



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL  
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL DE ALAGOAS - FASSO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL - PPGSS

CÁSSIA VERUSKA MORAES DE CARVALHO

A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE EM MACEIÓ E SUAS CONSEQUÊNCIAS AO  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE: APROFUNDAMENTO DA CAPTURA DO FUNDO  
PÚBLICO PELO SETOR PRIVADO

MACEIÓ/ AL  
2024

CÁSSIA VERUSKA MORAES DE CARVALHO

**A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE EM MACEIÓ E SUAS CONSEQUÊNCIAS AO  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE: APROFUNDAMENTO DA CAPTURA DO FUNDO  
PÚBLICO PELO SETOR PRIVADO**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas, como requisito para Defesa do Mestrado em Serviço Social.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Valéria Costa Correia

**MACEIÓ / AL  
2024**

**Catálogo na fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**  
**Divisão de Tratamento Técnico**

Bibliotecária: Helena Cristina Pimentel do Vale CRB4 - 661

- C331j Carvalho, Cássia Veruska Moraes de.  
A judicialização da saúde em Maceió e suas consequências ao fundo municipal de saúde : aprofundamento da captura do fundo público pelo setor privado / Cássia Veruska Moraes de Carvalho. – 2024.  
133 f. : il.
- Orientadora: Maria Valéria Costa Correia.  
Dissertação (mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Alagoas, Faculdade de Serviço Social de Alagoas. Maceió, 2024.
- Bibliografia: f. 128-133.
1. Políticas sociais. 2. Judicialização da saúde. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Fundo público. 5. Privatização da saúde. I. Título.

CDU: 363:614

CÁSSIA VERUSKA MORAES DE CARVALHO

**A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE EM MACEIÓ E SUAS CONSEQUÊNCIAS AO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE: APROFUNDAMENTO DA CAPTURA DO FUNDO PÚBLICO PELO SETOR PRIVADO.**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas, como requisito para Defesa do Mestrado em Serviço Social.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Valéria Costa Correia

**Banca Examinadora:**

---

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Valéria Costa Correia  
(Universidade Federal de Alagoas)

---

Examinador Interna: Prof. Dr. José Menezes Gomes  
(Universidade Federal de Alagoas)

---

Examinadora Externa: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Jinadiene da Silva Soares Moraes  
(Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas)

*Dedico este trabalho aos que lutam incansavelmente por um SUS gratuito, estatal, público e de qualidade.*

## AGRADECIMENTOS

Enfim, mais um ciclo se fecha, não para ser sinônimo de finitude e sim com uma etapa concluída, como um sonho concretizado, um sonho antigo, que não se perdeu com o tempo, foi apenas adiado e certamente somente foi concluído, quando a vida quis que assim o fosse.

Parafraseando a música de Gonzaguinha, intitulada *Redescobrir*, assim é a ciranda da vida... “como se fora brincadeira de roda (memória)/jogo do trabalho, na dança das mãos (macias)/ no suor dos corpos, na canção da vida (história)/ o suor da vida no calor de irmãos (magia)...”. A produção acadêmica nos permite viver uma solitude, sem estar sós, produzindo um misto de memórias, histórias, suor do trabalho árduo, descobertas, decepções — tudo isso embalado pelo calor de corações generosos, que me sustentaram nessa etapa da canção da vida.

Decidi me permitir, redescobrir-me, resignificar-me e recomeçar a estudar numa fase de pandemia de Covid-19, talvez como fuga de uma realidade cruel que diariamente ceifava inúmeras vidas mundo afora. Essa escolha foi uma importante e assertiva decisão. Para a efetivação deste recomeço, contei com pessoas valiosas que tornaram o meu caminhar mais suave — a elas só me cabe agradecer imensamente, em especial a:

Deus, Senhor dos meus dias e Arquiteto do Universo, que me permite a cada dia escrever as páginas da vida, a minha história, que é recheada de bênçãos e de gratidão;

Aos meus pais, Carlos e Marlene, (*in memoriam*), que me ensinaram desde a mais tenra idade que viver é um ato político e que o trabalhador deve lutar coletivamente e incansavelmente por uma sociedade justa e igualitária. Recebam o meu abraço com o perfume do amor, da saudade e da gratidão que possuo por vocês dois. Eu não poderia ter pais melhores, que me estimulassem a não me conformar e a ter uma postura ativa e crítica perante a vida.

À minha família, aos irmãos Carlinhos e Carla, e ao sobrinho e grande amor César, obrigada pela paciência e pelo apoio indispensáveis ao longo desse tempo. O nosso afeto e união certamente são as melhores heranças deixadas pelos nossos pais.

Aos amigos que partilharam inseguranças, inquietudes e sempre me estimularam e acreditaram no meu potencial, muitas vezes mais do que eu mesma. Não vou citá-los para não correr o risco de ser injusta, visto que cada um de vocês sabe o quanto são imprescindíveis na minha vida.

À querida Professora Dra. Célia Porto, (*in memoriam*) que ainda na graduação, através de suas aulas da disciplina de política social, fez com que eu me apaixonasse pelo tema e não desistisse de estudá-lo. Estou certa de que ela está feliz com essa minha conquista.

À querida Professora Dr<sup>a</sup>. Rosa Prêdes que antes de ser uma excelente professora e nos inspirar com seu saber e paixão pelo Serviço Social, tem um humor fantástico e sempre esteve me estimulando a seguir pelos caminhos acadêmicos. Foi a primeira pessoa a saber que eu tentaria pela terceira vez a seleção do mestrado, e diante da minha insegurança, foi fundamental em me aconselhar: “você só vai saber se passa na seleção tentando não é Cássia? Tem que arriscar. Arrisque!!!” E assim o fiz...

À estimada Professora Dr<sup>a</sup>. Alcina, amiga querida, que me estimulou desde a seleção até a conclusão do mestrado. Você nunca me permitiu esmorecer, e sempre me presenteou com a sua generosidade, sabedoria, alegria, confiança e com seus bons conselhos. Certamente nossa amizade, nosso afeto e nossa admiração extrapolam os muros universitários.

Ao querido amigo doutorando Valderi Neto, que com seu gigante coração, sempre foi muito disponível, paciente e afetuoso me estimulando e me ajudando a chegar até aqui.

À amiga da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e do Sindicato de Assistentes Sociais de Alagoas (Saseal) Quitéria Ferreira, carinhosamente intitulada por mim como minha co-orientadora. Gratidão pelo estímulo e apoio dedicado.

À minha querida orientadora, Dr<sup>a</sup>. Valéria Correia, cuja vida é pautada na militância incansável pela defesa do SUS, inspirando-me a ser cada vez mais compromissada com a coletividade. Valéria eu tive a honra de tê-la como orientadora e referência teórica e profissional. Sou grata por você conduzir esta etapa com maestria, humildade, comprometimento, confiança, generosidade, bom humor, paciência e otimismo. Obrigada pela sua doçura, empatia e leveza nos momentos mais difíceis e críticos de minha vida de pesquisadora... E por ter sempre um chocolate para adoçar a minha vida.

À banca examinadora deste trabalho, composta pelos estimados e admirados professores, Dr<sup>a</sup>. Jinadiene Soares e o Dr. José Menezes, pela valorosa contribuição, alargando os horizontes deste trabalho e dividindo as inquietações da pesquisa. Minha gratidão pela generosidade de cada um de vocês.

Aos colegas da turma de mestrado 2021, que diante da pandemia de Covid-19, sempre foram solícitos, afetuosos e dividiram as agruras do difícil processo de ser pesquisador num contexto adverso e que por vezes parece desconhecer e desconsiderar o esforço que as condições objetivas da classe trabalhadora impõem ao trabalhador que decide estudar e produzir cientificamente. Quero registrar minha admiração e estima por cada um de vocês.

Às amadas colegas da sala 214 da SMS, que pacientemente aguentaram minhas ausências e inquietações. Obrigada pelo carinho e pela generosidade que vocês possuem para comigo! Em especial à minha Coordenadora e amiga- irmã Teresa Paes que sempre me apoiou e gentilmente realizou a revisão textual deste trabalho. Obrigada Tetê pelo afeto, pelo estímulo, pela confiança e pela amizade.

Às companheiras e companheiros do Sindicato das Assistentes Sociais do Estado de Alagoas (Saseal), que me impulsionam a lutar pelas conquistas e pela defesa dos direitos trabalhistas dessa profissão tão apaixonante e desafiadora. Obrigada pelo apoio incondicional, pelo afeto e pela amizade sincera e despreziosa que construímos.

À Universidade Federal de Alagoas (Ufal), especialmente à Faculdade de Serviço Social (FSSO) e ao seu Programa de Pós-Graduação (PPG), pelo compromisso em formar profissionais com excelência aos longos dos seus 50 anos de existência. Gratidão pela dedicação, pelo empenho e pela defesa intransigente e incansável da educação pública de qualidade.

Aos companheiros do Fórum em Defesa do SUS de Alagoas que através desta militância me impulsionam cada vez mais a seguir lutando diuturnamente por um SUS público, estatal, gratuito e de qualidade.

Aos companheiros do Grupo de *Pesquisa Políticas Públicas, Controle Social e Movimentos Sociais* da FSSO/Ufal, que me possibilitaram reiterar o compromisso teórico-político com as políticas públicas e me acolheram com afeto, leveza e muita bagagem teórica para subsidiar a constante articulação da pesquisa científica com a luta cotidiana dos movimentos sociais.

Às minhas amadas amigas do quarteto maravilha, Rita Leone, Denyse Maia e Maria José Cardoso, que junto comigo se aventuram a criar memórias mundo afora. Sou grata por ter em vocês as amigas fiéis e dispostas a estar comigo em todas as horas da minha vida.

À música popular brasileira, da qual eu me nutro, admiro e me inspiro. Assim como iniciei este texto, retomo a bela canção do poeta Gonzaguinha; que ela nos motive a:

... Redescobrir o gosto e o sabor da festa.

Pelo simples ato de um mergulho  
ao desconhecido mundo que é o coração.

Alcançar aquele universo que sempre quis

E que se pôs tão longe da imaginação

Vai bicho homem fruto da semente

Renascer da própria força, própria luz e fé.

Entender que tudo é nosso, sempre esteve em nós.

Somos a semente, ato, mente e voz.

Não tenha medo, meu menino povo

Tudo principia na própria pessoa.

Vai como criança que não teme o tempo.

Amor se fazer é tão prazer que é como se fosse dor.

## RESUMO

As contrarreformas implementadas no Brasil a partir da segunda metade dos anos 1990 configuram um afronte aos direitos socialmente conquistados e garantidos constitucionalmente. O Estado, cada vez mais compromissado com os interesses capitalistas, absorve as orientações neoliberais de ajuste fiscal, privatizações e cortes orçamentários das políticas sociais. Ante essa realidade, Sistema Único de Saúde (SUS) não consegue garantir o seu aspecto universalizante e a judicialização da saúde passa a se configurar como um dos mecanismos concreto para o acesso ao direito universal à saúde garantido pelo texto constitucional de 1988. O fenômeno da judicialização da saúde aumenta consideravelmente as demandas judiciais, provocando impactos financeiros ao fundo público da saúde, que por sua vez, acarretam alterações significativas na prestação de serviços do SUS. Este trabalho tem como objetivo analisar o processo de judicialização da saúde no município de Maceió e suas consequências para o fundo municipal de saúde, no contexto de contrarreformas neoliberais e de captura do fundo público pelo setor privado. Os fundamentos de análise deste estudo são embasados no materialismo histórico e dialético, uma vez que a perspectiva histórico-crítica permite uma adequada análise dos nexos constitutivos do real. A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica e a documental. Foram acessadas fontes secundárias de dados nacionais referentes à judicialização da saúde no Brasil e, posteriormente, em Maceió, levantados dados primários para se verificar se as respostas às demandas judiciais na saúde no município entre os anos de 2020 e 2023 ocorrem na rede privada ou na rede pública e, com isso, identificar as disputas de interesses em jogo, bem como os impactos que ela provoca no fundo municipal de saúde. Por fim, este trabalho, constata que o município de Maceió, ao responder as demandas da saúde judicializadas, utiliza a rede contratualizada do SUS municipal, composta majoritariamente pela rede privada. Do ponto de vista do arcabouço legal do SUS, a rede privada deveria ter o caráter complementar ao sistema público, quando sua rede instalada for insuficiente para atender à demanda, entretanto, esta complementaridade é invertida. Esta realidade vem possibilitando que a judicialização da saúde seja mais um mecanismo de privatização-por meio-da captura do fundo municipal de saúde pelo setor privado.

Palavras chaves: Política Social; Judicialização da Saúde; Sistema Único de Saúde; Fundo Público; Privatização da Saúde.

## ABSTRACT

The counter-reforms implemented in Brazil from the second half of the 1990s are an affront to socially conquered and constitutionally guaranteed rights. The state, increasingly committed to the interests of capitalists, absorbed neoliberal guidelines and proposed privatisations, outsourcing and fiscal adjustments, making budget cuts and dismantling social policies. Faced with this reality, the national health policy is unable to guarantee its universalising aspect and the judicialisation of health is becoming a concrete mechanism for access to the universal right to health guaranteed by the 1988 Constitution. The phenomenon of the judicialisation of health considerably increases the number of lawsuits, causing financial impacts on the public health fund, which in turn leads to significant changes in the provision of services by the Unified Health System (SUS). The aim of this study is to analyse the process of judicialisation of health in the municipality of Maceió and its consequences for the municipal health fund, in the context of neoliberal counter-reforms and the capture of the public fund by the private sector. The foundations for analysing this study are based on historical and dialectical materialism, since the historical-critical perspective allows for an adequate analysis of the constitutive nexuses of reality. The methodology used was bibliographical and documentary research. Secondary sources of national data on the judicialisation of health in Brazil and subsequently in Maceió were accessed, and primary data was collected in order to ascertain whether the responses to judicial demands in health in the municipality between 2020 and 2023 occurred in the private network or in the public network and thus identify the disputes of interests at stake, as well as the impacts it has on the municipal health fund. Finally, this study found that the municipality of Maceió, when responding to judicialised health demands, uses the contracted network of the municipal SUS, which is mostly made up of the private network. From the point of view of the SUS legal framework, the private network should be complementary to the public system when its installed network is insufficient to meet demand; however, this complementarity is reversed. However, this reality has allowed the judicialisation of health to become yet another mechanism for privatisation and capture of the municipal health fund.

Key words: Social Policy; Judicialisation of Health; Unified Health System; Public Fund; Privatisation of Health.

## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA 1 – Especialidades médicas mais judicializadas.....</b>	<b>68</b>
<b>FIGURA 2 – Repasses do fundo municipal de saúde para Maceió, na modalidade fundo a fundo.....</b>	<b>85</b>
<b>FIGURA 3 – Análises e considerações sobre a rede física prestadora de serviços ao SUS.....</b>	<b>94</b>

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO 1 – Governo Federal: GASTOS SELECIONADOS DE 2000 A 2023.....</b>	<b>57</b>
<b>GRÁFICO 2 - Número das principais demandas de judicialização da saúde de 2015 a 2020.....</b>	<b>62</b>
<b>GRÁFICO 3– Percentual de Unidades da Federação que possuem relação de medicamentos.....</b>	<b>64</b>
<b>GRÁFICO 4– Percentual de desabastecimento de medicamentos nos Estados e Municípios brasileiros.....</b>	<b>65</b>
<b>GRÁFICO 5– Principais causas de desabastecimento de medicamentos (em %).....</b>	<b>66</b>
<b>GRÁFICO 6– Financiamento da saúde por bloco (série histórica 2020 a 2022).....</b>	<b>86</b>
<b>GRÁFICO 7 – Percentual do financiamento do Ministério da saúde, destinado à atenção primária e à atenção de média e alta complexidade para o município de Maceió, no ano de 2022.....</b>	<b>92</b>
<b>GRÁFICO 8– Percentual do financiamento do Ministério da saúde, destinado à atenção primária e à atenção de média e alta complexidade para o ano de 2022 (região nordeste x Brasil) .....</b>	<b>93</b>
<b>GRÁFICO 9– Quantidade de processos no município de Maceió: saúde pública x saúde suplementar (2020 a 2023).....</b>	<b>98</b>
<b>GRÁFICO 10– Principais demandas da judicialização da saúde pública em Maceió (2020 a 2023).....</b>	<b>100</b>
<b>GRÁFICO 11– Tempo de tramitação dos processos até o julgamento.....</b>	<b>102</b>
<b>GRÁFICO 12– Órgão de origem das demandas do NIJUS (2020 a 2023).....</b>	<b>120</b>

## LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO 1– Recursos do Fundo Nacional de Saúde por bloco de financiamento.....</b>	<b>84</b>
<b>QUADRO 2- atendimentos realizados pelo Programa Saúde da Gente, no período de 08 de agosto de 2022 a 25 de julho de 2023.....</b>	<b>90</b>
<b>QUADRO 3-Estabelecimentos de saúde da SMS: rede própria e rede privada.....</b>	<b>106</b>
<b>QUADRO 4 –Execução orçamentária e financeira de Secretaria de Saúde de Maceió à rede privada ( 2020 a 2023).....</b>	<b>107</b>
<b>QUADRO 5–Relação entre as despesas pagas com a judicialização e o percentual para o orçamento da SMS (2020 a 2023).....</b>	<b>110</b>
<b>QUADRO6–Despesas pagas em sentenças judiciais pela Secretaria Municipal de Saúde (2020 a 2023).....</b>	<b>112</b>

## LISTA DE SIGLAS

Acip	Ação Civil Pública
Adin	Ação Direta de Inconstitucionalidade
Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.
Amac	Atenção em Média e Alta Complexidade
ANS	Agência Nacional de Saúde
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
API	Associação Brasileira de Imprensa.
AP	Atenção Primária
ART	Ata de Registro de Preços
Bipap	<i>Bilevel Positive Airway Pressure</i>
BM	Banco Mundial
Capes	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
Caps-AD	Centro de Apoio Psicossocial Álcool e Outras Drogas
Caps	Centro de Apoio Psicossocial
Caps	Caixas de Aposentadorias e Pensões.
Capsi	Centro de Apoio Psicossocial Infante Juvenil
CATmóvel	Centro de Atendimento ao Turista móvel
Ceme	Central de Medicamentos
CF	Constituição Federal
CMS	Conselho Municipal de Saúde
Cnes	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
Covid-19	<i>Coronavirus Disease 2019</i>
Cofim	Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento
Cress	Conselho Regional de Serviço Social
DataPrev	Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência
DataSUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DF	Defensoria Pública.
DOM	Diário Oficial do Município
DPVAT	Danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre
DRU	Desvinculação das Receitas da União.

DS	Distrito Sanitário
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
Ebaserh	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ESD	Estratégia da Saúde Digital
FAS	Fundo de Apoio Social ao Desenvolvimento
FACR	Fundação Casa Redentor
FGV	Fundação Getúlio Vargas
FGTS	Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
FHC	Fernando Henrique Cardoso.
FMI	Fundo Monetário Internacional
FNS	Fundo Nacional de Saúde
Funabem	Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor
Funasa	Fundação Nacional de Saúde
FSE	Fundo Social de Emergência
Iapas	Instituto de Administração Financeira da Previdência Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Icos	Instituto de Coalizão Saúde
Ipase	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Servidores do Estado
IAPB	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários
Ipea	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IAPC	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes
Iapetec	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas
Iaps	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IGA	Instituto de Gestão Aplicada
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
Inspere	Instituto de Ensino e Pesquisa.
Ipam	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos
LBA	Legião Brasileira de Assistência
Loas	Lei Orgânica da Assistência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MP	Medida Provisória
MP	Ministério Público

MPAS	Ministério da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
Natjus	Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário
Nijus	Núcleo Interdisciplinar de Judicialização
Noas	Norma Operacional das Ações da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica.
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil.
ONU	Organização das Nações Unidas
Oscips	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
OSs	Organizações Sociais
PEC	Proposta de Emenda Constitucional.
PIB	Produto Interno Bruto
Proadi	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional.
Pronto	Sistema de Regulação de Consultas e Exames de Maceió.
RAG	Relatório Anual de Gestão.
Remune	Relação de Municipal de Medicamentos
Rename	Relação Nacional de Medicamentos
SBPC	Sociedade Brasileira para o Progresso das Ciências
Semas	Secretaria Municipal de Assistência Social
SIIM	Sistema Integrado de Informação do Município de Maceió
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TEA	Transtorno de Espectro Autista
TC	Tribunal de Contas
TJ	Tribunal de Justiça
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos.
Ufal	Universidade Federal de Alagoas
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
USF	Unidade de Saúde da Família
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>18</b>
<b>2 A POLÍTICA DE SAÚDE E AS CONTRARREFORMAS NEOLIBERAIS: DO DIREITO UNIVERSAL À JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE.....</b>	<b>25</b>
2.1 Estado e política social no capitalismo: breves considerações.....	26
2.2 A história da política da saúde brasileira e a conquista do direito universal à saúde.....	31
2.3 Contrarreformas neoliberais e as contradições que restringem o acesso ao direito universal à saúde.....	43
2.4 O direito universal à saúde e as judicializações.....	51
2.5 Contextualização da judicialização da saúde no Brasil.....	61
<b>3 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MACEIÓ, JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E A COMPLEMENTARIDADE INVERTIDA.....</b>	<b>72</b>
3.1 O Fundo público da saúde e os paradoxos existentes no seu financiamento.....	73
3.2 O Fundo Municipal de Saúde de Maceió e a complementaridade invertida.....	81
3.3 Panorama da judicialização da saúde no município de Maceió.....	96
<b>4 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA EM MACEIÓ E SEUS REBATIMENTOS NO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE: A CAPTURA DO FUNDO PÚBLICO PELO SETOR PRIVADO.....</b>	<b>104</b>
4.1 A judicialização da saúde pública em Maceió e as disputas que estão em jogo para a captura do fundo municipal de saúde.....	105
4.2 As consequências da judicialização aos serviços de saúde em Maceió.....	117
4.3 As respostas às demandas oriundas da judicialização da saúde: rede privada x rede pública.....	117
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>123</b>
<b>6 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>122</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O trabalho que ora apresentamos pretende analisar o processo de judicialização da saúde em Maceió e os impactos no fundo público, uma vez que as demandas judiciais são crescentes e, na tentativa de garantir acesso aos serviços, acabam produzindo uma contradição: por um lado, provocam consequências que comprometem o funcionamento do amplo e complexo Sistema Único de Saúde (SUS), por outro, representam a única saída na busca pelo acesso aos serviços de saúde estabelecidos constitucionalmente como direito de caráter universal.

De acordo com o Relatório “Judicialização da Saúde no Brasil: perfil de demandas, causas e propostas de solução”, elaborado pelo Conselho Nacional de Justiça (2019, p.07), o fenômeno da judicialização da saúde, entre os anos de 2008 e 2017 aumentou em 130%, apenas na primeira instância da justiça brasileira. Esse percentual é superior quando comparado ao crescimento de todos os processos judiciais impetrados no país, que para os mesmos anos de 2008 e 2017, teve um crescimento de 50%.

É notável que os litígios referentes à saúde, a partir dos processos judiciais, envolvem aspectos negativos e positivos para toda a sociedade — tanto para o Poder Judiciário, como para o SUS e, principalmente, para os seus usuários. Dentre os pontos negativos, está a questão orçamentária diante do crescimento das demandas judiciais. No que concerne aos pontos positivos, temos através das ações judiciais o acesso aos serviços e medicamentos pelos usuários do SUS.

Tendo a judicialização aspectos positivos e negativos, e cientes de que estes repercutem tanto para a política de saúde, quanto para o fundo público e a prestação dos serviços de saúde, analisá-los é de fundamental importância, uma vez que em sua intervenção profissional a(o) assistente social necessita compreender as contradições decorrentes da sociabilidade capitalista e, concomitantemente, fornecer respostas concretas às demandas apresentadas pelos usuários dos serviços de saúde, nas quais é chamado a intervir. Para tal, assume o dever ético e o compromisso político de defender os direitos socialmente conquistados através das políticas públicas de caráter universal, públicas, gratuitas e de qualidade.

Ao Serviço Social essa discussão é relevante, uma vez que a categoria se insere historicamente na trajetória de lutas sociais e na defesa e ampliação dos direitos socialmente conquistados, conforme preconiza o projeto ético-político profissional. Assim, discutir e

analisar o financiamento das políticas sociais é fundamental para que se efetive a participação e o controle social das políticas públicas, nas diversas áreas de atuação do Serviço Social.

A motivação do tema proposto surge de inquietações decorrentes dos 20 anos de atuação como assistente social da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió – SMS, lotada na Coordenação do Programa de Atenção à Saúde do Adolescente. Essa experiência rendeu muitos embates, principalmente com os gestores, devido à tentativa de defender ampla e irrestritamente a garantia dos direitos sociais dos usuários da política de saúde. A mais difícil e dolorosa delas, foi também a que inspirou este estudo e a busca por analisar o fenômeno da judicialização da saúde e suas implicações.

Em 2009, a Coordenação do Programa de Atenção à Saúde do Adolescente, recebeu um processo judicial, via Defensoria Pública do Estado de Alagoas, solicitando do município a compra, em caráter de urgência, de um aparelho BIPAP (Bilevel Positive Airway Pressure - pressão positiva em dois níveis nas vias aéreas) para um adolescente com comprometimento respiratório, decorrente da paralisia cerebral severa. O referido processo leva 15 dias para chegar à Coordenação do Programa de Saúde do Adolescente.

Vale frisar ainda, que, nesse período, sem que existisse um setor responsável pelos processos judiciais, cada Programa Estratégico recebia a demanda de acordo com o ciclo de vida correspondente ao seu público-alvo e realizava visitas domiciliares, para, posteriormente, elaborar um parecer que, anexado ao processo, fundamentaria tecnicamente a necessidade de realizar ou não a compra do serviço e/ ou equipamento solicitado.

Diante da gravidade e urgência exigida pelo pleito, a assistente social da Coordenação supracitada visitou o domicílio do adolescente, elaborou um parecer favorável e tramitou o processo. Ocorre que, devido à morosidade dos trâmites administrativos da SMS, o adolescente acabou não resistindo e foi a óbito, uma vez que o lapso de tempo para que fosse efetuada a aquisição do equipamento solicitado, durou mais seis meses. Ante o ocorrido, decidiu-se por analisar a judicialização da saúde como tema da monografia do Curso de Especialização em Serviço Social, Direitos e Políticas Públicas da Faculdade de Serviço Social, da Universidade Federal de Alagoas, cuja conclusão se deu em 2011.

A referida monografia, concluiu que as sentenças judiciais requeridas pelos usuários da saúde municipal, eram cumpridas através de procedimentos, exames e serviços de saúde, realizados pela rede contratualizada de média e alta complexidade do município com os recursos oriundos do fundo municipal de saúde.

Observou-se ainda, através das análises do Relatório Anual de Gestão da SMS e do Termo de Compromisso da Gestão Municipal, ambos do ano de 2008, que o percentual de 88,01% dos procedimentos voltados à média e alta complexidade se realizava pela rede complementar do SUS, composta pela rede privada e filantrópica, e que o SUS municipal pagou em 2008, o equivalente a R\$ 39.473.740,42 para os serviços de média e alta complexidade contratados pelo município de Maceió. Esse nível de contratualização com a rede privada contradiz a Lei nº 8.080 de 1990, que preconiza que a iniciativa privada pode participar do SUS, apenas em caráter complementar.

Concernente à judicialização da saúde no Brasil, entre os anos de 2002 e 2009, o Ministério da Saúde aumentou em 150% as despesas orçamentárias para responder às demandas decorrentes das ações judiciais, somente com a assistência farmacêutica. Para o ano de 2008, o município de Maceió, na tentativa de atender às demandas judiciais decorrentes de medicamentos, correlatos e outros procedimentos da saúde, pagou RS 4.454.124,50. Recurso esse, retirado da rubrica destinada ao componente farmácia básica, da rede de assistência farmacêutica do SUS voltada às doenças crônicas de prevalência na população brasileira (hipertensão, diabetes, asma, dentre outras). Salienta-se que, no período supracitado era comum faltar nos postos de saúde remédios para a população diabética e hipertensa.

Em outros momentos, não raras vezes, para além das pressões institucionais, o Serviço Social na Coordenação do Programa de Atenção à Saúde do Adolescente tem orientado as famílias usuárias do SUS a buscarem via judicialização —seja através da Defensoria Pública e/ou do Ministério Público —o acesso aos equipamentos, medicamentos e serviços que o SUS municipal não disponibiliza.

Assim, percebemos que pesquisar esse tema é de grande relevância, uma vez que as contradições que envolvem o SUS municipal perpassam: a dificuldade no acesso; a falta de referências dos serviços de média e alta complexidade; a fragilidade na cobertura da atenção básica; a precarização das relações trabalhistas; o fortalecimento da parceria entre o público e o privado; as privatizações; o inadequado uso do fundo municipal de saúde; o uso inadequado do orçamento da saúde— que deveria atender ao que foi planejado pelas áreas técnicas, via planejamento anual de saúde municipal — a não aceitação das recomendações feitas nas conferências municipais de saúde, dentre outros impasses.

Os estudos acerca da judicialização da política de saúde têm crescido, entretanto, correspondem a um número pequeno quando comparados à demanda de processos judiciais decorrentes da política da saúde. No catálogo de teses e dissertações oriundas do portal da

Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), ao pesquisarmos utilizando o descritor “judicialização da saúde pública”, no período de 2019 a 2023, encontramos 117 produções científicas. Destas, 23 são teses de doutorado, 70 dissertações do mestrado e 20 dissertações de mestrado profissionalizante.

Quanto à área de conhecimento, 41 destas produções científicas, são oriundas das ciências sociais aplicadas (direito, administração pública e serviço social), 21 das ciências da saúde (medicina e farmácia), 13 multidisciplinar (saúde coletiva e saúde pública), 09 das ciências humanas (psicologia, ciência política, antropologia e políticas públicas) e 01 das ciências biológicas (farmacologia).

A respeito dos assuntos mais abordados entre dissertações e teses, com o descritor judicialização da saúde, no catálogo de teses e dissertações supracitado, merecem destaque: a judicialização e a relação com o direito (48 trabalhos), a judicialização da Assistência Farmacêutica (34 produções) e os impactos da judicialização à administração pública (28 pesquisas).

Ao pesquisar o catálogo de teses e dissertações da CAPES, usando o descritor “judicialização da saúde pública e fundo público de saúde” para ao período de 2019 a 2023, encontramos apenas 01 tese de doutorado da Universidade Federal do Rio de Janeiro, da área de ciências sociais aplicadas (serviço social). O que evidencia que este tema necessita ser estudado, dado a sua relevância e os efeitos nocivos que aumentam o desmonte e o esfacelamento da política de saúde pública brasileira.

Ante o exposto, este tema sob a perspectiva do Serviço Social precisa ser pesquisado, uma vez que a realidade social brasileira se complexificou e a política pública da saúde não tem conseguido garantir seu aspecto universalizante, tornando a judicialização da saúde, em muitos casos como o único recurso para que os usuários do SUS acessem a serviços de saúde. Nosso objetivo é analisar o funcionamento da judicialização da saúde em Maceió e quais seus impactos para o fundo municipal de saúde, no contexto de contrarreformas neoliberais e de captura do fundo público pelo setor privado.

Atualmente, vivemos um adoecimento coletivo pós-pandemia de Covid-19, que ceifou muitas vidas e devastou famílias, abalando a saúde mental de milhões de brasileiros e deixando muitos outros com sequelas físicas, neurológicas e mentais, que necessitarão de acesso a serviços de saúde. O contexto pós-pandêmico exigirá um SUS com mais ofertas de serviços, mais cobertura vacinal, mais consultas, mais medicamentos. Essa exigência

demanda um SUS mais amplo, universal e célere e estamos diante de um SUS que se encontra cada vez mais fragilizado frente à hegemonia ultraneoliberal<sup>1</sup>.

Certamente a demanda por judicialização da saúde, seja ela, pública ou suplementar, aumentará. Conhecer as contradições e os embates que envolvem essa realidade, avaliar os argumentos, as divergências presentes entre a garantia do direito constitucional à saúde e os paradoxos presentes no orçamento do SUS é fundamental para não reproduzirmos a postura pragmática de que não há mais o que se fazer, de que a única saída é a resposta emergencial oriunda de uma decisão judicial.

Ante a complexidade que o tema envolve, elencamos alguns questionamentos para embasar a pesquisa aqui proposta: Como se construiu historicamente o SUS e o direito universal à saúde? Quais as determinações para a não consolidação plena do SUS e do direito universal à saúde? Quais as contradições da judicialização da saúde e sua relação com o fundo público e sua captura pelo setor privado? Como funciona o processo de judicialização da saúde no município Maceió? Quais as consequências da judicialização da saúde para o fundo público da saúde municipal? O atendimento às demandas por judicialização no âmbito do SUS é realizado pelo setor público ou pelo setor privado?

Este trabalho tem como objetivo geral: analisar o processo de judicialização da saúde no município de Maceió e suas consequências para o fundo municipal de saúde, no contexto de contrarreformas neoliberais e de captura do fundo público pelo setor privado. Tem como objetivos específicos: 1) situar historicamente o SUS e o direito universal à saúde e os empecilhos para sua efetivação plena diante da ofensiva do capital e de favorecimento do setor privado; 2) abordar as contradições da judicialização da saúde no debate sobre o financiamento do SUS, no contexto de captura do fundo público da saúde pelo setor privado, da complementaridade invertida e privatizações não clássicas; 3) conhecer o funcionamento da judicialização da saúde no município de Maceió, identificando os impactos deste processo para o fundo municipal da saúde e, por fim, 4) verificar se as respostas às demandas decorrentes da judicialização da saúde no município ocorrem mais na rede privada ou na rede pública.

Destaca-se ainda que este estudo está embasado teoricamente no materialismo histórico e dialético de Marx, tendo em vista que a perspectiva histórico-crítica parte de uma

---

<sup>1</sup>O ultraneoliberalismo é a face mais acirrada do neoliberalismo. Para Behring (2023, p.18) o ultraliberalismo se instaura no Brasil a partir do Golpe de 2016, através de um novo regime fiscal, que combinou as Emendas Constitucionais de nº 95 e 93 de 2016, a contrarreforma trabalhista de 2017, a entrega do pré-sal, a contrarreforma da previdência, um programa de rigoroso ajuste fiscal, tudo isso atrelado à ideologia neofacista amplamente defendida pelos políticos de extrema direita e que tem efeitos perversos para a população brasileira.

leitura da realidade em sua totalidade, analisando os nexos constitutivos desta e do movimento histórico da sociedade burguesa. Supera o empírico e busca a essência do real, através de uma proposta dialética, que utiliza categorias como a historicidade, a totalidade, a singularidade, a contradição, dentre outras. Assim, o método em Marx é uma perspectiva que permite ao sujeito apreender a historicidade e o caráter de totalidade do seu objeto, uma vez que a teoria é a reprodução do plano do pensamento.

Nesse sentido, realizou-se uma pesquisa bibliográfica para compreender as determinações impressas na sociabilidade capitalista e as contradições presentes nos fundamentos dos direitos sociais e das políticas públicas. Realizou-se um resgate histórico da política de saúde no Brasil, bem como dos paradoxos existentes no seu financiamento, subfinanciamento e desfinanciamento, que se fortalecem nas contrarreformas neoliberais e se concretizam nas tendências de mercantilização do SUS, permitindo que o fundo público seja captado pela iniciativa privada.

Analisou-se o processo de judicialização no Brasil, com um recorte para compreender como se dá a judicialização da política de saúde em Maceió e quais suas principais consequências. Para tal, utilizamo-nos de autores da perspectiva histórico-crítica como Marx (2013), Engels (2007), Netto (1996), Bravo (2000, 2002, 2011), Behring e Boschetti (2009), Behring (2003, 2007, 2010, 2023), Correia (2006, 2007, 2008, 2017 e 2018), Salvador (2012, 2014), Fontes (2020), Mendes (2015), dentre outros.

Acerca da pesquisa documental, foram analisadas as leis federais e o arcabouço jurídico relativo ao SUS. Buscou-se ainda analisar a Pesquisa “Judicialização da Saúde no Brasil: Perfil das demandas, causas e propostas de solução”, realizada pelo Instituto de Ensino e Pesquisa (Insper), publicada em 2019 e idealizada pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Também fora examinado o estudo denominado: “Judicialização e Sociedade: ações para acesso à saúde pública de qualidade,” realizado pelo Laboratório de Inovação, Inteligência e objetivos de Desenvolvimento Sustentável do CNJ, publicado em 2021. No que concerne ao SUS, foram submetidos à análise os dados dos Painéis de Informação do Fundo Nacional de Saúde. Também se recorreu ao Relatório de Gestão Anual de 2020 a 2023 elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, e ainda aos dados orçamentários referentes à judicialização dos anos de 2020 a 2023, disponibilizados pela Coordenação Geral do Fundo Municipal através do Sistema Integrado de Planejamento e Gestão Financeira (Sigef/MCZ).

Os critérios para eleger o período de 2020 a 2023 a ser analisado por este estudo se referem ao início da pandemia de Covid-19 e o pós-pandemia, uma vez que a pandemia

aumentou os problemas de saúde da população e o contexto pós-pandêmico agudizou tais problemas, exigindo do SUS maior acesso aos serviços de saúde, principalmente na média e alta complexidade e, conseqüentemente, aumentado a judicialização da saúde. Desta forma, analisar estes impactos é fundamental para conhecer e intervir na realidade que estamos inseridas enquanto profissionais e para continuar defendendo a universalidade do SUS.

Esta dissertação está estruturada em quatro capítulos. O primeiro refere-se à introdução, que apresenta sumariamente a discussão, os objetivos e a metodologia utilizada na pesquisa. No segundo capítulo, visando contextualizar historicamente o SUS e os empecilhos para a sua consecução, foi traçado um panorama histórico, que compreende os conflitos sociais da sociabilidade capitalista rumo às conquistas do direito social à saúde e os desafios presentes na construção da mais ampla e complexa política social brasileira, a de saúde. Num segundo momento serão pontuados os paradoxos que envolvem o SUS, principalmente a partir da década de 1990, na qual, diante da denominada crise do capital, os organismos financeiros internacionais passaram a interferir na saúde pública e nas contrarreformas de cunho neoliberal, propondo uma austeridade fiscal, por meio de cortes drásticos nas políticas sociais, implantando terceirizações, privatizações e a mercantilização do SUS. Em um terceiro momento, contextualiza-se o processo de judicialização da saúde no Brasil, suas tendências e principais características.

Visando identificar os impactos do processo da judicialização para o fundo municipal de saúde, iniciamos o terceiro capítulo tecendo breves considerações sobre o fundo público de saúde, no intuito de explicitar a sua composição e os paradoxos inerentes ao financiamento, subfinanciamento e desfinanciamento do SUS. Posteriormente, realizou-se a análise do fundo municipal de saúde e da disputa do orçamento municipal entre a judicialização e os demais serviços de saúde, para que se tenha dimensão da complexidade que envolve o tema estudado.

Objetivando abordar as contradições existentes na judicialização da saúde, ante o contexto de captura do fundo público da saúde pelo setor privado, da complementaridade invertida e de privatizações, iniciamos o quarto capítulo, verificando como a judicialização funciona no município de Maceió, se as demandas judiciais são atendidas pela rede pública ou pela rede privada, identificando o montante de recurso do fundo municipal utilizado para responder as demandas judiciais para que seja identificado, *a posteriori*, quais os impactos da judicialização para o fundo público municipal de saúde.

Nas considerações finais, constatou-se que a judicialização da saúde pública em Maceió apesar de resolver às demandas da população, fortalece a privatização do SUS e ainda

reproduz com duplicidade, a complementaridade invertida. Pois quando a saúde municipal não consegue atender a contento às solicitações de saúde dos usuários, a Defensoria Pública solicita que a SMS atenda ao pleito do usuário, através dos serviços de média e alta complexidade que são majoritariamente oriundos da rede privada. Se o primeiro pedido da Defensoria Pública não lograr êxito, a solicitação será feita através de um processo judicial. Nesse período entre a pré-judicialização e a judicialização propriamente dita, existe um trâmite com efeitos severos para o fundo municipal de saúde, que faz com a que a gestão pública favoreça a rede privada ao invés de investir em equipamentos, serviços e recursos humanos do SUS municipal, desta forma o erário passa a favorecer a acumulação capitalista, contradição que atravessa a judicialização da saúde.

## **2. A Política da saúde e as contrarreformas neoliberais: do direito universal à judicialização da saúde.**

Neste capítulo, visando situar historicamente o SUS como um direito universal e os empecilhos para a sua efetivação ante a ofensiva do capital e o favorecimento do setor privado, serão realizadas inicialmente, breves considerações sobre a sociabilidade capitalista e as relações sociais decorrentes da contraditória relação entre capital e trabalho, que tem como objetivo a acumulação do capital mediante a exploração da classe trabalhadora.

Para compreender a política social da saúde foi necessário realizar uma contextualização histórica, com vistas a evidenciar fatos importantes na formação e no desenvolvimento da saúde pública brasileira, até a elaboração do SUS, que tem contradições desde o seu nascimento, no que se referem ao seu financiamento, à parceria entre o setor público e o privado e ao uso do fundo público da saúde para finalidades distintas da sua criação.

As contrarreformas propostas pela perspectiva neoliberal imprimem ao Estado uma política de austeridade fiscal e as políticas públicas passam a ter cortes severos em seu financiamento. Nos anos 1990, os direitos constitucionalmente garantidos passam a ser afrontados e o SUS a ter seu caráter universal, público e gratuito atacado, enquanto a iniciativa privada passa a capturar, cada vez mais, recursos do fundo da saúde pública.

Os paradoxos existentes no SUS fazem emergir o fenômeno da judicialização da saúde, que representa para os usuários do SUS a garantia do acesso aos serviços de saúde que

estão sendo negados pelo Estado. O Poder Judiciário passa a obrigar que o Estado, faça cumprir aquilo que está preconizado no texto constitucional e no ordenamento jurídico brasileiro.

Por fim, será exibido um panorama da judicialização da política de saúde no Brasil, identificando as principais demandas judicializadas na atual conjuntura, os argumentos favoráveis e contra, as tendências e os conflitos de interesses em jogo.

## **2.1. Estado e política social no capitalismo: breves considerações**

O modo de produção capitalista impõe uma rede de relações societárias que se apresenta extremamente antagônica, acumulativa e excludente, configurando uma nova realidade social, pautada no aprofundamento das desigualdades sociais e no acirramento da relação capital e trabalho. Sua marcha expansionista é marcada por sucessivas crises cíclicas que agravam os problemas sociais.

Com o advento do capitalismo, as relações sociais de produção passam por transformações significativas, impondo mudanças radicais na sociedade. Os camponeses que eram donos de suas terras e viviam da agricultura de subsistência, foram expropriados de suas glebas e com a promessa de um futuro venturoso na cidade foram obrigados a vender a sua força de trabalho para os capitalistas.

[...] os trabalhadores sobreviviam suportavelmente e levavam uma vida honesta e tranquila, piedosa e honrada; sua situação material era bem superior à de seus sucessores: não precisavam matar-se de trabalhar, não faziam mais do que desejavam e, no entanto, ganhavam para cobrir suas necessidades e dispunham de tempo para um trabalho sadio em seu jardim ou em seu campo, trabalho que para eles era uma forma de descanso; e podiam, ainda, participar com seus vizinhos de passatempos e distrações – jogos que contribuía para a manutenção de sua saúde e para o revigoramento de seu corpo. Em sua maioria, eram pessoas de compleição robusta, fisicamente em pouco ou nada diversas de seus vizinhos campônios. Seus filhos cresciam respirando o ar puro do campo e, se tinham de ajudar os pais, faziam-no ocasionalmente, jamais numa jornada de trabalho de oito ou doze horas. [...] (Engels, 2007, p. 47).

À medida que se concretizava a prática da expropriação dos camponeses consequente êxodo destes para a cidade para serem absorvidos pela indústria, produziu-se uma concentração de trabalhadores excedentes, que não conseguia ser absorvida como mão de obra e, portanto, ficou de fora do mercado de trabalho “[...] A população supérflua é produto da concorrência entre os trabalhadores, que obriga cada trabalhador a laborar cotidianamente até o limite de suas forças. [...]” (Engels, 2007, p.122). Esta população de trabalhadores excedentes, considerada por Marx como exército industrial de reserva, é peculiar ao modo de produção capitalista.

[...] A acumulação capitalista produz constantemente, e na proporção de sua energia e seu volume, uma população trabalhadora adicional relativamente excedente, isto é, excessiva para as necessidades médias de valorização do capital e, portanto, supérflua [...] (Marx, 2013, p.705).

A substituição do trabalho manual pelo trabalho mecânico trouxe concomitantemente e contraditoriamente, consequências tanto para o capital quanto para os trabalhadores. Para o capitalista trouxe o desenvolvimento do comércio, da indústria, o aumento da acumulação. Aos trabalhadores trouxe consequências desfavoráveis, uma vez que, parte da classe trabalhadora, expropriada de suas terras e submetida às condições de trabalho na cidade, passa a incorporar uma grande massa de desempregados, indigentes que sobrevivem da mendicância e da caridade da burguesia.

[...] É verdadeiramente revoltante o modo como a sociedade moderna trata a imensa massa dos pobres. Ela os atrai para as grandes cidades, onde respiram uma atmosfera muito pior que em sua terra natal. Põe-nos em bairros cuja construção torna a circulação do ar muito mais difícil que em qualquer outro local. Impede-os de usar os meios adequados para se manterem limpos... acumula sobre eles todos os males possíveis. [...] Submete-os às mais violentas emoções, às mais bruscas oscilações entre medo e esperança e persegue-os como a uma caça, não lhes concedendo nunca um pouco de paz e de tranquilidade. Priva-os de todos os prazeres, exceto do sexo e da bebida – mas porque diariamente os faz trabalhar até o esgotamento de suas forças físicas e morais, esses dois únicos prazeres permitidos são degradados pelos piores excessos. E se os pobres resistirem a tudo isso sobrevém uma crise que os transforma em desempregados e lhes retira o mínimo que até então a sociedade lhes destinara. [...] (Engels, 2007, p.136).

A expansão do processo de industrialização obrigou a participação não só do trabalhador, mas de todos os membros de sua família, na tentativa de assegurar a reprodução social de todos. Um dos efeitos gerados pelo desenvolvimento do modo de produção capitalista, a partir de 1860, teria sido a exploração da força de trabalho de mulheres e crianças.

[...] À medida que torna prescindível a força muscular, a maquinaria converte-se no meio de utilizar trabalhadores com pouca força muscular ou desenvolvimento corporal imaturo, mas com membros de maior flexibilidade. Por isso, o trabalho feminino e infantil foi a primeira palavra de ordem da aplicação capitalista da maquinaria! [...] (Marx, 2013, P. 468).

[...] Nas minas de ferro e de carvão, exploradas por meio de métodos mais ou menos similares, trabalham crianças de quatro, cinco e sete anos, mas a maior parte delas tem mais de oito anos. [...] que ficam, por doze horas ao dia, sentadas sozinhas em corredores escuros, estreitos e quase sempre úmidos, fazendo intermitentemente exaustivos esforços [...] (Engels, 2007, p. 278).

Ainda no que se refere ao trabalho das mulheres e ao trabalho infantil, Marx tece considerações sobre o “trabalho domiciliar moderno”, relatando o desumano e cruel efeito da acumulação da mais-valia na produção capitalista, em que mulheres passam a trabalhar em casa, com seus filhos na manufatura, através das escolas de rendado e produzindo chapéu de

palha. Em 1861, dos 48.043 proletários ocupados no entrançado de palhas e na confecção de chapéus, 7.000 eram crianças. Vale frisar que estamos relatando a conjuntura dos anos de 1861 na Inglaterra e que essa realidade de exploração do trabalho infantil ainda perdura em muitos países, reproduzindo uma das práticas mais primitivas e nocivas do capitalismo e que imprime à infância consequências severas e que se estendem por toda uma vida.

[...] Nelas as crianças aprendem a entrançar a palha a partir dos 4 anos de idade, às vezes entre os 3 e os 4 anos. Educação é claro, elas não recebem nenhuma. As próprias crianças chamam as escolas primárias de natural schools (escolas naturais), para diferenciá-las dessas instituições sugadoras de sangue, nas quais são obrigadas a trabalhar até que concluem a tarefa – geralmente 30 jardas por dia – exigida por suas mães semifamélicas. Essas mães costumam fazê-las trabalhar em casa até as 10, 11, 12 horas da noite. A palha lhes corta os dedos e a boca, com a qual a umedecem constantemente [...] (Marx, 2013, p.539).

A modernização do capitalismo provocou profundas transformações no mundo do trabalho. O trabalhador passa a ser mercadoria e o desemprego se configura como uma realidade ameaçadora para o proletariado. No bojo dessa relação contraditória, cabia ao capitalista ampliar os seus interesses e, concomitantemente, amenizar as mazelas sociais produzidas pelo processo de industrialização, atendendo algumas demandas da classe trabalhadora, que começava a insuflar contra a penúria que o pauperismo começou a imprimir na realidade social.

O capitalista passa a se articular com o Estado, no intuito de garantir a ordem e a lógica burguesa, bem como conter as mobilizações da classe trabalhadora. Por meio do poder estatal o capitalista lança seus anseios de acumulação sob a tutela da lei e do poder de polícia. Conforme reiterou Netto (1996, p. 21), “[...] até então o Estado, na certa caracterização Marxiana, o representante do capitalista coletivo, atuará como o cioso guardião das condições externas da produção capitalista [...]”.

Com a necessidade crescente de acumulação capitalista, o aumento do pauperismo e das reivindicações da classe operária, a questão social<sup>2</sup> torna visíveis os problemas decorrentes da sociabilidade capitalista, de modo que a burguesia passa a se incomodar com o

---

2“Questão social” originalmente expressa no empobrecimento do trabalhador tem suas bases reais na economia capitalista. Politicamente, passa a ser reconhecida como problema na medida em que os indivíduos empobrecidos se organizam, oferecendo resistência às más condições de existência decorrentes de sua condição de trabalhadores. Nesse cenário, o movimento socialista dá o tom ao caráter reivindicatório do operariado europeu, que empreende a luta contra condições opressivas de vida e de trabalho, tendo por suporte a demanda pela satisfação de carências, considerada sob os aspectos de natureza material e moral. No percurso do desenvolvimento de um capitalismo atravessado por lutas sociais entre capital e trabalho, constituem-se respostas sociais mediadas ora por determinadas organizações sociais, ora pelo Estado, num processo impulsionado pelo movimento de reprodução do capital (Pimentel, 2012, p. 154).

aumento da mendicância, da pobreza e do desemprego que se espalhava nas cidades e ameaçava a ordem, a paz e a rotina de vida burguesa.

Para administrar as crises capitalistas e as sequelas da exploração do trabalhador pelo capital, o Estado passa a operar significativamente de forma mais intervencionista e com múltiplas funções, agindo como comitê executivo da burguesia, propiciando e reproduzindo as condições da acumulação, de valorização do capital e de manutenção da ordem e da ideologia burguesa. Assim, a função social do Estado é a manutenção da sociabilidade capitalista.

Dentre outras funções o Estado é demandado pelo capital para articular as obrigações econômicas e políticas, legitimando não somente as aspirações da burguesia, como também articulando e incorporando outras demandas para além do capital que estão em ampla organização política através de sindicatos e demais organizações trabalhistas. Assim, o Estado intervém minimamente nas demandas da classe trabalhadora, embora esteja maximamente comprometido com o capital.

[...] A sua realização, em todos os quadrantes, é mediatizada pela correlação de classe e de forças sociais em presença – onde não se defrontou com um movimento democrático e popular, sólido e maduro, capaz de estabelecer alianças sociopolíticas em razão de objetivos determinados, a burguesia monopolista jogou em sistemas políticos desprovidos de qualquer flexibilidade e inclusividade. Com efeito, as alternativas sociopolíticas do capitalismo monopolista, sem configurar um leque infinito, comportam matizes que vão de um limite a outro – do Welfare State ao fascismo [...] (Netto, 1996, p. 24).

As expressões da questão social são administradas através de políticas sociais, em que o Estado burguês monopolista, expressa sua essencial função de preservar e controlar a força de trabalho, ao mesmo tempo em que assegura as adequadas condições ao desenvolvimento do capital. Essa intervenção se realiza como fruto de um processo histórico de conquistas da classe trabalhadora e de um movimento da classe operária alicerçado numa trajetória que intencionou a ruptura da forma de sociabilidade burguesa. Entretanto, como vimos anteriormente, o Estado articula as demandas do capital e do trabalho, mas defende majoritariamente os interesses capitalistas. Através das políticas sociais o Estado cumpre essa função de realizar consensos entre as duas classes, mas esse consenso é pautado pela ideologia capitalista, como assinala Netto (1996 p.26-27):

[...] Através da política social, o Estado burguês no capitalismo monopolista procura administrar as expressões da ‘questão social’ de forma a atender as demandas da ordem monopólica conformando, pela adesão que recebe de categorias e setores cujas demandas incorporam sistemas de consenso variáveis, mas operantes. [...]

Os problemas sociais inerentes ao modo de produção capitalista passaram a ser males necessários à reprodução da ordem vigente. E para tal, o Estado exerce papel preponderante, pois será o principal organizador da vida coletiva e se estruturará, através de políticas públicas que visam minorar as desigualdades sociais. Justifica-se a postura do Estado em propor medidas paliativas para o enfrentamento das expressões da questão social, eis que este repousa sobre a contradição capital *versus* trabalho. A Ajuda e a repressão, historicamente, convergem para a manutenção da ordem capitalista.

A burguesia se configurava como classe hegemônica do ponto de vista econômico, e apesar de não ser dominante sob o aspecto político, passa a se aliar ao poder absoluto e discricionário do Estado. O projeto do capital visa à articulação da hegemonia econômica e política. Para concretizar esse projeto, o Estado necessitava representar a base legal e não impor limites à burguesia. Para tal intento, era fundamental a liberdade e flexibilidade do mercado. O liberalismo seria o componente transformador para o êxito do projeto burguês.

Ao Estado liberal cabia legislar e regular as relações sociais com vistas a garantir a propriedade privada e o livre mercado. Sua intervenção não deveria garantir políticas sociais e sim assegurar a assistência mínima através de práticas paliativas.

As respostas do Estado à questão social incorporam timidamente as reivindicações trabalhistas. È da mobilização da classe trabalhadora e do reconhecimento dos direitos, por parte do Estado, que se iniciam gradualmente os investimentos com as políticas públicas. Behring e Boschetti (2007, p.63) afirmam que as primeiras iniciativas de políticas sociais podem ser entendidas a partir de uma tênue ruptura entre Estado Liberal e Estado Social

[...] Não houve ruptura radical entre o Estado liberal predominante no século XIX e o estado social capitalista do século XX. Houve sim uma mudança profunda na perspectiva de Estado, que abrandou seus princípios liberais e incorporou orientações social-democratas num novo contexto socioeconômico e de lutas de classe, assumindo um caráter mais social, com investimento em políticas sociais [...]

O Estado Assistencial institui programas e políticas públicas subsidiadas por uma crescente quantidade de investimentos financeiros estatais. Tal postura estatal se aproxima do *Welfare State* que propunha a redução dos conflitos sociais, através de um pacto interclasses, que atendesse concomitantemente ao capital e ao trabalhador, mascarado pela promoção da participação e da justiça social. Vale ressaltar que os países de capitalismo periférico, como o

Brasil, não vivenciaram a experiência de um Estado de Bem-Estar Social. Como demonstra Netto (1996).

[...] Os analistas são praticamente unânimes em reconhecer que entre nós o princípio de cidadania nunca passou de um voto piedoso. Igualmente, nunca tivemos as estruturas próprias de um Estado de Bem-Estar Social. Entre nós, o desenvolvimento capitalista sempre se operou, por vias profundamente antidemocráticas, quase sempre se conectando, em seus momentos de inflexão com os regimes ditatoriais [...] Nas condições da sociedade brasileira, o desenvolvimento capitalista se operou conservando e acentuando os mecanismos pré-capitalistas de exploração e opressão, combinando-os com suas formas particulares de explorar e oprimir [...]. (Netto, 1996, p.30).

Salienta-se ainda que as políticas sociais, também expressam um mecanismo regulador e de controle das relações sociais, visto que, ideologicamente elas promovem a busca de um consenso com vistas a garantir a reprodução, a expansão e a supervalorização do capital, à medida que responde às demandas decorrentes das mobilizações e pressões da classe trabalhadora. As políticas sociais acompanham as metamorfoses e necessidades impostas pela realidade social e estão atreladas aos processos históricos, sob determinada conjuntura política, atuando como agentes mediadores e articuladores da esfera econômica e política.

Semelhante às demais políticas sociais, a política de saúde também resulta de um processo de embates políticos, sociais e ideológico entre os diversos sujeitos sociais, tendo o seu percurso histórico demarcado pelo assistencialismo, pela correlação de forças e de poder, inerentes à sociabilidade capitalista.

## **2.2 A História da política de saúde brasileira e a conquista do direito universal à saúde**

No Brasil, a história da saúde pública revela que desde o período da instalação da Colônia até a década de 1920, as ações desenvolvidas pelo Estado se restringiam a pontuais providências sanitárias—como a desinfecção de ambientes públicos e particulares<sup>3</sup> e a vacinação para conter o avanço da febre amarela, varíola, tuberculose, cólera, gripe espanhola, peste bubônica. Vale destacar duas Reformas voltadas à saúde pública deste período.

A primeira reforma foi realizada por Oswaldo Cruz, após ter sido empossado como Diretor-Geral de Saúde Pública em 1902. Esta reforma promoveu a reformulação do Código

---

<sup>3</sup>Através das Juntas Centrais de Higiene Pública, responsáveis por realizar a desinfecção terminal dos casos de morte por doenças contagiosas nas casas e nos estabelecimentos públicos ou particulares. Estas juntas realizavam ainda o controle de navios e saúde dos Portos (Funasa, 2017, p. 03).

Sanitário Brasileiro e reestruturou os órgãos de saúde e higiene do país, implantando as primeiras campanhas sanitárias contra as epidemias de febre amarela<sup>4</sup> e varíola. A segunda, a Reforma Carlos Chagas de 1923, que definiu Carlos Chagas como Diretor Geral de Saúde Pública ampliou as atividades de cooperação entre os Estados, estendendo os serviços de saúde por todo país.

A partir da Reforma Carlos Chagas, além de campanhas de vacinação e medidas sanitárias, a saúde do trabalhador começa a ser evidenciada, uma vez que o processo de industrialização se instaura no país e o mercado de trabalho apesar de promissor, era deveras desgastante ao trabalhador, pois possuía a carga horária diária de 18 horas, péssimas condições de trabalho e baixos salários. Diante desse quadro os trabalhadores começaram a se organizar criando as Ligas Operárias e Ligas de Ajuda Mútua, para amenizar a situação de pobreza e miséria, à qual estava submetida à classe trabalhadora.

Em 24 de janeiro de 1923, a partir do Decreto nº 4.682, é promulgada a Lei Elói Chaves, que institui as Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs, voltadas a prestar serviços pecuniários e serviços de saúde aos trabalhadores ferroviários e, posteriormente, aos marítimos e estivadores. Esta lei se configura como um esboço da Previdência Social do Brasil e instaura o reconhecimento e regulação do Estado na questão previdenciária, ainda que sob a égide da previdência enquanto seguro e contraprestação.

As CAPs eram financiadas pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Organizavam-se por grandes segmentos empresariais urbanos, onde os trabalhadores eram politicamente mais combativos e atuantes. Dentre os segmentos que inicialmente lutaram pela organização das Caixas das empresas as quais estavam ligados, podemos citar: os ferroviários em 1923; os estivadores e marítimos, em 1926; e os demais trabalhadores, após 1930.

[...] Ao final de 1932, existiam 140 CAPs com quase 19 mil segurados ativos, 10.300 aposentados e aproximadamente 8.800 pensionistas. Entre as prestações oferecidas aos segurados das CAPs, constavam, além das de natureza previdenciária, a assistência médica e o fornecimento de medicamentos. Mas havia grandes diferenças entre os planos de benefícios, porque inexistiam regras comuns de funcionamento técnico e administrativo. Cada órgão estabelecia seu regulamento, que refletia parcialmente os anseios de cada segmento da classe trabalhadora e dependia da capacidade de receita disponível por meio das contribuições. [...] (Finkelman, 2002, p. 237)

---

4A campanha contra a febre amarela foi baseada nos moldes militares e sob a inspiração da teoria do médico cubano Carlos Finlay, que tinha como frente de combate à febre amarela a caça ao mosquito *Aedes aegypti*, a distribuição de folhetos educativos, a queima de enxofre e piretro nos focos dos mosquitos, o isolamento domiciliar dos doentes e internação hospitalar para os casos mais graves (Funasa, 2017, p. 04).

Na década de 1930, surgem os Institutos de Aposentadorias e Pensões - IAPs, que substituíram as CAPs. Estes Institutos eram organizados por categorias profissionais e eram restritos aos trabalhadores da zona urbana. Foram criados na Era Vargas e conseqüentemente reproduziam práticas impregnadas de clientelismo, típicas do regime populista do governo nesse período, que passaram também a influenciar a gestão dos sindicatos de trabalhadores.

O número de Institutos cresce e em 1933 é criado o Ipam (marítimos); em 1934 o Iapb (bancários); em 1936 o Iapi (industriários); em 1938 o Iapetec (trabalhadores em empresas de transporte e cargas) e o Ipase (servidores do estado); e em 1940 o Iapc (comerciários). Entretanto, ainda que se reconheça uma sólida expansão destes Institutos, e que estes se tornaram importantes mecanismos na ampliação da proteção à saúde e à previdência da classe trabalhadora, eles excluía uma grande parcela desta população, tendo em vista que somente os trabalhadores que estavam inscritos no mercado formal de trabalho tinham direito a participar destes Institutos. Tal postura revelava a concepção de uma cidadania estratificada, seletiva e excludente, à qual nem os trabalhadores rurais e nem os trabalhadores do mercado informal poderiam aderir.

[...] Dessa forma, na primeira metade deste século podemos observar: centralismo, verticalismo e autoritarismo corporativo, do lado da saúde pública; clientelismo, populismo e paternalismo, do lado de instituições de previdência social, incluindo as de atenção médica. Estes traços, modelados durante cerca de cinquenta anos, ainda são característicos das instituições e políticas de saúde brasileiras e integram a própria ordem política que se constituiu nesse período. É o próprio rosto de nossa estrutura social, que se desenha sobre essa dupla face, ao menos no que esse rosto tem de mais atroz e recorrente em termos de poder. [...] (Luz, 1991. p.80).

No período de 1945 a 1964, com o significativo crescimento do número de Iaps e a melhoria das condições de saúde pública, a previdência social incorpora a assistência à saúde e passa a investir na construção de grandes hospitais. O sanitarismo de campanha não conseguia atender às necessidades da população e era necessário um projeto moderno que reorganizasse as ações de saúde para contemplar o acelerado processo de industrialização e suas conseqüências para a saúde do trabalhador, uma vez que os pólos econômicos nos centros urbanos geravam um grande contingente de trabalhadores que precisavam ser atendidos pelo sistema de saúde. Assim, o Estado, que antes visava evitar as doenças endêmicas, passa agora a se ocupar com a recuperação da saúde dos trabalhadores, pois restaurar a capacidade produtiva era fundamental para não macular o processo de acumulação capitalista.

Em 1953, através do Decreto nº 34.596 de 16 de novembro de 1953 (Lei nº1. 920, de 27/07/1953), é criado o Ministério da Saúde com vistas a efetivar ações de saúde pública mais

favoráveis à eliminação do quadro de doenças infecciosas e parasitárias, bem como as elevadas taxas de mortalidade que assolavam o país. Nesse período, vale salientar, que a iniciativa privada no setor hospitalar, já se consolidava no país, conforme assinala Bravo (2006 p. 92-93):

[...] A estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já estava montada a partir dos anos 50 e apontava na direção da formação das empresas médicas. A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada e pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada, defendendo claramente a privatização. Entretanto, apesar das pressões, a assistência médica previdenciária até 1964, era fornecida basicamente pelos serviços próprios dos Institutos. As formas de compra dos serviços médicos a terceiros aparecem como minoritárias e pouco expressivas no quadro geral da prestação da assistência médica pelos institutos. [...].

Vale frisar que a interferência da iniciativa privada no campo da saúde brasileira, através das fundações Rockefeller e da Fundação Carnegie<sup>5</sup> efetiva uma concepção de saúde reducionista através do modelo biomédico, que tem sua origem no modelo capitalista norte-americano e concebe a saúde a partir de uma prática iatrogênica, que conceitua a saúde como a ausência de doença, tendo a doença como centralidade. A partir dessa concepção de saúde hospitalocêntrica, centrada nos efeitos da doença, enfatiza-se a medicina altamente especializada, por intermédio de um complexo médico-industrial que lucra com o adoecimento da população, através da indústria farmacêutica, de exames de alto custo, internações e hospitalizações.

No modelo biomédico a prática da saúde é unidisciplinar focada no profissional médico e a saúde se restringe à prática curativa e não preventiva que vise à promoção de saúde. Os interesses por trás desse modelo de saúde são totalmente contrários ao modelo defendido pelo movimento de reforma sanitária que será abordado adiante, e que se estabeleceu no Brasil a partir da possibilidade de redemocratização política do final dos anos de 1970, que ainda se sustenta pelos pilares da saúde como direito garantido constitucionalmente, sendo pública, estatal e de qualidade.

---

<sup>5</sup>De acordo com a FUNASA (2017, p. 07), em 1932, é assinado o primeiro convênio com a Fundação Rockefeller (criada em 1913) para intensificar as atividades de controle da febre amarela. O referido convênio foi encerrado em 1939 e representa a inserção da iniciativa privada, com fins lucrativos, na área da saúde. Vale frisar que esta Fundação, tinha como objetivo promover e estimular o ensino e a pesquisa na saúde pública, principalmente em países subdesenvolvidos. Assim como a Fundação Rockefeller interferiu no ensino superior, a Fundação Carnegie (criada em 1902) também empreendeu esforços para pautar o ensino e a pesquisa na saúde, a partir do modelo biomédico ou flexneriano que concebia a saúde através da relação saúde e doença. As duas fundações são caracterizadas como empresa filantropo-capitalista, por articular a filantropia aos princípios e práticas empresariais com fins lucrativos.

O modelo biomédico tem como expoente o pesquisador social e educador norte-americano Abraham Flexner, contratado pela Fundação Carnigie, para promover uma reforma no ensino médico. O modelo flexneriano se limita a uma perspectiva de saúde reducionista e biologiscista, a partir de um modelo de saúde hospitalocêntrico, que ainda encontra espaço na realidade social em que vivemos por defender os interesses da grande cadeia que compõe a indústria médico-hospitalar no país, uma vez que atualmente temos duas perspectivas de saúde antagônicas que disputam espaço no contexto social em que estamos inseridos, como veremos adiante.

O modelo saúde-doença proposto por Flexner, é incompatível com o conceito ampliado de saúde que o SUS preconiza, uma vez que desconsidera as dimensões sociais, psicológicas, econômicas e culturais que envolvem a saúde pública. A ênfase na alopatia, na postura medicamentosa, na cura da doença, não permite que se visualize a importância da participação social do usuário da política de saúde, na valorização das práticas e terapias complementares, na melhoria da saúde mental, tampouco considera o amplo espectro que envolve o conceito de saúde historicamente defendido pelo SUS.

Com a ascensão da ordem capitalista industrial, sob o discurso da modernização, impõe-se a implantação de um projeto para o desenvolvimento econômico. Entretanto, no início dos anos de 1960 o governo populista e nacionalista entra em crise e as políticas de saúde desse período passam a exprimir uma dicotomia entre dois modelos de saúde: o modelo campanhista e o modelo curativista. Apesar dos esforços em modernizar e da existência de mecanismos legais e institucionais criados para garantir a assistência à saúde como um direito do trabalhador, esta era fornecida nos mesmos moldes daquela prestada pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão da década de 1930.

[...] Justaposição, repetição, incompetência e ineficiência, reinantes nos programas e serviços de saúde, foram combatidas com mais programas, serviços e campanhas, que finalmente redundaram no aumento e na reprodução da dicotomia saúde pública versus atenção médica individual [...] (Luz, 1991, p. 80).

O governo de Juscelino Kubitschek (1956-1960) apesar de trazer o crescimento econômico com o plano de metas, a construção de Brasília e o desenvolvimento industrial ao país, o fim do governo JK deixa o país com um significativo aumento da dívida pública interna e da dívida externa. Seu sucessor, Jânio Quadros assume a presidência, junto com seu vice João Goulart em 1961 e para conter a crise no Brasil, toma medidas consideradas impopulares como o congelamento de salários, restrição aos fundos de crédito, gerando o descontentamento

das lideranças políticas, da burguesia nacional e do FMI. Em agosto de 1961 Jânio Quadros renuncia à Presidência da República<sup>6</sup>.

João Goulart (Jango) assume à Presidência e passa a defender as reformas de base que incluíam os setores educacionais, fiscais, a reforma agrária, aumento do salário mínimo, proteção de direitos aos trabalhadores rurais e urbanos, com vistas a enfrentar os problemas estruturais do país e tinha apoio da classe trabalhadora. A elite dominante junto com as Forças Armadas passou a fazer forte oposição ao governo de Jango e, em 1964, João Goulart é deposto e se instaura o golpe militar.

Nesse período, o Estado usa a repressão da ditadura militar para aprofundar as relações capitalistas no país (Bravo, 2011, p. 58). Os programas sociais voltados à saúde e à educação privilegiam o setor privado e a privatização dos serviços passa a reproduzir as novas tendências das políticas sociais e econômicas implantadas.

O golpe de 1964 também instaura com ele a ditadura empresarial militar<sup>7</sup>. Bravo (2011, p.60) chama atenção para a concepção de saúde curativa que enfatizava a medicina previdenciária, criando um padrão de estrutura para a política de saúde, restrito aos que contribuía com a previdência social.

Oportuno destacar nesse período que, cabia ao Estado, propiciar a expansão da iniciativa privada. A articulação entre Estado e o capital internacional, produziu o crescimento da indústria farmacêutica e a criação do complexo médico-hospitalar. “[...] a indústria de equipamentos médicos também foi beneficiada, havendo um crescimento de 599,9% na importação desses produtos no período de 1961 a 1970. [...]” (Bravo, 2011 p. 61).

O populismo passa a gerenciar as contradições sociais presentes na sociedade brasileira e o autoritarismo do Regime Militar de 1964 passa a alicerçar as relações sociais, que se configurou através de um Estado burocrático autoritário que afrontava os direitos constitucionais, a cidadania e a democracia, bem como promovia, de forma extremamente arbitrária, o controle do exercício dos Poderes Legislativo e Judiciário, além de relegar à política social um caráter emergencial, tornando-a avessa à participação da sociedade civil.

---

6A renúncia de Jânio Quadros foi considerada uma manobra política que desejava uma comoção social e um autogolpe, para que ele retornasse com poderes executivos centralizados a ele. A manobra findou dando a João Goulart o posto de liderança política de um bloco nacional-reformista (Nogueira, K. W.A, Entre o passado e o presente: a presença militar no âmbito da gestão de crises sanitárias no Brasil. In Revista Germinal: marxismo e educação em debate, Salvador, v.16, n.1, p. 364-387, abr. 2024. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revistagerminal/article/view/58914>. Acesso 1 jun 2024.

7Período caracterizado pelo apoio dos empresários à ditadura militar. Correia (2017, p. 02) assinala que esse período foi um contexto em que o capital financeiro, sob condições monopolísticas alinhou a saúde aos interesses do capital em que o setor previdenciário beneficiou o lucro de empresas internacionais do complexo médico industrial.

Em 1966 ocorre a unificação das instituições previdenciárias com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS. Esta unificação atenderia a duas características fundamentais: o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores da cena política. O que se configurava a total exclusão dos trabalhadores na gestão da previdência, ficando reservado a estes apenas o papel de financiadores. Desta forma, a saúde desenvolveria suas ações e programas com base na ideologia burguesa, privilegiando o setor privado.

[...] A medicalização da vida social foi imposta, tanto na saúde pública como na previdência social. O setor saúde precisava assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior. A saúde pública teve, no período, um declínio e a medicina previdenciária cresceu, principalmente após a reestruturação deste setor. [...] (Bravo, 2000, p. 107).

Neste período conhecido como “milagre econômico brasileiro”<sup>8</sup>, cresce o papel regulador do Estado que retira a representação dos trabalhadores da Previdência Social. Com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), são uniformizados os benefícios de saúde e a aposentadoria dos trabalhadores e ocorre um processo de reorientação institucional do setor saúde, gerando uma crescente centralização e concentração do poder estatal, em que o foco deixa de ser a coletividade, conforme Cunha & Cunha citado por Silva e Rocha, (2004, p.15). [...] a ênfase é dada à atenção individual, assistencialista e especializada em detrimento das medidas de saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo [...].

A conjuntura do “milagre brasileiro” propunha orientações para que a política de saúde fortalecesse a consolidação da rede privada, através de convênios entre o setor privado e o INPS, configurando uma visão de saúde como um bem de consumo, mercantilizada e sobre a ótica da medicina curativa. Para Luz (1991, p.82):

[...] No período de 1968 a 1975, generalizou-se a demanda social por consultas médicas como resposta às graves condições de saúde; o elogio da medicina como sinônimo de cura e de restabelecimento da saúde individual e coletiva; a construção ou reforma de inúmeras clínicas e hospitais privados, com financiamento da Previdência Social; a multiplicação de faculdades particulares de medicina por todo o país; a organização e a complementação da política de convênios entre o INPS e os hospitais, clínicas e empresas de prestação de serviços médicos, em detrimento dos recursos - já parcos - tradicionalmente destinados aos serviços públicos. Tais foram às orientações principais da política sanitária da conjuntura do 'milagre brasileiro' [...].

---

<sup>8</sup>“Milagre econômico brasileiro” foi caracterizado pelos defensores da Ditadura Militar, como um período de crescimento econômico. Entretanto, o país teve como consequência o aumento da inflação, concentração de renda, da desigualdade e da exploração da mão de obra.

Na década de 1970, apesar do cenário de crise econômica mundial e de crise do “milagre econômico” brasileiro, já se gestava um movimento pela redemocratização do país. De acordo com Bravo (2011, p.63):

[...] A crise do ‘milagre econômico’ brasileiro, que se evidenciou, a partir de 1974, e seus efeitos sobre a população brasileira permitiam o reaparecimento, no cenário político, de forças sociais que lutavam para recuperar o espaço vedado, com o golpe de 1964, cabendo destacar o sindicalismo operário, aliado às categorias profissionais dos estratos médios; os trabalhadores rurais; uma parcela da Igreja, que se posicionou em favor das classes trabalhadoras, e entidades da sociedade civil, como a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), a Associação Brasileira de Imprensa (ABI), a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), bem como os movimentos sociais urbanos. Dentre as principais questões identificadas no período, ressalta-se, o aprofundamento da dívida externa, a elevação da taxa inflacionária, a recessão econômica, que tornou aguda a situação do desemprego e ampliou o processo de pauperização das classes trabalhadoras, com o crescimento da mortalidade infantil e da morbimortalidade por doenças infecciosas [...].

O Estado passa a priorizar a previdência e cria por intermédio da Lei nº 6.036, de 1º de maio de 1974, o Ministério da Previdência Social (MPAS), que mesmo sendo criado com a finalidade de responder às necessidades sociais da classe trabalhadora, continuou a reproduzir os interesses burgueses defendidos pelo Estado.

O Ministério da Previdência Social (MPAS) era formado pela junção de duas fundações: a Legião Brasileira de Assistência (LBA) e a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (Funabem), que continuaram a reproduzir a dicotomia entre saúde coletiva e assistência médica. Vale frisar que no fim de 1974, surge o Fundo de Apoio Social ao Desenvolvimento (FAS), o qual daria o suporte financeiro aos programas sociais, mas se destinou ao financiamento de leitos hospitalares do setor privado, conforme Bravo (2011, p. 72): “[...] Até 1977, os recursos do FAS estavam comprometidos com a área de saúde e previdência, sendo que 20,5% se destinavam ao setor público e 79,5% ao setor privado [...]”.

Novas reformas foram implementadas e o Ministério de Previdência Social (MPS), passou a definir um novo desenho para o sistema previdenciário brasileiro, através da criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), que integra duas autarquias: o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps) (Lei nº 6.439 de 1 de setembro de 1977)—, que ficaria responsável pela assistência médica e o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (Iapas), que caberia toda a atividade financeira do Sinpas, agregando ainda o Inps responsável pelas concessões de benefícios da Previdência Social, a LBA, a Funabem, a Empresa de Processamento de Dados da Previdência (Dataprev), a Fundação Abrigo Casa Redentor (FACR) e a Central de Medicamento (Ceme).

Dez anos após a instauração da Ditadura Militar no país, as reformas realizadas através da Política Nacional de Saúde, entre 1974 a 1979, não contaram com a participação da classe trabalhadora— que passou a afrontar a hegemonia, a partir de reivindicações e mobilizações sociais questionadoras do sistema de saúde, que ainda reproduzia a dicotomia nas ações de saúde, a predominância do setor privado no atendimento hospitalar e os casos de corrupção. Nesse período, a política social, passou a ser considerada uma “distensão política”<sup>9</sup> que teve como principal objetivo promover maior efetividade no enfrentamento da questão social, através da canalização das reivindicações e pressões presentes na realidade social. Para Bravo (2002, p. 108):

[...] A política nacional de saúde, nesse momento, enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre o setor estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter à ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado. O Ministério da Saúde, entretanto, retomou as medidas de saúde pública, que embora de forma limitada aumentaram as contradições no Sistema Nacional de Saúde [...] (Bravo, 2002, p. 108).

Nos anos de 1980, o país passa por um processo de redemocratização política que possibilita um momento propício para a reestruturação dos movimentos da sociedade civil organizada. Nessa época a política de saúde, passa a contar com a participação da sociedade nas discussões em torno das condições de vida, das propostas do governo e da realidade social da população brasileira. A saúde passa a ser considerada em sua dimensão política, tornando-se assim, estreitamente articulada à democracia e à cidadania.

Profissionais de saúde e suas entidades representativas se aliam aos intelectuais e às lideranças políticas da oposição para instituir um novo movimento social: o Movimento Sanitário, também denominado de Movimento de Reforma Sanitária, que teve inspiração no modelo italiano e almejava um projeto de saúde pública pautado nos princípios da universalidade, da equidade, da integralidade, da descentralização e da participação social. Para Paim (2008, p.173), seria viável definir a Reforma Sanitária a partir de 03 elementos constitutivos:

[...] a) democratização da saúde, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema de Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão; b) democratização do Estado e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo,

---

<sup>9</sup>Segundo a bibliografia consultada, distensão política é uma estratégia de sobrevivência do autoritarismo burocrático, tal regime em determinadas situações necessita fazer concessões e negociações nos períodos de transição (BRAVO, 2000, p. 108).

assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social, bem como fomentando a ética e a transparência dos governos; c) democratização da sociedade alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza e do saber, seja na adoção de uma “totalidade de mudanças”, em torno de um conjunto de políticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral. [...].

Tal movimento configurava forte oposição ao Regime Ditatorial imposto pelos militares e tinha como objetivo precípuo viabilizar discussões voltadas à melhoria da saúde pública, ao fortalecimento do setor público, à ampliação do debate acerca da saúde e democracia e, principalmente, à elaboração de contrapropostas. Enquanto o movimento de Reforma Sanitária denunciava o desgaste de um modelo de saúde pública restrito à assistência médica, o governo permanecia reduzindo o direito à saúde aos trabalhadores afiliados à Previdência Social e devidamente inscritos no mercado formal de trabalho.

Neste mesmo cenário a mobilização do movimento sanitário, atrelada à decisiva participação da sociedade civil organizada, prioriza como principais propostas a serem discutidos os temas voltados à universalização do acesso à saúde; a saúde como um direito social e dever do Estado; uma nova concepção de saúde individual e coletiva; a criação de um sistema unificado de saúde; a descentralização das decisões para as esferas estaduais e municipais; e o financiamento e a democratização do poder local através dos conselhos de saúde, dentre outros.

Fruto da constante mobilização do movimento sanitário e da participação social, a política de saúde é impulsionada a realizar as Pré-conferências e as Conferências Estaduais e Nacional de Saúde. Considerada um marco histórico e decisivo para a política de saúde, a VIII Conferência Nacional de Saúde, foi realizada em março de 1986, em Brasília e contou com aproximadamente 4.500 participantes, dentre os quais 1.000 delegados, introduzindo no cenário nacional, rica e calorosa discussão sobre saúde pública estatal, gratuita e de qualidade.

Como saldo desta Conferência, podemos citar a redefinição e ampliação do conceito de saúde que serviu de base à Assembléia Nacional Constituinte de 1988 elaborar a proposta de um Sistema Único de Saúde e a sugestão de uma Reforma Sanitária. Durante esta Conferência, governo, trabalhadores e usuários da saúde puderam pela primeira vez opinar, discutir e decidir de forma equitativa e igualitária os rumos da saúde pública brasileira, que passou a ter uma concepção ampliada que superasse a medicina curativa e englobasse o direito à vida em seus aspectos social, econômico, político e cultural.

Em 15 de novembro 1986 foi eleito um novo Congresso Nacional através de uma emenda à Constituição do Regime Militar, que convocou uma Assembléia Nacional

Constituinte, para que fosse elaborada uma nova Constituição para o país. Cabe destacar que diversos sujeitos sociais tiveram um papel profícuo na sistematização das propostas das comissões para a Constituinte, como o movimento sindical, a Igreja, o movimento feminista e os setores profissionais que levaram suas aspirações ao patamar político, de forma que a participação social referendou o momento histórico de redemocratização que o país estava vivenciando. Para Bravo (2011, p. 98):

[...] A Constituinte marcou um dos momentos mais significativos do processo de transição, pois se tratava da definição dos princípios políticos que dariam forma à organização do poder do Estado e às relações entre Estado e sociedade civil. O que estava por trás do processo constituinte era a construção da legitimidade institucional-política do país [...] O texto da Constituição, considerado avançado em termos institucionais, exigiu desdobramentos no plano estadual e municipal e sua implicação vai depender das relações de força, como ocorreu na sua elaboração e formulação. [...]

Em 1988 foi promulgada a nova Constituição da República Federativa do Brasil que incorporou e reiterou o conceito de saúde defendido na VIII Conferência Nacional de Saúde, difundindo a saúde como direito universal garantido pelo Estado. O art. 194 do texto constitucional reafirma que a saúde é um dos direitos que compõem a Seguridade Social, retirando assim a saúde do escopo da política contributiva de outrora e incorporando-a aos objetivos e princípios concernentes à seguridade social, como: a universalidade, a equidade, a descentralização administrativa, a participação social, dentre outros.

Um dos artigos mais relevantes para a política de saúde, presente na Constituição Federal de 1988, é nº 196, que preconiza a saúde como direito de todos e dever do Estado. Através do acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde que visem à promoção e proteção da saúde e recuperação das doenças. Reconhece-se que o texto constitucional incorporou grande parte das reivindicações defendidas pelo movimento sanitário, principalmente em elevar a saúde a uma política pública, gratuita e de caráter universalizante. Todavia, a norma constitucional possui algumas lacunas e indefinições principalmente quanto ao financiamento e à fiscalização do SUS.

No que se refere à regulamentação, à fiscalização e ao controle do poder público nas ações e serviços de saúde, o artigo nº197 da Constituição Federal reitera que a execução dos referidos serviços e ações de saúde pode ser diretamente realizada pelo poder público ou por terceiros - seja pessoa física ou pessoa jurídica de direito privado. Contudo, mister se faz salientar que, no artigo 199, a livre iniciativa privada aparece em caráter complementar do Sistema Único de Saúde.

Na tentativa de sanar as lacunas e indefinições concernentes ao financiamento e à fiscalização do SUS, em 19 de setembro de 1990, é promulgada a Lei n.º 8.080 que regulamenta o Sistema Único de Saúde. A referida Lei dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação de saúde e a organização e funcionamento dos serviços, bem como preconiza princípios doutrinários constantes no SUS, como a universalidade, a equidade, a integralidade dos serviços—, além de definir princípios organizacionais que deverão ser incorporados, tais como: regionalização, hierarquização, descentralização, resolubilidade, participação social, dentre outros.

Em 28 de dezembro de 1990, promulga-se a Lei nº 8.142, composta por 07 artigos que versam sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Esta Lei passa a complementar a Lei nº 8.080 e ambas as leis passam a integrar a Lei Orgânica da Saúde (LOS).

Posteriormente, surgem mais dois dispositivos legais, que objetivam implementar melhorias para o SUS: As Normas Operacionais Básicas de Saúde –NOB (NOB de 1991, NOB de 1993 e a NOB de 1996) e a Norma Operacional de Ações de Saúde (Noas), criada em 2002.

A política de saúde possui uma legislação coerente com a maioria das propostas advindas do movimento sanitário, o SUS é um Sistema elogiado mundo afora e possui arcabouço jurídico bastante amplo para regulamentar a política social da saúde. Entretanto, nos seus 34 anos de existência também é evidente o descompasso entre o que está preconizado no ordenamento jurídico e a realidade social brasileira.

Os princípios e as diretrizes contidos no SUS são diuturnamente afrontados pelos interesses lucrativos do setor privado com apoio do Estado neoliberal que imprime uma lógica de mercantilização da saúde, através da tônica de terceirizações, focalizações e privatizações, em que a iniciativa privada tem se favorecido em detrimento da saúde pública. Isso ocorre mediante o repasse do fundo público para o setor privado, precarização dos contratos de trabalhos, ausência de concursos públicos, dentre outros aspectos que compõem um contexto cruel e perverso para o Sistema Único de Saúde.

Ante o exposto, necessário se faz analisar as determinações impressas na realidade social brasileira que, com as contrarreformas neoliberais agudizaram e complexificaram as contradições sociais existentes, dificultando ainda mais a garantia da plena execução dos direitos sociais garantidos constitucionalmente.

As contrarreformas neoliberais imprimem na conjuntura brasileira dois projetos antagônicos que disputam a política de saúde. Para Correia (2022, p. 76): “[...] Essas disputas

expressaram a correlação de forças entre as classes para impor seus interesses. Dois projetos estavam em disputa, como aponta Bravo (2006): o projeto da reforma sanitária e o projeto de saúde articulada ao mercado ou privatista [...]”.

Assim, o primeiro projeto é o SUS moldado pela Reforma Sanitária, de caráter universal, estatal, gratuito e o segundo é o projeto privatista de interesse do capital, que afronta e dificulta a plena execução da universalidade do SUS, que tem na judicialização da saúde mais um mecanismo de captação do fundo público, conforme veremos a diante.

### **2.3 Contrarreformas neoliberais e as contradições que restringem o acesso ao direito universal à saúde**

O projeto neoliberal imprime novas nuances para o contexto mundial e se fundamenta a partir da lógica do Estado máximo para o capital e mínimo para o trabalho. Os organismos financeiros internacionais, comprometidos com a defesa absoluta da liberdade do mercado, passam a definir a pauta neoliberal, que prioriza a intervenção estatal para atender os ditames do capital e reduz o custeio e aplicação de recursos destinados às políticas públicas, limitando a intervenção do Estado para responder as demandas da classe trabalhadora.

No Brasil a ascensão do projeto neoliberal ocorreu na década de 1990 e a redução da intervenção estatal nas políticas públicas, redefiniu a questão social, gerando profundos impactos e conflitos sociais, políticos e econômicos à realidade social brasileira. O período que foi caracterizado por ajustes fiscais, diminuição drástica dos orçamentos públicos, aumento do subemprego e do desemprego, arrochos e aviltamentos salariais, a despolitização da classe trabalhadora, dentre outros.

O Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BM) passam a fazer recomendações aos países de capitalismo periférico, em especial o Brasil que, diante de tais imposições, fragiliza ainda mais o sistema de proteção social, promovendo um processo excludente quando implanta o caráter de focalização, de descentralização e de privatização nas políticas sociais.

[...] A reforma do Estado Brasileiro, que vem sendo desencadeada desde meados da década de 90, tem sido pautada por estas exigências provocando mudanças no rumo das políticas sociais através da implementação da focalização, da privatização e da descentralização. Focalização dos serviços sociais públicos aos bolsões de pobreza; privatização, com o repasse de recursos públicos para a rede privada geri-los, através de delegações e ou parcerias com ‘organizações sociais’ deixando ao livre mercado o acesso destes serviços coletivos [...] (Correia, 2008).

No Brasil, na década de 1990, o governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), em consonância com as orientações dos organismos internacionais, propõe uma reformatação do Estado para adaptá-lo ao projeto neoliberal e implanta as contrarreformas, que significaram a desestruturação do Estado através do afronte aos direitos socialmente conquistados pela classe trabalhadora e tutelados pelo arcabouço jurídico brasileiro. Para Behring e Boschetti (2007, p. 152): “Houve, portanto, uma abrangente ‘contra-reforma’ do Estado no país, cujo sentido foi definido por fatores estruturais e conjunturais externos e internos, e pela disposição política de coalizão de centro-direita protagonizada por Fernando Henrique Cardoso”

Os organismos internacionais recomendaram reformas no Estado com vistas a racionalizar o gasto na área social e ao fortalecimento do setor privado na oferta de bens e serviços. O Estado fica cada vez mais a serviço do capital e atuando minimamente na questão social. Correia (2007, p.05) cita Emir Sader, que chama esse Estado de mini-max:

[...] Estado mini-max, ou seja, máximo para o capital através de subsídios, créditos, perdão de dívidas, investimentos e obras de infraestrutura dirigidos a apoiar a acumulação privada, e políticas econômicas e financeiras com conotação de classe evidente mínimo para o trabalho, através do corte de gastos sociais, da precarização das políticas públicas, do congelamento dos salários do funcionalismo público, entre outras medidas. [...].

O BM pressionava os Estados nacionais a adotarem as contrarreformas neoliberais, mediante renovação de empréstimos, da sugestão de regras para fortalecer o mercado e principalmente através das políticas de austeridade financeira que visam privatizar as políticas públicas. E como a saúde sempre foi uma área de grande interesse do capital, por ser um mercado em ampla ascensão e favorável ao processo de acumulação capitalista, configura-se um projeto de lógica mercantil da saúde, um projeto de cunho privatista.

De lado oposto ao projeto hegemônico do capital, temos o projeto de um Sistema Único de Saúde de caráter público e estatal, custeado exclusivamente pelo fundo público e pautado pelos ideais e princípios do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira. Oportuno destacar que em 1986 o Movimento de Reforma Sanitária teve seu ápice na 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando mais de 4 mil participantes legitimaram as propostas em torno da estatização progressiva da saúde, através da criação do Sistema Único de Saúde.

O resultado da referida conferência, foi a construção de um arcabouço legal que amparava a saúde brasileira através de um sistema público, pautado sob princípios da universalização, da equidade, da descentralização e da participação social. Correia (2022,

p.75) evidencia a defesa de dois pontos de extrema relevância, propostos pelo Movimento de Reforma Sanitária e que seguem sendo negligenciados:

[...] defendeu-se a exclusividade da alocação do Fundo Público no Setor Público Estatal. Outro ponto crucial foi a defesa de que o setor privado deveria ser subordinado ao Estado e sujeito à expropriação dos estabelecimentos, nos casos de desobediência às normas definidas pelo setor público [...].

Existem diferenças significativas e que dever ser evidenciadas, entre o modelo de saúde sugerido pela Reforma Sanitária e a proposta de saúde preconizada pelo arcabouço jurídico brasileiro. A Constituição Federal de 1988 em seu artigo nº 197 estabelece a participação livre da iniciativa privada na execução de serviços do SUS através de terceiros, sejam eles pessoa física ou pessoa jurídica de direito privado.

A política nacional de saúde no seu fundamento já estabelece a ligação entre as determinações dos Organismos Financeiros Internacionais, bem como exprime a intenção e a permissão para mercantilizar a saúde, através da lógica capitalista de promover a privatização do SUS, o que se intensifica a partir das contrarreformas neoliberais, em que “[...] destaca-se o avanço dos interesses privados sobre o SUS, desencadeando movimentos para a privatização progressiva [...]” (Correia, 2022, p.76)

Assim, o SUS, como vimos anteriormente, apesar de ser pautado pelo Movimento da Reforma Sanitária, não corresponde integralmente ao modelo de saúde exclusivamente estatal, uma vez que a CF de 1988, permite e assegura legalmente a participação livre da iniciativa privada no SUS e essa brecha jurídica permite que o capital apresente, com a anuência da lei, um outro projeto à política de saúde, totalmente vinculado à lógica da acumulação capitalista e que vem ao longo do tempo captando o fundo público e se tornando hegemônico.

Importante frisar, que em 13/07/2007, o Projeto de Lei Complementar nº 92/2007 vem regulamentar o inciso XIX do art. 37 da Constituição Federal, que visa definir as áreas de atuação das Fundações Estatais com personalidade jurídica de direito privado. Seu objetivo era propor um modelo inovador às políticas de educação, assistência social, saúde, ciência e tecnologia, meio ambiente, cultura, desporto, comunicação social, dentre outras. Tal projeto de lei consolida a contrarreforma do Estado brasileiro e possibilita a captação do fundo público por empresas privadas, comprometidas com a comercialização da saúde pública.

No ano de 2009, o Ministério da Saúde lança o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS), voltado às instituições de saúde

privada (Albert Einstein, Sírio Libanês, Hospital do Coração, Moinhos de Vento, Samaritano) para desenvolverem projetos de intervenção no SUS. Esses hospitais coordenaram 107 projetos de desenvolvimento institucional do SUS, no triênio 2012-2014 e neste empreendimento foram investidos aproximadamente R\$ 976 milhões, do fundo público, que poderiam ser investidos no fortalecimento da atenção primária, na prestação de serviços de média e alta complexidade, na assistência farmacêutica, dentre outras ações que poderiam ampliar a cobertura da saúde da população brasileira.

Correia (2017, p. 07-08) chama atenção para o aumento do setor privado/filantrópico no SUS, que tem caráter complementar na política de saúde. Durante os anos de 2008 a 2014 o setor privado alocou 57% dos recursos do SUS para procedimentos hospitalares e para o setor público essa média ficou em torno de 43%. Os incentivos pagos pelo SUS aos filantrópicos, em 2011, foram de R\$ 340 milhões e, em 2012, subiram para R\$ 968 milhões. Somente no ano de 2013, para os serviços de diálise, o fundo nacional de saúde destinou 94,27% dos recursos públicos a rede privada, enquanto a rede pública recebeu 5,74% do fundo público. Em 2014 o total de recursos públicos destinados à produção ambulatorial alocados pelo setor privado corresponde a 51%, enquanto o setor público alocou do orçamento do fundo de saúde o correspondente a 49%. Ante o exposto, a autora considera que a complementaridade dos filantrópicos ao SUS é uma complementaridade invertida.

Por complementaridade invertida (Correia, 2012) designa a expansão do setor privado e filantrópico que presta serviços ao SUS e que deveria ter caráter complementar conforme o artigo nº199 da CF de 1988, através de convênios e/ou contratos. Assim, de acordo com a legislação, a rede privada teria a finalidade de complementar os serviços de saúde, quando a rede pública for insuficiente. Contudo, a autora em tela, reitera que existe uma inversão e atualmente a rede pública passa a ser complementar ao setor privado.

Ainda a respeito da participação complementar da iniciativa privada a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, em seu artigo 24, estabelece que apenas “[...] quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada [...].Ocorre, que conforme assinalado no parágrafo acima a tendência dos gestores de saúde, nos três entes federativos, é inverter o papel e competência do SUS

com as empresas que prestam serviços a ele. Correia, Santos e Alves (2022, p. 77)<sup>10</sup> apontam que:

[...] a contratualização crescente de serviços da rede privada pelo SUS caracteriza a inversão da complementaridade assegurada na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde 8.080/1990, em que as instituições privadas se estabeleceram como complementares ao SUS, quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área (Artigo nº 199, CF/1988). Em vez de o sistema privado ser complementar ao público, tem ocorrido o inverso em relação aos procedimentos hospitalares, devido ao grande número de serviços da rede privada contratualizados pelo SUS, caracterizando a complementaridade invertida [...].

O respaldo legal dado ao caráter complementar da iniciativa privada, através da complementaridade invertida, permite que o Estado passe a favorecer e ampliar a captura do fundo público pelo setor privado, por intermédio da contratualização de serviços de média e alta complexidade, que no Brasil, tem tais serviços ofertados majoritariamente pela iniciativa privada, por intermédio de contratos em que o SUS paga às grandes empresas privadas do ramo médico-hospitalar, conforme será abordado no capítulo posterior.

O fortalecimento do setor privado na política de saúde, também ocorre nos governos de esquerda, no segundo mandato do Governo Dilma Rousseff (2011 a 2015), para a saúde, permanecia o mesmo mecanismo de financiamento do SUS e o subfinanciamento persistiu como um problema crônico. Conforme Reis e Paim assinalam (2018, p.106 e 107), ficaram evidentes:

[...] diversos ataques ao SUS, sobretudo partindo do Congresso Nacional, entre eles: 1) a abertura do setor saúde ao capital estrangeiro; 2) o orçamento impositivo (PEC 358/2013); 3) a PEC 451/2014 propondo planos de saúde privados para todos os trabalhadores, exceto os empregados domésticos; 4) a tentativa de anistia para as multas das operadoras de planos de saúde, por meio da Medida Provisória – MP nº 627; 5) o rebaixamento do financiamento da seguridade social; 6) os cortes no Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB) resultando no fechamento de farmácias da modalidade rede própria; 7) a proposta de perdão de R\$ 2 bilhões para empresas de planos de saúde, entre outros. [...].

Em abril de 2016 em plena discussão sobre um possível impeachment da presidenta Dilma, o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), através do vice presidente Michael Temer, lança o documento “A travessia social”, propondo severos ajustes fiscais no campo social que deveriam contemplar: crescimento econômico, redução da inflação e a volta do equilíbrio fiscal. O referido documento enfatiza ainda a parceria entre o público e o privado. O professor Daniel Pereira Andrade, da FGV/SP (In Correia, 2018, p. 09)

---

<sup>10</sup>Disponível em: <file:///C:/Users/Dell/Downloads/5358-Texto%20do%20artigo-17610-1-10-20210623-1.pdf>. Acesso em: 4 abril. 2024.

afirma que [...] a travessia proposta pelo projeto de Michael Temer é uma travessia para fora do social, uma travessia neoliberal [...].

Em 12 de maio de 2016, o Senado Federal aprovou a abertura de processo de *impeachment* de Dilma, que foi acusada de pedaladas fiscais e Temer assume interinamente a Presidência do país. O golpe concretizado em agosto de 2016, resultante da insatisfação da elite do país, que defendia o projeto social antidemocrático, conservador e ultraneoliberal, proposto pela oligarquia política através dos representantes da ultradireita brasileira. Tal projeto tinha como pauta principal, as reformas para ajustes fiscais e redução dos direitos sociais e trabalhistas.

Cabe ressaltar que à política de saúde, no Governo Temer adotou três severas medidas a saber: o congelamento do gasto público; o avanço da privatização na Política Nacional de Saúde Mental, através da inclusão das comunidades terapêuticas<sup>11</sup>; e a criação de planos de saúde com coberturas limitadas. As consequências do alinhamento entre o Governo Federal e as propostas do Banco Mundial, representam um retrocesso nas conquistas alcançadas pelo SUS, e reafirmam a lógica da mercantilização da saúde pública, através do apoio do Ministério da Saúde às empresas privadas que fazem saúde suplementar e do incentivo das parcerias público-privadas. Para Andreazzi, Sancho e Schutz (2021, p. 418):

[...] Documentos que orientaram o governo Temer (Fundação Ulysses Guimarães, 2015) apresentaram a intenção de pôr um fim às vinculações orçamentárias constitucionais então estabelecidas, como era o caso da saúde e da educação. A EC 95/2016 pode ser considerada um dos principais instrumentos que oportunizaram essa perspectiva, com potencial significativo de inviabilizar financeiramente o SUS, pois constitucionalizou a impossibilidade de o sistema ser ampliado, quantitativa e qualitativamente, por 20 anos, mesmo que independa do fato de haver, no período, vigoroso crescimento da economia. [...].

O governo golpista de Temer instituiu um novo regime de austeridade fiscal e em 15 de dezembro de 2016 criou a Emenda Constitucional nº 95, apelidada de “PEC da Morte” que congela por 20 anos os gastos públicos destinados aos direitos fundamentais, assegurados pelo ordenamento jurídico brasileiro, como saúde, educação, assistência social—, provocando assim a agudização dos problemas sociais no país. Conforme Fontes (2020, p.12):

---

<sup>11</sup>As Comunidades Terapêuticas em Alagoas são formadas por entidades da rede privada, com vinculação a grupos religiosos da Igreja Evangélica, que são severamente criticados por imprimirem condutas religiosas em primazia ao que preconiza a Política Nacional de Saúde Mental. Desta forma o SUS municipal e estadual tem investido recursos financeiros para entidades privadas de caráter religioso, que seguem em direcionamento completamente oposto ao que orienta o Ministério da Saúde. Infelizmente esta realidade não exclusiva ao Estado de Alagoas e em grande parte do país estas comunidades terapêuticas se mantêm com princípios totalmente contrários aos da luta antimanicomial.

[...] Os desdobramentos do ordoliberalismo, do neoliberalismo, do ultraliberalismo e, agora, do ultraneoliberalismo desvelam sua face mais óbvia – trata-se unicamente de defender a propriedade do capital, e sua pressa feroz em extrair mais-valor, pisoteando sobre as massas trabalhadoras. [...].

A partir de 2019, o Governo Federal declara amplo e irrestrito pacto com o grande capital. O Governo de Bolsonaro instaura a derrocada dos direitos socialmente conquistados no Brasil, implantando um cenário cruel e sombrio, promovendo cortes de verbas públicas nas políticas sociais. A política ultraneoliberal desse governo aprova a reforma da previdência, que intensifica a precarização das condições de vida dos trabalhadores brasileiros.

O governo do ex-presidente representou o que há de pior da extrema direita brasileira. Bolsonaro e sua postura fascista, neoconservadora e ultraneoliberal configuram o retorno da era medieval no Brasil, negando a ciência e atacando as universidades; cria-se uma polarização do ódio; ataca-se a cultura; promove-se a reforma da previdência retirando direitos assegurados há décadas; acirra-se o preconceito contra o negro; estimula-se a homofobia, a misoginia e a xenofobia; facilita-se aquisição de armas; desmoraliza-se o Supremo Tribunal Federal (STF); espalha-se *fake news* como verdades absolutas; reduz-se drasticamente o investimento nas políticas públicas, dentre outras práticas abomináveis que possuem eco nesta sociedade onde a barbárie humana parece não ter fim.

Durante a pandemia de Covid-19 o governo neofascista e ultraneoliberal de Bolsonaro chegou ao seu apogeu, promovendo o desrespeito a todas as normas de proteção, atrasos na compra da vacina, demissão de ministros da saúde, ausência de um plano nacional de vacinação, enfim promoveu o desespero e com requintes de crueldade, propalou aos quatro cantos do país que a economia não poderia parar e que o coronavírus não “era aquela fantasia que grande mídia divulgava”<sup>12</sup>.

Feitas essas considerações, percebemos que desde o seu nascedouro, o SUS sofreu ameaças quanto aos seus princípios, objetivos e garantias, principalmente no que concerne ao seu financiamento, também podemos compreender que a influência e o interesse dos organismos internacionais na saúde pública deságuam na captação do fundo público e na

---

12 Sobre essa e outras declarações feita pelo ex-presidente Bolsonaro, verificar no site da Folha de São Paulo: Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2021/03/relembre-o-que-bolsanaro-já-disse-sobre-a-pandemia-de-gripezinha-e-pais-de-maricas-a-frescura-e-mimimi.shtml>. Acesso em: 17 jan. 2024.

mercantilização da saúde, uma vez que imprimem a lógica da acumulação capitalista, que executa o projeto neoliberal através de contrarreformas.

As políticas sociais incorporam cada vez mais a lógica mercantilista e o avanço do processo de privatização e terceirização se instauram sob a ótica de uma modernização do setor público. Viabiliza-se o sucateamento dos bens e serviços públicos para que a privatização das políticas públicas seja apontada como a única opção para melhorar a gestão da coisa pública.

Os ataques à política de saúde pública com vistas a sua privatização, têm tido guarida em diversos governos brasileiros, independente de direcionamentos político-ideológicos. Sendo tal política um nicho bastante lucrativo para o mercado financeiro, a saúde pública brasileira, passa a ser vista também como mecanismo de lucro e a tendência à sua mercantilização viabilizará o processo de acumulação, que é o objetivo precípua do regime capitalista. O setor privado da saúde ganhou destaque no mercado financeiro, liderando o *ranking* de fusões e aquisições, além de ter reunido as maiores operações de compra de empresas no Brasil— somente do início de 2021 até março de 2022, foram cerca de 150 transações realizadas, uma movimentação que totalizou mais de R\$ 20 bilhões, segundo o Portal Saúde Business.<sup>13</sup>

Ainda sobre as contradições que envolvem a política pública da saúde, podemos citar o processo de judicialização na saúde, que será abordado no item a seguir, e que ocorre quando os usuários do SUS recorrem o Poder Judiciário, para obrigar ao Poder Executivo a efetivar a assistência à saúde nos casos específicos de exames, cirurgias (de médio e grande porte), serviços (referência e contra-referência), medicamentos e insumos que não estão elencados na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume).

Diante do paradoxo existente entre o SUS universalizante e a realidade social, que aponta o subfinanciamento e até o desfinanciamento, os usuários do SUS passam a recorrer ao Poder Judiciário, para que seja garantido o acesso aos serviços de saúde que lhe são negados. A este fenômeno de impetrar ações judiciais, visando obter a adequada assistência à saúde, denomina-se judicialização da saúde.

---

<sup>13</sup>Disponível em: <https://www.saudebusiness.com/mercado/setor-de-saude-soma-r-20-bi-em-transacoes-e-e-foco-de-investidores>. Acesso em: 13 jul. 2022.

Tais rumos findam por romper o caráter universalista do SUS, promovendo uma seletividade nas ações e serviços de saúde e, por conseguinte, impondo ao gestor da pasta da saúde, o cumprimento das determinações judiciais, que irão impactar no fundo público municipal de saúde, no planejamento e na execução das ações e serviços prestados à população usuária do SUS municipal, conforme aprofundaremos a análise no item a seguir.

#### **2.4. O direito universal à saúde e as judicializações**

De acordo com Rodrigues (2022, p.22) o conceito de judicialização política no Brasil, usado no meio acadêmico, surge em 1994:

[...] No Brasil, o primeiro emprego da expressão ocorre no estudo de Manoel Gonçalves Ferreira Filho (1994) [...], contudo a ampliação do tema em pesquisa ocorre com a publicação da obra “A judicialização política e das relações sociais no Brasil”, lançada em 1999 e fruto da pesquisa de Luís Werneck Viana, Maria Alice Rezende de Carvalho, Manuel Palácios Cunha Melo e Marcelo Burgos [...].

Rodrigues afirma ainda, que na pós graduação o tema não era muito estudado no campo jurídico e que se utilizava o conceito de judicialização como sinônimo de judicialização da política. A primeira dissertação foi elaborada em 1997, por Ariosto Roberto Paz Teixeira; Já a primeira tese de doutorado foi defendida em 2000, por Rogério Bastos Arantes; vale frisar que, tanto a dissertação como a tese, vinculam-se a área de Ciências Políticas.

Para Rodrigues (2022), fora do cenário acadêmico, o termo judicialização da política passou a ser usado inicialmente no debate público, como sinônimo de interferência da justiça nos atos e decisões do legislativo e sob a ótica judicial como sinônimo de ativismo judiciário, em que o juiz julgaria não somente à luz do texto constitucional, mas movido pelas opções ideológicas, filosóficas ou metodológicas. O referido autor (2022 p. 27-28) chama atenção para a amplitude semântica que o termo encerra uma vez que seu conceito dependerá da conotação e de quais interesses o movem. Assim:

[...] Os conceitos produzidos para a análise dos fenômenos históricos, sociais e políticos, são usualmente produzidos por atores em debates políticos, em especial nas disputas institucionais de poder. Dada a disputa semântica em torno desses conceitos, os sentidos possíveis de um determinado conceito se encontram atrelados ao contexto em que é mobilizado. [...] Quando determinados autores afirmam que irão judicializar algum processo pode se referir ao sentido de defesa de direitos constitucionais e, portanto, defesa democrática frente às decisões majoritárias que afetam minorias, tomando, portanto, uma conotação positiva[...].

A partir de 1999, o uso do termo judicialização ultrapassa as fronteiras da academia e passa a integrar o cenário político e judiciário. A popularização do termo se dá em decorrência do processo de judicialização da política, que se inicia com a retomada da democracia e a dimensão política dada ao Poder Judiciário a partir da Constituição Federal de 1988. Para Rodrigues (2022, p. 51):

[...] Essa expansão do uso conceitual da judicialização política tem relação direta com a proeminência da política do Poder judiciário, que foi possibilitada pelo retorno à democracia e pela Constituição de 1988. A relevância política do Judiciário ficou mais perceptível nas últimas duas décadas, dada sua grande participação na criação e normatização de políticas públicas [...].

A importância da retomada à democracia, para o processo de judicialização da política também é reconhecida por Viana *et al* (2007, p. 42), que evidenciam que após duas décadas de Regime Militar; essa transição só foi possível “[...] sob o impulso das pressões democráticas e da questão social advinda de uma sociedade civil renovada [...]” Desta forma, o autor reafirma que a CF de 1988:

[...] não só conservou como ampliou consideravelmente a presença da representação funcional, recriando o Ministério Público, a quem incumbiu a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis; consagrou o instituto das Ações Cíveis Públicas e o tema do acesso à Justiça; e, sobretudo admitiu a sociedade civil organizada na comunidade dos intérpretes da Constituição.

Outra reflexão relevante sobre tema, observada por Viana no pós Constituição de 1988, é institucionalização de Ações Diretas de Inconstitucionalidade (Adins), que junto com as Ações Cíveis Públicas (ACP), permitirão que os conflitos e dilemas oriundos do campo político e social, decorrentes da relação entre sociedade civil e Estado, tenham na judicialização política a possibilidade concreta e efetiva de serem tutelados direitos constitucionais que são afrontados e negados pelas três esferas governamentais.

Como vimos anteriormente, para estudar o processo de judicialização da política, necessário se faz que se evidencie que neste fenômeno existem alguns elementos merecedores de destaque: o primeiro deles é que a judicialização é um fenômeno mundial e próprio das sociedades marcadas pela democracia e que possuem um arcabouço jurídico onde os direitos sociais são amplamente assegurados. Para Vianna *et al* (2007, p 40-41):

[...] O *boom* da litigação, desde então, é um fenômeno mundial, convertendo a agenda do acesso à Justiça em política pública de primeira grandeza. Esse movimento, no seu significado e envergadura, encontrará antenas sensíveis nas instituições da democracia política, em particular no sistema da representação... nas democracias contemporâneas, entre representantes e representados, passam a estimular, pela via da legislação, os canais da representação funcional. Por meio de suas iniciativas, a Justiça se torna capilar, avizinhandose da população com a criação de juizados de pequenas causas, mais ágeis e menos burocratizados. A

institucionalização das *class actions* generaliza-se, instalando o juiz, por provocação de agências da sociedade civil, no lugar estratégico das tomadas de decisão em matéria de políticas públicas, e a malha protetora do judiciário amplia-se mais ainda com a legislação dos direitos do consumidor [...].

O segundo elemento a ser reconhecido, é que o cenário em que ela se desenvolve é uma arena marcada pela participação social, na qual, quer os cidadãos individualmente, quer as instituições atuantes na defesa da coletividade, acionam a justiça na pretensão de assegurar o direito à saúde pública. Uma modalidade de participação social que proporcionou aos cidadãos o acesso direto junto às instâncias formuladoras das leis. Para Machado (2010, p.53), na experiência brasileira, é curioso notar que:

[...] A grande ‘abertura’ que compõe o texto da saúde na Constituição de 1988 criou no Brasil um duplo movimento. Se os conceitos jurídicos indeterminados eram insuficientes para garantir a oferta de bens e serviços de saúde para a população brasileira num momento seguinte, essa indeterminação foi usada como artifício para a garantia do direito à saúde. Neste meio tempo é nítida a mudança de Postura do poder judiciário, que deixou de ser uma tímida instituição, para assumir um papel de destaque no setor saúde. [...].

Essa participação social, através da judicialização política finda por atribuir um novo papel ao judiciário, que passa a desempenhar protagonismo no cenário político. membros do judiciário—como ministros, desembargadores, juízes, ministério público, defensores públicos, dentre outros— passam a decidir se as regras são legítimas e se estão eivadas de constitucionalidade. E o judiciário passa a influenciar e determinar a legalidade ou não das políticas públicas.

Esse processo ficou conhecido por judicialização das políticas e de acordo com as demandas sociais, cada vez mais complexas e agudizadas, expressas pelas refrações da questão social decorrente da sociabilidade capitalista, foi necessário que a judicialização passasse a incorporar cada política de forma individualizada, uma vez que as necessidades sociais apresentadas pelos cidadãos brasileiros são oriundas dos mais diversos campos—econômico, social, educacional, ambiental, dentre outros. Assim, temos a judicialização da saúde, da educação, assistência social, da questão agrária, de tantas outras áreas das políticas públicas que são afrontadas e negadas aos brasileiros, ainda que tais direitos sociais tenham abrigo no texto constitucional.

No que se refere à judicialização na área da política de saúde pública, vale frisar que no Brasil o fenômeno da judicialização da saúde pública, surge ao final dos anos de 1990, a partir das ações para requerer os medicamentos de alto custo, para o tratamento do HIV/AIDS, configurando um marco na mudança da atuação do poder judiciário. Em 1997, o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência

Adquirida (DST/Aids), do Ministério da Saúde, passa a estruturar a rede de assistência, a distribuição organizada e gratuita dos medicamentos que poderiam combater a Aids.

A grande demanda pelos medicamentos antirretrovirais, fez aumentar o número de ações judiciais, o que culminou na pressão para que as três instâncias de poderes—Legislativo Executivo e Judiciário— fornecessem tratamento a esta parcela da população através de lei e política específicas. Machado (2010, p.41) assinala que as determinações históricas, a participação social e a luta dos trabalhadores e das trabalhadoras possibilitaram a ampliação da cidadania:

[...] Contraditoriamente à perspectiva de que a interferência do Poder Judiciário provocaria uma retração da cidadania (por diminuir o peso das instâncias eleitas do Estado de Direito, isto é, o Poder Legislativo e o Executivo), no caso aqui destacado, ela possibilitou a ampliação desta (ainda que não pelas vias da democracia representativa tradicional), mediando o acesso aos cidadãos às instâncias legisladoras e executoras das leis (por via de uma democracia, por assim dizer, mais participativa Trata-se, enfim, da ampliação da cidadania através da participação, embora restrita, de grupos organizados da sociedade que passam a desempenhar o papel de agentes provocadores da justiça [...]).

A partir do surgimento de uma lei específica destinada ao fornecimento dos medicamentos antirretrovirais, o que se viu no Brasil não foi o que os estudiosos previam, uma vez que existindo lei que regulasse expressamente a situação, esta deveria ser cumprida e era previsível que se ocorresse uma diminuição do poder discricionário do juiz. Todavia, o que ocorreu, foi o inverso. Para Machado (2010, p.42), a partir do julgamento do Recurso Extraordinário de nº 271.286, realizado no ano de 2000 pelo STF, consolidou-se a tendência de judicializar o direito à saúde no Brasil, ante a complexidade que o tema perpassa. A Constituição Brasileira não tem apenas o condão de prover o direito à saúde como promessa constitucional, ela existe para regular e obrigar o poder público a se comprometer com impostergáveis deveres perante a sociedade. A partir do texto constitucional, o direito à saúde passa a ter normatividade e aplicabilidade imediatas.

O debate em torno da judicialização da política de saúde encerra consensos e dissensos, que merecem destaque e que foram estudados por Nascimento (2019). Na análise do autor, existem três argumentos entre os que defendem a judicialização da saúde. O primeiro deles compreende que os bens, serviços e ações de saúde pública devem ser garantidos a todos os cidadãos e na falta da efetiva cobertura na assistência à saúde, a via judicial pode e deve ser utilizada.

O segundo consenso defendido pelo autor se refere à necessidade de aperfeiçoamento da gestão pública, principalmente no que concerne à assistência farmacêutica e aos exames de

média e alta complexidade, uma vez que estas são as maiores demandas que envolvem a judicialização e se classificam como os grandes gargalos do SUS e não deixando alternativa aos usuários do Sistema, que não a via judicial. Assim, Nascimento (2019, p.68) reitera que:

[...] Esse fato denota a iniquidade do sistema nacional de saúde, pois a assistência farmacêutica não consegue sequer fornecer medicamentos que constam nas listas oficiais do SUS a menos da metade dos usuários do Sistema Único de Saúde, cadastrados na ESF [...].

O terceiro consenso apontado pelo autor em tela, versa sobre o subfinanciamento das ações e dos serviços de saúde, uma vez que os recursos orçamentários destinados ao SUS para prestação da assistência à saúde da população brasileira são insuficientes. A Constituição Federal de 1988 estabeleceu que a saúde faz parte do arcabouço financeiro da Previdência e Assistência Social, financiadas por contribuições sociais que deveriam contemplar as três políticas, entretanto, o que se gerou foi a instabilidade financeira e uma deficiência crônica na gestão da saúde.

Desde sua criação, o SUS sofre com a não fidelização da receita fiscal para o seu financiamento, comprometendo a integralidade de suas ações e serviços e a efetividade da universalização da cobertura da saúde pública. A título de ilustração, Nascimento (2019, p.69) cita países que não possuem um sistema de cobertura universal e nem a garantia da saúde posta constitucionalmente, mas que investem mais no setor saúde de que o Brasil:

[...] Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), sistemas de cobertura universal, como o brasileiro demandam 6,5 % do PIB. Entretanto, a consolidação dos gastos nas três esferas de governo soma apenas 3,7% do PIB, contrastando com os EUA (7,8%), Canadá (7,5 %), México (4,9%), Argentina (4,6%), Chile (4%), e Uruguai (9%) [...].

Para Nascimento (2019, p. 69-70) os estudos com posicionamentos contrários ao processo de judicialização, ocorrem sob a defesa de três argumentos divulgados. O primeiro deles defende que as ações judiciais individuais são usadas por aqueles que detêm melhores condições financeiras e podem constituir advogado para acessar o Poder Judiciário, e, assim promovem não a cidadania, mas o aumento da desigualdade, ferindo o princípio da equidade, privilegiando o direito individual em detrimento do coletivo. Já o segundo argumento, refere-se ao fato de que o uso da via judicial para aquisição de medicamento de uso individual, contraria as políticas públicas e finda por prejudicar a racionalidade coletiva do SUS. A excessiva judicialização fragiliza o Sistema Único de Saúde. E o terceiro argumento contrário afirma que todo direito tem um custo e que o Estado deve se ater às possibilidades orçamentárias da política de saúde.

Ante o exposto, os argumentos mais convincentes e contundentes são os que retratam a irrefutável situação da saúde pública brasileira, uma vez que, desde a sua criação o SUS sofre boicote no seu financiamento, pois não recebe o que está inscrito e preconizado na Constituição Federal para tal. Para Organização Mundial de Saúde (OMS), para contemplar uma política com caráter universalizante, o Brasil deveria ter destinado cerca de 6,5% do Produto Interno Bruto (PIB) à saúde. Entretanto, o que o país destina à saúde não atinge nem 4% do PIB, ainda que sejam somadas as contribuições das três esferas de governo. Somente com estes dois argumentos já se corrobora a defesa da ideia de que há um direito socialmente conquistado e regulado pela Constituição vigente no país e que reivindicá-lo é moralmente aceito, legalmente permitido e eticamente sustentado.

Quanto aos argumentos contrários, somos obrigados a respeitá-los, mas também nos é lícito refutá-los, uma vez que, como veremos no próximo item deste trabalho, que tratará da judicialização da saúde no Brasil, as demandas judiciais individuais não se restringem aos cidadãos e às cidadãs que podem constituir advogado, uma vez que existem processos individuais nos quais os autores são a Defensoria Pública e o Ministério Público.

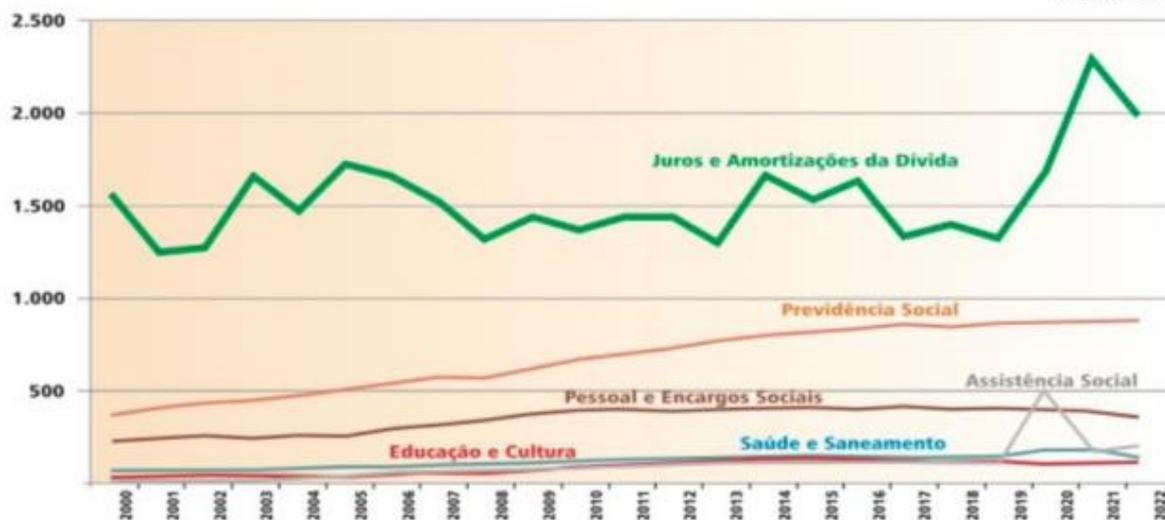
O que fragiliza o SUS não são as ações judiciais, estas evidenciam lacunas existentes na efetivação dos princípios universalizantes do SUS e que a política de saúde, desde sua origem, sofre um processo de subfinanciamento crônico, que deságua no desfinanciamento atual pelo qual passa a saúde pública brasileira. O atual contexto de desfinanciamento em que o SUS se encontra compromete os recursos do Fundo Nacional de Saúde, que ainda é captado pela rede privada e serve para amortecimento da dívida pública, conforme demonstra gráfico abaixo elaborado pela Auditoria Cidadã da Dívida <sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup>Disponível em: <https://auditoriacidada.org.br/gastos-com-a-divida-entre-2000-e-2022-mostram-onde-esta-o-rombo-no-orcamento-federal>. Acesso em: 20 mar 2024.

**GRÁFICO 1 - Governo Federal: gastos selecionados de 2020 a 2022**  
**Valores Atualizados pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IpcA)**

**Em R\$ trilhões de 2023**



Fontes: [https://www1.siof.planejamento.gov.br/QvAJAXZli/pendoc.htm?document=IAS%2FExecucao\\_Orcamentaria.qvw&host=QVS%40pqk04&anonymous=true&sheet=SH06](https://www1.siof.planejamento.gov.br/QvAJAXZli/pendoc.htm?document=IAS%2FExecucao_Orcamentaria.qvw&host=QVS%40pqk04&anonymous=true&sheet=SH06)  
[https://sisweb.tesouro.gov.br/apex/f?p=2501:9:::9-P9\\_ID\\_PUBLICACAO\\_ANEXO:19110](https://sisweb.tesouro.gov.br/apex/f?p=2501:9:::9-P9_ID_PUBLICACAO_ANEXO:19110)  
[https://sisweb.tesouro.gov.br/apex/f?p=2501:9:::9-P9\\_ID\\_PUBLICACAO\\_ANEXO:19106](https://sisweb.tesouro.gov.br/apex/f?p=2501:9:::9-P9_ID_PUBLICACAO_ANEXO:19106)

Nota: A elevação dos gastos com Assistência Social em 2020 correspondeu ao pagamento do auxílio emergencial em decorrência da pandemia de Covid-19.

Diante do que se observa no gráfico 1, é notório o percurso pelo qual passa o subfinanciamento da política de saúde. Portanto, a judicialização não fragiliza o financiamento do SUS, mas compromete à equidade ao acesso aos serviços, ainda que se configure como um mecanismo usado para se acessar uma política que se encontra ineficaz na cobertura à saúde da população.

É a falta de investimento no SUS que causa de seu desmonte progressivo. De acordo com os dados coletados pela Auditoria Cidadã da Dívida, o rombo existente no gasto federal, não se deve, como a ultradireita brasileira propala, ao pagamento do funcionalismo público, tampouco aos gastos com o financiamento das políticas públicas, mas sim com o pagamento dos rentistas que lucram com os juros exorbitantes no sistema da dívida.

No gráfico ilustrado acima, identificamos que, os gastos do Governo Federal com o pagamento e amortização da dívida pública no ano de 2000 são superiores a R\$ 1 trilhão e meio e atingem em 2022, valor superior a R\$ 2 trilhões. Se observarmos o gasto federal com saúde e saneamento, percebemos que este se mantém quase linear e não ultrapassa ao meio bilhão, o que denota as prioridades do Governo Federal ao longo de 22 anos no país, e elas estão muito distantes de ser o investimento em política pública.

Por fim, acreditamos que é de fundamental importância divulgar que no arcabouço jurídico brasileiro e mais precisamente na legislação pertinente ao SUS, nos é garantida a participação social através dos conselhos de saúde, dos conselhos gestores de saúde e das conferências de saúde. Através destes mecanismos democráticos de controle e participação social, saberemos como e para onde, será aplicado parte dos recursos financeiros da saúde. Vale frisar que como afirma Salvador (2012, p.9) os conselhos de saúde não conseguem fiscalizar todas as receitas e execuções orçamentárias do fundo municipal de saúde, uma vez que cerca de 1/4 dos recursos não passam pelos fundos.

[...] Apesar de ainda hoje, prevalecer um montante elevado de recursos que ficam “fora dos fundos” em relação às respectivas políticas, pois ao criar um fundo vinculam-se receitas para a execução de determinados programas de trabalho. Por exemplo, cerca de ¼ dos recursos liquidados nas funções saúde, previdência e assistência social não passam pelos respectivos fundos sociais dessas políticas [...].

A judicialização da saúde no Brasil é um fenômeno contemporâneo, que faz parte do contexto da sociedade regida pelo Estado Democrático de Direito, que, orientado pela Constituição Federal de 1988, confere a expansão do Poder Judiciário, no fortalecimento da defesa da democracia e na concretização dos direitos sociais. A expansão do processo de judicialização da saúde é inegável, como também reconhecemos que tal fenômeno é permeado por inúmeras contradições, dentre as quais os impactos para o fundo público da saúde e,conseqüentemente os rebatimentos para as ações e serviços da saúde— uma vez que, na tentativa de reparar o não cumprimento de um direito constitucionalmente abrigado, o Poder Judiciário, em suas decisões, acaba por interferir na alocação dos recursos do orçamento destinado pelo Poder Legislativo, para que o Poder Executivo cumpra o planejamento das ações de saúde.

Os impasses decorrentes da judicialização da saúde e a complexidade que o tema envolve, principalmente no tocante à fundamentação técnica das decisões judiciais, em relação a medicamentos, insumos e novas tecnologias de saúde, levaram o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) a criar por meio da Resolução nº 238/2016, os Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário – Natijus<sup>15</sup>, que objetivavam montar um banco de dados nacional com pareceres técnico-científicos e notas técnicas para consubstanciar as decisões dos magistrados. Em 2020, todos os 26 estados brasileiros e o Distrito Federal estavam cadastrados no Sistema Natjus.

---

<sup>15</sup>Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/programas-e-aco-es/forum-da-saude-3/nat-jus-nacional>. Acesso : 3 mai 2023

Na página eletrônica do CNJ, consta que o Natjus é uma ferramenta que:

[...] foi agregada ao sistema e-NatJus, que também fica hospedada no sítio eletrônico do Conselho Nacional de Justiça, por meio da qual os magistrados de todo o país poderão contar com o serviço de diversos profissionais de saúde, durante 24 horas, sete dias por semana. Os profissionais de saúde avaliarão as demandas de urgência, conceito este que segue protocolos médicos e, com base nas melhores evidências científicas disponíveis, fornecerão o respaldo técnico necessário para atestar se a demanda é de fato urgente (com base nos protocolos médicos, nos termos ditos acima) e qual a base científica a embasar o pedido. [...]

Na tentativa de minorar os impactos orçamentários da judicialização da saúde, aprimorar o conhecimento dos magistrados e promover mais celeridade no julgamento das ações judiciais que têm como objeto a saúde, o Ministério da Saúde firmou com CNJ um Termo de Cooperação Técnica (nº 21/2016) <sup>16</sup> para proporcionar aos Tribunais de Justiça dos Estados e Tribunais Regionais Federais subsídios científicos para auxiliar na solução das demandas judiciais analisadas pelos magistrados que atuam nos Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário (Natjus).

No ano de 2017, o referido Termo de Cooperação Técnica entre o Conselho Nacional de Saúde (CNS) rendeu como fruto um treinamento para representantes do Natjus, que ocorreu no Centro de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês em São Paulo. A esse respeito, vale frisar a constatação de Brandão (2019, p. 58):

[...] Segundo informação no site do CNJ, ao longo dos próximos três anos, a partir de 2016, o hospital Sírio Libanês investiria, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS, cerca de R\$ 15 milhões, para criar a estrutura da plataforma. A verba destinada ao SUS foi investida em uma plataforma que seria implementada e efetivada por um hospital da rede privada! [...].

Assim, o Ministério da Saúde paga a um hospital da rede privada, para capacitar profissionais do serviço público, por um sistema de informações que será administrado por uma empresa privada, para fazer pareceres e notas técnicas sobre problemas da política de saúde. Mais uma vez, o fundo público está sendo captado e regulado pela rede privada. E como contra partida, o CNJ, veicula em seu portal eletrônico<sup>17</sup> que:

[...] A medida é resultado de uma parceria com o Hospital Sírio-Libanês que irá criar documentos de apoio aos Núcleos de Avaliação Tecnológica do Ministério da Saúde e do Judiciário. O termo também prevê apoio ao Conselho Nacional de Justiça

---

<sup>16</sup>Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2016/novembro/ministerio-lanca-projeto-de-apoio-ao-judiciario-para-as-acoes-em-saude>. Acesso em: 3 abr. 2023.

<sup>17</sup>Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2016/novembro/ministerio-lanca-projeto-de-apoio-ao-judiciario-para-as-acoes-em-saude>. Acesso em: 15 set. 2023.

(CNJ), para a criação de uma base de dados e ferramentas de consulta que permitirão maior eficiência na gestão dessas informações.

Pelo Termo de Cooperação Técnica firmado entre o Ministério da Saúde e o CNJ em agosto deste ano, os tribunais ou Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NAT-JUS) vão ter a disposição o suporte técnico-científico dos Núcleos de Avaliação de Tecnologia em Saúde (NATS) para a produção de notas técnicas que possam aperfeiçoar o julgamento das demandas judiciais.

Além disso, os NATS e NAT-JUS poderão ter acesso às bases de dados para análise de evidências científicas, inclusive a Biblioteca Cochrane (Centro Cochrane do Brasil), instituição sem fins lucrativos, e outros acervos científicos se for o caso. Também ficou pactuado que cabe ao CNJ abrigar e disponibilizar, no seu site, um banco de dados com as notas técnicas e pareceres técnico-científicos consolidados emitidos pelos NAT-JUS, TJ-MG, NATS, Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS (Conitec), podendo ser consultado por magistrados e demais operadores do Direito.

A Brandão (2019) evidencia que, até firmarem o referido Termo de Compromisso, o CNJ e o Ministério da Saúde promoveram vários debates com o objetivo de discutir condições concretas para reduzir os custos aos cofres públicos decorrentes da judicialização de saúde. Entretanto, o que se gasta em três anos de “parceria”—cerca de R\$ 15 milhões- para criar um sistema de informações que contemple um banco de dados e pareceres técnicos visando fundamentar as decisões dos magistrados equivale ao dobro de investimentos que é retirado do fundo público para pagamentos de ações judiciais de medicamentos aos estados e municípios. Conforme salienta Brandão (2019, p.58): “Para o ano de 2016, a expectativa foi que os gastos com determinações judiciais de atendimento à saúde atingissem o montante de R\$ 7 bilhões pagos pela União, estados e municípios. Uma das principais reivindicações era quanto à judicialização por medicamentos.”

Postas essas reflexões, estudar a judicialização da política de saúde no Brasil é necessário, uma vez que, esta realidade se tornou cada vez mais corriqueira e parece, em alguns casos, ser a única maneira que o cidadão brasileiro dispõe para ter acesso a uma adequada assistência à saúde, ante o cenário de desfinanciamento e subfinanciamento que perpassa essa política social.

## **2.5 – Contextualização da judicialização de saúde no Brasil.**

Sendo a saúde um direito universal inquestionável e diante da dificuldade da população usuária ao acesso aos serviços e aos medicamentos, os pedidos de liminares a partir de mandados de segurança, cresceram vertiginosamente no Brasil, vocalizando a vontade popular e obrigando o Estado, a cumprir as mais diversas decisões judiciais. A pesquisa intitulada “Judicialização e Sociedade: ações para acesso à saúde pública de

qualidade”, publicada em 2021, realizada pelo Laboratório de Inovação, Inteligência e Objetivos de Desenvolvimento Sustentável do CNJ<sup>18</sup> (p. 11), aponta que:

[...] Segundo o relatório “Judicialização da Saúde no Brasil: Perfil de demandas, causas e propostas de solução”, elaborado no ano de 2018 pelo CNJ, houve um crescimento acentuado de aproximadamente 130% no número de demandas de primeira instância, relativas ao direito à saúde entre os anos de 2008 e 2017. Esse crescimento, conforme relatório da “Justiça em Números”, publicados no mesmo período, é muito superior aos 50% de crescimento do número total de processos de primeira instância [...]

Para os anos seguintes o CNJ aponta na referida pesquisa, que o número de novas judicializações, entre os anos de 2015 a 2020, aumentou e ultrapassou a 2,5 milhões de processos judiciais. De acordo com os dados apresentados pelo Painel de Estatísticas Processuais de Direito da Saúde do CNJ<sup>19</sup>, ferramenta referente à saúde pública e suplementar no Brasil, ingressaram na justiça brasileira, no ano de 2022, mais de 139 mil ações judiciais. Destas, 89 mil (64,03%) correspondem à saúde pública e 50 mil (35,97%) se voltam a saúde suplementar. Dentre as demandas apresentadas nos processos de judicialização da saúde, podemos citar o fornecimento de medicamentos, tratamento médico-hospitalar e leitos hospitalares. O tempo médio de tramitação processual entre o início da ação e o primeiro julgamento é de 432 dias. Quanto às decisões judiciais, a maioria delas, acima de 95%, refere-se às ações individuais. Vale frisar ainda, que o estudo supracitado também aborda o impacto da pandemia de Covid-19 na judicialização da saúde<sup>20</sup>, constatando que no ano de 2020

[...] Na Justiça Federal, destaca-se o registro de aumento no número de processos em 2020. Os tribunais regionais federais (TRF) têm 265.468 processos na série histórica (2015 a 2020). Em 2015, havia 36.673 casos novos, mas, em 2020, foram 58.744, sendo este o ano com a maior incidência dos cerca de 2,5 milhões de processos relacionados à saúde, grande parte está concentrada na Justiça Estadual (2.250.733) [...].

Essa nova postura social em busca da garantia dos direitos da saúde, configurada como judicialização da saúde, foi impetrada pelos usuários do SUS, seja através de Ações Civis Públicas (ACP), Ações Diretas de Inconstitucionalidade (Adin) e dos Mandados de Segurança com pedidos de Liminares, que fez aumentar a atuação do Poder Judiciário

---

18A pesquisa foi feita por adesão, através da aplicação de questionários e contou com a participação de 32 tribunais pesquisados, destes 30 tribunais enviaram respostas, perfazendo um total de 1059 magistrados e magistradas estaduais entrevistados e 184 federais. Ainda participaram 21 secretarias estaduais de saúde dos 27 estados existentes no país. Tomou-se como amostra os 763 municípios definidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entretanto apenas 228 municípios participaram do estudo, perfazendo cerca de 30 % dos municípios brasileiros.

19Disponível em <https://www.cnj.jus.br/dados-processuais-de-saude-podem-ser-monitorados-em-painel-do-cnj>  
Acesso em: 3 maio 2023.

20Disponível em <https://medicinasa.com.br/judicializacao-saude-cnj-publicacao>. Acesso em: 3 abr 2023.

brasileiro e gerou efeitos que produzem argumentos expressos de forma amplamente contrária à judicialização. Vale frisar que tantos os efeitos quanto os argumentos favoráveis ou contrários à judicialização, correspondem também a um recorte da representatividade de classe social que permeia os principais envolvidos, ou seja— o posicionamento é consonante com os interesses de reduzir, ampliar ou manter direitos que cada indivíduo, grupo ou instituição possuem, conforme veremos a seguir:

**GRÁFICO 2 – Número das principais demandas de judicialização da saúde de 2015 a 2020**



Fonte: reproduzido de Painel de Justiça em Números (CNJ, 2020).

Os dados apresentados no gráfico acima revelam que dentre os assuntos mais citados nas ações impetradas na justiça, o fornecimento de medicamentos é a principal demanda apresentada, seguido de tratamento médico-hospitalar e/ou o fornecimento de medicamento<sup>21</sup>. Assim, fica evidente a fragilidade na saúde pública quanto à distribuição de medicamentos e tratamento médico-hospitalar, o que culmina na solicitação judicial pra se garantir o acesso a tais serviços de saúde.

Desta forma, a pesquisa registra que a assistência farmacêutica e a média e alta complexidade no SUS, não estão atendendo às necessidades da população; assim, urge que sejam feitas análises e adequações pelos municípios e estados para que a cobertura à saúde dos usuários não seja acessível somente quando provocada pelo Poder Judiciário.

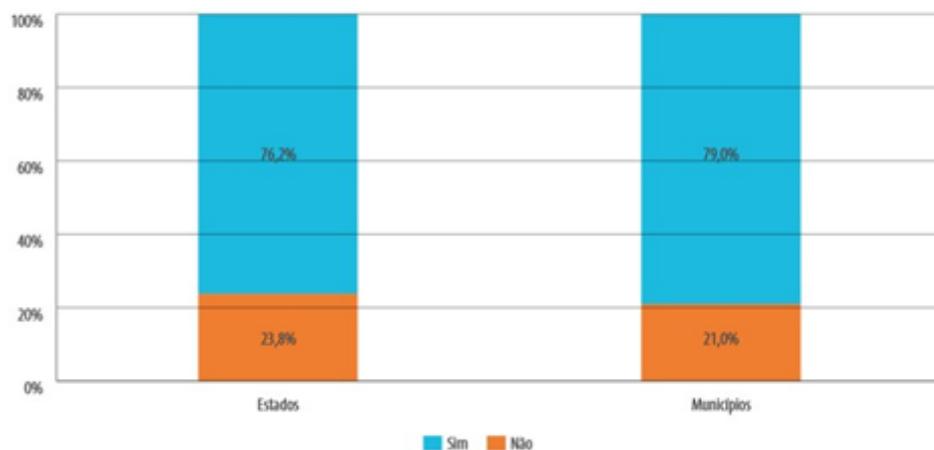
<sup>21</sup>Por tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamento, entenda-se que a solicitação pode ser apenas para tratamento médico-hospitalar como pode ser apenas o fornecimento de medicamento, ou ainda pode representar as duas demandas solicitadas.

Sendo o fornecimento de medicamentos a maior demanda apresentada pela pesquisa, vale frisar que este item engloba tanto os medicamentos da lista da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume), como as medicamentos de alto custo, medicamentos importados e até medicamentos *off label* (que ainda não tem aprovação, regulamentação e autorização para uso pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)).

A Política Nacional de Medicamentos regula o fornecimento e a dispensação de medicamentos, institui a Rename, que por sua vez estabelece a Remume. Há que se saber se os medicamentos solicitados não estão no rol de medicamentos da Rename ou da Remume, uma vez que é reclamação constante e veiculada na mídia brasileira, a falta de medicamentos do elenco da farmácia básica e os usuários do SUS necessitam comprá-los para controlar as doenças crônicas as quais são acometidos.

Existe ainda outra pesquisa do CNJ, denominada “Judicialização e saúde: acesso à saúde pública de qualidade”, publicada em 2021 e elaborada pelo Laboratório de Inovação, Inteligência e Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (Liods), que nos informa, conforme gráfico abaixo, que a maioria dos Estados pesquisados possui relação de medicamentos essenciais (76,2%), com exceção apenas do Amapá, da Bahia, da Paraíba, do Piauí e de Sergipe (23,8%). Vale frisar que o fato de que os Estados e os municípios contarem com uma relação de medicamentos essenciais, não significa que todos os medicamentos estão disposição dos usuários e usuárias dos SUS, uma vez que iremos demonstrar nesse trabalho, que o fornecimento de medicamentos é um das demandas apresentadas nos processos de judicialização.

**GRÁFICO 3 – Percentual de Unidades da Federação que possuem relação de medicamentos essenciais**



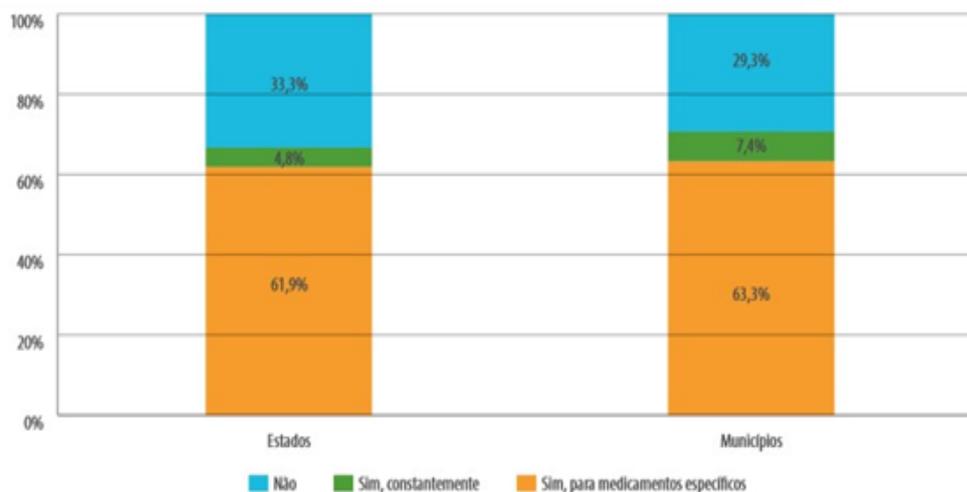
Fonte: Pesquisa Judicialização e Saúde: acesso à Saúde Pública de Qualidade (CNJ, 2021).

Quanto aos municípios, todas as capitais que responderam à pesquisa contam com a Remume (79%), entretanto, a maioria dos municípios do norte e do nordeste do Brasil, principalmente os localizados em Tocantins não possuem Remume (21%). Tomando por base que apenas 30% dos municípios responderam à pesquisa do CNJ, podemos considerar que os dados nos informam que pode existir uma fragilidade no fornecimento de dispensação de medicamentos e que esta fragilidade pode ocasionar a procura pela judicialização por parte dos usuários da política da saúde.

No que se refere ao desabastecimento de medicamentos e insumos, a pesquisa do CNJ, aponta a partir do gráfico abaixo, que dos 27 estados entrevistados, 66,7% apresentam fragilidade com o abastecimento de medicamentos. Vale ressaltar que este valor é decorrente da soma de 61,9%, que se refere a medicamentos específicos, acrescidos de 4,8%, que se referem aos medicamentos constantemente em falta, mas que constam na relação estadual de medicamentos de 76,2 % dos estados brasileiros, como apresentado em gráfico anterior.

Quando nos referimos aos municípios, os números aumentam e indicam que 70,7% destes possuem fragilidades nos sistemas de abastecimento de medicamentos, sendo este total o resultado da soma entre os 63,3% referentes à falta de medicamentos específicos e 7,4% de medicamentos constantemente em falta, ainda que 79% dos referidos municípios tenham relação oficial de medicamentos, como vimos anteriormente.

**GRÁFICO 4 - Percentual de desabastecimento de medicamentos nos estados e municípios brasileiros.**

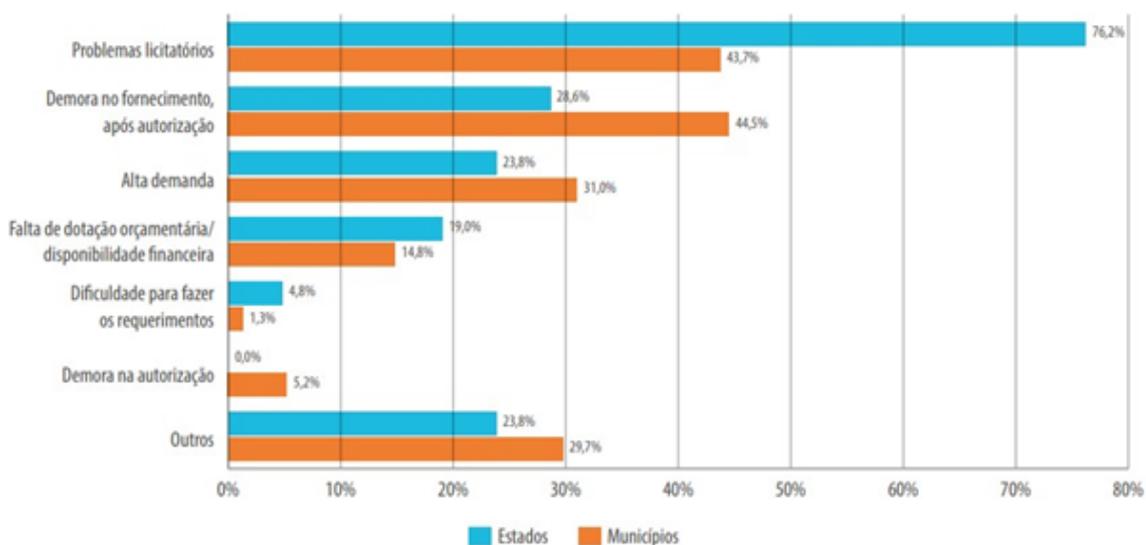


Fonte: Pesquisa Judicialização e Saúde: acesso à Saúde Pública de Qualidade (CNIJ, 2021).

Ao analisar o gráfico 4, fica evidente que há escassez de medicamentos tanto nos estados, quanto nos municípios; no entanto, não se trata de uma regra, existindo estados e municípios que contrariam essa prática. Diante do apresentado, possivelmente existem decisões judiciais que determinem que o estado compre medicamentos e insumos que deveriam ser fornecidos aos usuários do SUS, uma vez que fazem parte da Rename ou da Remume.

Seguindo esse raciocínio, se existem medicamentos que deveriam ser disponibilizados pelo SUS e não o são, as ações judiciais obrigam os estados e municípios a comprarem medicamentos que o Ministério da Saúde custeia e não são providenciados pelos gestores de saúde, indicando, desta forma desorganização, prevaricação e aumento de custos para os cofres públicos. Uma vez que o fundo público será usado para custear valores para aquisição de medicamentos que já possuem previsibilidade orçamentária via Ministério da Saúde e, ainda, para resolver um problema causado pela ingerência dos gestores da saúde dos mais diversos entes federativos brasileiros.

**GRÁFICO 5 – Principais causas do desabastecimento de medicamentos (em %)**



Fonte: Pesquisa Judicialização e Saúde: acesso à Saúde Pública de Qualidade (CNJ, 2021).

Quanto ao desabastecimento de medicamentos, a pesquisado CNJ aponta, como expresso no gráfico 5, acima, que três são as principais causas do problema. A primeira delas se refere aos problemas licitatórios, que foram apontados como os principais geradores na falta de abastecimento de medicamentos em mais de 70% dos estados e em 43% dos municípios brasileiros. Entretanto, convém salientar que a referida pesquisa do CNJ (2021, p.85), também indagou se as secretarias municipais de saúde utilizam a Ata de Registro de Preços (ARP), para realizar aquisições de materiais permanentes, equipamentos e insumos de forma mais célere.

Essa modalidade de licitação, a partir da Ata de Registro de Preços, permite, além da contratação através de concorrência e pregão, a consulta e captação do maior número de órgãos públicos com o mesmo interesse de aquisição. A grande maioria dos municípios, 90,4%, afirmou que utilizam a ARP e apenas 9,6% afirmaram não utilizar. Assim, o que observamos é um argumento contraditório, utilizado para camuflar a ingerência dos gestores de saúde estadual, uma vez que quase 100% dos estados utilizam a modalidade de ARP e desta forma a licitação não é de fato o maior empecilho que justifique o desabastecimento de medicamentos tanto por parte dos estados, como por parte dos municípios.

A segunda causa apontada como fundamento para falta de medicamento refere-se à demora no fornecimento após a autorização que, para os municípios, corresponde a um

percentual de 44,5%, enquanto para os estados o percentual é de 28,6%. Outro argumento falacioso, que reflete a ingerência dos gestores e a falta de fiscalização das secretarias de saúde. Pois, se as secretarias de saúde estabelecem contrato com uma empresa, para aquisição de determinado produto farmacêutico, é obrigação da empresa, obedecer aos prazos existentes nas cláusulas contratuais.

A terceira causa do desabastecimento de medicamento segundo a Pesquisa do CNJ refere-se à alta demanda. A alta demanda não pode ser considerada causa, ela é, sim, um efeito, uma vez que inexistem remédios que fazem parte da lista oficial de medicamentos dos estados e municípios. Assim, em tese, estes medicamentos deveriam ser disponibilizados aos usuários do SUS, nos postos de saúde. Se não o são, há ingerência e prevaricação, pois o Ministério da Saúde disponibiliza recursos financeiros para que os entes federativos façam aquisição dos medicamentos essenciais que compõem a Rename e a Remume, como informamos anteriormente.

Ainda sobre a Política Nacional de Medicamentos do SUS, Silva e Nicoletti (2020, p. 143) recorrem a uma reflexão levantada por Buscato<sup>22</sup>, referente a um aspecto relevante que precisa ser considerado. Existe uma troca de papéis e competência entre os entes federativos, erro que compromete o fluxo de dispensação e conseqüentemente prejudica os usuários do serviço de saúde e pode ser decisivo para o aumento na demanda dos casos de judicialização da saúde no país. Segundo as autoras:

[...] a Política Nacional de Medicamentos do SUS determina as responsabilidades de cada esfera do governo no âmbito da assistência farmacêutica, e as determinações judiciais muitas vezes desconsideram essa normatização. Ou seja, o município é obrigado a fornecer medicamentos do Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional (de responsabilidade da gestão estadual), enquanto o estado é forçado a fornecer medicamentos da atenção básica (de responsabilidade da gestão municipal). [...].

O estudo acerca da judicialização elaborado pelo CNJ (2021, p. 34), ainda apresenta as demandas das judicializações voltadas para as especialidades médicas mais solicitadas entre os estados e municípios, conforme figura abaixo.

---

<sup>22</sup>BUSCATO, M. Retrospectiva 2016: o ano em que a saúde chegou aos tribunais. *Época*, 27 dez. 2016. Disponível em: <http://epoca.globo.com/saude/noticia/2016/12/retrospectiva-2016-o-ano-em-quesaude-chegou-aos-tribunais.html>

**FIGURA 1 - Especialidades médicas mais judicializadas nos estados e municípios**

Estados		Municípios	
Especialidade	%	Especialidade	%
Ortopedia e traumatologia	90,5	Ortopedia e traumatologia	64,8
Cardiologia	57,1	Oftalmologia	40,0
Oftalmologia	57,1	Psiquiatria	38,7
Oncologia clínica	47,6	Cardiologia	27,8
Urologia	42,9	Neurologia	27,4

Fonte: Judicialização e Saúde: acesso à saúde pública de qualidade (CNJ, 2021).

Em face dos dados apresentados na figura acima, convém refletir sobre alguns aspectos. De acordo com a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS) de 1996<sup>23</sup> estão elencadas as responsabilidades dos gestores, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas necessárias. Os municípios podem se habilitar através da gestão plena da atenção básica e da gestão plena do sistema municipal.

Já os estados poderão se habilitar também através de duas condições de gestão: a gestão avançada do sistema estadual e a gestão plena do sistema estadual. Sendo assim, município e estado são corresponsáveis pelo funcionamento do SUS em seu território, garantindo, desta forma, o atendimento aos usuários do serviço de saúde nos três níveis de atenção à saúde (atenção básica, média e alta complexidade), visando à promoção, à proteção, à recuperação da saúde, priorizando o caráter preventivo, conforme preconizado pelo SUS.

Ante o exposto, as especialidades médicas citadas na figura acima, como as mais demandadas nas decisões judiciais, encontram-se no rol de serviços ofertados pelo nível de média complexidade do SUS. Assim, se existem ações judiciais sendo impetradas por sujeitos coletivos ou individuais para que sejam garantidas as consultas médicas do SUS municipal ou estadual, significa que estes entes federativos não possuem oferta e/ou referência para a prestação de serviço. Assim, pressupõe-se que há uma falha ou a ausência de organização dos serviços a serem fornecidos sob a corresponsabilidade do município e estado e que a população se encontra totalmente desassistida e por isso recorre à judicialização.

Desta forma se requisita do fundo público o pagamento a um serviço que deveria ser obrigatoriamente prestado pelo município ou estado, uma vez que estes recebem dotação

<sup>23</sup>A Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, foi publicada em Diário Oficial da União em 6 de setembro de 1996.

orçamentária para a execução das 5 especialidades médicas mais requisitadas, como as apresentadas anteriormente, promovendo, concomitantemente, o prejuízo financeiro aos cofres públicos e descumprindo responsabilidades das quais os entes federativos que funcionam como gestão plena do SUS não podem e nem devem se eximir.

Dentre os argumentos contrários ao fenômeno da judicialização da saúde, citaremos os mais divulgados, cujos maiores defensores são os gestores de saúde, que se apoiam no aspecto financeiro, através da ideia de que o gasto decorrente das determinações judiciais via judicialização, inviabiliza a execução integral da política de saúde, uma vez que desestabiliza o orçamento. O orçamento é limitado e a realocação de recursos para responder às demandas judiciais é crescente. Acredita-se ainda que com a judicialização o Poder Judiciário se sobrepõe ao Poder Executivo, passando a não respeitar as atribuições dos entes federativos, ferindo o princípio da universalidade preconizado pelo SUS, uma vez que, para custear certo tratamento ou medicamento para uma ação de determinado paciente, representa o atendimento de um pleito individual em detrimento da coletividade.

É notório que a judicialização onera os cofres públicos, mas atacar os efeitos do problema não configurará solução, uma vez que também é notório que a maioria das ações judiciais— quer coletivas, quer individuais—, refere-se a medicamentos, cirurgias, internações e especialidades médicas. Assim, estamos falando de medicamentos e insumos que estão listados no elenco de medicamentos do estado e do município; de especialidades médicas que o SUS estadual e municipal deveria ter, pois recebe verba de custeio federal para realizar a cobertura integral nos três níveis de assistência à saúde. Quanto às cirurgias e internações estas também possuem previsibilidade orçamentária e organizacional pelo SUS, através dos níveis de assistência de média e alta complexidade e da rede de urgência e emergência.

Não estamos falando de algo que será criado e de um orçamento que será inventado, estamos falando de um SUS real, que existe. Entretanto, também é sabido que existe uma lacuna entre o recurso recebido pelo Ministério da Saúde, o recurso orçado e o alocado e a execução das ações planejadas— o que parece ser falta de organização financeira das secretarias estaduais e municipais de saúde. Arelados a essa desorganização financeira temos ainda os desvios e fraudes das verbas públicas diariamente noticiados pela mídia, o uso indevido dos recursos, a falta de fiscalização destes recursos pelos órgãos de controle social e

financeiro, o favorecimento ilícito de empresas privadas, dentre outras mazelas presentes em nosso país.

No âmbito do argumento que usa o princípio da universalização, para consolidar a postura desfavorável ao processo de judicialização da saúde pública, podemos dizer que é um discurso falacioso. Para Machado e Dain (2012) este argumento reduz e transforma a universalização da saúde, em mero direito do consumidor, uma vez que restringe a universalização ao custo do tratamento ou do medicamento. A esse respeito, observemos as considerações de Machado e Dain (2012, p. 1030):

[...] Conforme expressou o representante da Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde (Ampasa), “A lógica sanitária é pública e não privada. A saúde não é e nem poderá ser tratada como uma mercadoria; isto muito menos pelo próprio Estado brasileiro. O titular do direito à saúde é um cidadão e não um consumidor”. Para esse orador, isso significa reconhecer que, “quando se fala em universalidade, fala-se em universalidade da cidadania e não universalidade do consumo. Fala-se em universalidade da saúde e não em universalidade da mercadoria [...].

Dentre os argumentos favoráveis à judicialização da saúde pública, podemos destacar os que consideram a saúde como primordial e recorrem à justiça com a finalidade de ter atendidas suas demandas relativas a medicamentos, tratamentos e especialidades que não estão sendo fornecidas pelo SUS. Dentre os maiores defensores estão os pacientes do SUS que tem o direito à saúde negado; os representantes de entidades que defendem o tratamento das patologias específicas, que não encontram acolhimento de suas singularidades no SUS; os operadores de Direito (Ministério Público, Defensoria Pública e advogados dos pacientes), que defendem a vida e o direito ao acesso aos tratamentos, medicamentos, insumos, consultas e exames, nos três níveis de atenção do SUS e a indústria farmacêutica, que merece uma reflexão á parte.

Há que se considerar pertinente a reflexão acerca do conflito entre o direito individual e as necessidades coletivas, uma vez que os estudiosos do tema apontam que a maioria das requisições judiciais é de ordem individual. É necessário que se perceba que estamos falando de vidas e do princípio de universalidade do SUS. Os dados apontados pelo CNJ a partir da pesquisa realizada apontam que o que está em jogo é a efetividade do SUS, que configura um descompasso entre o que é preconizado pela Lei e a prestação de serviço do SUS pelos entes federativos diante da realidade brasileira.

O que se percebe é que os princípios, as diretrizes e as políticas presentes no SUS estão sendo desrespeitadas e há uma desorganização que se perpetua principalmente no que

concerne às maiores demandas de processos judicializados, que se referem aos níveis de atuação do SUS estaduais e municipais e que dizem respeito a medicamentos e consultas médicas, em que os entes federativos recebem repasse de verba do Ministério da Saúde para essas finalidades e possuem responsabilidades compartilhadas, mas não se comprometem a responder por suas competências reais.

De acordo com Silva e Nicoletti (2020, p. 143): “[...] O orçamento destinado à saúde no Brasil em 2016 no Brasil girou em torno de 3,8% do Produto Interno Bruto (PIB), ou seja, R\$ 238 bilhões (IBGE, 2017). Desse total, mais de 1,6 bilhões foi destinado apenas pelo governo federal à aquisição de medicamentos solicitados via judicial”. Assim, o fenômeno da judicialização da saúde produz severos impactos para a sociedade, uma vez que compromete o orçamento e a prestação dos serviços à saúde da população.

Dentre os impactos mais apontados pelos estudiosos do tema, temos a questão orçamentária, uma vez que grande parte das ações judiciais se refere medicamentos, insumos, exames, consultas e tratamentos que poderiam ser inseridos no SUS, em vez de serem pagos pelo SUS, do orçamento público do SUS, para que empresas privadas passam a ser a única referência para determinados serviços médicos e hospitalares do SUS. Caracterizando a complementaridade invertida, que vimos no item anterior e a privatização do fundo público destinado à saúde.

Essa relação entre orçamento público e judicialização da saúde é apontada pelos gestores públicos através da teoria da reserva do possível. O conceito da teoria da reserva do possível é inspirado no Direito Alemão que reconhece que as respostas decorrentes dos direitos sociais podem sofrer limitações quanto à viabilidade, à possibilidade jurídica e à capacidade financeira do Estado. O uso dessa teoria como argumento, é amplamente utilizado pelos gestores da saúde, finda por omitir a participação social acerca da destinação dos recursos voltados à garantia dos direitos sociais da população. Segundo Vieira (2023, p.7):

[...] Em relação ao uso da teoria da reserva do possível pelos gestores, ressalta-se que não se pode confundir capacidade financeira do Estado com o orçamento anual estabelecido para a saúde. A capacidade financeira do Estado é medida considerando todos os recursos que são arrecadados da sociedade. É claro que a capacidade de gasto com políticas que concretizam direitos sociais é limitada pelas receitas, sendo fundamental a participação da sociedade na discussão conduzida por seus representantes sobre a destinação dos recursos. Mas não se pode alegar escassez de recursos considerando apenas o orçamento anual da saúde [...].

Outro aspecto que deve ser considerado na análise do fenômeno da judicialização da política de saúde pública brasileira é que, com a judicialização, fica evidente a necessidade de

se avaliar, revisar, ampliar e modificar os protocolos, os fluxos, o planejamento orçamentário e as tecnologias utilizadas pelo SUS, na busca de garantir o modelo de saúde com atenção plena em seus três níveis de atuação, defendidos pela legislação em vigor. Uma vez que as decisões judiciais e os dados estudados sobre o tema apontam para questões que não são específicas do orçamento público, mas revelam ainda fragilidade na organização da dispensação de medicamentos e insumos, na ausência e/ou insuficiência da oferta de serviços de média e alta complexidade, que se estendem nos 34 anos de existência do SUS em todo o país.

Diante desse cenário apresentado, percebe-se que o processo de judicialização da saúde no Brasil apresenta característica muito peculiar. As ações impetradas judicialmente são para garantir medicamentos e atendimentos médicos já previstos na cobertura da média e alta complexidade do Sistema Único de Saúde, que possui princípios de gratuidade e universalidade.

Em Maceió a judicialização reproduz as mesmas características presentes no contexto nacional, que revelam a falta de efetividade dos princípios da universalidade e integralidade das ações e serviços e, conseqüentemente, a fragilidade existente no SUS. Entretanto, a judicialização da saúde pública em Maceió, revela também algumas particularidades e singularidades que serão apresentadas no decorrer deste trabalho.

É visando compreender as particularidades que envolvem esse complexo fenômeno que nos propusemos a analisar o processo de judicialização da saúde no município de Maceió, e suas conseqüências para o fundo público. No próximo, capítulo iremos tecer considerações acerca do fundo público de saúde e analisar os conflitos existentes a partir da judicialização da saúde pública em Maceió.

### **3. Fundo Municipal de Saúde de Maceió, judicialização da saúde e a complementaridade invertida**

Neste capítulo, visando abordar as contradições da judicialização da saúde no debate acerca do financiamento do SUS e no contexto de captura do fundo público pelo setor privado, da complementaridade invertida e de privatizações pela via não clássica, analisaremos o fundo municipal de saúde e os conflitos decorrentes da judicialização da saúde pública de Maceió. Para tal, reconhecemos que o fundo público é um espaço de contradição e

por isso, faz-se necessário identificar quais interesses estão em jogo e qual o papel do Estado, como financiador do capital ao promover os ajustes fiscais pautados em severos cortes nos gastos públicos.

Inicialmente, analisaremos os principais paradoxos que circundam a universalização da política de saúde e o financiamento do fundo público desta, que sofre os impactos decorrentes da perspectiva ultraneoliberal, que por sua vez imprime a lógica da austeridade fiscal, que acelera o processo de subfinanciamento e atual desfinanciamento do Sistema Único de Saúde.

Em seguida, iremos analisar o fundo público e os contrassensos existentes no SUS de Maceió através da observação dos dados referentes ao fundo municipal de saúde, obtidos por consulta ao sistema de informação do fundo nacional de saúde e de uma contextualização acerca da atual situação da política de saúde no município. A partir das análises realizadas podemos constatar que Maceió não foge à tendência em mercantilizar o SUS, promovendo privatizações por vias clássicas e não clássicas e transferindo o fundo público para a iniciativa privada.

Por fim, será traçado um panorama da judicialização da política de saúde de Maceió, a partir dos dados da pesquisa “Judicialização da saúde no Brasil: perfil demandas, causas e propostas de solução”, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), elaborada pelo Instituto de Extensão e Pesquisa – Insper. Também foram coletadas informações sobre Maceió, no Painel da Saúde do Portal do CNJ. A partir dos dados apresentados pela referida pesquisa, constatamos que Maceió possui crescente demanda por ações impetradas na justiça voltadas à aquisição de medicamentos, insumos, consultas e tratamentos hospitalares e que as respostas às determinações judiciais são realizadas pela rede privada.

Ante o exposto é fundamental analisar os caminhos que a judicialização percorre e os interesses que a circundam, bem como os impactos que provoca para o fundo municipal de saúde de Maceió.

### **3.1 – O fundo público da saúde e os paradoxos existentes no seu financiamento.**

Para analisar o processo de judicialização da política de saúde, necessário se faz compreendermos, ainda que introdutoriamente, a categoria fundo público, uma vez que esta possibilita desvelar a fase de crise atual do capitalismo e o uso do fundo público na

manutenção da economia capitalista, atuando como um “nicho dos produtos financeiros<sup>24</sup>” ou oportunidade ampliada para que o mercado financeiro dispute cada vez mais os recursos do fundo público. Assim, para Salvador (2012 p.5):

[...] No capitalismo contemporâneo, o fundo público exerce uma função ativa nas políticas macroeconômicas, sendo essencial tanto na esfera da acumulação produtiva quanto no âmbito das políticas sociais. O fundo público tem papel relevante para a manutenção do capitalismo na esfera econômica e na garantia do contrato social. O alargamento das políticas sociais garante a expansão do mercado de consumo, ao mesmo tempo em que os recursos públicos são financiadores de políticas anticíclicas nos períodos de refração da atividade econômica[...].

O fundo público é essencialmente importante para assegurar as condições de manutenção e reprodução do regime capitalista<sup>25</sup>. Salvador (2012, p. 6) afirma que o fundo público mantém a reprodução do capital através das seguintes formas:

[...] i. Como fonte importante para a realização do investimento capitalista. No capitalismo contemporâneo, o fundo público comparece por meio de subsídios, de desonerações tributárias, por incentivos fiscais, por redução da base tributária da renda do capital como base de financiamento integral ou parcial dos meios de produção, que viabilizam a reprodução do capital.  
ii. Como fonte que viabiliza a reprodução da força de trabalho, por meio de salários indiretos, reduzindo o custo do capitalista na sua aquisição.  
iii. Por meio das funções indiretas do Estado, que no capitalismo atual garante vultosos recursos do orçamento para investimentos em meios de transporte e infraestrutura, nos gastos com investigação e pesquisa, além dos subsídios e renúncias fiscais para as empresas.  
iv. No capitalismo contemporâneo, o fundo público é responsável por uma transferência de recursos sob a forma de juros e amortização da dívida pública para o capital financeiro, em especial para as classes dos rentistas [...].

Conforme elencado anteriormente, o fundo público viabiliza a reprodução do capital; propicia a reprodução da força de trabalho; possibilita que o Estado seja o financiador do capital através de investimentos na infraestrutura e subsidiando renúncias fiscais das empresas e ainda permite que o Estado transfira a riqueza produzida socialmente ao capital portador de juros através da amortização da dívida pública. Assim, o fundo público tem relevante protagonismo na articulação das políticas públicas e nos gastos sociais, uma vez que este “[...] envolve toda a capacidade de mobilização de recursos que o Estado tem para intervir na

---

<sup>24</sup>Expressão usada por Evilásio Salvador, ao analisar o fundo público e liberalização financeira por meio da privatização dos benefícios da seguridade social, através da proposta neoliberal de transferir a proteção social no âmbito do Estado, para o mercado.

<sup>25</sup>Oportuno frisar que a Lei Complementar nº 87/1996, conhecida como Lei Kandir, prevê a isenção do pagamento do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (Icms) sobre as exportações de produtos primários como itens agrícolas; semi-elaborados ou serviços, favorecendo assim o agronegócio.

economia, seja por meio das empresas públicas, pelo uso das suas políticas monetária e fiscal, assim como pelo orçamento público [...]” (Salvador, 2012, p.7).

O autor em tela evidencia que o orçamento público corresponde a um espaço de disputas na arena de luta política em que atuam diferentes forças políticas e movidas pelos mais variados interesses que circundam o sistema político e a busca por captar o fundo público na satisfação destes interesses.

No capítulo anterior, expusemos a trajetória da política de saúde e os interesses conflitantes que envolvem a atuação estatal na prestação de serviços de saúde que, mesmo preconizados pela Constituição Federal de 1988, atacam os direitos conquistados socialmente, afrontam os princípios do SUS e mercantilizam a saúde pública brasileira, promovendo severas consequências à população usuária do SUS.

Os impactos decorrentes da crise do capital sobre o fundo público, para Behring (2010, p.31), ocorrem sob duas dimensões. A primeira delas corresponde às reformas tributárias regressivas, que transformam o fundo público em um mecanismo vital para contenção da crise por parte do empresariado através das renúncias fiscais, sob o argumento de proteção do emprego. A segunda dimensão, também sob o manto da proteção do emprego, interfere nos processos de rotação do capital, uma vez que valoriza as parcerias público-privadas.

[...] ao se constituir como um elemento cada vez mais estrutural e central na reprodução do processo global, o fundo público mostra também que chegamos a uma espécie de ponto sem volta, no qual a contradição entre o desenvolvimento das forças produtivas e as relações sociais de produção apresentam-se da forma mais dramática, constituindo a sua alocação perversa para o capital em vez de uma destinação para a proteção das maiorias trabalhadoras, a expressão mais contundente deste drama [...].

Como saída para a crise do capital são propostos, pelo Estado, ajustes fiscais que se configuram na restrição e cortes severos no orçamento das políticas públicas e na transferência do fundo público para setores privados. Assim, o Estado, maior aliado do capital, tende a buscar austeridade fiscal em detrimento do subfinanciamento e até o desfinanciamento das políticas sociais. Salvador (2010, p. 624), chama a atenção para o fato de que:

[...] o fundo público no Brasil atuou no âmbito das políticas monetárias no sentido de liberar recursos para as instituições financeiras, sem quaisquer contrapartidas de manutenção ou ampliação de postos de trabalhos e dos direitos sociais. A rapidez e agilidade do fundo público brasileiro usadas para socorrer o mercado financeiro são mais uma amostra da influência dos bancos no domínio da agenda econômica do nosso país[...].

Outro mecanismo que merece destaque nos caminhos e descaminhos do subfinanciamento da política pública brasileira, refere-se à Desvinculação das Receitas da União (DRU), criada em 1994 sob o nome de Fundo Social de Emergência (FSE), com o objetivo de estabilizar a economia. O FSE permitia que o Governo Federal usasse livremente 20% de todos os tributos federais vinculados por lei a fundos ou despesas. No ano 2000, o FSE foi trocado pela Desvinculação de Receitas da União (DRU), que continuava a retirar 20% do orçamento das políticas públicas e permitia que o governo aplicasse os recursos destinados a áreas como educação, saúde e previdência social em qualquer despesa considerada prioritária, bem como na formação de superávit primário. A DRU também possibilita o manejo de recursos para o pagamento de juros da dívida pública.

A DRU foi prorrogada por diversas vezes e esteve em vigor até 31 de dezembro de 2015. Entretanto, em julho de 2015, o Governo Federal enviou ao congresso a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº 93/2016 que estendeu este mecanismo até 2023. De acordo com o Senado Federal<sup>26</sup>, a referida PEC aumenta de 20% para 30% a alíquota de desvinculação sobre a receita de contribuições sociais e econômicas, fundos constitucionais e compensações financeiras. Assim, vale salientar um efeito perverso, apontado por Salvador (2014, p. 18), sobre a DRU, que faz com que a União priorize majorar as alíquotas tributárias das contribuições sociais e reduzir os impostos partilhados entre estados e municípios, reduzindo o montante de receitas enviadas aos entes federativos e impactando os orçamentos das políticas públicas:

[...] a DRU constitui um mecanismo importante de transferência de recursos tributários arrecadados em nome das políticas sociais que integram a seguridade social (previdência, assistência social, saúde e seguro-desemprego) para o orçamento fiscal e por outro lado, tem um efeito perverso sobre o federalismo fiscal, pois as contribuições sociais que financiam essas políticas não são compartilhadas com estados e municípios[...].

Para Conceição, Cislaghi e Teixeira, (2012, p. 105 e 106), o aumento na arrecadação das contribuições sociais por parte do Governo Federal não implicou a ampliação da receita para a Seguridade Social, uma vez que a DRU passou a ser um mecanismo de transferência de recursos para o pagamento da dívida pública.

[...] a Desvinculação de Receitas da União (DRU), que permite que 20% dos recursos vinculados, não só no caso da seguridade, mas também no da educação, passem para o orçamento fiscal, permitindo que o governo os utilize para qualquer fim [...]. Assim, ao invés do orçamento fiscal complementar os recursos da seguridade social, a DRU faz o movimento contrário, retirando recursos da seguridade social [...].

---

<sup>26</sup>Disponível em: [www.12.senado.leg.br/noticias/entenda-o-assunto/dru](http://www.12.senado.leg.br/noticias/entenda-o-assunto/dru). Acesso em: 9 ago. 2023.

Arelado a isto, temos ainda a Lei de Responsabilidade Fiscal que enquadra e obriga os estados e municípios aos objetivos da política fiscal do Governo Federal em consonância com as determinações do FMI. Salvador (2014, p. 19) afirma que: “[...] a lei cria muitos constrangimentos para a gestão orçamentária, que aumenta o imobilismo e a lentidão do setor público, afetando a oferta e ampliação de serviços sociais, dificultando a realização de investimentos e a geração de novas despesas de custeio [...]”.

Conceição, Cislighi e Teixeira, (2012, p.106) afirmam que a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) retira recursos da Seguridade Social e faz com que os recursos da área social fiquem submetidos às necessidades da área fiscal. Com a LRF, limita-se as despesas não financeiras e prioriza-se o pagamento dos juros da dívida pública. Para as autoras, “[...] a responsabilidade fiscal tem a irresponsabilidade social como sua contraface. Uma das principais consequências da LRF foram a limitação na contratação de pessoal, que significou a redução de concursos públicos, e a falta de força do trabalho na saúde, educação e nos demais serviços públicos, nos últimos anos”.

Outra consideração relevante, feita por Salvador (2014, p. 6), refere-se ao uso do fundo público para pagamento de juros e amortização da dívida pública, comprometendo ainda mais o fundo público e tornando o país refém dos rentistas do capital financeiro e cada vez mais distante de priorizar o fortalecimento de um sistema de proteção social, comprometendo severamente o orçamento da Seguridade Social.

[...] as despesas com saúde, educação estão abaixo dos padrões internacionais dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Assim como nos últimos anos não foram priorizadas no orçamento público, as despesas e os investimentos necessários para universalização das políticas sociais [...].

A Seguridade Social, a partir da Constituição Federal de 1988, amplia os direitos sociais através do tripé saúde, assistência social e previdência social, que tem seu orçamento constituído através das contribuições sociais exclusivas. A partir das contrarreformas do Estado, proposta pelo projeto neoliberal, a Seguridade Social sofre severos ataques e, conseqüentemente, a política de saúde sofre os efeitos destes ataques.

Para Salvador (2014, p. 11), no caso brasileiro, existe um paradoxo que circunda a universalização da política de saúde e seu financiamento. No texto constitucional de 1988, em seu artigo 196, é estabelecido que a política de saúde integre à Seguridade Social,

constituindo-se uma política universal e não contributiva e nos artigos 16, 17,18 e 19, da Lei nº 8080, estabelecem-se as competências, ações e obrigações dos entes federativos. Visando ainda assegurar recursos para o financiamento da saúde, o artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, promulgado em 5 de outubro de 1988, fica determinado que se destine 30% do orçamento de seguridade social para a saúde, até que fosse aprovada a primeira Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), contudo, Salvador afirma que esta determinação nunca foi cumprida.

De acordo com o portal do Fundo Nacional de Saúde<sup>27</sup>, a Lei nº 141/2012 determina que o financiamento do SUS é tripartite, as três esferas de governo— Federal, Estadual e Municipal— por meio da vinculação de orçamento da Seguridade Social, possuem responsabilidade compartilhada e comprometimento com o financiamento da política de saúde, cabendo aos municípios investir, no mínimo, 15% de suas receitas, e aos estados 12%. Para a União ficou definida uma regra específica, a de que deverá investir o mesmo valor do ano anterior, acrescido da variação nominal do PIB.

Vale destacar que desde o seu surgimento, o SUS apresenta dificuldades em termos de financiamento e, ainda que existam leis que estipulem as condições desse financiamento, isso, não implica que estas leis sejam efetivadas. Em relação à regra específica de investimento do PIB, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ)<sup>28</sup> afirma que o gasto federal com o SUS está estacionado há duas décadas. Ora, é fácil ponderar que em duas décadas estes recursos oriundos do PIB, não reduziram, mas também não aumentaram. Já não podemos dizer o mesmo da população brasileira e dos problemas que envolvem a saúde pública nestes últimos quase 34 anos de atuação do SUS. Para Mendes (2015, P.2)<sup>29</sup> “[...] desde 1995 até 2014, o gasto com ações e serviços do Ministério da Saúde manteve-se praticamente estático em 1,7% do PIB, enquanto o pagamento de juros da dívida correspondeu, em média, a 6,5% do PIB, nesse mesmo período.”

O processo de subfinanciamento e desfinanciamento da política de saúde brasileira atinge sua face mais crítica com a vigência da Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016 que previa o congelamento dos gastos públicos por 20 anos. Dados do Conselho Nacional de

---

27Disponível em: <https://portalfns.saude.gov.br/pagamentos-e-gestao-dos-recursos-do-sus/>. Acesso em: 6 set 2023.

28Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/i-congresso-do-funajus-desafios-da-gestao-da-saude-publica-marcam-debates>. Acesso em: 11 jul 2023.

29Disponível em: <https://www.cebes.org.br/por-tras-do-ajuste-fiscal-o-que-se-tem-e-menos-saude/17438>. Acesso em: 10 jul. 2023.

Saúde<sup>30</sup> publicados no site do CNS em 28 de fevereiro de 2020, apontam que somente um ano após a vigência da referida Emenda Constitucional, o orçamento destinado a saúde foi reduzido:

[...] Em 2017, quando a emenda passou a vigorar, os investimentos em serviços públicos de Saúde representavam 15,77% da arrecadação da União. Já em 2019, os recursos destinados à área representaram 13,54%. A receita da Saúde vem em “queda livre” desde a implementação da emenda”, afirma o economista Francisco Funcia [...].

Oportuno se faz ressaltar que a EC nº 95/2016, foi revogada pelo atual Presidente da República através da EC nº126/ 2022, denominada de PEC da transição, que definiu dentre outras coisas, que a regra do teto de gastos federal criado pela EC 95/2016 fosse substituída por um novo arcabouço de regras fiscais, criado através de Projeto de Lei Complementar (PLC) enviado ao Congresso Nacional.

O Regime Fiscal Sustentável, mais conhecido como Novo Arcabouço Fiscal foi publicado no Diário Oficial da União em 31 de agosto de 2023 e corresponde ao controle do endividamento do governo federal, que substitui o Teto de Gastos, por um Regime Fiscal Sustentável focado no equilíbrio entre arrecadação e despesas<sup>31</sup>.

Apesar do novo arcabouço fiscal, ser distinto do teto de gastos, Behring<sup>32</sup>, chama atenção para o fato de que ele se inscreve na lógica do ajuste fiscal, permanente na contenção de gastos primários. É provável que exista uma maior flexibilização, em relação a alguns pontos - como o crescimento dos gastos públicos entre 0,6% e 2,5% acima da inflação - porém em seu bojo ele reproduz uma política de austeridade fiscal.

Tanto reproduz a lógica de austeridade fiscal quede acordo com o arcabouço fiscal aprovado em 2023, as despesas da União só podem crescer a cada ano em um percentual abaixo das receitas (70% das receitas). Entretanto, essa regra não se aplica aos gastos com saúde e educação que podem aumentar na mesma proporção do crescimento das receitas, oferecendo espaço para que exista desvinculação de receita da saúde e da educação, ocasionando conseqüentemente o comprometimento destas duas políticas. O Tesouro

---

30Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1044-saude-perdeu-r-20-bilhoes-em-2019-por-causa-da-ec-95-2016> Acesso em: 7 set. 2023.

31 Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2023/08/31/novo-arcabouco-fiscal-entra-em-vigencia-no-brasil>. Acesso em: 6 jun.2024

32Disponível em: <https://www.esquerdaonline.com.br/2023/08/24/arcabouco-fiscal-o-mais-novo-capitulo-de-uma-longa-e-dolorosa-historia>. Acesso em 6 jun.2024.

Nacional divulgou um relatório que aponta que se o governo flexibilizar os pisos de saúde e educação e pode liberar até R\$ 131 bilhões para outros gastos de custeio e investimento até 2033<sup>33</sup>.

Behring (2023, p. 15 e 16) reitera que apesar de ser evidente que o novo arcabouço fiscal é mais flexível que o teto de gastos, ele conta com apostas arriscadas, em meio à correlação de forças e a instabilidade que vive o país e ainda faz reflexões que revelam preocupações acerca das políticas públicas e dos problemas crônicos dos quais padecem grande parte da população brasileira, enquanto o capital, mesmo em crise, continua acumulando juros e riqueza. Assim, vale refletir:

[...] Como se fará a fiscalização da Amazônia e se protegerá os povos indígenas? Como o Estado brasileiro vai assegurar a educação pública e a pesquisa científica? Como garantir a continuidade dos programas de transferência monetária, com valores dignos, e correção do salário-mínimo? A disputa em torno da reforma tributária será central para as lutas sociais no próximo período. Nesse mesmo compasso, devemos colocar em questão os gastos financeiros que permanecem beneficiando apenas os verdadeiros *condottieres* do capitalismo em crise e decadência, o capital portador de juros e suas ricas instituições financeiras (bancos, fundos de pensão e similares), enquanto as maiorias padecem de fome, violência, pandemia, racismo, machismo, desmatamento, e tantas outras mazelas cotidianas [...].

Ante o exposto fica evidente, que o subfinanciamento e o desfinanciamento da política de saúde no Brasil, só interessam ao capital, uma vez que o sistema tributário do país faz com que o fundo público, ainda que composto majoritariamente pela renda do trabalhador e da trabalhadora, não os beneficie. Para Conceição, Cislighi e Teixeira (2012 p. 103):

[...] com isso, o fundo público passou a ser direcionado para políticas que beneficiam o capital, como é o caso do pagamento da dívida pública, cujos títulos estão nas mãos do grande capital, ou seja, em bancos e fundos de pensões. O Estado passou assim a ser uma espécie de Robin Hood às avessas, que tira a renda dos trabalhadores para repassá-las aos grandes capitalistas [...].

A captura e a apropriação do fundo público pelo capital, com vistas a favorecer e ampliar o processo de acumulação faz parte da problemática trajetória de financiamento do Sistema Único de Saúde, que tem cada vez mais presente a lógica privada dentro de um sistema público de saúde. Salvador (2014, p.11) afirma que o Brasil é o único país com sistema universal de saúde onde o gasto privado é maior que o público.

---

33 Disponível em: <https://diariocg.com.br/noticia/21976/deputados-e-entidades-sugerem-gasto-com-saude-e-educacao-fora-do-arcabouco-fiscal>. Acesso 6 jun 2024.

Os pesquisadores da categoria fundo público são unânimes em reiterar que os gastos públicos com a saúde brasileira são bem inferiores aos gastos com o setor privado. Mendes e Carnut (2020, p. 23) afirmam que:

[...] nas três últimas décadas, o gasto privado cresceu de forma mais intensa que o gasto público, quando comparados em relação ao PIB. Enquanto o gasto público total (União, estados e municípios) foi de 2,8% do PIB, em 1993, o privado foi de 1,4%. Posteriormente, a situação se inverteu, sendo o gasto privado superior ao público. Em 2015, o gasto privado foi de 5,2% do PIB e o gasto público foi de 3,9% do PIB[...].

Para o ano de 2018, os autores afirmam que o orçamento da Seguridade Social correspondeu a R\$ 723,6 bilhões e que os 30% que deveriam ser destinados à política de saúde, perfariam um montante de R\$ 217,1 bilhões, (Mendes; Carnut, 2020). Contudo, a dotação orçamentária efetivamente destinada à saúde, foi equivalente à metade desse valor. Diante do exposto, fica evidente, que o fato de ter dotação orçamentária destinada para uma política ou para um programa social, não implica na garantia de que esse valor será destinado àquela política. E se temos essa fragilidade e flexibilidade entre as verbas federais, o mesmo ocorre nas esferas estaduais e municipais. Para os autores, esta situação revela:

[...] a sintonia entre a crise da forma mercadoria, a crise da forma política estatal e a crise da forma direito, obstaculizando a possibilidade de se assegurar a efetivação do direito à saúde, à medida que se mantém a expropriação dos recursos do Orçamento da Seguridade Social, ao longo desse tempo de 30 anos de Constituição “Cidadã.” (Mendes; Carnut, 2020, p. 24).

Ante o exposto, e diante das fragilidades orçamentárias e financeiras que envolvem o financiamento da política de saúde, analisaremos o fundo público municipal e os conflitos decorrentes da judicialização da política de saúde no município de Maceió, bem como as disputas de recursos financeiros entre as judicializações e os demais de serviços de saúde.

### **3.2 – O Fundo Municipal de Saúde de Maceió e a complementaridade invertida.**

De acordo com o último censo (2022) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Ibge), Maceió possui uma população de 957.916 habitantes e uma densidade demográfica de 1.880,77 hab/km<sup>2</sup> (IBGE, 2023). A cidade integra com outros doze municípios alagoanos a região metropolitana e representa, aproximadamente, 31,07% da população do Estado de Alagoas, com uma área territorial total de 509,32 km<sup>2</sup> dividida em 51 bairros, sendo esses

subdivididos em 08 (oito) Distritos Sanitários (DS). Dos seus habitantes, 53,43% são do sexo feminino e 46,57% do sexo masculino.

No quesito escolaridade a taxa de escolarização de 6 a 14 anos atinge a 9,5%. Esse percentual quando comparado aos demais municípios brasileiros, faz com que Maceió assuma a posição 5.111 das 5.570 cidades do país. Quanto ao Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb)<sup>34</sup>, em relação ao ano de 2021, Maceió possui o Ideb de 4,9% para o início do ensino fundamental, ficando na posição 3.843 dos 5.570 municípios brasileiros, e o Ideb de 4,1% para a conclusão do ensino fundamental, ficando com a posição 4.161 dentre as 5.570 cidades brasileiras. Podemos concluir que sendo o Ideb uma ferramenta relevante para traçar a qualidade da educação, Maceió não vem apresentando um bom desempenho educacional, quando comparado a média nacional estabelecida em 2022 pelo MEC.

Quando buscamos as referências para trabalho e renda, verificamos, ainda de acordo com os dados do Ibge, que 32,91% da população está inserida no mercado formal de trabalho e que estes trabalhadores e trabalhadoras possuem uma renda mensal de 2,7 salários mínimos. Desta forma, podemos concluir que 67,09% da população se encontra na informalidade e sobrevive a partir de relações precárias de trabalho e renda.

No que concerne ao índice de Desenvolvimento Humano Municipal – Idmh, os dados do Ibge, demonstram que o Idmh de Maceió corresponde a 0,721. Vale frisar que o Idmh é composto por 3 indicadores do desenvolvimento humano que se referem à longevidade, educação e renda e quanto mais aproximado de 1, maior é o nível de desenvolvimento humano.

Quanto ao perfil epidemiológico do município, de acordo com a análise da situação de saúde de Maceió<sup>35</sup> no período de 2018 a 2022, foram confirmados 101.954 agravos. Nesse contexto, as maiores concentrações de registros foram por dengue (24,0%), acidente por animais peçonhentos (23,2%) e atendimento antirrábico (21,7%). Os dados do recenseamento de 2022 realizados pelo Ibge para Maceió, apontam que apenas 47,1% das residências possuem esgotamento sanitário adequado. Quando comparado as outras 5.570 cidades brasileiras, Maceió ocupa a posição de 2.360. Aproximadamente 53% da população de Maceió reside em situação com precariedade na infraestrutura, principalmente no que se

---

<sup>34</sup> De acordo com o Portal do MEC a média nacional do Ideb do ensino fundamental é de 6%, para o ano de 2022. Disponível em :<http://portal.mec.gov.br/component/tags/tag/31969-ideb#:~:text=A%20m%C3%A9dia%20nacional%20do%20Ideb.a%20%2C0%20em%202022> Acesso em: 04 set.2024.

<sup>35</sup> A análise da situação de saúde de Maceió -2022, encontra-se no site da SMS de Maceió. Disponível em :[file:///C:/Users/SMS/Desktop/analise-saude%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/SMS/Desktop/analise-saude%20(1).pdf) Acesso: 06 set.2024.

refere às condições de habitação e saneamento básico, que produzem, impactos ambientais que provocam a da proliferação de doenças e agravos à saúde da população.

Em relação à mortalidade em 2022, houve no município de Maceió um total de 7.202 óbitos.e as principais causas de óbito no município de Maceió foram: doenças do aparelho circulatório, (26,1%), doenças infecciosas e parasitárias (14,7%), neoplasias (13,5%) e causas externas de morbidade e mortalidade (10,3%). Destes, a análise de risco médio para o período sugere que as chances de morte entre homens superam, em aproximadamente, 1,3 o risco de morte entre mulheres. Quanto à cor, a maior concentração de óbitos foi para a raça/cor parda Já no quesito idade, a faixa etária de idosos é a que apresenta maior proporção de óbitos em todos os anos, seguido pela faixa etária de 40 a 59 anos.

Oportuno frisar que as principais causas de óbito apontam doenças crônicas e evitáveis. Que poderiam ser reduzidas a partir de serviços e ações de prevenção de doenças e promoção de saúde, realizados na atenção primária, desenvolvidas nos postos de saúde. O fortalecimento da atenção primária possibilita que os quadros de saúde se agudizem e que sejam tratados apenas na média e alta complexidade.

Os indicadores apresentados reiteram que Maceió. possui grandes lacunas na assistência à população. Existem fragilidades nas políticas públicas, que comprometem e afrontam a garantia dos direitos sociais. Esses dados demonstram as principais causas de adoecimento da população e refletem como as expressões da questão social se apresentam e interferem inclusive para o crescimento dos processos de judicialização no município

Sob a supervisão do Ministério da Saúde, o Fundo Nacional de Saúde<sup>36</sup> (FNS), tem como missão contribuir para o fortalecimento da cidadania, mediante melhoria contínua do financiamento das ações de saúde. Os recursos alocados pelo FNS são transferidos para estados, municípios e o Distrito Federal, para que estes entes federativos realizem de forma descentralizada a completa cobertura na assistência à saúde da população. As transferências do FNS são efetivadas através das modalidades fundo a fundo; convênios; contratos de repasses e termos de cooperação.

---

36De acordo com o Portal do Fundo Nacional de Saúde, este foi Instituído pelo Decreto Nº 64.867, de 24 de julho de 1969, o Fundo Nacional de Saúde (FNS) é o gestor financeiro dos recursos destinados a financiar as despesas correntes e de capital do Ministério da Saúde bem como dos órgãos e entidades da administração direta e indireta, integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:<https://portalfns.saude.gov.br/sobre-o-fns>. Acesso em: 8 set 2023.

De acordo com a Portaria de nº 828, de 17 de abril de 2020, os recursos repassados aos estados, aos municípios e ao Distrito Federal, são organizados a partir dos seguintes blocos de financiamento, conforme o quadro 1, logo abaixo<sup>37</sup>:

**QUADRO 1 – Recursos do Fundo Nacional de Saúde por bloco de financiamento**

Blocos de Financiamento	Ações e Serviços Públicos de Saúde
<p><b>Bloco de Manutenção:</b> recursos destinados à manutenção das condições de oferta e continuidade da prestação das ações e serviços públicos de saúde, inclusive para financiar despesas com reparos e adaptações, como por exemplo: reparos, consertos, revisões, pinturas, instalações elétricas e hidráulicas, reformas e adaptações de bens imóveis sem que ocorra a ampliação do imóvel, dentre outros</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atenção Primária</li> <li>• Atenção Especializada</li> <li>• Assistência Farmacêutica</li> <li>• Vigilância em Saúde</li> <li>• Gestão do SUS</li> </ul>
<p><b>Bloco de Estruturação:</b> recursos aplicados conforme definido no ato normativo que lhe deu origem e serão destinados exclusivamente para Aquisição de equipamentos voltados para realização de ações e serviços públicos de saúde; obras de construções novas ou ampliação de imóveis existentes utilizados para a realização de ações e serviços públicos de saúde; e obras de reforma de imóveis já existentes utilizados para realização de ações e serviços públicos de saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atenção Primária</li> <li>• Atenção Especializada</li> <li>• Assistência Farmacêutica</li> <li>• Vigilância em Saúde</li> <li>• Gestão do SUS</li> </ul>

Fonte: Reproduzido do Portal FNS (2023).

A referida lei estipula: 15% para os municípios e o Distrito Federal e 12% para os estados. Para a União a quantia a ser aplicada corresponde ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual correspondente a variação do PIB- variação esta, que deve ser estipulada no ano anterior ao da Lei Orçamentária Anual (LOA). Portal do FNS<sup>38</sup> ainda sinaliza que:

[...] Também compõe a receita do FNS o ressarcimento efetuado pelas operadoras de planos de saúde referente aos serviços prestados de atendimento à saúde, previstos nos contratos dos consumidores e seus respectivos dependentes realizados em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do SUS, em conformidade com a Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998[...].

<sup>37</sup>Dentre as receitas que compõem o FNS podemos citar os 45% dos recursos do Seguro de Danos Pessoais por Veículos Automotores de Via Terrestre (DPVAT), conforme estabelecido no Decreto nº 2.867/1998 e na Lei nº 8.212/91, visando o atendimento a vítimas de acidentes em hospitais da rede SUS e os valores definidos pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que estabelecem os percentuais mínimos a serem aplicados pelos estados, pelos municípios e Distrito Federal às ações e serviços públicos de saúde.

<sup>38</sup>Disponível em: <https://www.portalfns.saude.gov.br>. Acesso em: 8 set 2023

No que se refere às despesas fundo a fundo, ao acessarmos os Painéis de Informação do Fundo Nacional de Saúde<sup>39</sup> observamos que Maceió recebeu entre 2020 a 2023, entre os recursos normais e recursos da Covid-19, o valor bruto de R\$ 2.646.375,01, montante composto do repasse estadual de R\$ 1.085.306,67 atrelado ao valor do repasse municipal de R\$ 1.561.068,33, conforme figura abaixo:

**FIGURA 2 - Repasses do Fundo Nacional de Saúde ( FNS) para Maceió, na modalidade fundo a fundo (2020 a 2023)**



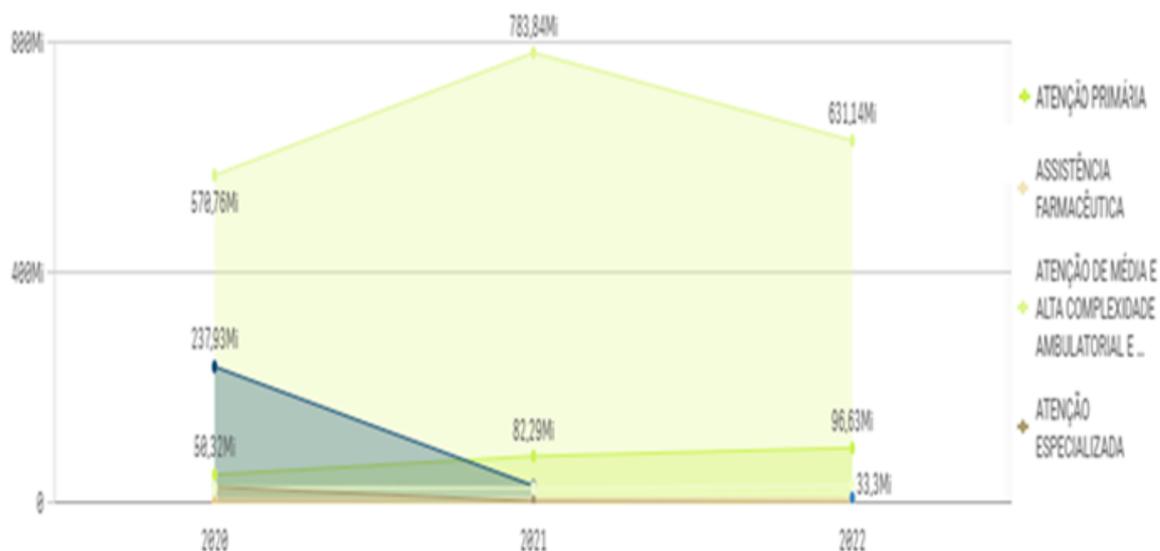
Fonte: Painel de Informações do FNS (2023).

Ao verificar o gráfico 6, abaixo, retirado do Painel de Informação do FNS que trata da série histórica de 2020 a 2022<sup>40</sup>, podemos observar que a atenção de média e alta complexidade corresponde aos percentuais mais altos do gráfico, terminando o ano de 2022 com o valor de R\$ 631,14 Mi em detrimento da atenção primária que finda o ano de 2022 com R\$ 96, 63 Mi. A partir destes dados podemos aferir que Maceió reproduz uma situação que não difere da tendência nacional, de ter um orçamento que privilegia a média e a alta complexidade em relação à atenção primária. O que nos permite deduzir que, ainda que seja preconizado pelo SUS a importância de se investir na saúde preventiva através do fortalecimento da atenção primária, a gestão municipal direciona mais receita à saúde curativa, reproduzindo na saúde, a concepção hospitalocêntrica. Vale ressaltar, que durante o período pandêmico, foram disponibilizados pelo MS recursos para expandir os leitos covid.

<sup>39</sup>Disponível em: [https://infoms.saude.gov.br/extensions/CGIN\\_InvestsusPaineis/CGIN\\_InvestsusPaineis.html](https://infoms.saude.gov.br/extensions/CGIN_InvestsusPaineis/CGIN_InvestsusPaineis.html)  
Acesso em: 08 set. 2023.

<sup>40</sup>Foram utilizados os filtros: período, unidade federativa; capital; município; tipo de repasse estadual e municipal; recurso Covid-19 e recurso normal.

**GRÁFICO 6: Financiamento da saúde por bloco (série histórica 2020 a 2022)**



Fonte: Painel de informação do FNS (2023)

Outro ponto importante sobre a atenção primária que merece ser evidenciado refere-se aos valores destinados a este componente no ano de 2020, conforme gráfico acima. A despesa chegou a R\$ 50,32 mi, enquanto em 2021 aumentou para R\$ 82,29 mi e em 2022 para R\$ 96,63 mi.

À primeira vista parece que a Gestão Municipal injetou mais receita para implementar melhorias na atenção primária. Todavia, necessário se faz ressaltar que a gestão municipal, sob o pretexto de tornar mais eficaz a assistência à saúde de Maceió, celebrou um convênio com uma Organização Social, o Instituto de Gestão Aplicada (IGA), e aderiu a tendência neoliberal de privatizar a saúde, através do repasse de R\$ 72 milhões anuais, do fundo municipal destinado à saúde pública, para uma empresa privada administrar a atenção primária. Vale ressaltar, que de acordo como Relatório Anual de gestão da SMS, de 2023, as despesas de 2023 destinadas à atenção primária correspondem a R\$ 346.875.561,10. Assim, os 72 milhões pagos a IGA, representam o percentual de 20,7% das despesas da atenção primária.

Apesar da promessa, oficializada por convênio firmado com a IGA em 2022, de que a assistência à saúde de Maceió iria melhorar, não foi o que ocorreu, pois em 6 de junho de 2023, tomamos conhecimento pelo Sistema Integrado de Informação do Município de Maceió (Simm), no processo N° 11100/65304/2023, que a Defensoria Pública do Estado de Alagoas,

o Ministério Público do Estado de Alagoas, o Ministério Público do Trabalho e o Ministério Público de Contas, através de uma Notificação Conjunta (p. 22) resolveram:

[...] Art. 1º. NOTIFICAR o município de Maceió, com fins à adoção de providências/ elaboração de uma agenda resolutiva, mediante apresentação de Plano de Trabalho, como consequente cronograma de ações/atividades, através do direcionamento do incremento da receita decorrente das festividades, além de adequação orçamentária e financeira voltadas a implementação das políticas públicas, indicadas neste instrumento [...] <sup>41</sup>,

O que se segue na referida notificação conjunta, versa sobre quatorze providências a serem tomadas pelo Município de Maceió, que teria o prazo de dez dias para se pronunciar e responder aos questionamentos feitos. Dentre as respostas às lacunas existentes na saúde pública municipal, podemos citar: o fornecimento de testes neuropsicológicos; a implantação de um centro de referência nutricional; a implantação de serviços de referência para pessoas com fibrose cística; a implantação de no mínimo quatro residências terapêuticas; a execução dos projetos de requalificação de (Caps) tipo II para Caps tipo III; a implantação de três unidades de acolhimento para adultos, mais uma unidade de acolhimento infantil e leitos no Hospital Geral do Estado (HGE), três Centro de Atenção Psicossocial (caps-AD) e três Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (Capsi); A implantação de serviço multidisciplinar para crianças e adolescentes diagnosticados com Transtorno de Espectro Autista (TEA) e a implantação de serviço de maternidade de risco na parte alta da cidade.

É pertinente frisar que estas providências solicitadas pela Notificação Judicial em questão, correspondem a ações e serviços que foram planejados e ainda não executados e que o município de Maceió, já teria assumido o compromisso através de duas Audiências Públicas perante o Ministério Público (MP), como também já teria recebido Ações Cíveis Públicas<sup>42</sup> ajuizadas pelo MP e ainda teria pactuado através do Plano Municipal Psicossocial, cujo orçamento para 2023 é de R\$ 15.390.000,00.

Outro ponto polêmico apresentado pela referida Notificação Conjunta, é o incremento de receita orçamentária para as festividades juninas do município para 2023 (p. 3-5). Para

---

<sup>41</sup>As festividades que o Documento se refere, são os festejos juninos em que foram celebrados contratos na modalidade de inexigibilidade de licitação, entre a prefeitura de Maceió e artistas nacionais e locais.

<sup>42</sup>No referido documento judicial, verificou-se quatro Ações Cíveis Públicas- ACP, ajuizadas pelo MP contra o município de Maceió, voltadas à política de saúde, sendo: duas ACP ajuizadas pelo MP em 2023 (p. 06), uma se refere a testes neuropsicológicos e a outra sobre o centro nutricional. A 3ª ACP (P. 12) refere-se à criação de residências terapêuticas. A 4ª ACP (p. 13) é sobre serviços de referência para crianças e adolescentes com Transtorno de Espectro Autista- TEA (a SMS em audiência pública informou que existem 2.000 crianças com TEA aguardando atendimento e que o único CAPSI não consegue atender a demanda reprimida).

pagar os contratos<sup>43</sup> das atrações artísticas de uma noite, o município iria retirar dos cofres públicos o equivalente ao orçamento anual da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, Primeira Infância e Segurança Alimentar (Semdes), voltado à área da criança e adolescente, cujo montante corresponde a R\$ 1.674.870,00. O orçamento à assistência à pessoa com deficiência totaliza o valor anual de R\$ 1.614.000,00 e o orçamento para a pessoa idosa perfazia o valor anual de R\$1.781.449,00. Vale salientar que os custos dos festejos juninos de 2023 tiveram previsão de R\$ 20,24 milhões, quase o dobro do que foi gasto na celebração do ano anterior, quando a prefeitura desembolsou R\$ 11,18 milhões. Demonstrando que para o município as políticas públicas voltadas à população maceioense são menos importantes de que as festividades juninas.

Vale ressaltar que os contratos firmados com artistas, para as festividades juninas de 2023, são da modalidade de inexigibilidade de licitação, que, de acordo com o artigo 25 da lei nº 8666/93, é uma hipótese de contratação direta sem licitação, diferenciando-se da dispensa por se ter uma impossibilidade fática, lógica ou jurídica do confronto licitatório. Nesse caso, a licitação é materialmente impossível pela inviabilidade de competição ou desnecessária.

Retomando a discussão da saúde pública de Maceió, mais precisamente a análise do fundo público municipal, é necessário destacar que ainda existem dois programas que fazem parte da proposta da prefeitura voltada à saúde da população, a saber: o Programa Saúde da Gente e o Programa Corujão da Saúde.

O Programa Saúde da Gente foi implantado em 8 de agosto de 2022e, de acordo com o site da prefeitura de Maceió<sup>44</sup>, “até o presente momento o projeto contabiliza 507.829 atendimentos”, através do “maior serviço de saúde itinerante no país”. O projeto tem como público-alvo a população em situação de vulnerabilidade dos diversos bairros da capital e conta com cinco frentes de trabalho: saúde da mulher, saúde infantil, saúde mental, saúde nas grotas e saúde animal. Oferta serviço clínico e especializado, exames laboratoriais e vacinação, dentre outros. As equipes contam com médicos (clínicos, ginecologistas e

---

43Segundo notícia veiculada na mídia, o ranking dos cachês era: Gustavo Lima – R\$ 980 mil; Wesley Safadão – R\$ 700 mil; Leonardo – R\$ 550 mil; João Gomes – R\$ 500 mil; Luan Santana – R\$ 500 mil; Bell Marques – R\$ 480 mil; Alok – R\$ 400 mil; dentre outros. Disponível em: <https://folhadealagoas.com.br/2023/06/22/investimento-milionario-veja-todos-os-caches-do-sao-joao-de-maceio> /Acesso em: 18 set 2023.

44Disponível em: <https://maceio.al.gov.br/p/sms/saude-da-gente> Acesso em: 19 set.2023.

pediatras), nutricionista, assistente social, psicólogo, enfermeiros, fisioterapeutas. Os atendimentos são realizados diariamente, de 8 as 20 h em tendas fixadas em praças ou terrenos dos bairros mais carentes de Maceió. Ainda existe o Centro de Atendimento ao Turista (Catmóvel), uma van que fica na orla da praia da Ponta Verde e se restringe a realizar vacinação. Vale frisar que a tenda fica cerca de 15 dias em cada local e que decorrido esse período, caso o usuário necessite retornar, este deverá descobrir onde está localizada a nova tenda e se deslocar até o novo local, que pode ser bem distante de seu domicílio.

O Projeto Saúde da Gente foi lançado no dia 6 de junho de 2022, em plena campanha eleitoral para presidente, senador, governadores, deputados estaduais e federais. Foi uma iniciativa do senador Rodrigo Cunha que destinou R\$ 15 milhões em emendas parlamentares para a realização desse projeto. O referido Senador afirmou<sup>45</sup> que:

[...] o programa vai mudar a vida das pessoas. Nós estamos diante de um novo projeto para Maceió, um projeto inovador. Pela primeira vez vamos até os bairros para tratar de questões muito importantes de forma direta, como a saúde mental, saúde da criança, saúde bucal, buscando trabalhar prevenção. O Saúde da Gente vai mudar a vida dessas pessoas. É um trabalho completo que vai diminuir diversos problemas que atingem a população em termos de saúde [...].

Vale frisar que estamos em 2024 e o referido projeto assistencialista continua funcionando e mascarando a atuação da Atenção Primária do Município, uma vez que estes únicos atendimentos realizados de forma pontual, através de tendas itinerantes a saúde, nos bairros mais carentes da capital, ferem os princípios da universalidade e da integralidade do SUS, sendo ainda computados no sistema de informação em saúde do Ministério da Saúde, voltado à atenção primária (e-SUS APS), como se fossem atendimentos da atenção primária. Conforme o Relatório do Programa Saúde da Gente de 2023, elaborado pela supervisora do Programa e veiculado no site da prefeitura,<sup>46</sup> consta que: “[...] A produtividade da Saúde da Gente (CNES: 3411141), é mensurada diariamente e incluída também no E-SUS Atenção Básica (AB), que é a estratégia de informatização da informação na Atenção Primária [...]”.

No quadro 2, abaixo constam os dados referentes aos atendimentos do Programa Saúde da Gente, no período de 08 de agosto de 2022 a 25 de julho de 2023, que transforma uma ação pontual e sem continuidade em um dado referente à atenção primária do município, camuflando, de fato, o percentual de cobertura da atenção básica em Maceió que,

---

45 <https://maceio.al.gov.br/noticias/gp/prefeito-jhc-lanca-saude-da-gente-e-atendimentos-vaio-beneficiar-mais-de-500-mil-pessoas> Acesso em 19 set.2023.

46 Disponível em: <https://maceio.al.gov.br/uploads/documentos/RELATORIO-SAUDE-DA-GENTE-25.07.2023-2.pdf> Acesso em: 19 set 2023.

consequentemente, tende a aumentar e a reproduzir a ilusão na capital do estado de Alagoas se faz promoção de saúde, prevenção de doenças, dentro das unidades básicas de saúde.

**QUADRO 2 - ATENDIMENTOS REALIZADOS PELO PROGRAMA SAÚDE DA GENTE, NO PERÍODO DE 08/08/2022 A 25/07/2023.**

FRENTE	QUANTIDADE DE ATENDIMENTOS
MULHER	70.242
CRIANÇA	68.897
MENTAL	41.811
BROTA NA GROTA	275.184
ANIMAL	51.695
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>507.829</b>

Fonte: Elaboração própria com base no Relatório situacional de atividades realizadas pelo Programa Saúde da Gente em 2023

O Programa Saúde da Gente cria um falso acesso à saúde através da colocação de tendas em pontos estratégicos, nas quais profissionais contratados pela OS IGA ou com vínculos precarizados realizam atendimentos itinerantes, que deveriam ser realizadas dentro das unidades, conforme preconiza o Ministério de Saúde, utilizando a referência e a contrarreferência— tão relevantes no cuidado da saúde através da atenção primária. Muitas vezes, a tenda da saúde funciona na frente da unidade de saúde e nela há o médico e o exame que falta na unidade. Se aplicassem o dinheiro da emenda parlamentar pra fortalecer as ações e serviços das unidades básicas, seria mais viável.

Oportuno salientar que no dia 16 de junho de 2022, foi aberto processo administrativo pela Secretaria Adjunta de Governança da SMS, de número 5800.63112.2022, cujo assunto tratado era o “Pedido de autorização para desenvolvimento de projeto interdisciplinar de ações complementares de saúde em caráter itinerante junto aos bairros e aglomerados urbanos com maior identificação de carência assistencial”. Este processo consta com 329 páginas e conta um estudo que pretende transformar o Programa Saúde da Gente em uma ação da SMS, que objetiva “auxiliar os serviços prestados pela municipalidade” (p. 03), através da parceria com instituições do terceiro setor, Organizações da Sociedade Civil (OSCs) ou sem fins lucrativos.

A proposta do referido processo, visava à execução direta do projeto apresentado, com vistas a garantir a continuidade dos serviços públicos de forma “eficiente e desburocratizada”

através de Termos de Fomento<sup>47</sup>. A intenção por traz dessa preocupação escancara o verdadeiro motivo do pleito, em facilitar o trâmite processual, dispensara licitação e promovera privatização e apropriação pelas empresas privadas do fundo municipal de saúde:

[...] Saliento, por final, que a legislação aplicável à espécie das parcerias voluntárias admite a dispensa da chamada pública para seleção de propostas dessa natureza em hipótese de organizações previamente credenciadas pelos órgãos gestores das respectivas políticas, na forma do art. 30, VI da Lei Federal n. 13.019/14. [...] (2022, P. 03).

Ainda no referido processo, folhas 85, o financiamento deste contrato de parceria entre a SMS e a OSCs, na modalidade denominada Termo de Fomento, é possível verificar que a dotação orçamentária será retirada das ações e dos serviços da SMS, mais precisamente a estruturação da rede psicossocial, o reordenamento da atenção primária e o fortalecimento e aprimoramento a promoção e vigilância em saúde. Podemos perceber que ao retirar a dotação orçamentária de setores primordiais da saúde municipal e que já se encontram fragilizados, estes tendem a sofrer cortes orçamentários que irão repercutir na prestação de serviços prestados pela SMS.

O Programa Corujão da Saúde, lançado em setembro de 2021, tem como objetivo ampliar o atendimento de unidades de saúde até as 21h e já realizou 175 mil atendimentos em dois anos de implantação<sup>48</sup>. Atualmente são 23 unidades de saúde em mais de 15 bairros da capital que, além do horário normal de funcionamento, passaram a ter horário estendido das 17h às 21h. Estas 23 Unidades Corujão são administradas pelo Instituto de gestão Aplicada - IGA, que é a OSC que administra a Atenção Primária de Maceió.

Um fato curioso é que o Corujão da Saúde foi criado em período eleitoral e também por intermédio de emenda parlamentar, no valor de R\$ 17 milhões, de autoria do Senador

---

47De acordo com a Lei 13.019/2014, também conhecida como Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil (MROSC), Termo de Fomento, é o mecanismo pelo qual são estabelecidas parcerias entre a administração pública e as OSCs. Essas parcerias buscam alcançar objetivos de interesse mútuo propostos pelas OSCs, envolvendo a transferência de recursos públicos, através de um chamamento. Vale frisar, se trata um procedimento competitivo, e a referida lei, possibilita que a administração pública fique desobrigada de realizar a licitação e até o chamamento público e seleciona a melhor proposta que lhe convier.

48 Disponível em: <https://maceio.al.gov.br/noticias/sms/corujao-da-saude-beneficia-usuarios-com-unidades-de-saude-atendendo-ate-as-21h>. Acesso em 19 set 2023.

Rodrigo Cunha e do Deputado Federal Pedro Vilela conforme notícia veiculada no portal 7 segundos<sup>49</sup>:

[...] O senador Rodrigo Cunha e o deputado federal Pedro Vilela, ambos do PSDB, garantiram em Brasília R\$ 17 milhões para que a Prefeitura de Maceió lance nesta sexta-feira (03) o Corujão da Saúde. O Corujão da Saúde dará assistência médica, odontológica e farmacêutica domiciliar e ampliará os horários de atendimento inicialmente de 8 Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Unidades de Saúde da Família (USF) da capital. Os recursos assegurados pelos parlamentares custearão esta iniciativa, além de outras ações em prol da saúde dos maceioenses [...].

A partir das reflexões feitas acima, percebemos que o fundo municipal da saúde, no que diz respeito à atenção primária é composto do recurso fundo a fundo do Ministério da Saúde e de emendas parlamentares destinada aos dois programas citados anteriormente, tendo ainda parcela considerável sendo alocada por uma Organização Social que administra as unidades de saúde e a saúde bucal do município, conforme mencionamos anteriormente. Oportuno destacar ainda, que o fato de existirem emendas parlamentares que possibilitem a criação de programas e projetos da SMS, isto não implica na garantia da manutenção destes

**GRÁFICO 7 – Percentual do financiamento do Ministério da Saúde destinado à atenção básica e à atenção de média e alta complexidade para o município de Maceió no ano de 2022**



Fonte: Painel de informações do FNS (2023)

Ainda podemos destacar que, para o município de Maceió, nos anos de 2022, no que concerne aos dados voltados aos componentes da atenção primária e da atenção de média e alta complexidade, conforme ilustra o gráfico 7, retirados do Painel de Informação do Fundo Nacional de Saúde,<sup>50</sup> a média e a alta complexidade abarcam quase todo o repasse do

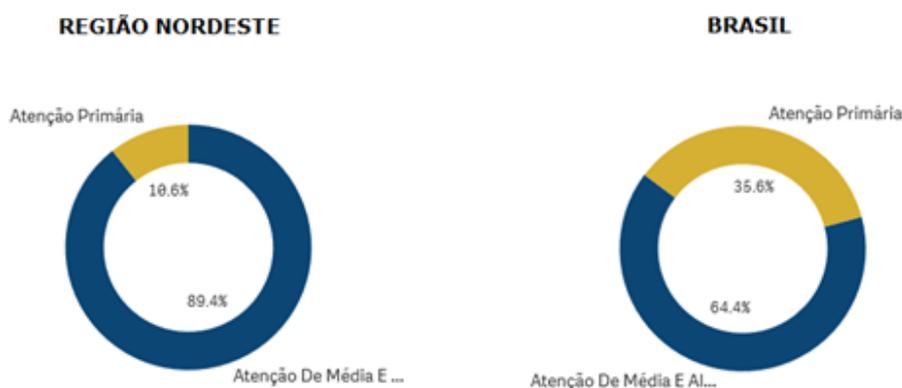
49Disponível em: <https://www.7segundos.com.br/maceio/noticias/2021/12/02/193308-corujao-da-saude-comeca-a-operar-em-maceio> Acesso em: 19 set 2023.

50 - No Painel de Informação do Fundo Nacional de Saúde, disponível no site do Fundo Nacional de Saúde, para obtermos estes dados, os filtros utilizados foram: ano; unidade federativa; município; tipo de repasse estadual e municipal; recurso covid-19 e recurso normal; componente da média e alta complexidade, atenção especializada e atenção primária.

financiamento enviado pelo Ministério da Saúde, na modalidade fundo a fundo, o que corresponde a 86,4% dos recursos, em detrimento de 13,2 % para atenção primária.

Para fazer uma comparação, buscamos no referido Painel de Informação, sob os mesmos filtros<sup>51</sup>, utilizando os dados referentes à região nordeste e o percentual nacional, conforme gráfico abaixo, com vistas a identificar se é uma tendência nacional e regional investir mais no componente da média e alta complexidade.

**GRÁFICO 8 – Percentual do financiamento do Ministério da Saúde destinado à atenção primária e à atenção de média e alta complexidade para o ano de 2022**



Fonte: Painel de Informação do FNS (2023)

Há que se salientar que em Maceió a grande maioria das referências de prestadores de serviços da média e alta complexidade é realizada através de empresas de caráter privado e entidades filantrópicas, de onde se pode reiterar que a iniciativa privada ao invés de ser complementar ao SUS, é majoritária, transformando-se na única referência na prestação de serviços de saúde para a população, conforme podemos constatar através da figura 3, a seguir, que compõe o Relatório Anual de Gestão (RAG), da Secretaria Municipal de Saúde, do ano de 2022 (p. 11-12). Essa é outra contradição presente na gestão municipal do SUS, que promove a complementaridade invertida, já tratada no capítulo anterior, que transforma o SUS em complementar e a rede privada passa a ofertar grande parte dos serviços para o SUS e pagos pelo SUS. Silva, Correia e Santos consideram que:

51 - Os filtros utilizados foram: ano; estados; repasse estadual e repasse municipal; recurso covid-19 e recurso normal; componentes: atenção primária e atenção de média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar.

[...] A privatização do SUS por meio da complementaridade invertida tem propiciado a desestruturação da rede pública de saúde, ao privilegiar a compra de serviços privados, ao invés de investir na ampliação e manutenção dos serviços públicos. Tal processo tem se refletido na precarização dos serviços públicos, com a falta de infraestrutura, insumos, recursos humanos, fatores que se refletem, de forma negativa, na prestação de serviços aos usuários do SUS. [...]. (2017, p. 128).

De acordo com o Relatório de Gestão Anual da SMS de 2022, item 5.3, conforme figura 3, apresentada abaixo, a rede prestadora de serviços do SUS municipal é constituída por 1.678 estabelecimentos de saúde. Deste total de estabelecimentos de saúde, 300 deles, o que representa 17,87% se referem às unidades de saúde, laboratórios e serviços de caráter público, que compõem os serviços de referência para atenção primária. Os outros 1.378 estabelecimentos de saúde são da rede privada e correspondem a 82,13% das referências da média e alta complexidade. O que comprova que a rede que deveria ser complementar ao SUS municipal, finda por ser majoritária. Configurando a existência da complementaridade invertida no SUS Municipal e a privatização do fundo público da saúde de Maceió.

### **FIGURA 3 - ANÁLISES E CONSIDERAÇÕES SOBRE A REDE FÍSICA PRESTADORA DE SERVIÇOS AO SUS**

#### 5.3. Consórcios em saúde

O ente não está vinculado a consórcio público em saúde

#### ● Análises e Considerações sobre Rede Física Prestadora de Serviços ao SUS

A análise sobre a Rede Física Prestadora de Serviços ao SUS é realizada com base na competência 12/2021, do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde sobre o quantitativo e classificação dos estabelecimentos existentes no município de Maceió. A consulta foi realizada pela Coordenação Geral de Planejamento em Saúde/Coordenação de Análise e Situação de Saúde. Isso se deve ao fato dos dados apresentados pelo sistema DIGISUS demonstrar divergências sobre quantitativo de estabelecimento por tipo de gestão e estabelecimentos existentes no município.

A rede física é constituída de um total de 1.678 estabelecimentos de saúde. Destes, 300 tem vínculo com o SUS, entre Unidades próprias e prestadores contratualizados, representando 17,87 % do total de estabelecimentos no município. A rede de serviços pública municipal está mais centrada na atenção básica. Os maiores quantitativos referentes à assistência de média e alta complexidade são dependentes da rede privada, evidenciando a conformação do SUS municipal à rede prestadora de serviços, que atua de forma complementar.

Fonte: Retirado do relatório Anual de Gestão da SMS (2022)

Ante o exposto, sendo a prestação de serviço da média e alta complexidade do município de Maceió realizada majoritariamente pela rede privada, conforme constatamos a partir da figura 3, acima, podemos afirmar que, no que concerne à judicialização de saúde, também é a rede privada que se encarrega de responder às demandas judiciais.

Assim, fica evidente que os hospitais e clínicas que compõem a referência dos serviços de média e alta complexidade de Maceió, novamente capturam o fundo público municipal,

quando a gestão municipal para responder às demandas judiciais desse nível de atenção à saúde, busca a rede “complementar” contratualizada, que é a única referência, do SUS municipal, reforçando desta forma, a tendência nacional.

Como vimos anteriormente, o fundo público de saúde, seja ele no âmbito federal ou no municipal, segue ao longo da existência do Sistema Único de Saúde apresentando conflitos similares quanto ao seu financiamento, dando primazia às demandas do capital em detrimento das demandas da classe trabalhadora, uma vez que permite que o fundo público seja captado e apropriado pela iniciativa privada.

Maceió não foge a essa tendência nacional de favorecer a privatização do fundo público através de contratos de gestão em que uma OSCs, retirará do fundo municipal de saúde, o equivalente a R\$ 72 milhões anuais para pagar a uma Organização Social (IGA), para administrar a atenção primária. Sob a alegação de que a contratação iria solucionar os principais problemas existentes na atenção primária do município. Entretanto, após quase dois anos de contrato assinado, a realidade da atenção primária segue com as mesmas lacunas de outrora, dificuldades na marcação de consultas e exames, cobertura do PSF de 26% da população, equipamentos e unidades de saúde sucateadas, dentre outros.

Em agosto de 2023 foi veiculada nas mídias sociais<sup>52</sup>uma matéria intitulada “O Ministério Público de Alagoas pede em caráter de urgência, investimentos em 12 unidades básicas de saúde de Maceió” Segundo a referida matéria 12 unidades estão sucateadas e sem condições de atender aos usuários do SUS com a dignidade que a Constituição Federal garante. O MP através de 67ª Promotoria de Justiça, responsável pela saúde, pede o cumprimento das sentenças proferidas por ação pública ajuizada anteriormente, das quais o município de Maceió não cumpriu com o que foi determinado judicialmente. O Promotor titular da 67ª Promotoria, Dr. Luciano Romero afirma que:

[...] mas ainda não recebemos nenhuma informação sobre a recuperação e qualidade nos serviços nas mesmas. Mais uma vez, cumprindo o que nos compete, pedimos que o município cumpra que foi decidido mediante as ações civis ajuizadas, para que o cidadão receba o atendimento adequado, os profissionais de saúde também tenham condições de desenvolver suas atividades em ambiente salubre. Não há como concebermos um local que cuida da saúde das pessoas com estrutura inadequada, que não oferte bom acolhimento e possa, inclusive, causar outros problemas de saúde [...].

---

<sup>52</sup>Disponível em:<https://cbnmaceio.com.br/noticia/15454/mp-al-pede-com-carater-de-urgencia-reformas-em-12-unidades-de-saude-basica-de-maceio> Acesso em: 18 set 2023.

Na reportagem supracitada, também foi afirmado que o Conselho Municipal de Saúde (CMS) reconhece que os problemas estruturais presentes nas UBS são evidentes, bem como menciona a existência de várias denúncias acerca da falta de medicamentos e muitas reclamações sobre o sistema de regulação PRONTO, por onde se agendam as consultas e exames.

Compreender os impasses, os paradoxos e as disputas que envolvem o fundo municipal de saúde de Maceió, é fundamental para possibilitar situar o debate acerca da judicialização da saúde no município e identificar os impactos e as consequências desse processo para os serviços de saúde e para o orçamento público.

### **3.3 – Panorama da judicialização da saúde no município de Maceió.**

Antes de adentrarmos no panorama da judicialização da saúde de Maceió, optamos por trazer algumas reflexões, sobre o crescimento desse processo, nos anos recentes. A pesquisa “Judicialização da Saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução”, elaborada pelo Instituto de Extensão e Pesquisa – Insper / CNJ<sup>53</sup> e publicada em 2019, aponta o crescimento exponencial das ações judiciais voltadas a tutelar o acesso à saúde, entre os anos de 2008 a 2017.

Para a referida pesquisa do CNJ, no estado de Alagoas, a quantidade de processos em tramitação, já concluídos e arquivados entre 2008 a 2017, chega a 13.910 processos somente na Primeira Instância (2019, p. 59), para os processos de Segunda Instância a quantidade de ações judiciais atinge 6.352 processos (2019, p. 60; se somarmos os dois valores, chegaremos a uma quantia de 20.262 solicitações de judicialização da saúde, que correspondem a mais de 20 mil pedidos à justiça para que os usuários do SUS em Alagoas possam ter acesso a determinados serviços de saúde.

Outro ponto relevante apresentado pela pesquisa supracitada refere-se aos pedidos de recursos nas sentenças (2019, p.125) em que são negadas as tutelas decorrentes da judicialização da saúde. Das 20.662 ações judiciais impetradas entre os anos de 2008 a 2017, em Alagoas, ocorreram 14.517 pedidos de recursos na primeira instância, sendo 2.404

---

53 - A pesquisa realizada pelo INSPER, foi publicada pelo Conselho Nacional de Justiça e em 2019, cujos dados se referem aos Tribunais de Justiça de 21 dos 27 Estados brasileiros e três Tribunais Regionais, que responderam o questionário, correspondente a série histórica de 2008 a 2017. Vale frisar ainda, que estes dados são relativos a processos em tramitação, concluídos e arquivados pelo Tribunal de Justiça de Alagoas e devidamente publicizados no Diário Oficial do Estado.

pedidos de recursos oriundos da saúde suplementar e 12.113 pedidos de recursos oriundos da saúde pública. Quanto às solicitações na segunda instância, dos 6.610 pedidos de recursos, 438 deles são oriundos da saúde suplementar e 6.172 casos originados da saúde pública.

Desta forma, podemos concluir que em Alagoas a maioria dos recursos das sentenças proferidas aos processos de judicialização da saúde, é oriunda dos usuários do SUS, da saúde pública e não da saúde suplementar, fato este, que contraria o argumento de que a judicialização da saúde é destinada a parcela privilegiada da população que pode constituir advogado, uma vez que grande parte dos pedidos de recursos é realizada via Defensoria Pública e Ministério Público.

Um terceiro ponto importante, que deve ser considerado, refere-se ao tipo de demanda das ações judiciais, se são coletivas ou individuais. Na pesquisa em tela podemos observar que as demandas individuais se sobrepõem as coletivas e que em Alagoas, um percentual muito pequeno corresponde às ações coletivas.

Por ações coletivas para a finalidade desta pesquisa, abrangem-se as ações cíveis públicas e os mandados de segurança coletivos. Assim podemos constatar que de um total de 4.269 ações entre coletivas e individuais, para a 1ª Instância, 528 ações correspondem às ações coletivas, que atingem 12,37% das solicitações judiciais. Quanto às ações individuais, estas perfazem o total de 3.741 e correspondem a 87,63% das demandas judiciais. Já para os casos de 2ª Instância, temos um total de 1519 ações entre coletivas e individuais, sendo 04 ações coletivas, que correspondem a 1,04% das sentenças e 1.515 ações individuais, que perfazem 98,96% das demandas judiciais.

Feitas estas observações, das particularidades do estado de Alagoas, passemos aos dados específicos, para analisarmos a singularidade do município de Maceió. O Portal do Conselho Nacional de Justiça – CNJ<sup>54</sup> possui um Painel de Saúde, com dados estatísticos voltados à judicialização da saúde.

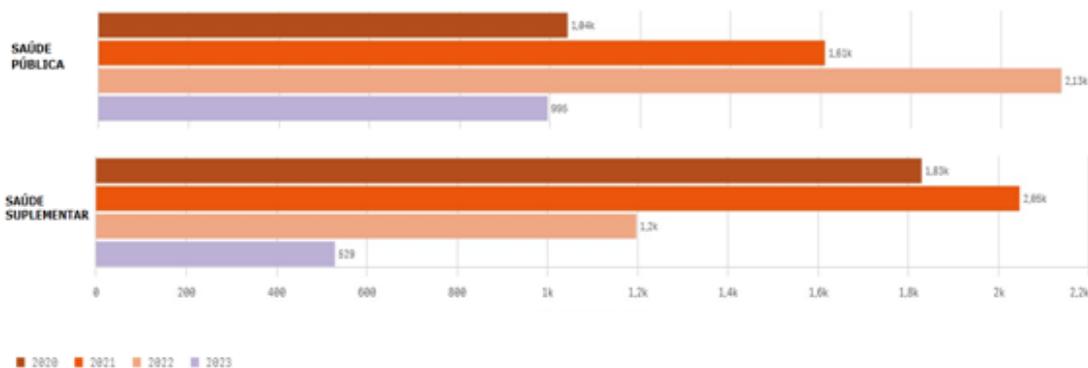
No referido painel, colocamos como filtro os anos de 2020 a 2023; o município de Maceió, e a quantidade de processos por tipo de saúde e obtivemos os seguintes resultados: No que se refere à saúde pública, no ano de 2020 existiam 1.004 processos; no ano de 2021 foram 1.610; em 2022 foram 2.130 processos e em 2023 até a data de 25/09/2023 já existem 995 processos. Quanto à saúde suplementar, nos anos de 2020 temos 1.830 processos; em

---

54 Disponível em: <https://www.paineisanalytics.cnj.jus.br> Acesso em: 25 set 2023.

2021 foram 2.050 processos; em 2022 tivemos 1.200 ações e em 2023 até o dia 23/09/2023 temos 529 processos, conforme o gráfico abaixo:

**GRÁFICO 9 – Quantidade de processos do município de Maceió: saúde pública x saúde suplementar (2020-2023)**



Fonte: Painel de Informação do Sistema de Saúde do Sistema E-NatJusdo CNJ (CNJ, 2022).

O gráfico 9 apresentado acima, revela que em Maceió, no que se refere à judicialização da saúde, as ações oriundas da saúde suplementar durante os anos de 2020 e 2021 superam as ações decorrentes da saúde pública. Vale ressaltar que nesse período o mundo viveu uma pandemia ocasionada pelo vírus SARS-CoV-2, que causou fortes impactos tanto na saúde pública quanto na suplementar. A revista eletrônica Visão hospitalar<sup>55</sup> afirma que somente no Estado de São Paulo, no início da pandemia as ações judiciais contra planos de saúde, aumentaram em 1.000% e que, por dia, eram distribuídas cerca de 20 novas ações contra as empresas controladoras de planos de saúde.

O número de ações judiciais contra os planos de saúde teve um aumento considerável com a pandemia do Covid-19, estima-se que nos Tribunais de Justiça nacionais, este crescimento<sup>56</sup>pode se tornar superior a 100%, quando comparado ao mês que antecedeu a pandemia. O combate a judicialização por parte dos planos de saúde vem sendo pauta recorrente, uma vez que a Agência Nacional de Saúde ampliou o rol de procedimentos e eventos para a saúde suplementar, aumentando o número de ações contra os planos de saúde.

Nos anos de 2020 e 2021, para a rede pública, ocorreu o contrário, as ações judiciais contra a rede pública foram bem menores do que as da rede privada. Necessário frisar que durante a pandemia de Covid-19, a Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, liberou da

55 Disponível em: [www.revistavisaohospitalar.com.br/planos-de-saude-em-tempos-de-pandemia](http://www.revistavisaohospitalar.com.br/planos-de-saude-em-tempos-de-pandemia) Acesso em: 16 nov2023.

56 Disponível em: [www.migalhas.com.br/depeso/325767/numero-de-acoes-judiciais-contra-os-planos-de-saude-cresce-com-a-pandemia-de-covid-19](http://www.migalhas.com.br/depeso/325767/numero-de-acoes-judiciais-contra-os-planos-de-saude-cresce-com-a-pandemia-de-covid-19) Acesso em: 16 nov. 2023.

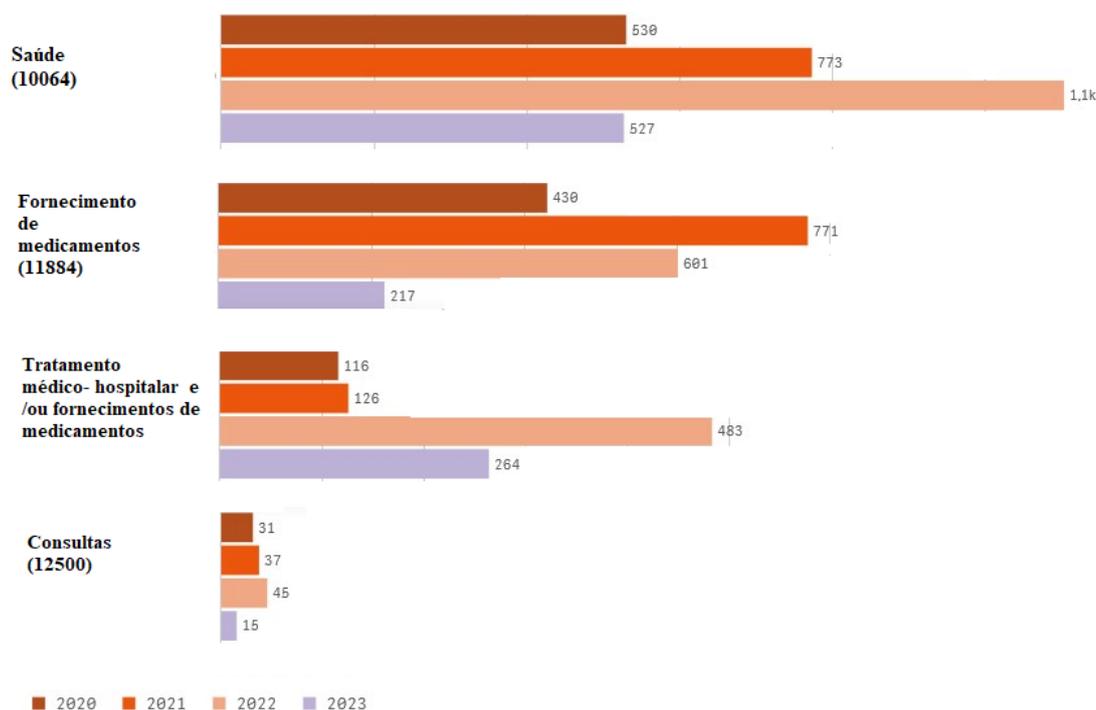
regulação o atendimento ambulatorial e consultas eletivas e deixou sobre livre demanda a entrada dos usuários do SUS aos postos de saúde da capital e ainda criou um centro de especialidades médicas voltadas para atendimento das sequelas de Covid-19. Sendo as consultas ambulatoriais e especialidades médicas ofertadas por livre demanda, sem passar via sistema de regulação do município, as ações judiciais contra o SUS municipal de fato tenderiam a diminuir, uma vez que, como vimos anteriormente, são os medicamentos e consultas de especialidades médicas as maiores demandas da judicialização no país.

Para os anos seguintes de 2022 e 2023, o gráfico 9, apresentado anteriormente, revela que as ações judiciais da saúde pública em Maceió, crescem em intensidade maior que a rede suplementar. Dentre as razões que explicam o aumento da judicialização da saúde no município podemos citar o retorno da vinculação das consultas ambulatoriais e de especialidades médicas, ao sistema municipal de regulação, que funciona com uma demanda reprimida e com uma carência de ofertas em especialidades médicas.

Enquanto nos anos de 2020 e 2021 no auge da pandemia de Covid-19, foram contratados muitos médicos em caráter de urgência e com a verba especial para enfrentamento da Covid-19, especialidades para dar conta da demanda espontânea, decorrente da pandemia. Especialidades como clínico médico, neurologista, ortopedista, fisiatra, infectologista, urologista, dentre outros, que na pandemia contavam com um número maior de profissionais e atualmente o município tem carência e até ausência destas especialidades e ainda para se ter acesso a estas especialidades o usuário do SUS municipal necessita regular a consulta via PRONTO, o sistema de regulação de consultas e exames, meses para efetivar o atendimento.

Dentre as principais demandas da judicialização da saúde pública em Maceió, o painel de saúde do CNJ, aponta que temas como saúde, fornecimento de medicamentos e tratamento médico-hospitalar são mais recorrentes. Conforme aponta o gráfico 10, logo abaixo:

**GRÁFICO 10 - PRINCIPAIS DEMANDAS DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA EM MACEIÓ (2020 A 2023).**



Fonte: Painel de Informação de Saúde do Sistema E-NATJUS do CNJ (2023).

Vale salientar que a principal demanda das ações, está na categoria Saúde (10064). Ao pesquisar no Portal do CNJ, identifica-se que o código 10064 se refere a 30ª vara Cível da Capital e Juiz do Especial Adjunto, com competência de Fazenda Pública no âmbito da saúde, cujos trâmites se remetem a ações judiciais da saúde, propostas contra a Fazenda Pública Estadual ou Municipal e tem como atribuição exclusiva, processar e julgar as demandas da saúde como: fornecimento de medicamentos, insumos, exames, cirurgias e internações.

No que se refere às ações voltadas ao fornecimento de medicamentos, que se identifica como a segunda demanda mais requisitada pelos usuários do SUS em Maceió, há que se considerar pertinente a reflexão feita anteriormente -no item 2.4 deste trabalho que trata da judicialização da política de saúde no Brasil e suas tendências- acerca da lista de medicamentos municipal, Remume. Existem responsabilidades compartilhadas entre os entes federativos quanto a Assistência Farmacêutica que estão sendo descumpridas e ainda há uma falta de organização e até ingerência que acomete boa parte dos municípios, concernente à dispensação de medicamentos e correlatos, e Maceió não é uma exceção.

Quanto a terceira maior demanda nos casos de judicialização da saúde pública em Maceió, referente ao tratamento médico-hospitalar, também apresentamos neste estudo, mais precisamente na página 94, na figura 3, retirada do Relatório Anual de Gestão (RAG), da SMS, na qual consta que os serviços de média e alta complexidade são prestados por

empresas de natureza jurídica privada. Sendo assim, estes dados corroboram a necessidade premente de fiscalizar e monitorar a prestação de serviços por parte das empresas contratualizadas pela SMS, uma vez que a rede privada se apropria do fundo público municipal para realizar a cobertura de média e alta complexidade, sem, contudo, obter êxito.

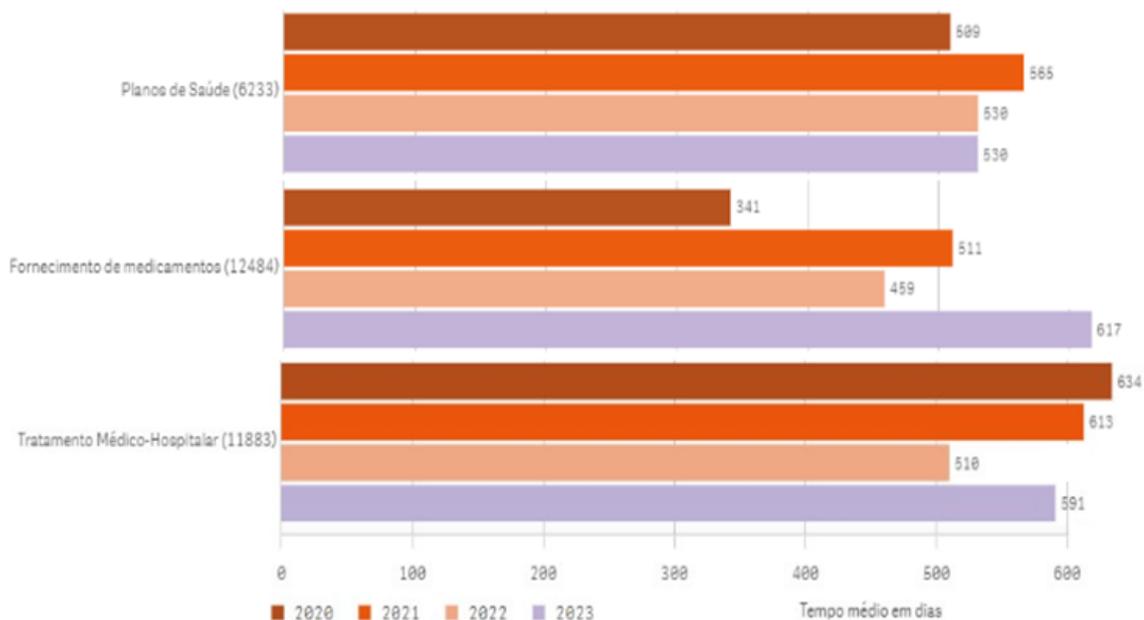
Também podemos afirmar que se a atenção básica se encontra fragilizada, por apresentar baixa cobertura, dificuldade no acesso aos exames e às consultas de especialidades médicas, medicamentos estão em falta, e não se prioriza a promoção de saúde e a prevenção de doença, conforme preconiza o Ministério de Saúde. Assim, a população usuária do SUS finda por ter mais doenças e agravos que conseqüentemente irão sobrecarregar os serviços hospitalares.

E por fim, tem-se nas consultas médicas, outra demanda apresentada pela judicialização da saúde pública em Maceió, demonstrando, ainda que com números baixos, uma fragilidade na atenção primária, uma vez que as referidas consultas fazem parte do atendimento ambulatorial das unidades de saúde. E se existem ações judiciais visando acessar determinada especialidade médica, é sinal que a atenção primária e ou especializada e/ou ainda o sistema de regulação no município não estão atendendo seu propósito, que é garantir a assistência à saúde dos usuários.

Oportuno se faz salientar que as áreas apresentadas como as principais demandas da judicialização da saúde pública em Maceió, representam também as áreas onde se concentram os maiores problemas e desafios a serem enfrentados pela gestão municipal.

Outro ponto que necessita ser evidenciado, diz respeito ao tempo de tramitação que percorre a judicialização da saúde de Maceió. De acordo com o gráfico 11, abaixo, composto por dados retirados do Painel Saúde do CNJ, o tempo médio de tramitação dos processos até o julgamento da demanda é de mais de 500 dias.

**GRÁFICO 11 - Tempo de Tramitação do processo até o julgamento**



Fonte: Painel de Informação de Saúde do Sistema E-NATJUS (CNI, 2023).

Analisando os dados extraídos do gráfico em questão, iremos observar que o tempo mínimo de tramitação de processos envolvendo o fornecimento de medicamentos refere-se ao ano de 2020 e atinge 341 dias. Já o maior lapso de tempo de tramitação de um processo que envolve um requerimento voltado à saúde é de 634 dias e se refere a um pedido de tratamento hospitalar.

De posse destes dados, podemos fazer algumas reflexões que não podem passar despercebidas. A maioria das demandas solicitadas pelos pacientes é de caráter emergencial e desse modo o fator tempo é crucial. Sendo assim os usuários necessitam de maior brevidade na solução do litígio e o tempo de espera pela sentença judicial chega a ser desumano. Essa expectativa do tempo em relação ao acesso a um serviço de saúde pública acaba sendo muito desgastante para os usuários, principalmente para os pacientes oncológicos, que já se encontram diante de um quadro de saúde debilitado.

O fornecimento de medicamentos é uma das principais demandas das ações judiciais. Há que se considerar que alguns deles fazem parte da relação dos que são fornecidos pelo SUS. Para esse caso é viável maior fiscalização do Ministério da Saúde e dos órgãos de controle e participação social, uma vez que estados e municípios possuem gestão compartilhada e não cabe à desculpa de que não existe remédio na farmácia do posto de saúde, até porque o MS disponibiliza soma considerável de recurso financeiro para este fim.

Existem ainda os casos em que as ações judiciais pleiteiam medicamentos que ainda não possuem a autorização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Para estes casos, é preciso aperfeiçoar a regulamentação, reduzindo a burocracia, mas com o rigor científico exigido, uma vez que o debate acerca da incorporação de novas tecnologias e novos medicamentos a serem incorporados pelo SUS, não deve desconsiderar os reais interesses das indústrias de tecnologia e farmacêutica. A esse respeito, Mendes e Dain (2012, p. 1033) asseveram que:

[...]Parte dos problemas causados pela demanda judicial, sobretudo os relativos gastos financeiros, decorreria da manutenção das patentes dos medicamentos. O direito a patente constitui-se, portanto, o principal instrumento das indústrias farmacêuticas para garantir seus interesses econômicos. O que agrava esse quadro, no momento da demanda judicial em saúde, é a compra, pelo Estado, em regime de urgência, impossibilitando as negociações de preços, prevalecendo o valor cobrado pelas empresas [...].

Assim, a incorporação de novas tecnologias e novos medicamentos não deve significar a aceitação passiva das pressões das empresas privadas nacionais ou internacionais em lucrar vendendo medicamentos, equipamentos, procedimentos ao SUS, mas possibilitar que os usuários e as usuárias do SUS possam ter acesso à tecnologia de ponta na assistência à saúde, principalmente porque as pesquisas sobre novas tecnologias são realizadas com apoio e custeio do Estado, recurso financeiro público, cujo produto final deveria ser público também.

Feitas estas ponderações, não é viável a naturalização da judicialização da saúde, ainda que esta seja apontada como a única possibilidade de acessar os direitos para determinados serviços de saúde. Cabe-nos analisar os caminhos que a judicialização percorre no município de Maceió, para verificar quais disputas de interesses estão em jogo e quais os impactos que ela provoca.

#### **4. JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA EM MACEIÓ E SEUS REBATIMENTOS NO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE: A CAPTURA DO FUNDO PÚBLICO PELO SETOR PRIVADO**

Neste capítulo iremos conhecer o funcionamento da judicialização da saúde pública em Maceió e identificar os impactos deste processo para o fundo municipal de saúde e, por fim, verificar se as respostas às demandas da judicialização ocorrem mais na rede privada ou na rede pública.

Optamos por iniciar o capítulo com uma análise acerca da judicialização da saúde e as disputas que estão em jogo na captura do fundo da saúde do município de Maceió. Constatamos que o orçamento da Secretaria Municipal de Saúde, vem ao longo período estudado (2020 a 2023), sendo alocado, majoritariamente para a média e alta complexidade. De acordo com os Relatórios Anuais de Gestão (RAG), referente à execução orçamentária e financeira da SMS, a média e alta complexidade alcança, em 2020, o percentual de 44,11% do orçamento geral; em 2021 aumenta esse percentual para 49,17%; em 2022 chega a 52,38% e em 2023 atinge 52,575.

Assim, podemos afirmar que os estabelecimentos da rede privada captam mais da metade do orçamento do fundo municipal de saúde. Os dados confirmam que em Maceió, existe uma complementaridade invertida, como vimos no decorrer dessa dissertação. Oportuno se faz ressaltar que para atender às demandas decorrentes da judicialização, a gestão municipal realiza nova contratualização, produzindo duplamente a complementaridade invertida.

E sendo a judicialização da saúde de Maceió, prestada majoritariamente pela rede de média e alta complexidade contratualizada pelo SUS municipal, podemos afirmar que, concomitantemente, ela reproduz uma contradição, uma vez que apesar de possibilitar o acesso a determinados serviços de saúde, produz também o fortalecimento da mercantilização da saúde através da via não clássica, pois colabora com aprofundando da captura do fundo público e conseqüentemente o aumento da margem de lucro das grandes empresas privadas.

O segundo item deste capítulo expõe as conseqüências da judicialização aos serviços de saúde em Maceió, a partir das informações coletadas pelo Sistema Integrado de Planejamento e Gestão Fiscal – SIGEF/MCZ. Com base na análise dos dados no referido sistema, observamos que a capital alagoana reproduza tendência dos demais municípios

brasileiros que emprega uma alta soma de dinheiro para responder às sentenças judiciais, possibilitando o aumento da fragilidade do SUS, uma vez que estes recursos financeiros poderiam ser incrementados para o fortalecimento do SUS e na melhoria dos serviços prestados pela saúde municipal, que já se encontra num quadro grave ante o processo de subfinanciamento/ desfinanciamento que passa o SUS atualmente.

No terceiro item iremos abordar as respostas às demandas oriundas da judicialização da saúde: rede privada x rede pública. O pagamento dos processos de judicialização da política em Maceió ocorre vinculado ao assunto/área que a determinação judicial demanda. Este artifício usado pela gestão da Secretaria Municipal de Saúde, para pagar as custas processuais decorrentes da judicialização, faz com que o orçamento destinado a cada área, sofra perdas em seu planejamento financeiro e, conseqüentemente, compromete a cobertura da assistência à saúde das áreas técnicas, diminuindo os serviços e ações de saúde prestadas à população.

Ante o exposto, faz-se necessário analisar os mecanismos de captura do fundo público da saúde que alimentam o lucro do grande mercado empresarial da saúde, visto que os dados apontaram que a judicialização se configura como mais uma oportunidade de apropriação dos recursos públicos pelo setor privado e produz conseqüências severas ao fundo público, à população, como para o depauperamento e desmonte do SUS.

#### **4.1. Judicialização da saúde pública em Maceió e as disputas que estão em jogo para a captura do fundo municipal de saúde**

Faz-se necessário salientar que para fins desta pesquisa alguns impasses obstaculizaram a construção de um panorama mais fidedigno acerca da judicialização da política pública de Maceió. Na tentativa de compreender como funciona a judicialização, buscamos os setores<sup>57</sup> que recebem estas demandas, sem obtermos êxito. Não existe publicação de nota técnica ou quaisquer outros documentos acerca da judicialização da saúde pública. Nem sequer os Relatórios Anuais de Gestão de 2020 a 2023, especificam os serviços pagos, nem as empresas que recebem para prestar esses serviços.

---

<sup>57</sup>Os processos referentes à judicialização são encaminhados para as áreas técnicas responsáveis pelo assunto demandado, assim os setores da SMS que foram solicitados a responder sobre o funcionamento da judicialização foram: a gerência de atenção à pessoa com deficiência, a rede psicossocial, a coordenação de farmácia, a atenção especializada e a média e alta complexidade.

Feitas estas considerações, passemos a analisar a rede que compõe o SUS municipal, conforme quadro 03 abaixo, que corresponde aos estabelecimentos de saúde que prestam os serviços de saúde nos três níveis de atuação do SUS, em Maceió.

**QUADRO 3 - Estabelecimentos de saúde da SMS: rede própria e rede privada**

<b>ANO</b>	<b>2020</b>	<b>%</b>	<b>2021</b>	<b>%</b>	<b>2022</b>	<b>%</b>	<b>2023</b>	<b>%</b>
<b>Número total de estabelecimentos</b>	1.516	100	1.614	100	1.678	100	1.777	100
<b>Estabelecimentos de saúde da rede própria</b>	97	6,4	100	6,9	300	17,8	294	16,5
<b>Estabelecimentos de saúde da rede privada</b>	1.419	93,6	1.514	93,8	1.378	82,1	1.483	83,4

Fonte: Elaboração própria com base nos Relatórios Anuais de Gestão da SMS, no período de 2020 a 2023

A partir do quadro 3 acima percebemos que no que concerne aos estabelecimentos de saúde do SUS municipal para o período analisado, há um crescimento significativo de serviços da rede privada, principalmente nos anos de 2020 e 2021, em que o percentual de estabelecimentos administrados pelo setor privado supera os 93%. Esses dados só comprovam que a complementaridade invertida, da qual falamos no capítulo anterior é uma realidade presente em Maceió.

O crescimento dos estabelecimentos referentes à rede própria de saúde, apesar de existente, ocorre de forma muito inferior ao da rede privada, sendo assim, podemos concluir que o dinheiro oriundo do fundo municipal de saúde, acaba por privilegiar a rede privada, uma vez que pouco se investe na rede pública municipal.

Quando observamos entre os anos de 2020 e 2021 o aumento da rede de estabelecimentos da rede própria do SUS municipal é de apenas 10 novos estabelecimentos de saúde para a rede própria do SUS municipal. Já para os mesmos anos citados, a rede suplementar chegou a 195 estabelecimentos de saúde. Vale ressaltar que o período supracitado foi o de maior impacto ao SUS, devido ao auge da pandemia de Covid-19.

A partir dos dados apresentados no quadro 3 acima, podemos observar que para os anos de 2022 (17,8%) e 2023 (16,5%) o percentual de estabelecimentos próprios de saúde pública municipal cresceu consideravelmente, quase triplicando quando comparamos o ano de 2021 (6,4%) a 2022 (17,8%), correspondendo ao crescimento de mais 200 estabelecimentos novos.

Vale frisar que nesse período o Ministério da Saúde passa a investir massivamente no enfrentamento da Pandemia de Covid-19<sup>58</sup>. Para 2023 ocorre uma pequena redução de 6 estabelecimentos.

No período de 2022 e 2023, para a rede privada de estabelecimentos, observamos uma redução considerável de menos 195 estabelecimentos a prestarem serviços no município. Apesar de ser uma redução significativa, o percentual de estabelecimentos que compõem o setor privado ainda é majoritário, quando comparado ao percentual da rede própria do SUS municipal. Em 2022 esse percentual corresponde a 82,1% e para o ano de 2023 atinge 83,4 dos estabelecimentos de saúde da SMS. Ante o exposto podemos concluir que grande parte dos serviços prestados pela saúde municipal da capital, faz parte da rede privada.

Ao analisarmos a execução orçamentária e financeira da SMS, para o período estabelecido por esta pesquisa, iremos nos deparar com os seguintes dados, retirados dos Relatórios Anuais de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde, que compõem o quadro 4, apresentado a seguir:

**QUADRO 4 - Execução orçamentária e financeira de Secretaria de Saúde de Maceió à rede privada, entre 2020 a 2023.**

Subfunções da saúde ou conjunto de despesas	2020 /R\$	2021/R\$	2022/R\$	2023/R\$
Atenção primária	60.504.807,62	76.179.932,65	278.985.584,54	346.875.561,10
Média e alta complexidade	362.124.649,76	409.656.341,20	490.288.691,51	579.430.869,71
Assistência farmacêutica	15.898.141,17	17.185.802,69	16.787.751,50	22.131.786,92
Vigilância sanitária	1.407.287,41	4.098.742,22	6.690.955,75	7.763.284,58
Vigilância epidemiológica	23.513.835,49	24.011.151,45	61.696.697,88	70.513.922,77
Alimentação e nutrição	XXXX	XXXX	XXXX	350.000,00
Outras subfunções*	357.595.902,16	302.080.258,10	81.536.604,48	77.654.353,42
<b>Total</b>	<b>821.044.623,61</b>	<b>833.212.228,31</b>	<b>935.986.285,66</b>	<b>1.102.199.778,50</b>

Fonte: Elaboração própria com base nos Relatórios Anuais de Gestão da SMS, do período de 2020 a 2023.

\*Outras subfunções correspondem à soma das despesas com: serviços administrativos da saúde pública, gestão participativa e do planejamento do SUS, Conselho Municipal de Saúde, gestão do trabalho e educação e saúde e verbas emergenciais da Covid-19.

<sup>58</sup>Em 2022, foram pagos R\$ 12 bilhões em despesas na função saúde, direcionadas ao combate da covid-19. Dos repasses federais aos entes subnacionais, R\$ 73 bilhões foram destinados aos municípios brasileiros, e R\$ 23 bilhões, aos estados e ao Distrito Federal. Disponível em: <https://sites.tcu.gov.br/fatos-fiscais/saude.html> Acesso em: 20 jun. 2024.

A partir do quadro 4, acima, fica evidente que a execução orçamentária e financeira da saúde de Maceió cresce a cada ano. Dentro das subfunções que correspondem a siglas denominadas pelo Ministério da Saúde, através do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – Siops, sete delas, compõem a execução das despesas programadas e realizadas pela saúde municipal.

Em relação à atenção primária, percebemos que a gestão municipal passa a investir nesta área, principalmente nos anos que se referem à pós-pandemia de Covid-19. Entretanto, quando comparamos os recursos destinados entre a atenção primária e a média e alta complexidade, fica evidente que a gestão municipal passa a investir massivamente neste nível do SUS, que, como vimos anteriormente, é majoritariamente contratualizada com a rede privada.

Vale frisar que o terceiro item do quadro 4, referente à assistência farmacêutica, que tem financiamento tripartite, recebe recursos federais, estaduais e municipais para seu custeio. Há que se observar que comparada às outras subfunções, a assistência farmacêutica possui a menor execução orçamentária e financeira do município. Sendo os valores menores dentro do universo de ações e serviços públicos de saúde de Maceió. Este dado pode nos levar a considerar que o fornecimento de medicamentos via judicialização, que está elencada como segunda maior demanda dos processos judiciais da saúde pública de Maceió, conforme consta no gráfico 12, apresentado no item tem 3.3 deste trabalho, não se refere a medicamentos de alto custo e sim de medicamentos que deveriam constar na relação da farmácia municipal. Desta forma, o município está comprando medicamentos que deveriam estar sendo disponibilizados nos postos de saúde, conforme preconiza o M.S através da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais.

Ao traçar um comparativo entre os dados existentes no quadro 04, referentes ao orçamento destinado para os dois níveis de atuação do SUS, atenção primária e a média e alta complexidade em Maceió, fica evidente que o fundo municipal de saúde fica comprometido com o setor privado.

O nível de atenção da media e alta complexidade corresponde a um grande percentual do orçamento da saúde municipal. E esse crescimento é exponencial, em relação a todos os outros conjuntos de despesa como a atenção primária, a assistência farmacêutica, a vigilância sanitária, a vigilância epidemiológica, dentre outras. No ano de 2020 representou 44,11%.

Em 2021 atingiu 49,17%. Para ao ano de 2022 configurou 52,38% e em 2023 atingiu 52,57% do orçamento geral da execução financeira e orçamentária da SMS de Maceió.

Oportuno ressaltar que estamos falando de mais da metade de todo o orçamento da política de saúde, que está sendo repassado para a rede privada. Um aporte financeiro considerável e que poderia ser usado para investir em serviços, recursos humanos e aquisição de equipamentos que incrementassem melhoria do próprio SUS municipal e não significasse investimento ao mercado privado.

Essa lógica mercantilista, de captar o fundo municipal de saúde, é reforçada com a judicialização de saúde, que passa a reproduzir duplamente a complementaridade invertida, pois, em Maceió, as respostas fornecidas para a judicialização da saúde pública são realizadas através da rede contratualizada com o SUS Municipal, composta majoritariamente pela rede privada.

A lógica de mercantilização da saúde pública de Maceió, através da judicialização, produz uma dupla captação do recurso do fundo municipal de saúde, por parte do setor privado. Esta afirmação é constatada através da análise dos Relatórios Anuais de Gestão, que nos indicam que para o ano de 2020 a média e alta complexidade, atinge um crescimento considerável, conforme já citamos anteriormente. Assim, é fato que o nível de atenção de média e alta complexidade repassa mais da metade do orçamento da saúde municipal à rede privada de saúde.

As maiores demandas referentes à judicialização da saúde pública em Maceió, referem-se à compra de medicamentos e a serviços de média e alta complexidade, que já são prestados pelas entidades de caráter privado contratualizadas com o SUS Municipal. Como a judicialização se refere a serviços de saúde que não estão sendo disponibilizados pelo SUS de Maceió, quer seja na rede própria, quer seja na rede privada prestadora, será necessária uma nova contratualização, que por sua vez, será realizada para que as novas ou as mesmas empresas privadas possam prestar estes serviços.

Vale ressaltar que a nova contratação às entidades de caráter privado, para executar as determinações judiciais, serão realizadas a partir de serviços e medicamentos a custo do mercado, através dos preços fornecidos pelas empresas privadas e não sendo usado o parâmetro estabelecido pela tabela de procedimentos do SUS, logo existe uma dupla captação do fundo municipal de saúde e uma total submissão aos ditames e regras do mercado privado.

Oportuno se faz analisar os valores destinados ao pagamento das demandas decorrentes da judicialização da saúde pública e os seus respectivos percentuais, conforme demonstra o quadro 5, a seguir:

**QUADRO 5 - Relação entre as despesas pagas com a judicialização e o percentual para o orçamento da SMS, no período de 2020 a 2023.**

Ano	Despesas / R\$	% das despesas da judicialização para o orçamento da SMS
2020	11.576.570,68	0,014
2021	13.103.838,40	0,015
2022	17.482.399,16	0,018
2023	19.956.887,76	0,018
<b>Total</b>	<b>62.119.696,29</b>	<b>0,065</b>

Fonte: Elaboração própria com base em informações coletadas pelos Relatórios Anuais de Gestão-RAG e do Sistema Integrado de Planejamento e Gestão Fiscal-SIGEF/ MCZ, no período de 2020 a 2023

O quadro 5 acima demonstra que para o ano de 2020 o percentual das despesas da SMS para judicialização corresponde a 0,014 % da execução orçamentária e financeira da SMS, perfazendo R\$ 11.576.570,68; para o ano de 2021 chega-se a 0,015% que corresponde a R\$ 13.103.838,40; já para o ano de 2022 o percentual atinge 0,018% referente à R\$ 17.482.399,16 e chega-se ao ano de 2023 com 0,018% atingindo R\$ 19.956.887,76.

Ao verificar estes dados, apresentados pelo quadro acima, se tomarmos como parâmetro apenas os percentuais das despesas da judicialização para o orçamento anual da Secretaria Municipal de Saúde, estaremos nos precipitando em julgarmos que se trata de um percentual pequeno. Entretanto, quando passamos a observar os valores que estas despesas representam para o fundo municipal de saúde, iremos constatar que a despesa da judicialização é superior ao valor investido pela gestão municipal em ações, serviços e atividades de determinadas áreas técnicas, consideradas essenciais para o SUS, como por exemplo, a vigilância sanitária.

A área técnica da vigilância sanitária, que corresponde a um conjunto de ações voltadas à prevenção de riscos nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, produção e circulação de bens e serviços de interesse da saúde pública, teve entre os anos de 2020 a 2023 a execução orçamentária totalizada em R\$ 19.906.269,96.

Ao confrontarmos os dados presentes no quadro 4 (p.107), com o quadro 5, acima iremos observar que o valor das despesas destinadas à vigilância sanitária de Maceió, em 4

anos corresponde a R\$ 19.906.269, 96. Este valor é inferior as despesas pagas pela SMS com a judicialização somente em 2023, que totaliza R\$ 19.956.887,76. Ao comparar estes valores percebemos que as despesas com judicialização são superiores as despesas usadas para realizar as ações e serviços da vigilância sanitária na capital alagoana.

Outro exemplo que nos assegura que o valor usado pelo fundo municipal de saúde para cobrir as despesas decorrentes da judicialização representa uma soma alta, refere-se à outra área técnica de grande relevância para a população, que é a alimentação e nutrição. Esta área é responsável pela vigilância e a atenção nutricional em todas as esferas do SUS e representa uma linha de cuidados voltada à prevenção e ao controle dos distúrbios alimentares para a população. Observando o quadro 04, apresentada na página 107, identificamos que, para esta área, temos um aporte financeiro de apenas R\$ 350.00,00 para ao ano de 2023.

Ao somarmos as despesas efetuadas pela gestão municipal para responder às demandas oriundas da judicialização da saúde pública no período proposto por este estudo, atingiremos uma cifra superior a 62 milhões de reais, conforme consta no quadro4 (p. 103). Estamos falando de um valor que poderia ser aplicado em ações e serviços da rede própria do SUS municipal e promover o enriquecimento das entidades de caráter privado, que são contratualizadas pela SMS.

No município de Maceió, a judicialização da saúde repercute a tendência crescente existente no país em que as decisões judiciais não possuem orçamento próprio e são pagas através do reordenamento realizado a partir da livre escolha da gestão municipal, em decorrência da demanda apresentada e do bloco em que ela se enquadra, conforme informações coletadas pelo Sistema Integrado de Planejamento e Gestão Fiscal, Módulo de Acompanhamento de Execução Orçamentária – SIGEF/MCZ<sup>59</sup>, contidas no quadro 6, abaixo:

---

<sup>59</sup>Os dados do ano de 2022 foram emitidos em 28/09/2023 e os dados referentes aos anos de 2020, 2021 e 2023 foram emitidos em 11/03/2023, a partir do Relatório do Sistema Integrado de Planejamento e Gestão Fiscal, Módulo de Acompanhamento da Execução orçamentária SIGEF/MCZ.

**QUADRO 6 - Despesas pagas em sentenças judiciais pela Secretaria Municipal de Saúde entre 2020 e 2023**

AGRUPAMENTO	GESTÃO	2020 VALORES/R\$	2021 VALORES/R\$	2022 VALORES/R\$	2023 VALORES/R\$
OPERACIONALIZAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS DO SUS / SENTENÇAS JUDICIAIS	COORD. GERAL DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	238.179,88	216.306,50	353.824,59	125.431,83
OPERACIONALIZAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS DO SUS / SENTENÇAS JUDICIAIS	GESTÃO GERAL DA SMS	XXXX	XXXX	XXXX	455.307,87
ESTRUTURAÇÃO DA REDE PSICOSSOCIAL / SENTENÇAS JUDICIAIS	COORD. GERAL DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	1.539.440,50	2.366.423,22	2.596.915,00	3.297.101,00
IMPLEMENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA / SENTENÇAS JUDICIAIS	COORD. GERAL DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	6.950.805,26	6.995.347,49	7.162.669,13	6.579.609,01
APRIMORAMENTO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA, AMBULATORIAL E HOSPITALAR / SENTENÇA JUDICIAL	COORD. GERAL DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	2.665.306,68	3.525.591,63	7.367.404,40	9.476.582,24
FORTELECIMENTO E MODERNIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA / SENTENÇAS JUDICIAIS	COORD. GERAL DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	182.838,36	169,56	1.586,04	5.068,51
REORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA / SENTENÇAS JUDICIAIS	COORD. GERAL DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	XXXX	XXXX	XXXX	16.259,20
<b>VALOR ANUAL/R\$</b>	<b>XXXX</b>	<b>11.576.570,68</b>	<b>13.103.838,40</b>	<b>17.482.399,16</b>	<b>19.956.887,76</b>
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>XXXX</b>	<b>XXXX</b>	<b>XXXX</b>	<b>XXXX</b>	<b>62.119.696,29</b>

FONTE: Elaboração própria com base nos dados do Sistema Integrado de Planejamento e Gestão Fiscal - SIGEF/MCZ. Módulo de Acompanhamento da Execução Orçamentária.

Como podemos observar através da figura acima, a judicialização da saúde em Maceió, segue a tendência dos demais municípios de brasileiros, atingindo altas cifras que repercutem no processo de sub/desfinanciamento do Sistema Único de Saúde uma vez que os recursos orçamentários do fundo municipal de saúde são usados para pagamento de determinações judiciais. Seguindo esse raciocínio, não há como não se questionar: e se esse montante financeiro fosse utilizado para investir no fortalecimento do próprio SUS?

Os dados apresentados no quadro 6 nos permitem confirmar que os agrupamentos apresentados na primeira coluna, referem-se ao fortalecimento e modernização da vigilância sanitária, estruturação da rede psicossocial, aprimoramento da atenção especializada ambulatorial e hospitalar, reorganização da rede de atenção à pessoa com deficiência, implementação da assistência farmacêutica e operacionalização das ações e dos serviços administrativos.

Oportuno ressaltar que o recurso financeiro que deveria implementar a melhoria e o fortalecimento do SUS municipal, tem sua finalidade desviada, em detrimento da execução das determinações judiciais. Uma vez que, como destacamos no item anterior deste capítulo, a Judicialização em Maceió, produz em duplicidade a complementaridade invertida, pois as respostas aos processos judiciais são fornecidas via empresas privadas, contratualizadas pela

SMS, para prestar os serviços de média e alta complexidade e a aquisição de medicamentos e insumos, correspondentes às maiores demandas das ações judiciais, que por sua vez, na maioria dos casos, contemplam mais as solicitações individuais.

Entre os anos de 2020 a 2023 o município de Maceió repassou à iniciativa privada mais de 62 milhões de reais para cumprimento de sentenças judiciais, conforme quadro 05, acima. Vale salientar que, nos anos de 2020 e 2021, no auge da Pandemia de Covid-19, o valor pago para responder às determinações judiciais foi inferior aos anos 2022 e 2023, período pós-pandêmico.

Ao confrontarmos os dados apresentados pelo quadro 6, com as informações dos Relatórios Anuais de Gestão de 2020 a 2023, identificamos que não existe uma rubrica ou agrupamento próprio do orçamento da saúde municipal que seja voltado especificamente para o custeio da judicialização. As despesas para custeio das sentenças judiciais são retiradas de acordo com o assunto/área da demanda judicial.

Desta forma, se existir processo solicitando a compra de medicamentos, a fonte de custeio será oriunda da assistência farmacêutica, se for solicitado internação em UTI será destinado recurso da atenção especializada, caso seja a aquisição de órtese e prótese o custeio será retirado do orçamento da rede de atenção à pessoa com deficiência e assim sucessivamente. Esta tendência se repete em todo o país uma vez que o Ministério da Saúde também não disponibiliza orçamento próprio para esta finalidade, mesmo que o fenômeno da judicialização não seja algo recente em nosso país.

Vale salientar que esta tendência promove desequilíbrio orçamentário, uma vez que se retira recurso financeiro de uma área técnica, que já tem determinado planejamento financeiro e sofrerá um corte e/ou remanejamento orçamentário, para que a gestão consiga responder às demandas judiciais. Este contingenciamento orçamentário produzirá a necessidade de ajustes e arranjos na execução de atividades, serviços e ações planejadas por cada área técnica.

A título de ilustração citamos o exemplo da estruturação da rede de atenção psicossocial, apresentado pelo quadro 6, precisamente na terceira linha dos agrupamentos, que corresponde a quase 10 milhões retirados do orçamento desta área, para pagamento de determinações judiciais às empresas privadas contratualizadas pelo SUS municipal. Dinheiro este que poderia ser investido na rede própria do SUS, para o fortalecimento da rede psicossocial, que já se encontra fragilizada e não consegue atender a contento a população maceioense.

Quando analisamos os dados existentes no quadro 04 (p. 107), referente aos medicamentos, que constam no agrupamento voltado à implementação da assistência farmacêutica, observamos que de 2020 a 2023, o orçamento utilizado para responder às determinações judiciais ficou acima de 27 milhões. Estamos nos referindo a um alto valor de recursos financeiros que poderiam ser investidos na aquisição de novos medicamentos e para melhorar a cobertura farmacêutica do município, principalmente para as doenças que mais acometem os brasileiros como hipertensão e diabetes, que vez por outra estão em falta nos postos de saúde da capital alagoana.

Outro ponto que merece ser destacado refere-se à repercussão no uso de orçamento para contemplar as sentenças judiciais em detrimento do planejamento elaborado pelas áreas técnicas da SMS de Maceió. Em face da imprevisibilidade do dispêndio de recursos usados para responder às determinações judiciais se finda por inviabilizar os instrumentos de planejamento como o Plano Anual e o Plano Plurianual de Saúde, que refletem a participação e o controle social da população e do trabalhador da saúde na política de saúde do município. Principalmente os trabalhadores que atuam no nível da gestão e inspirados nas recomendações das conferências municipais de saúde e nas supervisões e monitoramentos realizados nas unidades e demais serviços de saúde, elencam as demandas e proposições com vistas a fortalecer a já fragilizada política de saúde municipal.

Ante a imprevisibilidade na execução orçamentária perante o planejamento elaborado pelos técnicos da SMS, decorrente do uso do orçamento para pagamento da judicialização da saúde, os serviços prestados pelas unidades de saúde sofrem cortes para que sejam ajustados os recursos financeiros destinados à assistência à saúde da população, que já se encontra deficitária e esfacelada em Maceió. As consequências são severas para a população uma vez que a atenção primária fica impossibilitada de exercer a contento as competências e funções, principalmente quanto à promoção de saúde e a prevenção de doenças, acarretando o adoecimento da população e o maior uso dos serviços de média e alta complexidade, que como vimos no capítulo anterior, em Maceió tem majoritariamente a rede privada como referência.

É incontestável que a judicialização provoca um desequilíbrio no orçamento municipal, tendo em vista que a gestão municipal da saúde é obrigada a realizar gastos que não estavam previstos no orçamento, gerando impactos a todos os setores que envolvem a política de saúde. Todavia, em torno desse debate, deve-se levar em conta que a judicialização

é resultado da falta de efetividade da política de saúde, que não garante o que está preconizado pelo SUS, logo, a judicialização é um instrumento legítimo da população na busca pelo acesso à saúde pública. Assertivas são as considerações de Fernandes (2023, p. 214), quando afirma que:

[...] a ausência de efetividade da política de saúde e, por seu turno, a violação do princípio da universalidade, tornam a judicialização um instrumento legítimo de mitigação dos efeitos da porta estreita do Sistema Único de Saúde, já que, sem a participação do judiciário, muitas outras vidas poderiam ter sido perdidas na espera infinda e incerta [...].

Sendo assim, reduzir os processos de judicialização, como pensam alguns opositores da judicialização da saúde, não vai implicar na garantia da efetividade da política, na melhoria da oferta de serviços e nem na ampliação de acesso aos direitos sociais voltados à saúde pública, haja vista que atacar a consequência do problema não significa atingir a sua causa. Se existem fragilidades no SUS, estas refletem como sérias consequências do sub/desfinanciamento e do sucateamento que esta política enfrentada ao longo de sua existência, em seu caráter universalista desvirtuado, pela lógica da mercantilização que a sociabilidade capitalista impõe.

Através da judicialização da saúde, desenvolve-se mais um modelo de privatização pela via não clássica, uma vez que se transfere a responsabilidade do Estado às entidades de caráter privado, para garantir a reprodução dos interesses da rede privada dentro da coisa pública. A rede privada passa a ter mais uma oportunidade de captar o fundo público e aumentar a acumulação capitalista, através da anuência do serviço público. Acerca dos modelos não clássicos da privatização da política de saúde, Correia (2022, p. 76) assinala que:

[...] A gestão das políticas sociais foi repassada para modalidades de gestão não estatais através de contratos de gestão e parcerias, quais sejam: Organizações Sociais (OSs) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips). Trata-se de uma privatização não clássica, por dentro do SUS, fortalecendo o setor privado na oferta de serviços de saúde, mediante repasse do fundo público. [...].

Assim, a rede privada a partir da judicialização da saúde, tem mais uma possibilidade de captar o fundo público e promover a lógica da mercantilização da saúde pública. Para Fernandes (2023, p. 223) a judicialização da saúde possibilita o depauperamento do SUS, uma vez que configura o repasse de parcelas do fundo público à rede privada e esse dinheiro poderia ser investido no fortalecimento e melhoria do SUS, que já sofre com o subfinanciamento e desfinanciamento. Para Fernandes:

[...] o repasse de parcelas do fundo público ao setor privado representa não apenas o fortalecimento da saúde suplementar, mas igualmente e deletariamente, o depauperamento do Sistema Único de Saúde. Em síntese, e não por acaso, recursos que poderiam estar sendo investidos na política pública de saúde passam a compor,

através de mais um instrumento, os bolsões do empresariado. Trata-se, pois, de mais uma forma de privatização não-clássica da saúde [...].

Vale salientar que o pagamento das sentenças judiciais, decorrentes dos processos de judicialização de saúde, contribui diretamente à ampliação das margens de lucro do setor privado, uma vez que o pagamento dos processos decorrentes da judicialização não está vinculado à tabela SUS. O lucro desmedido que a rede privada obtém ao ser contratada para responder a uma demanda judicial oriunda do setor público abre precedente para que as empresas privadas pratiquem abusos e até irregularidades.

A esse respeito Fernandes (2023, p. 224) cita uma auditoria realizada em 2017, pela Controladoria Geral do Estado de Mato Grosso, que constatou que o Estado de Mato Grosso, para responder a uma única determinação judicial, pagou quase R\$ 170.000 numa cirurgia de revascularização miocárdica, que deveria custar R\$ 25.000, conforme a tabela de Classificação Brasileira de Procedimentos Médicos.

A autora chama a atenção à questão da nefasta prática do superfaturamento das empresas privadas no pagamento dos serviços prestados decorrentes da judicialização no Estado de Mato Grosso. O Tribunal de Contas do referido Estado produziu um relatório consolidado da auditoria na judicialização dos serviços de saúde em Mato Grosso e detectou que, em 2018, do valor total de R\$ 17.070.950,03 cobrado à prestação de serviço voltados aos tratamentos solicitados via judicial, houve um superfaturamento de R\$ 8.777.602,64. Dos 28 processos analisados pelo TCE/MT, todos apresentaram fraudes e irregularidades, perfazendo uma média de um superfaturamento de 51,42% do valor total de judicializações transferidas do erário aos cofres das empresas privadas.

Não é atual a existência de irregularidades e fraudes na aquisição de serviços de saúde ou medicamentos judicializados, entretanto, não podemos naturalizar esta prática eivada de ilicitude e imoralidade. É mais do que necessário que sejam realizadas auditorias em todos os Estados da Federação. Urge que sejam fiscalizadas todas as etapas usadas pela saúde pública para responder à execução da determinação judicial através dos órgãos públicos que possuem a competência em controlar e fiscalizar o orçamento público, para que não seja facilitada a oportunidade de enriquecimento ilícito, uma vez que estamos lidando com dinheiro público que subsidia a política de saúde, que é usada por 75% da população brasileira e, sendo assim, é extremamente relevante a objetividade e a transparência no uso do dinheiro público. E que os desvios e fraudes existentes sejam devidamente apurados, punidos conforme preconiza a legislação brasileira em vigor.

#### **4.2. As respostas às demandas oriundas da judicialização da saúde: rede privada x rede pública.**

Conforme visto anteriormente, a judicialização ocorre devido ao fato de que a política da saúde não consegue garantir a universalidade e a efetividade das ações e serviços de saúde pública preconizados pelo SUS. Assim, é a falta de efetividade do SUS que transforma a judicialização em um instrumento legítimo para que seja acessado o direito constitucional de ter assegurada à assistência à saúde.

Compreender o caminho que esse processo legítimo percorre os fluxos que enfrenta o usuário na tentativa de obter a adequada assistência à saúde, as respostas oriundas da gestão municipal, os interesses que se sustentam por trás do processo de judicialização da saúde pública no município de Maceió é de grande relevância para analisar e entender como se encontra e como funciona o SUS Municipal.

O Decreto Municipal de nº 9.472, de 20 de junho de 2023, publicado no Diário Oficial do Município, dispõe sobre a organização, competências e o quadro demonstrativo de cargos em comissão e funções gratificadas da secretaria municipal de saúde.

No referido decreto, consta no capítulo III, Seção I, artigo 4º, que a estrutura organizacional interna da SMS é a seguinte: I- gabinete do Secretário, II- Assessoria Executiva Jurídico-Legislativa, III- Assessoria Especial de Projetos Estratégicos e do Fundo Municipal de Saúde, IV- Superintendência de Governança e Gestão Interna, V - Subsecretaria de Atenção em Saúde e VI – Subsecretaria de Saúde Especializada.

O artigo 8º do Decreto em questão, em seu Parágrafo Único, determina a estrutura e as competências da Assessoria Executiva Jurídico-Legislativa, que é composta por uma Assessoria Técnica e um Núcleo de Intermediação de Demandas Judiciais (Nijus).

Dentre as competências do Núcleo de Intermediação de Demandas Judiciais (Nijus),o Parágrafo Único, do Artigo 8º estabelece:a intermediação com o Poder Judiciário, Executivo e Legislativo, no controle e fiscalização das demandas judiciais visando reduzir os impactos financeiros para a SMS, a promoção de discussões jurídicas obedecendo aos preceitos constitucionais, a sugestão de medidas técnico-administrativas e/ou jurídicas visando à melhoria do atendimento aos usuários do SUS no município e contribuir como Assessor Executivo nas demandas que estiverem sob as suas responsabilidades.

Oportuno ressaltar que no novo organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, a Assessoria Executiva Jurídico-Legislativa, setor que está ligado o Núcleo de Intermediação de Demandas Judiciais, esteja logo abaixo do Gabinete do Secretário e acima de setores imprescindíveis para o bom funcionamento da referida secretaria como a Assessoria Especial de Projetos Estratégicos e do Fundo Municipal e a Superintendência de Governança e Gestão Interna, o que deixa claro as atuais prioridades da gestão municipal.

Antes de traçarmos breves considerações acerca do funcionamento do Núcleo de Intermediação de Demandas Judiciais (Nijus) da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, faz-se necessário citar que as determinações judiciais decorrentes dos processos relativos à assistência à saúde, eram respondidas em conjunto entre Estado e Município, por intermédio de um Termo de Cooperação firmado pela gestão da saúde municipal e estadual.

Em 2013, foi criado o NIJUS<sup>60</sup>, com o objetivo de reduzir o crescente número de demandas judiciais relacionadas à saúde pública. O Nijus era formado por um colegiado composto por um representante da Justiça Federal, da Justiça Estadual, da Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, do Ministério Público de Alagoas e da Defensoria Pública de Alagoas.

A função do Nijus era reduzir gastos públicos com as ações judiciais voltadas à política de saúde em todo território alagoano, por intermédio de um esforço coletivo entre os órgãos do Poder Judiciário do Estado e as Secretarias de Saúde do Estado e do Município, possibilitando a resolução das demandas de forma mais célere através de processos administrativos que eram avaliados por profissionais da saúde.

O Nijus também possuía o objetivo de instrumentalizar as decisões dos magistrados relativas aos processos voltados à assistência à saúde da população alagoana, principalmente no que diz respeito a medicamentos, cirurgias, órteses e próteses, tratamentos psiquiátricos para dependentes químicos, dentre outros.

A contribuição do Nijus foi inegável, uma vez que este Núcleo representou uma resposta concreta a uma demanda da saúde pública que, por não ser respondida de imediato na rede municipal de saúde, passou a ser uma alternativa, quer seja por processo administrativo, quer seja por ação judicial, não deixando os pacientes sem uma solução concreta.

---

<sup>60</sup>Disponível em: <https://www.jfal.jus.br/noticias/3379> Acesso em: 10 abr. 2024.

O funcionamento do Nijus, articulando a atuação do estado e município de Maceió passa por um desmembramento, separando a atuação das duas instâncias governamentais e em 16/03/2020, Maceió passa a ter o seu próprio Nijus, compondo o quadro de setores da Secretaria Municipal de Saúde.

O Nijus da SMS tem como objetivo precípua<sup>61</sup> evitar a judicialização indevida da assistência à saúde. E para alcançar tal objetivo, o Nijus da SMS propõe: fornecer resolutividade às demandas oriundas do Poder Judiciário, do Ministério Público, da defensoria pública, procedendo o devido monitoramento das referidas demandas; subsidiar a procuradoria geral do Município nos processos que envolvem o SUS municipal; demonstrar quais procedimentos devem ser aplicados recursos com vistas a promover maior eficiência.

Quanto à composição e atribuições do Nijus da SMS, este possui: 01 coordenador; 02 administrativos que realizam a triagem das demandas e a marcação de exames e consultas ambulatoriais; 01 advogado que monitora as demandas judiciais; 01 enfermeira e 01 fisioterapeuta responsáveis por analisar as solicitações de cirurgias, exames, termos de ajustamento de conduta (TAC), órtese e prótese, materiais especiais relacionados ao ato cirúrgico (Opme), transferência e internamento; 02 farmacêuticos que se responsabilizam pelos casos que envolvem medicamentos e insumos; 01 nutricionista que cuida de suplementos, dietas e fórmulas; 01 fisioterapeuta que é responsável com OMPE não cirúrgico, oxigenoterapia hiperbárica e domiciliar, *homecare*, serviço de atendimento domiciliar (SAD), transporte de hemodiálise e tratamento multidisciplinar de autismo.

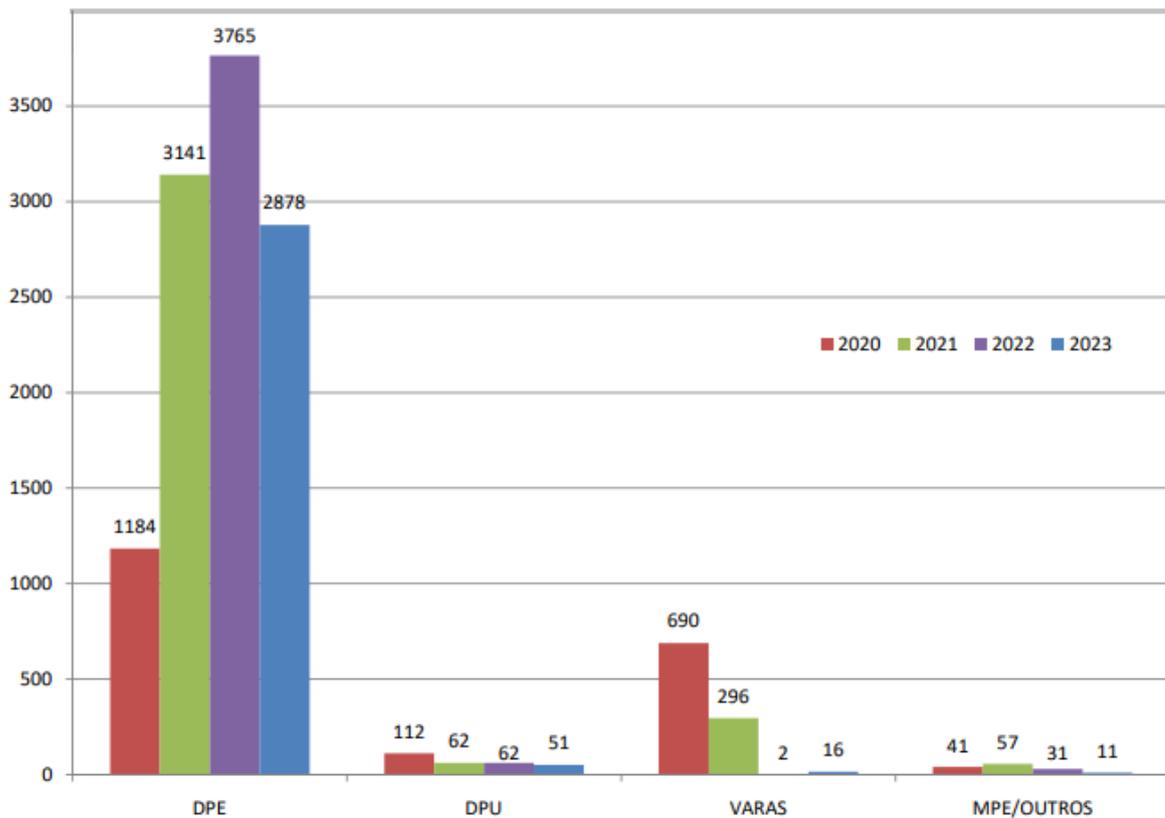
No que se refere ao fluxo de trabalho, as solicitações podem ser feitas pela Defensoria Pública da União (DPU), Ministério Público da União (MPU), Defensoria Pública do Estado (DPE), Ministério Público Estadual (MPE) e da 30ª Vara, que encaminham os casos via email do Nijus da SMS. As solicitações passam por uma triagem da equipe técnica, que tem um prazo de até 15 dias para elaborar um parecer técnico que será enviado ao órgão solicitante. Posteriormente é feito o monitoramento do caso até que seja resolvido e o paciente consiga realizar adequada assistência à saúde.

No que concerne aos órgãos de origem das demandas do Nijus da SMS, podemos observar, conforme consta no gráfico 12 abaixo, que as solicitações dos pacientes do SUS municipal se originam em sua maioria da Defensoria Pública Estadual.

---

<sup>61</sup> - As informações relativas ao Nijus da SMS foram fornecidas pela Diretoria de Atenção Especializada da Secretaria Municipal de Saúde, via email, dia 10/04/2024 e correspondem a uma apresentação do setor para uma reunião da gestão.

**GRÁFICO 12 - ÓRGÃO DE ORIGEM DAS DEMANDAS DO NIJUS - 2020-2023**



Fonte: Diretoria de Atenção Especializada da SMS (2023).

Vale reiterar que, segundo o objetivo do Nijus da SMS os casos que chegam até o referido setor, não representam, pelo menos em tese, a judicialização da saúde. O NIJUS da SMS representa uma alternativa anterior ao processo judicial. Desta forma, quando o usuário da saúde municipal não consegue atendimento, consulta medicamento, exame, internação, dentre outros serviços de saúde da rede municipal, o paciente recorre à Defensoria Pública para requisitar formalmente a sua demanda e este órgão encaminha a solicitação para o NIJUS da SMS seja resolutivo e a demanda seja atendida.

Oportuno ressaltar que as solicitações atendidas pelo Nijus da SMS referem-se ao acesso na prestação de serviços de média e alta complexidade, que, como vimos no capítulo anterior deste trabalho, são contratualizados por empresas privadas, que recebem do fundo municipal de saúde para executar serviços ao SUS e pagos pelo SUS municipal.

A partir destas observações, fica evidente que o Nijus da SMS, apesar de ser uma alternativa concreta no enfrentamento de um sério problema de saúde, relacionada à falta de

acesso aos serviços do SUS municipal, também configura que o princípio de universalização da saúde pública está sendo maculado, uma vez que o usuário da saúde por ter negado determinados serviços de saúde, necessita solicitar que a Defensoria Pública Estadual officie formalmente à SMS.

Esta alternativa utilizada da DPE em solicitar formalmente à SMS um serviço que é inerente à competência dela, explicita uma contradição, tanto para que a SMS cumpra com o que lhe é devido e está sob sua atribuição e competência, quanto para que um paciente tenha efetivado um direito constitucional pelo qual a gestão municipal da saúde recebe do fundo nacional de saúde e mediante um contrato formalizado repassa à iniciativa privada a execução de uma responsabilidade inerente ao setor público.

Caso a demanda do usuário não consiga ser atendida pelo Nijus da SMS, será encaminhada ao Nijus da Secretaria Estadual de Saúde de Alagoas – Sesau. Se a solicitação do paciente não conseguir ser respondida pelo Nijus da Sesau, será encaminhada para a Defensoria Pública do Estado, para que a DPE inicie a ação para judicializar a solicitação. Não há como não levantar uma reflexão pertinente ao lapso de tempo que permeia todo esse fluxo, ainda mais porque são situações de saúde que envolvem urgência e emergência e risco de morte do qual alguns pacientes são acometidos.

Ante o exposto, se o usuário não lograr êxito no pedido formal da DPM e na DPE, o processo judicial para garantir a assistência à saúde passa a ser uma segunda tentativa de responder à inacessibilidade do paciente a determinado serviço de saúde. Assim, temos por duas vezes a Justiça Estadual intervindo e acionando o gestor municipal para sensibilizá-lo a cumprir aquilo que lhe compete e que está preconizado na legislação brasileira.

Quando os processos judiciais chegam a SMS, estes são encaminhados à Assessoria Executiva Jurídico-Legislativa e direcionados para os setores/áreas técnicas pertinentes ao assunto do processo. As respostas às demandas da judicialização em Maceió ocorrem somente pela via iniciativa privada, a partir do pagamento de serviços prestados ou aquisição de medicamentos, insumos e equipamentos médico-hospitalar fornecidos por empresas privadas, como vimos no item 4.1 deste capítulo.

A Judicialização finda mais uma vez por beneficiar a rede privada médico-hospitalar brasileira, que se fortalece ainda mais em seu processo de acumulação de capital e segue aproveitando por fortalecer seu poderio e influência na saúde pública brasileira e cria mais um mecanismo de captação do fundo municipal de saúde.

Esta situação é evidenciada quando nos confrontamos com o Relatório Anual de Gestão da SMS, correspondente ao ano de 2023, (ver quadro 03, p.105), que dos 1.777 estabelecimentos de saúde, apenas 294 destes possuem vínculo com o SUS, representando 16,54% dos estabelecimentos no município. Assim, temos em Maceió 1.483 estabelecimentos privados que prestam serviço ao SUS municipal, perfazendo 83,43% dos estabelecimentos no município.

Esse contexto é bastante preocupante, uma vez que estamos falando de 1.483 empresas de caráter jurídico privado, contratualizadas pela gestão municipal para prestar serviços ao SUS. O dinheiro público pago à iniciativa privada poderia ser investido nos estabelecimentos do próprio SUS municipal e certamente implicaria na melhoria dos serviços, ações e atividades prestadas pela SMS.

Quando levantamos estas reflexões acerca da captação do fundo público para o fortalecimento da acumulação capitalista e da margem de lucro da rede privada, fica evidente que o processo de privatização da saúde avança em passos largos e que não se trata apenas de ter a iniciativa privada como complementar aos serviços do SUS. A privatização do SUS se constitui como uma forte e crescente tendência no contexto nacional, contudo, Fernandes (2024) reitera que não faz parte da intenção capitalista privatizar 100% do SUS, uma vez que:.

[...] embora a privatização do Sistema Único de Saúde se constitua uma tendência em curva ascendente, operada através de múltiplos mecanismos, a privatização completa da saúde não parece ser a intenção final deste processo, uma vez que resguardar a existência, ainda que mínima, da estrutura do SUS garante que haja a viabilidade legal de apropriação de parcelas do fundo público por parte do setor privado [...] (Fernandes 2024, p.228).

Ante o exposto, ainda que a judicialização se configure como mais uma oportunidade para que os usuários do SUS possam acessar um direito constitucionalmente garantido, de caráter universalista, é preciso não perder de vista que ela se configura como mais um mecanismo de aprofundamento da captura do fundo público da saúde, pelas empresas privadas. Na defesa pelo SUS estatal, gratuito e de qualidade, pautado nos ideais do Movimento da Reforma Sanitária, é inaceitável que o dinheiro do fundo nacional de saúde não sirva para fortalecer a atenção primária, a promoção de saúde, a prevenção de doenças e alimente o modelo de saúde hospitalocêntrico, amplamente defendido pela ditadura empresarial-militar, que beneficia o setor privado e estimula o lucro desenfreado do grande mercado empresarial da saúde, que afronta os princípios do SUS e acirra o seu desmonte.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O debate central deste trabalho buscou analisar a judicialização da saúde pública em Maceió e as suas consequências para o fundo municipal de saúde, no contexto de contrarreformas neoliberais e de captura do fundo público pelo setor privado. Para alcançar esses objetivos, analisou-se desde o funcionamento do processo de judicialização da saúde no município, os impactos na prestação de serviços à população até os interesses que estão por trás da judicialização, que passa a se configurar como mais um mecanismo do capital para captar o fundo público e capitaneá-lo para a iniciativa privada, favorecendo e ampliando o processo de acumulação capitalista.

A judicialização da saúde pública no Brasil cresce na mesma proporção em que declina a efetivação do princípio da universalidade do SUS e se configura como uma estratégia concreta rumo à garantia de direitos sociais preconizados pelo texto constitucional. Ao fim e ao cabo, ela reproduz um vácuo entre o que está posto pela realidade social brasileira e o que foi idealizado legalmente aos cidadãos.

Essa lacuna entre o que está disposto como política pública e a realidade na qual vive o Brasil acirra-se diante das contrarreformas propostas pela perspectiva neoliberal, que imprimem uma política de austeridade fiscal através de severos cortes no financiamento das políticas sociais.

Atualmente, com o recrudescimento da perspectiva neoliberal, que passa a ser ultraneoliberal, os paradoxos existentes entre o SUS legal e o SUS real passam a se cronificar, pois que a política de saúde que desde seu nascedouro tende a ser subfinanciada passa atualmente a ser desfinanciada.

Atrelado a este cenário orçamentário em que o Governo Federal deixa de investir na política de saúde pública em detrimento do pagamento dos juros aos rentistas que lucram com os juros exorbitantes do sistema da dívida pública, vivemos um período de pós-pandemia de Covid-19, que ampliou consideravelmente o nível de adoecimento da população brasileira, fazendo com que o já precário sistema de saúde pública, aumentasse sua demanda.

A judicialização da saúde em alguns casos é a única oportunidade para que os usuários de saúde tenham a garantia ao acesso a serviços e ações de saúde do SUS, esse sistema público que historicamente sofre com a não fidelização da receita fiscal para o seu financiamento e perante o aumento demanda da população na busca por uma adequada

assistência à saúde, tem comprometida a universalidade e a integralidade na cobertura dos seus três níveis de atuação.

Em torno do debate da judicialização da saúde, como foi aqui abordado, há consensos e dissensos entre os estudiosos. Dentre os argumentos favoráveis, estão: a garantia do devido processo legal em solicitar efetividade na assistência à saúde por se tratar de um direito constitucional reconhecido; o aperfeiçoamento e fortalecimentos do SUS, o adequado fornecimento dos medicamentos e por revelar a ineficiência no sistema de financiamento do SUS, que sofre um processo que vai do subfinanciamento ao atual desfinanciamento.

Entre os argumentos contrários à judicialização da saúde, podemos citar o fato de que ela não promove cidadania e sim privilegia um direito individual em detrimento da coletividade e que a excessiva judicialização tem onerado os cofres públicos.

Tais argumentos são refutados com base nas pesquisas<sup>62</sup> promovidas pelo Poder Judiciário, que demonstram que os processos judiciais voltados à judicialização da saúde pública são individuais e coletivos partem de advogados constituídos e da Defensoria Pública ou do Ministério Público e as sentenças decorrentes desses processos geram jurisprudências que se transformam em benefícios que atingem à coletividade.

Quanto à afirmação de que a judicialização promove gastos excessivos que fragilizam o SUS, reiteramos que, desde a sua criação o orçamento do SUS não é efetivado como preconiza o ordenamento jurídico. Assim, a judicialização da saúde existe porque existem grandes lacunas na efetivação dos princípios universalizantes de uma política que já se encontra fragilizada e sofre um desmonte histórico ao longo dos quase 34 anos de existência.

Oportuno frisar que tantos os argumentos presentes nos que defendem a judicialização da saúde quanto os argumentos contrários correspondem a um recorte da representatividade de classe social, que permeia os principais envolvidos nos litígios. Desta forma, os consensos e dissensos que o tema encerra são consonantes com os interesses em manter, ampliar ou reduzir os direitos sociais que cada cidadão, grupo ou instituição possuem.

Não há como negar que a judicialização onera os cofres públicos, todavia ela é um efeito de uma causa: o quadro crônico e agonizante que se encontra a saúde pública. De posse deste diagnóstico, deve-se combater a ingerência que os gestores municipais tratam o SUS,

---

<sup>62</sup> Este trabalho utilizou como parâmetro os dados provenientes do Conselho Nacional de Justiça- CNJ, através da pesquisa Judicialização e Sociedade: ações para acesso à saúde pública de qualidade, O Relatório Judicialização da Saúde no Brasil: perfil de demandas, causas e propostas de solução e o Painel de Estatísticas processuais de Direito da Saúde.

uma vez que os sintomas do grave problema sobre o qual estamos nos debruçando, referem-se às ações judiciais para custear tratamento de saúde, aquisição de medicamentos, cirurgias e consultas médicas, procedimentos estes que os entes federativos recebem financiamento do Ministério da Saúde uma vez que possuem responsabilidades compartilhadas para executara assistência à saúde nos seus três níveis de atenção, atenção básica, média e alta complexidade.

Sendo o orçamento público da saúde um espaço de contradição e de disputa de interesses, traçamos um panorama da judicialização da saúde, a partir dos dados do sistema do fundo municipal de saúde de Maceió e constatamos o município não foge à tendência nacional em mercantilizara saúde pública, promovendo um processo gradativo de privatizações pelas vias clássicas e não clássicas e transferindo o fundo público para a iniciativa privada.

A judicialização da saúde pública em Maceió, apesar de resolver demandas da saúde, finda por ser mais uma oportunidade de escoamento do dinheiro público para o setor privado, uma vez que toda as respostas decorrentes de processos judiciais são prestadas via rede privada, que deveria ser complementar ao SUS, mas reproduz uma complementaridade invertida (Silva, Correia e Santos, 2017), tão nociva e que aprofunda a cronicidade que acomete o SUS no país.

A partir das reflexões trazidas por este trabalho, ficou evidente que em Maceió a judicialização da saúde pública possui um duplo caráter de complementaridade invertida, haja vista que, quando as necessidades da população não são atendidas nos serviços de referência do SUS, os usuários recorrem à Defensoria Pública do Estado, para que um órgão do Poder Judiciário officie ao Nijus da SMS, que atenda às necessidades dos pacientes. A SMS executa o pedido da Defensoria Pública através da rede contratualizada, que é composta em sua totalidade pela iniciativa privada.

Caso a demanda acionada pela Defensoria Pública de Alagoas não consiga ser respondida pelo Nijus da SMS de Maceió, a D. P. aciona o Nijus da Secretaria Estadual de Saúde de Alagoas. Esse processo se configura como uma pré-judicialização, ainda que se reconheça o caráter conciliatório, não se pode negar que o Poder Judiciário é provocado para exigir que se cumpra uma obrigação que compete ao município.

Somente após ter sido negada a demanda do usuário de saúde pelo Nijus da SMS e pelo Nijus da Sesau, é que a Defensoria Pública do Estado encaminha o caso para o MP para

que, de fato, seja judicializada a situação e o poder judiciário obrigue o município, por força de uma ordem judicial, a executar o que seria seu dever e direito do cidadão.

Oportuno se faz reiterar que as respostas à judicialização da saúde pública são fornecidas via pagamento da SMS para a rede complementar ao SUS, que é feita pelos hospitais, clínicas e laboratórios que compõem a rede privada e recebem via SUS, a partir de preços que estão fora da tabela do SUS. A pré-judicialização e a judicialização da saúde pública no município de Maceió são respondidas via setor privado.

Longe de demonizar a judicialização, pois é fato que ela possibilita acesso a serviços de saúde negados à grande parte da população brasileira, que já amarga privações de direitos socialmente conquistados e garantidos constitucionalmente, constata-se que a judicialização da saúde pública em Maceió produz, concomitantemente, tanto uma dupla captação e apropriação do fundo público da saúde municipal quanto o fortalecimento do nefasto processo de privatização e mercantilização da saúde pública brasileira. Assim, o grande capital do ramo de empresas médico-hospitalares passa a receber dinheiro público em duplicidade, uma vez que é contratado pelo SUS municipal a fornecer serviços tanto no pré-judicialização quanto na judicialização propriamente dita.

Essa constatação reitera uma tendência nacional impressa na saúde pública apontada por Fernandes (2023, p. 228) que, apesar da judicialização também promover a ampliação do processo de privatização, esse processo de privatização da saúde pública brasileira não prevê uma completa privatização do SUS, uma vez que é necessário resguardar, ainda que minimamente, o caráter público do SUS, para que a iniciativa privada tenha como se apropriar e captar parcelas significativas do fundo público de saúde.

Para além dessas consequências já citadas, a judicialização, ao permitir a acumulação capitalista, também reproduz severas consequências aos usuários da política da saúde, sendo o fator tempo talvez o mais nocivo, uma vez que existem pacientes que lutam contra a morte e entre o processo de pré-judicialização e judicialização o trâmite exigido não é tão célere como deveria ser.

Um aspecto relevante defendido neste trabalho se refere ao orçamento usado para cobrir as despesas decorrentes da Judicialização no município de Maceió. Entre os anos de 2020 e 2023 foi destinado para esse fim o valor de R\$ 62.119.696,29. Dinheiro este que se a gestão da SMS empregasse no investimento e fortalecimento da Atenção Primária, haveria uma considerável redução nas solicitações de serviços e medicamentos via judicialização,

uma vez que a fragilidade na cobertura da Atenção Primária e a não obediência ao princípio de universalidade do SUS é que possibilitam a ampliação de processos judiciais.

Este trabalho representa assim o esforço em refletir acerca da Judicialização da saúde pública em Maceió e as suas consequências para o fundo municipal de saúde. Ampliar esse debate em suas mais diversas faces e evidenciando os interesses impressos neste percurso é fundamental na luta contrária ao depauperamento e desmonte do SUS, ainda mais pelo compromisso ético profissional da defesa intransigente e irrestrita dos direitos sociais, nos posicionando diuturnamente contra todas e quaisquer formas de privatização e mercantilização da saúde e por um SUS público, estatal, gratuito e de qualidade.

## REFERÊNCIAS

- ANDREAZZI, M.F.S.; SANCHO, L. E SCHUTZ, G.E. Agendas empresariais no sistema de saúde brasileiro, 2016-2019. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 142, p. 406-426, 2021.
- BEHRING, E. R. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.
- BEHRING, E.; BOSCHETTI, I. Política social no Brasil contemporâneo: entre a inovação e o conservadorismo. *In*: BEHRING, E.; BOSCHETTI, I. **Política social**: fundamentos e história. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007.
- BEHRING, E. Política Social no Capitalismo Tardio. 3ed. São Paulo: Cortez, 2007.
- BEHRING, E.; BOSCHETTI, I. Acumulação capitalista, fundo público e política social. *In*: BOSCHETTI, I. et al. (orgs.). Política social no capitalismo: tendências contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2009.
- BEHRING, E. Crise do capital, fundo público e valor. *In*: BOSCHETTI, I. *et al.* **Capitalismo em crise**: política social e direitos. São Paulo: Cortez, 2010. p. 13-34.
- BEHRING, E. Fundo público, exploração e expropriações no capitalismo em crise. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES DE SERVIÇO SOCIAL, 15, 2016, Ribeirão Preto. **Anais...Ribeirão Preto**: [s.e.], 2016. p. 01-25. Disponível em: <https://www.niepmarx.blog.br/MM/MM2017/AnaisMM2017/MC44/mc443.pdf>.
- BEHRING, E. Ofensiva ultraneoliberal no capitalismo em crise no Brasil e no mundo. *In*: Revista Libertas, Juiz de Fora, V.23, n.1. p.10 - 22. 2023
- BRANDÃO, C. S. **A crítica do direito como forma jurídica**: o Serviço Social frente à judicialização da saúde. 2019. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia\\_saude\\_digital\\_Brasil.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_saude_digital_Brasil.pdf) ISBN 978-85-334-2841-6.
- \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). **Judicialização da Saúde no Brasil**: perfil das demandas, causas e propostas de solução. Brasília: CNJ, 2019.
- \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). **Judicialização e saúde**: ações para acesso à saúde pública de qualidade. Brasília: CNJ, 2019.
- \_\_\_\_\_. Lei Federal 1.920/53. Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências.
- \_\_\_\_\_. Lei Federal 6.036/74. Estabeleceu a criação do Conselho de Desenvolvimento Econômico e da Secretaria de Planejamento na Presidência da República. Também

determinou o desdobramento do Ministério do Trabalho e Previdência Social e outras providências.

\_\_\_\_\_ Lei Federal 6.439/77. Instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS). A lei também criou o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), uma autarquia federal.

\_\_\_\_\_ Lei Federal Nº 8.142 de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

\_\_\_\_\_ Lei Federal Nº 8080 de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRAVO, M. I. S. As políticas Setoriais e por segmento: as políticas brasileiras de seguridade social-saúde. *In*: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS); ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (ABEPSS). **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Brasília: UNB, Centro de Educação Aberta, continuada a distância, 2000. Módulo 3.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de. A Saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal *In*: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (Orgs.). *Política Social e Democracia*. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: UERJ, 2002. p.197- 215.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. *In*: MOTA, A. E. *et al.*(orgs.). **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006. p. 88-111.

**BRAVO, M. I. S.** Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais. 4. ed. São Paulo: Editora Cortez, 2011.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões. *In*: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo (orgs.). *Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade*. 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

BRAVO, M. I. S.; CORREIA, M.V.C e LIMA, J.B. Políticas Sociais e ultraneoliberalismo. *In*: BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. E FREIRE, S. M.F.: **Privatização e mercantilização da saúde e crise no Rio de Janeiro**: o desmonte realizado pelas organizações sociais. Uberlândia: Navegando, 2020. p 125-146.

BRAVO, M.I.S.; MATOS, M.C.; FREIRE, S.M.F (org). **Políticas sociais e ultraliberalismo**. Uberlândia: Navegando, 2020.

CORREIA, M. V. C. Controle Social na saúde. *In*: MOTA, A. E. *et al.*(orgs.). **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006. p. 112-140.

CORREIA, M.V.C. A saúde no contexto da crise contemporânea do capital: o Banco Mundial e as tendências da contra-reforma na política de saúde brasileira. *Política de Saúde e Serviço Social: Impasses e Desafios*. **Temporalis**, São Luiz, ano VII, n. 13, 2007.

CORREIA, M. V. C. O controle social na política de saúde brasileira frente às orientações dos organismos financeiros internacionais. **Sociedade em Debate** (UCPel), v. 13, p. 121-136, 2007.

CORREIA, M. V. C. **Controle social das políticas públicas**: limites e desafios para o Serviço Social. Texto Produzido para o Curso de Especialização da Faculdade de Serviço Social da UFAL. Maceió, abr. 2008.

CORREIA, M. V. C. **O Controle Social e o Protagonismo das Classes Subalternas**. Texto Produzido para o Curso de Especialização da Faculdade de Serviço Social da UFAL. Maceió, abr. 2008.

CORREIA, M. V. C. Por que ser contra aos novos modelos de gestão do SUS? *In*: BRAVO, M.I.S.; MENEZES, J.S. B (orgs.). **Saúde na atualidade**: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, 2011.

CORREIA, M. V. C. Entre a Reforma Sanitária e o SUS: os interesses do capital na saúde. *In*: CORREIA, M. V. C.; SANTOS, V.M. dos (org.). **Reforma sanitária e contrarreformas na saúde**: interesses do capital em curso. Maceió: Edufal, 2017.

CORREIA, M. V. C. O protagonismo do setor privado na saúde pública brasileira. *In*: CORREIA, M. V. C. (org.). **Política de Saúde no Brasil e o fortalecimento do setor privado**: desmonte do SUS público, estatal e universal. Maceió: Edufal; Imprensa Oficial, 2018.

CORREIA, M.V. C. SANTOS, V. M. dos; ALVES, P. K. L. A mercantilização da saúde no enfrentamento da covid-19: o fortalecimento do setor privado. *In*: Revista Humanidades e Inovação, Palmas (TO), v. 8, n. 35, 2021.

CORREIA, M. V. C. A Ofensiva do Capital e a necessária Defesa da Saúde Pública e Estatal *In* *Temporalis*, Ano 22, N. 43, jan./jun. 2022. Brasília (DF), p.72-89.

CORREIA, D. MENDES, Áquilas. O Fundo de Saúde e sua apropriação pelas Organizações Sociais no município de São Paulo. **Saúde debate**, v. 47, n. 137, abr./jun. 2023. p. 76-89. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/7962>.

CONCEIÇÃO, T. S.; CISLAGHI, J. F.; TEIXEIRA, S. O. O Financiamento da saúde no Brasil: principais dilemas. **Temporalis**, v. 12, n. 23, p. 97-124, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.22422/2238-1856.2012v12n23p97-124>.

ENGELS, F. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. Trad. B. A. Schumann. São Paulo: Boitempo, 2007.

FERNANDES, R.B. O direito à saúde e contradições de sua judicialização. 2023. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

FINKELMAN, J (org.). **Caminhos da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

FONTES, V. Prefácio na tragédia da pandemia. In: BRAVO, M.I.S.; MATOS, M.C.; FREIRE, S.M. (Orgs.) Políticas Sociais e Ultraneoliberalismo. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Funasa). **Cronologia histórica da saúde pública: Uma visão histórica da saúde pública.** [S.l.]: Funasa, 2017, p. 1-26. Disponível em: [www.funasa.gov.br/cronologia\\_historica\\_da\\_saude\\_publica](http://www.funasa.gov.br/cronologia_historica_da_saude_publica). Acesso em: 24 fev. 2023, 11h56.

INSTITUTO DE COALIZÃO SAÚDE (Icos). **Propostas para a saúde do Brasil.** Disponível em: <http://icos.org.br/propostas-para-a-saude-do-brasil-2023-2030>. Acesso em: 20 abr. 2023, 17h13.

LUZ, M. T. **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de Transição democrática- anos 80.** Revista de Saúde Coletiva Physi - UERJ, v. 1, n. 1, p. 201-216, 1991. Rio de Janeiro.

MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Gestão e Planejamento em Saúde/Coordenação Geral de Planejamento/Coordenação Geral de Análise de Situação de Saúde. **Plano Municipal de Saúde (PMS) 2022-2025.** SMS/DGPS/CGP. Maceió. 2021.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Gestão e Planejamento em Saúde/Coordenação Geral de Planejamento/Coordenação Geral de Análise de Situação de Saúde. **Análise da Situação de Saúde de Maceió – 2022.** SMS/DGPS/CGP. Maceió. 2023.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Gestão e Planejamento em Saúde/Coordenação Geral de Planejamento/Coordenação Geral de Análise de Situação de Saúde. **Relatório Anual de Gestão – RAG- 2020.** SMS/DGPS/CGP. Maceió. 2021.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Gestão e Planejamento em Saúde/Coordenação Geral de Planejamento/Coordenação Geral de Análise de Situação de Saúde. **Relatório Anual de Gestão – RAG- 2021.** SMS/DGPS/CGP. Maceió. 2022.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Gestão e Planejamento em Saúde/Coordenação Geral de Planejamento/Coordenação Geral de Análise de Situação de Saúde. **Relatório Anual de Gestão – RAG- 2022.** SMS/DGPS/CGP. Maceió. 2023.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Gestão e Planejamento em Saúde/Coordenação Geral de Planejamento/Coordenação Geral de Análise de Situação de Saúde. **Relatório Anual de Gestão – RAG- 2023.** SMS/DGPS/CGP. Maceió. 2024

MACHADO, F. R. de S. **A judicialização da saúde no Brasil: cidadania e assimetrias.** 2010. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

MACHADO, F. R. de S. A.; DAIN, S. A audiência pública da Saúde: questões para a judicialização e para a gestão de saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, p. 1018-1036, 2012.

MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política: Livro I.** Trad. Rubens Enderle. 2. ed. São Paulo: Boitempo. 2013. Cap. XXIII.

MENDES, A.; **Por trás do ajuste fiscal, o que se tem é menos saúde**. Disponível em: <https://cebes.org.br/por-tras-do-ajuste-fiscal-o-que-se-tem-e-menos-saude/17438/> Acesso em 10 jul.2023.

MENDES, A.; CARNUT, L. Capital, Estado, Crise e a Saúde Pública brasileira: golpe e desfinanciamento. **SER Social**, v. 22, n. 46, p. 9-32, 2020. Disponível em: [https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/25260](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25260). Acesso em: 7 set. 2023.

MENDES, Á. O fundo público e os impasses do financiamento da saúde universal brasileira. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 4, p.1183-1197, 2014. Disponível em:<https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400006>.

MORAIS, H. M. M. de; OLIVEIRA, R. S. de; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. A coalizão dos empresários da saúde e suas propostas para a reforma do sistema de saúde brasileiro: retrocessos políticos e programáticos (2014-2018). **Ciênc. saúde coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4479-4488, dez. 2019. Disponível em:<https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25802019>.

NASCIMENTO, J. M. **O direito à saúde no Brasil exercido através da judicialização da saúde**: do subfinanciamento crônico ao desfinanciamento progressivo. 2019. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro,2019.

NETTO, José Paulo. As condições histórico-sociais da emergência do Serviço Social. *In*:NETTO, José Paulo. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1996. p.13-77.

NETTO, José Paulo. Cinco notas a propósito da questão social. **Temporalis**, Brasília, n. 3, p. 41-49, 2001.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAIM, J. S; REIS, C. R. **A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016)** DIVULGAÇÃO EM SAÚDE PARA DEBATE | Rio de Janeiro, N. 58, P. 101-114, 2018

PIMENTEL, E. **Uma Nova Questão Social?** Raízes materiais e humano-sociais do Pauperismo de Ontem e de Hoje. 2. ed. São Paulo: Instituto Lukács, 2012.

RODRIGUES, P.J.S. **A judicialização da política da saúde no Brasil**: a história, as definições e os usos do conceito. 2022. Tese (Doutorado) – Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

SALVADOR, E. Fundo Público e o Financiamento das Políticas Sociais no Brasil. **Serviço Social emRevista**, v. 14, n. 2, p. 4-22, 2012. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/12263>. Acesso em: 9 ago. 2023.

SALVADOR, E. O fundo público e políticas sociais na crise do capitalismo. *In* Revista **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n.104, p. 605-631, 2010.

SALVADOR, E. **Fundo público e financiamento das políticas sociais no contexto do federalismo brasileiro do século XXI**. Texto base da conferência proferida em 08/02/2014,

no II Simpósio Orçamento Público e políticas sociais na Universidade Estadual de Londrina. Disponível em: <http://www.uel.br/eventos/orcamentopublico/pages/arquivos/II%20Simposio/TEXT0%20EVILASIO.pdf>.

SILVA, A. C.; NICOLETTI, M. A. Judicialização da Saúde: uma análise do fenômeno e suas consequências para a sociedade brasileira. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 20, n.3, p. 139-153, 2020.

SILVA, C.M.T.R.; CORREIA, M.V.C.; SANTOS, V.M. A privatização do fundo público da saúde: a complementaridade invertida no SUS. In: CORREIA, M.V.C.C.; SANTOS, V.M (orgs). **Reforma Sanitária e Contrarreforma da Saúde: os interesses do capital em jogo**. Maceió: Edufal, 2017. p. 115-130.

VIANNA, L. W.; BURGOS, M. B.; SALLES, P. M. Dezesete anos de judicialização da política. **Tempo Social**, v. 19, n. 2, p.39-85, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-20702007000200002>.

VIEIRA, F. S. Judicialização e direito à saúde no Brasil: uma trajetória de encontros e desencontros. **Rev. de Saúde Pública**, v. 57, n. 1, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004579>.