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Zenaide Neto. A descentralização do SUS: o financiamento e as Normas Operacionais Básicas de Saúde. In: AGUIAR, Zenaide Neto (Coord.). **SUS – Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. 2 ed. São Paulo: Marinari, 2015.
- ALEXY, Robert. **Teoria dos direitos fundamentais**. 2 ed. Tradução de Virgílio Afonso da Silva. São Paulo: Malheiro, 2015.
- ANDERSON, George. **Federalismo: uma introdução**. Tradução de Ewandro Magalhães Jr. e Fátima Guerreiro. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009.
- ANDRADE, et. al. **Pensamento sistêmico: caderno de campo: o desafio da mudança sustentada nas organizações e na sociedade**. Porto Alegre: Boockman, 2006.
- ANDRADE, Vítor Luiz. Tópico essenciais em economia e gestão de saúde. Disponível em: www.ufjf.br/oliveira_junior/files/2011/08/Aula4_EcoSau.ppt. Acesso em: 28.05.2017.
- ARISTÓTELES. **Política**. Tradução de Torrieri Magalhães. São Paulo: Martin Claret, 2003.
- ASENSI, Felipe. Responsabilidade solidária dos entes da federação e “efeitos colaterais no direito à saúde”. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 145-156, nov/2015/fev/2016.
- ASENSI, Felipe. **Sistema único de Saúde: lei 8.080/1990 e legislação correlata**. Brasília: Alumnus, 2015.
- ASSIS, Luiz Gustavo Bambini de. **Processo legislativo e orçamento público: a função de controle do Parlamento**. 2009. 199f. Tese. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.
- ASSOCIAÇÃO DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA DE PESQUISA (INTERFARMA). Judicialização da saúde na prática. São Paulo, 2016. Disponível em: <http://www.interfarma.org.br/uploads/biblioteca/102-caderno-judicializacao-jul2016-site.pdf>. Acesso em: 09.11.2016.
- AUAD, Denise. Os direitos sociais na constituição de Weimar como paradigma do modelo de proteção social da atual Constituição Federal Brasileira. **Revista da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo**, São Paulo v. 103, p. 337-55, jan-dez. 2008. Disponível em: <http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/67809-89240-1-pb.pdf>. Acesso em: 04.05.2017.
- AZEVEDO, Elaine de; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. Promoção da saúde, sustentabilidade e agroecologia: uma discussão intersectorial. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 20, n. 3, p. 715-729, 2011.

BAGATINI, Julia. **A responsabilidade civil na sociedade de risco e a ideia de solidariedade: uma abordagem a partir da constitucionalização do direito privado**. 2014. 121 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Direito – Mestrado e Doutorado) – Universidade de Santa Cruz do Sul, Cruz do Sul, 2014.

BANCO MUNDIAL (BIRD). Governança no Sistema único de Saúde (SUS) do Brasil: melhorando a qualidade do gasto público e gestão de recursos. Banco Mundial: Relatório nº 36601-BR, 2007. Disponível em: <http://siteresources.worldbank.org/BRAZILINPOREXTN/Resources/3817166-1185895645304/4044168-1186326902607/19GovernancaSUSport.pdf>. Acesso em: 14.12.2016.

BANCO MUNDIAL. Ranking de países pelo gasto per capita com saúde. Disponível em: <http://www.deepask.com.br/goes?page=Veja-ranking-de-paises-pelo-gasto-per-capita-com-saude>. Acesso em: 25.04.2017.

BARACHO, José Alfredo de Oliveira. **O princípio de subsidiariedade: conceito e evolução**. Rio de Janeiro: Forense, 1997.

BARRETO, Larissa Catarine Medeiros Batista. **Representatividade do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) no Rio Grande do Norte**. 2013. 80 f. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Ciências Contábeis) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2013.

BARROSO, Luis Roberto. A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo: natureza jurídica, conteúdos mínimos e critérios de aplicação. Versão provisória para debate público. Mimeografado, dezembro de 2010. Disponível em: http://luisrobertobarroso.com.br/wp-content/uploads/2010/12/Dignidade_texto-base_11dez2010.pdf. Acesso em: 18.08.2010.

_____. **Curso de direito constitucional contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo**. 3 ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

_____. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamento e parâmetros para a atuação judicial. Disponível em: <http://www.conjur.com.br/dl/estudobarroso.pdf>. Acesso em: 08.11.2016.

_____. Judicialização, ativismo e legitimidade democrática. Disponível em: <http://www.oab.org.br/editora/revista/users/revista/1235066670174218181901.pdf>. Acesso em: 29.11.2016.

_____. A Dignidade da Pessoa Humana no Direito Constitucional Contemporâneo: Natureza Jurídica, Conteúdos Mínimos e Critérios de Aplicação. Versão provisória para debate público. Mimeografado, dezembro de 2010. Disponível em: http://luisrobertobarroso.com.br/wp-content/uploads/2010/12/Dignidade_texto-base_11dez2010.pdf. Acesso em: 18.08.2016.

_____. **A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo: a construção de um conceito jurídico à luz da jurisprudência mundial**. Belo Horizonte: Fórum, 2014.

BATISTELA, Airton Carlos; BENETI, Lindomar Wessler. Relação homem/natureza no pensamento moderno. Disponível em: http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/1424_959.pdf. Acesso em: 03.06.2017.

BENOIST, Alain. Democracia representativa e democracia participativa. Disponível em: <http://legio-victrix.blogspot.com.br/2011/09/democracia-representativa-e-democracia.html>. Acesso em: 06.05.2017.

BERCOVICI, Gilberto. **Dilemas do Estado federal brasileiro**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004.

BERENGER, Mercêdes Moreira. **Descentralização ou desconcentração: AIS – SUDS – SUS**. 1996. 79f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Escola Brasileira de Administração Pública, Rio de Janeiro, 1996.

BERNADES, Camila Fernandes Santos; CALCGNO, Matheus Braga. A dignidade humana como norma-princípio e seus reflexos frente a concretização dos direitos fundamentais. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=c929f2210333206f>. Acesso em: 04.05.2017.

BERRARDO, Carlos Francisco. **A era dos direitos sociais: lineamento histórico, filosófico e jurídicos dos direitos humanos fundamentais: relação com o direito do trabalho: aplicação, pela jurisprudência**. 2012. 343 f. Tese (Doutorado em Direito). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

BEVILHERI, Eliane Cristina Lopes; NARCISO, Argéria Maria Serraglio; PASTOR, Márcia. A lógica territorial na política de saúde brasileira. Serviço Social em Revista, Londrina, v. 16, n. 2, jan/jun, 2014. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/download/16348/15184..> Acesso em: 08.05.2017.

BEZERRA, Helga Maria Saboia. Subsidiariedade: de noção aristotélica a princípio da União Europeia e seu reflexo na ordem econômica brasileira. **Direitos Fundamentais e Justiça** – Ano 5, nº 17, p. 142-177, out/dez 2011. Disponível em: http://www.dfj.inf.br/Arquivos/PDF_Livre/17_Dout_Nacional_4.pdf. Acesso em: 10.03.2016.

BÍBLIA SAGRADA. Gênesis, 1: 26. Disponível em: <https://www.bibliaonline.com.br/acf/gn/1/26>. Acesso em: 12.05.2017.

BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de política**. 11 ed. Brasília: Editora UnB, 1998.

BODANIS, David. **E=mc²: uma bibliografia da equação que mudou o mundo e o que ela significa**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2004.

BONAVIDES, Paulo. **Ciência política**. 15 ed. São Paulo: Malheiros, 2008.

_____. **Curso de direito constitucional**. 28 ed. São Paulo: Malheiros, 2013.

_____. Direitos fundamentais, globalização e neoliberalismo. Disponível em: http://lms.ead1.com.br/upload/biblioteca/modulo_1600/006YAY3U5B.pdf. Acesso em: 25.06.2016.

BORJAS, Francisco S. **Dicionário UNESP do português contemporâneo**. São Paulo: UNESP, 2004.

BRANCO, Paulo Gustavo Gonet; COELHO, Inocêncio Mártires; MENDES, Gilmar Ferreira. **Curso de Direito Constitucional**. 4ª Ed. São Paulo: Saraiva, 2009, p. 128.

BRASIL Constituição (1824). Constituição Política do Imperio do Brazil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/>. Acesso em: 01.05.2017.

_____. Ministério da Saúde. Sistema único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf. Acesso em: 03.06.2017.

_____. Advocacia Geral da União. Parecer n. 811/2012. Relator: FRANCO, Luis Felipe Galeazzi 01.07.2012. Disponível em: <http://www.agu.gov.br/page/download/index/id/23472020>. Acesso em: 08.11.2016.

_____. Câmara dos Deputados. Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira. Estudo Técnico nº 15/2015. Disponível em: http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/orcamentobrasil/estudos/2015/Estudo2015IR_IPI_Partilha.pdf. Acesso em: 20.10.2016.

_____. Câmara dos Deputado. Projeto de Lei Complementar 321/2013. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/>. Acesso em: 14.05.2017.

_____. Conselho Nacional de Justiça. **Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiências**. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2015.

_____. Constituição (1891). Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 29.12.2016.

_____. Constituição (1934). Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil. Disponível em: www.planalto.gov.br. Acesso em: 16.05.2017.

_____. Constituição (1946). Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/>. Acesso em: 25.02.2017.

_____. Constituição (1967). Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 05.01.2017.

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

_____. Constituição (1824). Constituição do Império do Brasil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao24.htm. Acesso em: 30.04.2017.

_____. Constituição (1988). Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/>. Acesso em: 15.01.2017.

_____. Decreto Legislativo nº 4.536, de 28 de janeiro de 1922. Organiza o Código de contabilidade da União. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/> BRASIL. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080/ de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/>. Acesso em: 30.04.2017.

_____. Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF - Seção 1 - 13/4/1923, Página 10859. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4682-24-janeiro-1923-538815-norma-pe.html>. Acesso em: 23.12.2015.

_____. Decreto nº 6.107, de 17 de janeiro de 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6017.htm. Acesso em: 27.10.2016.

_____. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080/ de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/>. Acesso em: 02.05.2017.

_____. Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964. Estatui normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Disponível em: www.planalto.gov.br/ BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica n. 01/1996. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html. Acesso em: 24.05.2017.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS no Município: garantindo saúde para todos**. 2. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Atenção Básica (PNAB). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>. Acesso em: 05.06.2017.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_o_que_e.php. Acesso em: 25.10.2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html. Acesso em: 21.04.2017.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Orçamento Público de Saúde. Disponível em: datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/financeiros/siops. Acesso em: 30.11.2016.

_____. Ministério da Saúde. União, Estados e Municípios têm papéis diferentes na gestão do SUS. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/governo/2014/10/o-papel-de-cada-ente-da-federacao-na-gestao-da-saude-publica>. Acesso em: 28.05.2017.

_____. Ministério do Planejamento. Unidade Básica de Saúde (UBS). Disponível em: <http://www.pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/ubs-unidade-basica-de-saude>. Acesso em: 05.06.2017.

_____. Portal Brasil. União, estados e municípios têm papéis diferentes na gestão do SUS. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/governo/2014/10/o-papel-de-cada-ente-da-federacao-na-gestao-da-saude-publica>. Acesso em: 06.11.2016.

_____. Portaria nº 1.321, de 5 de julho de 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/>. Acesso em: 11.05.2017.

_____. Portaria nº 2.577, de 27 de outubro de 26 de novembro de 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/>. Acesso em: 15.03.2017.

_____. Senado Federal. Comissão Temporária destinada a propor soluções ao financiamento do sistema de saúde no Brasil (CTS): relatório final. Disponível em: www19.senado.gov.br/sdleg-getter/.../3e523b00-6871-4f75-9757-fe4416bdac6f. Acesso em: 21.05.2017.

_____. Senado Federal. Especial cidadania: orçamento público. Brasília: Senado Federal, 2008.

_____. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceitos Fundamentais nº 45. Relator: Ministro Celso de Mello. Informativo de Jurisprudência nº 345/STF. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo345.htm>. Acesso em: 04.05.2017.

_____. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário (RE) nº 480289-RS. Relator: GRAUS, Eros. Publicação DJe de 12 de setembro de 2008. Disponível em: <http://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/14770374/recurso-extraordinario-re-480289-rs-stf>. Acesso em: 16.11.2016.

_____. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário nº RE 271.286-AgR, Relator: MELLO, Celso de. Publicado no Diário Oficial de União de 24 de novembro de 2000. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=335538>. Acesso em: 09.11.2016.

_____. Supremo Tribunal Federal. Suspensão de Tutela Antecipada n. 828. Residente: Ricardo Lewandowski. Publicado no DJ de 06 de abril de 2016.

Disponível em:

<http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp?numero=828&classe=STA&origem=AP&recurso=0&tipoJulgamento=M>. Acesso em: 24.05.2017.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 4ª Região. Agravo de Instrumento n. AG 5044757832016400000 5044757-83.2016.404.0000. Relator: PEREIRA, Ricardo Teixeira do Vale. Publicado no Diário Oficial de 14 de outubro de 2016. Disponível em: <http://trf-4.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/394994239/agravo-de-instrumento-ag-50447578320164040000-5044757-8320164040000>. Acesso em: 10.11.2016.

BRIGAGÃO, Clóvis. Prevenir, manter e construir a paz: novos desafios à segurança internacional. Disponível em: <http://www.iea.usp.br/artigos>. Acesso em: 04.05.2017.

BRSIL. Tribunal Regional Federação da 2ª Região. Apelação Cível n. AC 200651130006142. Relator: LIMA, Vera Lúcia. Publicado no Diário da Justiça de 06 de agosto de 2014. Disponível em: <http://trf-2.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/25239983/ac-apelacao-civel-ac-200651130006142-trf2>. Acesso em: 09.11.2016.

BÚRIGO, Vandrê Augusto. Implicações do princípio da solidariedade no sistema tributário: Breves anotação. **Revista Eletrônica Direito e Política**, Itajaí, v. 2, n. 2, 2º quadrimestre, 2007, p. 370-385. Disponível em: <http://siaiap32.univali.br/seer/index.php/rdp/article/view/7599/4354>. Acesso em: 06.09.2016.

CAMARGO, Aspásia Brasileiro Alcântara. Atualidade do federalismo: tendências internacionais e a experiência brasileira. In: VERGARA, Sílvia Constant; CORRÊA, Vera Lúcia de Almeida. **Proposta para uma gestão municipal efetiva**. 2 ed. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

CAMPANHOLE, Adriano; CAMPANHOLE, Hilton Lobo. **Constituição do Brasil**. 8. Ed. São Paulo: Atlas, 1995.

CANOTILHO, J. J. Gomes. **Direito Constitucional e teoria da constituição**. 6 ed. Coimbra: Almedina, 2002.

CAPRA, Frijof. **Uma nova compreensão científica do sistema vivos**. Tradução de Newton Roberval Eicheberg. São Paulo: Cultrix, 1996.

CARAM, Danilo Theml. O custo dos direitos, a reserva do possível, a destinação dos tributos em norma e a concretização de direitos fundamentais. In: ASSENSI, Felipe Dutra; APAULO, Daniel Giotti de (Coord). **Tratado de direito constitucional: Constituição no século XXI**. Rio de Janeiro: Campus, 2014.

CARDOSO, Alenilton da Silva. **Princípio da solidariedade: o paradigma ético do direito contemporâneo**. São Paulo: Editora Juarez de Oliveira, 2010.

CARDOSO, Antônio Manoel Bandeira. A Magna Carta: conceituação e antecedentes. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, a. 23, n. 91, p. 135-140, 1986. Disponível em: <https://historiaon.files.wordpress.com/2012/06/absolutismo-inglc3aas->

resumo.pdf<https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/182020/000113791.pdf?sequence=1>. Acesso em: 19.04.2017.

CARDOSO, Itala Lopes; CUNHA, Jarbas Ricardo Almeida. Mínimo existencial do direito à saúde no SUS: o caso do Programa de Saúde da Família. **Caderno Ibero-Americano de Direito Sanitário**, Brasília, v. 5, a. 4, p. 9-26, out-dez, 2016. Disponível em: www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/download/250/413. Acesso em: 23.05.2017.

CARLINI, Angélica. **Judicialização da saúde pública e privada**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2014.

CASTOR, Paulo Cesar Keinert. **Autonomia municipal como fato de desenvolvimento local**. 2008. 133 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico Multidisciplinar em Organizações e Desenvolvimento) – Centro Universitário Franciscano do Paraná, Curitiba, 2008.

CASTRO, Laís. Etiologia das palavras. Disponível em: <http://patialais.blogspot.com.br/2011/10/etimologia-das-palavras-dignidade.html>. Acesso em: 15.08.2016.

CAVALCANTI, Thais Novaes. Direitos fundamentais e o princípio da solidariedade: uma teoria sobre o desenvolvimento humano. Osasco: Edifício, 2015, p. 26. CICCIO, Cláudio de; GONZAGA, Álvaro de Azevedo. **Teoria geral do Estado e ciência política**. 2 ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2009.

COLAÇO, Jean Renato. **O Orçamento público como instrumento de planejamento**. 2014. 35 f. Monografia (Bacharel em Direito). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.

COMPARATO, Fábio Konder. **Afirmção histórica dos direitos humanos**. São Paulo: Saraiva, 2007.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS – CNM. Recursos financeiros no Sistema Único de Saúde. Brasília: CNM, 2014. Disponível em: [http://www.cnm.org.br/cms/biblioteca/Recursos%20financeiros%20no%20SUS%20\(2014\).pdf](http://www.cnm.org.br/cms/biblioteca/Recursos%20financeiros%20no%20SUS%20(2014).pdf). Acesso em: 23.04.2017.

_____. Judicialização da saúde: cresce esse tipo de medida principalmente para acesso a medicamentos. Disponível em: <http://www.cnm.org.br/comunicacao/noticias/judicializa%C3%A7%C3%A3o-da-sa%C3%BAde-cresce-esse-tipo-de-medida-principalmente-para-acesso-a-medicamentos>. Acesso em: 29.04.2017.

COTTA, Elisabete Moraes; FUNES, Gilmara Pesqueiro Fernandes Mohr. Da dignidade da pessoa humana. Disponível em: <http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/1441/1377>. Acesso em: 04.05.2017.

CREMESP; CRFSP; IDEC. Medicamentos: um direito essencial. São Paulo, 2006.
Disponível em:
http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/cartilha_medicamentos.pdf. Acesso em: 06.06.2017.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **Elementos de teoria geral do Estado**. 28 ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

DRESCH, Renato Luís. Federalismo solidário: a responsabilidade na área da saúde.
Disponível em:
<http://www.tjmt.jus.br/INTRANET.ARQ/CMS/GrupoPaginas/126/1127/FEDERALISMO-SOLIDARIO-A-RESPONSABILIDADE-DOS-ENTES-FEDERATIVOS-NA-%C3%81REA-DA-SA%C3%9ADE.pdf>. Acesso em: 08.11.2016.

DUARTE, Francisco Carlos; NECLE, Isabella Cristina Costa. Subsidiariedade: a evolução do princípio constitucional limitador da interferência estatal. **Sequência**. Florianópolis, n. 68, p. 91-107, jun. 2014. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.5007/2177-7055.2013v35n68p91>. Acesso em: 12.03.2016.

DUMONT, Louis. **Ensaio sobreo individualismo**. Rio de Janeiro: Roco, 1985.

DURKHEIM, Émile. **Da divisão do trabalho social**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

EINSTEIN, Albert. Disponível em:
<http://www.portaldaliteratura.com/pensamentos.php?id=2098>. Acesso em: 21.10.2016.

ESTADO DO CEARÁ. Consórcios públicos de saúde no Ceará: estratégia para o fortalecimento da regionalização da saúde. Disponível em:
<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/downloads/category/53-manual-consorcios-publicos-em-saude-no-ceara-?download=96:manual-consorcios-publicos-em-saude-no-ceara>. Acesso em: 25.12.2015.

_____. Defensoria Pública Estadual na cidade do Crato-CE.

ESTADO DO ESPIRITO SANTO. Ministério Público Estadual. Ações e serviços de saúde. Disponível em: <https://www.mpes.mp.br/Arquivos/.../6b084d28-df7e-4574-9c17-cce429d014e2.ppt>. Acesso em: 28.05.2017.

ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 0003392-10.2010.8.19.0028, Relator: MOREIRA, Gilberto Dutra. Publicado Diário da Justiça de 26 de setembro de 2013. Disponível em: <http://tj-rj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/380569067/apelacao-reexame-necessario-reex-33921020108190028-rio-de-janeiro-macae-1-vara-civel>. Acesso em: 09.11.2016.

FARIA, Rodrigo Oliveira de. **Natureza jurídica do orçamento e flexibilidade orçamentária**. 2009. 288 f. Dissertação (Mestrado em Direito), Faculdade de Direito de São Paulo, São Paulo, 2009.

FAVERO, Edison. **Desmembramento territorial: o processo de criação de municípios – avaliação a partir de indicadores econômicos e sociais**. 2004. 279 f. Tese (Doutorado em Direito) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

FEDERAÇÃO DAS INDÚSTRIAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (FIRJAN). IFDM - Índice Firjan De Desenvolvimento Municipal. EDIÇÃO 2012, ano base 2010. Sistema FIRJAN. Rio de Janeiro, ano 5, 2012. Disponível em <http://www.firjan.org.br/lfdm/versaoimpressa/>. Acesso em: 27.04.2017.

FERRAZ, Luciano. Consórcios públicos: ensaio sobre a constitucionalidade da Lei 11.107/2005. In: PIRES, Maria Coeli; BARBOSA, Maria Elisa Braz (Coord.). **Consórcios públicos: instrumento do federalismo cooperativo**. Belo Horizonte: Fórum, 2008.

FERREIRA, Cleidiane de Oliveira; ANJOS, Eleonora Rachid de Carvalho dos; TRINDADE, José Raimundo Barreto. Execução do Planejamento – construção do restaurante popular constante do anexo de metas da LDO 2014 em Parauapebas-PA. Disponível em: http://www.aedmoodle.ufpa.br/pluginfile.php?file=%2F203161%2Fmod_forum%2Fattachment%2F308541%2FARTIGO%20CIENTIFICO%20POS%20UFPA1.doc. Acesso em: 30.04.2017.

FROTA, Hidemberg Alves da. O princípio da dignidade da pessoa humana à luz do Direito Constitucional Comparado e do Direito Internacional dos Direitos Humanos. **Revista Latinoamericana de Derecho**, México, D.F., v. 2, n. 4, p. 1-26, jul.-dic. 2005.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Fiocruz). Avaliação do sistema de saúde. Disponível em: <http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=determ>. Acesso em: 11.12.2016.

_____. Atendimento. Disponível em: <http://pensesus.fiocruz.br/atendimento>. Acesso em: 08.05.2017.

_____. Epidemias de zika e chikungunya são mais fortes em 2017. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/>. Acesso em: 30.12.2016.

GABARDO, Emerson. **Interesse público e subsidiariedade: o Estado e a sociedade civil para além do bem e do mal**. Belo Horizonte: Fórum, 2009.

_____. **O jardim e a praça para além do bem e do mal: uma antítese ao critério da subsidiariedade como determinante dos fins do estado social**. 2009. Tese (Doutorado em Direito do Estado, Setor de Ciências Jurídicas). Universidade Federal do Paraná, 2009.

GARRAFA, Volnei; SOARES, Sheila Pereira. O princípio da solidariedade e cooperação na perspectiva bioética. **Revista Bioethikos**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 247-258, 2013,. Disponível em: <http://www.saocamilosp.br/novo/publicacoes/publicacoesDownload.php?ID=105&rev=b&ano=2013>. Acesso em: 28.08.2016.

GENAIO NETO, Leonardo. **Solidariedade e capital social: um estudo das suas expressões na pastoral da criança em Niterói**. 2007. 82 f. Dissertação (Programa de Estudos Pós-Graduação de Política Social, da Escola de Serviço Social) - Universidade Federal Fluminense, 2007.

GICOMONI, James. **Orçamento público**. São Paulo: Atlas, 2007.

GONÇALVES, Bruno Henrique. **Da judicialização da política ao ativismo judicial: uma análise do constitucionalismo democrático do protagonismo judicial – em busca de uma legitimação da decisão judicial**. 2013. 108 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Direito) – Faculdade de Direito do Sul de Minas – Pouso Alegre, 2013.

GONÇALVES, Leonardo Augusto. Origens, conceitos e características dos direitos sociais: uma análise das consequências do déficit na implementação dos direitos fundamentais de segunda dimensão. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/acoes_afirmativas/aa_doutrina/Origens%20Dir%20Sociais.doc. Acesso em: 04.05.2017.

GONTIJO, Vander. Orçamento Brasil: evolução histórica no Brasil. Curso sobre processo orçamentário. Câmara do Deputados. Brasília, 2004. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/orcamentobrasil/cidadao/entenda/cursopo/HistoricoBrasil>. Acesso em: 11.11.2016op. cit.

GORCZEVSKI, Clovis. **Direitos humanos, educação e cidadania: conhecer, educar, praticar**. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2009, p. 112.

HENRIQUES, Elcio Fiori. **O regime jurídico do gasto tributário do gato tributário no direito brasileiro**. 2009. 221 f. Dissertação. (Departamento de Direito Econômico e Financeiro). Mestrado – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

HERMANY, Ricardo. **O município na constituição: poder local no constitucionalismo luso-brasileiro**. Curitiba: Juruá, 2011, p. 19.

_____; TOALDO, Adriane Medianeira. Gestão sistêmica do direito fundamental à saúde: um novo paradigma para a promoção do equilíbrio financeiro nos municípios brasileiros. Disponível em: <https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sidssp/article/download/11787/1642>. Acesso em: 14.12.2016.

HORTA, Raul Machado. **Estudos de direito constitucional**. Belo Horizonte: Del Rey, 1995.

IGREJA CATÓLICA. Papa (1878-1903: Leão XIII). **Carta Encíclica Rerum Novarum**. Disponível em: http://w2.vatican.va/content/leo-xiii/pt/encyclicals/documents/hf_l-xiii_enc_15051891_rerum-novarum.html. Acesso em: 28.10.2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Histórico. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/ceara/crato.pdf>. Acesso em: 22.05.2017.

_____. Projeção da população do Brasil e das unidades federadas. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em: 14.05.2017.

_____. População. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=230420>. Acesso em: 27.12.2016.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 31-46, 1997. Disponível em: http://200.129.241.123/arquivos/saude/gestao_saude_descent_intersetorialidade.pdf. Acesso em: 09.05.2017.

KANT, Immanuel. **Fundamentos da metafísica dos costumes**. Tradução de Leopoldo Holzbach. São Paulo: Martin Claret, 2004.

KASHIWAKURA, Helder Kiyoshi. **A contabilidade gerencial aplicada ao orçamento-programa como instrumento de avaliação de desempenho**. Rio de Janeiro: Ministério da Fazenda, 1997, 82 p. Monografia não premiada, apresentada no II Prêmio STN de Monografia, Sistema de informação sobre a administração financeira pública.

KIERECZ, Marlon Silvestre. O conteúdo jurídico da solidariedade: novas perspectivas para o futuro. **Justiça do Direito**. v. 27, n. 2, p. 354-373, jul./dez. 2013 -. Disponível em: <http://www.upf.br/seer/index.php/rjd/article/download/4677/3144>. Acesso em: 10.05.2016.

KRELI, Andreas Joachin. **Leis de norma gerais, regulamentação do poder executivo e cooperação intergovernamental em tempo de reforma federativa**. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2008, p. 47

_____. **O município no Brasil e na Alemanha: direito e administração comparados**. São Paulo: Oficina Municipal, 2003, p. 45

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadinadians: a working document**. Ottawa: Health and Welfare Canada, 1974. Disponível em: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>. Acesso em: 11.12.2016.

LAMBERTI, José Renato de Paula. Fianças e orçamento público. Maringá: CESUMAR, 2012.

LEAL, Mônia Clarissa Hennig. **Jurisdição constitucional aberta: reflexões sobre a legitimidade e os limites da jurisdição constitucional na ordem democrática**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007.

LENZA, Pedro. **Direito constitucional esquematizado**. 12 ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

LOBO, Paulo. Princípio da solidariedade familiar. **Revista Brasileira de Direito de Família e Sucessões**, Belo Horizonte, n. 9 out-nov, 2009. Disponível em: n. 9 http://www.ibdfam.org.br/_img/congressos/anais/78.pdf. Acesso em: 30.08.2016.

MACIEL, Osmar Serva. **Princípio de subsidiariedade e jurisdição constitucional**. Belo Horizonte: Mandamentos, 2004.

MARINHO, Thamires. Saúde pública: uma perversa herança da ditadura militar. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/thamiresmarinho37/sade-pblica-no-periodo-militar>. Acesso em: 12.05.2017.

MARTINS, Margarida Salema d'Oliveira. **O princípio da subsidiariedade em perspectiva jurídico-política**. Coimbra: Coimbra Editora, 2003, p. 498.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito administrativo brasileiro**. 22 ed. São Paulo: Malheiros, 1997.

_____. **Direito municipal brasileiro**. 11 ed. São Paulo: Malheiros, 2000.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Curso de Direito Administrativo**. 20 ed. São Paulo: Malheiros, 2005, p. 902.

MELLO, Cleyson de Moraes; MOREIRA, Thiago. **Direitos fundamentais e dignidade da pessoa humana**. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 2015.

MELO, Milena Petters; SCHULTZE, Felipe Gabriel. O federalismo no sistema constitucional brasileiro. Disponível em: <http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/federalismo.pdf>. Acesso em: 09.11.2016.

MENDES, Marcos; MIRANDA, Rogério Boueri. COSSIO, Fernando Blanco. O Fundo de Participação do Municípios precisa mudar. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos>. Acesso em: 19.05.2017.

MOARES, Alexandre. **Curso de direito constitucional**. 9 ed. São Paulo: Atlas, 2001.

_____. Competências administrativas e legislativas para vigilância sanitária de alimentos. Disponível em: <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/revistaspge/revista53/competencias.htm>. Acesso em: 27.04.2017.

MORAES, Giovani. **Elementos do sistema de gestão de SMSQRS: sistema de gestão integrada**. 2 ed. Rio de Janeiro, 2010, p. 122, v. 2.

MORAES, Rodrigo Scholler; BRANCO, Zeliona Pereira; LONTRA, Fabiane. Planejamento e gestão sistêmica como foco na saúde – otimização da rede de fornecimento de medicamento: “case” do município do Rio Grande. Disponível em: <http://www.mprs.mp.br/areas/medicamentos/arquivos/kitbasico/casederiogrande.doc>. Acesso em: 19.12.2016.

MORGAN, Gareth. **Imagens da organização**. 2 ed. Tradução de Geni G. Goldschmidt. São Paulo: Atlas, 2006.

MOURÃO, Lais. Pertencimento. Disponível em: http://cettrans.com.br/artigos/Lais_Mourao.pdf. Acesso em: 11.12.2016.

MUNICÍPIO DO CRATO. Secretaria de Saúde, 2016.

MURETA, César; ROSA, Alexandre Reis; ÁVILA, Sílvio César. Da teoria sistêmica ao conceito de redes interorganizacionais: um estudo exploratório das organizações. **Revista de Administração da UNIMEP**. Piracicaba, v. 4, n. 1, jan/abr, 2006. Disponível em: <http://www.regen.com.br/ojs/index.php/regen/article/view/230/402>. Acesso em: 17.12.2016.

NETO CORCINI, Secundino Luis Henrique; MORANDI, Maria Isabel Wolf Motta; RODRIGUES, Luis Henrique. Implantação do pensamento sistêmico em organizações: fatores críticos de sucesso e insucesso. Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca/pdf>. Acesso em: 14.12.2016.

NORONHA, J. C.; UGÁ, M. A. D. O sistema de saúde dos Estados Unidos. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/zngyg/pdf/buss-9788575414026-06.pdf>. Acesso em: 26.04.2017.

NOVELINO, Marcelo. **Direito constitucional para concursos**. Rio de Janeiro: Forense, 2007.

NUNES, Rogério Pinheiro. **Judicialização no âmbito do Sistema Único de Saúde: um estudo descritivo sobre o custo das ações judiciais na saúde pública no município de Juiz de Fora**. 2016. 97 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2016.

OHLAND, Luciana. A responsabilidade solidária dos entes da federação no fornecimento de medicamentos. **Revista Direitos & Justiça**, Porto Alegre, v. 36, n. 1, p. 29-44, jan-jun, 2010. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fadir/article/viewFile/8857/6313>. Acesso em: 20.01.2017.

OLIVEIRA, Regis Fernandes de. **Curso de direito financeiro**. 2 ed. São Paulo: RT, 1969.

OLIVEIRA, Thiago de. **O poder local e o federalismo**. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2010.

OLIVERIA, Heletícia Leão de. **Direitos fundamentais à saúde, ativismo judicial e impactos no orçamento público**. Curitiba: Juruá, 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948). Organização das Nações Unidas. Disponível em: <http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf>. Acesso em: 10.05.2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). World Health Statistics 2014. Disponível em: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/en/. Acesso em: 25.04.2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL (ONUBR). Países membro da ONU. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/conheca/paises-membros/>. Acesso em: 10.06.2017.

ORTOLAN, Marcelo Augusto Biehl. **Relações intergovernamentais e instrumentos de cooperação administrativa na federação brasileira**. 2013. 193 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas) – Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2013.

PACOMIO, Luciano; MANCUSO, Vito (Org.). **LEXICON. Dicionário teológico enciclopédico**. São Paulo: Edições Loyola, 2003.

PAULUS JÚNIOR, Aylton; GAULDA, Neio Lúcio Peres; CORDONI JÚNIOR, Luiz. Efeitos da descentralização da saúde no município de Londrina. **Revista Espaço para Saúde**, Londrina, v. 13, n. 1, p. 1-14, dez. 2011. Disponível em: www.ccs.uel.br/espacoparasaude. Acesso em: 20.04.2017.

PEREIRA, Indira Oliveira. A tutela do ser: uma perspectiva histórica acerca da pessoa humana e sua dignidade. **Revista Eletrônica Mensal do Curso de Direito da UNIFACS**, Salvador, n. 100, out. 2008. Disponível em: http://www.unifacs.br/revistajuridica/arquivo/edicao_junho2007/discente/dis3.doc. Acesso em: 15.08.2016.

PEREIRA, Luciano Meneguetti. As dimensões de direitos fundamentais e necessidade de sua permanente reconstrução enquanto patrimônio de todas as gerações. Disponível em: <http://www.aems.edu.br/conexao/edicaoanterior/Sumario/2013/downloads/2013/3/33.pdf>. Acesso em: 24.06.2016

PESSOA, Robertônio. **Curso de direito administrativo**. Brasília: Consulex, 2000.

PIRES, José Santos Dal Bem; MOTTA, Walmir Francelino. A evolução do orçamento público e sua importância para a sociedade. **Enfoque Reflexão Contábil**, v. 25, n. 2, maio-ago, p. 16-25, 2008. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/Enfoque/article/view/3491/3158>. Acesso em: 30.04.2017

PIRES, Maria Coeli Simões. Autonomia municipal no Estado brasileiro. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, a. 36, n. 142, p. 143-166, abr-jun, 1999.

PIVETTA, Saulo Lindorfer. **Direito fundamental à saúde: regime jurídico, políticas públicas e controle judicial**. São Paulo: Revista do Tribunais, 2014.

PLATÃO. **A república**. Tradução de Pietro Nasseti. São Paulo: Martin Claret, 2012.

PONSER, Richard. **How Judges Think**. Havard University, 2008.

REIS, Jorge Renato dos; KONRAD, Letícia Regina. O direito fundamental à solidariedade: a aplicação do instituto no direito civil. **Revista Novos Estudos Jurídicos – Eletrônica**, v. 20, n. 1, jan-abr 2015. P. 59-87. Disponível em: <http://siaiap32.univali.br/seer/index.php/nej/article/viewFile/7195/4091>. Acesso em: 07.09.2016.

REVERBEL, Carlos Eduardo Didier. **O federalismo numa visão tridimensional do direito**. Porto Alegre: Livraria do Advoga, 2012.

ROCHA, Cármen Lúcia Antunes. O princípio da dignidade humana e a exclusão social. Disponível em: <http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/32229-38415-1-PB.pdf>. Acesso em: 04.05.2017.

ROCHA, Claudine Rodembusch. O estudo do princípio da subsidiariedade e a importância do poder local para o desenvolvimento do Sistema único de Saúde – SUS. In: SEMINÁRIO NACIONAL DEMANDAS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA, 2016, Santa Cruz do Sul. Disponível em: <http://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/snpp/article/view/14617>. Acesso em: 21.01.2017.

SABBAG, César. **Orçamento e desenvolvimento**. Campinas: Millennium, 2007.

SALDANHA, Ana Cláudia. Estado federal e descentralização: uma visão crítica do federalismo brasileiro. **Revista Sequência**. Florianópolis, n. 59, p. 327-360, dez, 2009.

SANTOS, Ângela Penalva. Autonomia municipal no contexto federativo brasileiro. **Revista Paranaense de Desenvolvimento**, Curitiba, n. 120, p. 209-230, jan-jun, 2011. Disponível em: <http://www.ipardes.pr.gov.br/ojs/index.php/revistaparanaense/article/view/171/675>. Acesso em: 19.05.2017.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 3 ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2003.

_____. **Dignidade (da pessoa) humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 10 ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2015.

_____; MOLINARO, Carlos Alberto. **Democracia – separação e poderes – eficácia do direito à saúde no judiciário brasileiro – observatório do direito à saúde**. Belho Horizonte: Faculdade de Filosofia e Ciência Humanas, 2011.

_____; PINTO, Élide Graziane. Regime previsto na EC 86/2015 de ser piso e não de teto de gasto em saúde. **Revista Consultor Jurídico**. São Paulo, 24 de março de 2015. Disponível em: http://www.conjur.com.br/2015-mar-24/gasto-saude-previsto-ec-862015-piso-nao-teto#_ftnref. Acesso em: 14.05.2017.

SCHNMIDT, João Pedro. In: EIS, Jorge Renato dos; LEAL, Rogério Gesta (Org.). **Direitos sociais e políticas públicas: desafios contemporâneos**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2011, p. 115-116. t. 11.

SCOREL, Sahah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. Disponível em: http://assistenciafarmaceutica.fepese.ufsc.br/pages/arquivos/Scorel_2008_II.pdf. Acesso em: 28.05.2017.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 14 ed. São Paulo: Malheiros, 1997, p. 590.

_____. Dignidade da pessoa Humana como valor supremo da sociedade democrática *in* Anais da XV Conferência Nacional da Ordem dos Advogados do Brasil. São Paulo: JBA Comunicações, 1995.

SILVA, Marcos Fabrício Lopes da. Fraternidade e solidariedade. **Boletim da UFMG**, Belo Horizonte, n 1889, ano 41, 15.12.2014. Disponível em: <https://www.ufmg.br/boletim/bol1889/2.shtml>. Acesso em: 28.08.2016.

SILVA, Marina Fernanda de Carlos Flores da. **Importância de delimitação de atribuições e fim de garantir maior efetividade na prestação de serviços definitivos como de competência comum**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2015. Disponível em: http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASS-DIREITO_A_SAUDE-ART_24.pdf. Acesso em: 08.11.2016.

SILVEIRA, Ana Paula. **A política da desconcentração administrativa: um relato do desenho governamental do Estado de Santa Catarina**. 2013. 119 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas – Mestrado) – Universidade Federal do Paraná – Curitiba, 2013.

SIQUEIRA, Cláudia. O município e a saúde: reflexões sobre as balizas impostas pelo ordenamento jurídico vigente para a atuação do poder público local. **Revista de Administração Municipal – Municípios – IBM**, Rio de Janeiro, ano 48, n. 243, p. 12-16, set/out, 2003.

SOARES, Jussara Calmon Reis de Souza; DEPRÁ I, Aline Scaramussa. Ligações perigosas: indústria farmacêutica, associações de pacientes e as batalhas judiciais por acesso a medicamentos. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 311-329, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n1/v22n1a17.pdf>. Acesso em: 01.06.2017.

SOUZA, Celina. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 24, p. 105-121j,

un/2005,. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/rsp/article/view/3719>. Acesso em: 18.10.2016.

SOUZA, Moacyr Benedicto de. Do Estado unitário ao Estado regional. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, v. 22, n. 35, p. 125-138, jan/mar 1985. Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/181590>. Acesso em: 29.12.2016.

TEIXEIRA, Luciana da Silva. **Ensaio sobre consórcios intermunicipais de saúde: financiamento, comportamento estratégico, incentivos e economia política**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2007. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br>. Acesso em: 06.02.2017.

TEIXEIRA, Luciana; MAC DOWELL, Maria Cristina; BUGARIN, Maurício. Consórcios intermunicipais de saúde. **Revista Brasileira de Economia**. Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, jan-jun, 2003. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71402003000100011. Acesso em: 21.05.2017.

TURRI, Maria Hoffmann do Amaral e Silva. **Sentido de solidariedade**. 2016. 155 f. Tese (Programa de Pós-graduação em Filosofia) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP). Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO). Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 06.06.2017

VASCONCELOS, Luis André de Araújo. **Federalismo cooperativo e proteção ambiental na Constituição de 1988**. 143 f. Dissertação. (Programa de Pós-Graduação em Direito Ambiental e Desenvolvimento Sustentável). Mestrado. Escola Superior Dom Helder Câmara. Belo Horizonte, 2013.

VIEIRA, Fabíola Supino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. **Revista de Estudos e pesquisas sobre as Américas**. v. 10, n. 3, 2016. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/repam/article/viewFile/21860/pdf>. Acesso em: 15.05.2017.

WANG, Daniel Wei Liang. **Poder Judiciário e participação democrática nas políticas pública de saúde**. 104 f. 2009. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito de São Paulo (USP), São Paulo, 2009.

WEIS, Calos. **Os direitos humanos contemporâneos**. São Paulo: Malheiros, 199.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Health Expenditure Database. Disponível em: <http://apps.who.int/nha/database>. Acesso em: 15.05.2017.

ZORRILLA, Rubén. **Sociedad de alta complejidad: capitalismo y socialismo**. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano, 2005.