

**Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho
da Fundação João Pinheiro**

Curso de Administração Pública

**A DEMANDA JUDICIAL DE MEDICAMENTOS E SERVIÇOS DE
SAÚDE: UM DESAFIO PARA A GESTÃO PÚBLICA**

Ramiro Julio Soares Madureira

**Belo Horizonte
2009**

Ramiro Julio Soares Madureira

**A DEMANDA JUDICIAL DE MEDICAMENTOS SERVIÇOS DE
SAÚDE: UM DESAFIO PARA A GESTÃO PÚBLICA**

Monografia apresentada à Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, da Fundação João Pinheiro, como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em Administração, com habilitação em Administração Pública.

Orientador: Hugo Ferreira Braga Tadeu

Belo Horizonte
2009

Folha de Aprovação

Ramiro Julio Soares Madureira

A DEMANDA JUDICIAL DE MEDICAMENTOS SERVIÇOS DE SAÚDE: UM DESAFIO PARA A GESTÃO PÚBLICA

Monografia apresentada ao Curso Superior de administração Pública (CSAP), habilitação em Administração Pública, promovida pela Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, da Fundação João Pinheiro (FJP).

Hugo Ferreira Braga Tadeu, orientador, Fundação João Pinheiro

Cláudio Burian, avaliador, Fundação João Pinheiro

Belo Horizonte
Junho de 2009

Este trabalho é dedicado à minha família.

RESUMO

Esta Monografia aborda as repercussões das crescentes decisões judiciais que obrigam ao poder executivo a conceder aos cidadãos medicamentos e/ou procedimentos de saúde não contemplados nas políticas e normas do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil. Enfoca especialmente os impactos destas demandas judiciais nos aspectos correlacionados com a eficiência e eficácia do SUS no cumprimento dos seus objetivos. Propõe-se, neste trabalho, o emprego de um modelo teórico de projeções que ensejará melhorias no processo de planejamento e controle dessas demandas judiciais e atenuará, em curto prazo, os problemas decorrentes identificados. Sugere-se também a adoção do modelo de gestão, implantado no Estado de Minas Gerais, que tem como instrumental básico o contrato de gestão, conhecido como “Acordo de Resultados”. Este modelo, se implantado adequadamente pelo SUS, será de grande valia para equacionar problemas identificados como restritivos ao desenvolvimento institucional e ao cumprimento da missão social do SUS, especialmente no que se refere ao planejamento, controle e tomada de medidas corretivas e estratégicas para atenuar os impactos do fenômeno conhecido como a “Judicialização” das políticas públicas de saúde

Palavras-chave: Administração; Judiciário; Gestão; Demanda; Serviços Públicos; Sistema Único de Saúde

ABSTRACT

This monograph addresses the impact of increasing judicial decisions requiring the executive to allow citizens to drugs and / or procedures not covered by health policies and standards of the Unified Health System (SUS) in Brazil. Especially focuses on the impacts of these demands in the legal aspects related to efficiency and effectiveness of the SUS in achieving its goals. It is proposed in this work, the employment of a theoretical model projections of opportunity that improvements in the planning and control of legal demands and, in the short term, the problems arising identified. It also suggests the adoption of the management model, implemented in the State of Minas Gerais, which has the basic tools for managing the contract, known as "the Results". This model, if implemented properly by SUS, will be of great value to solve problems as restrictive to the institutional development and the achievement of social mission of the SUS, especially with regard to planning, control and take corrective measures and strategies to mitigate the impacts of the phenomenon known as "judicial" of public health policies

Keywords: Administration, Legal, Management, Demand, Public Services, the Unified Health System

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa Estratégico de Minas Gerais.....	30
Figura 2 – Definição de metas para transformar a estratégia em resultados mensuráveis	31
Figura 3 – Equação: Variável Explicativa.....	40
Figura 4 – Equação: Valores Observados	40
Figura 5 – Equação: Valores Observados	41
Quadro 1 – Comparativo de Metas da 1ª e 2ª etapa do AR	34
Quadro 2 – Agenda setorial de Choque de Gestão	35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Agenda Setorial do Choque de Gestão	35
Tabela 2 – Escala Padrão de Pontuação dos Produtos da Agenda Setorial	35
Tabela 3 – Escala Padrão de Pontuação para Produtos Entregues com atraso	36
Tabela 4 – Escala Padrão de Pontuação para Produtos Entregues com atraso	36
Tabela 5 – Indicadores, Metas e Produtos: 2ª Etapa do AR – SES/MG	37
Tabela 6 – Série Histórica em 2009	41
Tabela 7 – Mestra para 2009	42
Tabela 8 – Mestra para 2010	43

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Gastos da União e do Estado de MG com Medicamentos Pleiteados Judicialmente	17
Gráfico 2 – Resultado Orçamentário Fiscal de Minas Gerais (em mil)	25
Gráfico 3 – Evolução do investimento em Minas Gerais (em mil)	25
Gráfico 4 – - Evolução da Receita Arrecadada em Minas Gerais (em mil)	26
Gráfico 5 – Série Histórica em 2009	41
Gráfico 6 – Reta de Tendência	43
Gráfico 7 – Reta de Tendência Ajustada	44

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Justificativa, Alcance e Limitações	9
1.2 Objetivos Gerais	11
1.3 Objetivos Específicos	11
1.4 Metodologia	12
2. DESENVOLVIMENTO	13
2.1 A Institucionalização do Sistema de Saúde Pública do Brasil	13
2.2 Aspectos Técnicos e Legais	16
2.3 Análise das Repercussões das Ações Judiciais para o Sistema de Saúde	21
2.4 Reformas Administrativas de Minas Gerais Pós 2003	24
2.4.1 Acordo de Resultados: um instrumento de alinhamento estratégico da Gestão Pública em Minas Gerais.	28
2.4.2 Acordo de Resultados aplicado ao caso da Judicialização da Saúde.	34
2.4.3 Previsão de Demanda de Medicamentos Fornecidos por Via Judicial	38
2.4.3.1 Modelo Teórico de Previsão de Demanda e Formação de Estoque	39
2.4.3.2 Aplicação Prática do Modelo Teórico de Previsão de Demanda	41
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
REFERÊNCIAS.....	48

1 INTRODUÇÃO

1.1 Justificativa, Alcance e Limitações

No Brasil, a prestação de serviços de saúde e o fornecimento de medicamentos à população ocorrem mediante políticas e procedimentos pré-estabelecidos pelo Governo Federal através do Ministério da Saúde e com a co-participação dos Governos Estaduais e Municipais. Este arcabouço institucional e legal busca atender de forma equânime às demandas de toda população dentro das limitações orçamentárias e de recursos definidos na lei de diretrizes orçamentárias (L.D.O) e na lei orçamentária anual (LOA).

Sabe-se, a priori, que o Poder Público, por múltiplos motivos, mas notadamente por insuficiência de recursos, não consegue atender todas as demandas de saúde da população, embora esta tenha o “direito à saúde” assegurada pelo artigo 196 da Constituição Brasileira. Daí porque, possivelmente, muitas pessoas passaram a recorrer ao Poder Judiciário quando não são atendidas pelo sistema de saúde de forma satisfatória em suas demandas de medicamentos e/ou procedimentos de saúde. A Justiça, por sua vez, baseada em dispositivos legais, acolhe, de um modo geral, os pleitos que lhe são dirigidos e, independentemente da disponibilidade de recursos na lei orçamentária e prioridades definidas pelo sistema de saúde pública, obriga o Poder Executivo a prestar os serviços de saúde e/ou fornecer medicamentos solicitados pelo cidadão sob pena de severas sanções.

O Ministério da Saúde (2008), no artigo “Aquisição de Medicamentos por ações judiciais cresceu 1920%”, afirmou: “a demanda de medicamentos para o SUS, por meio de ações judiciais, é uma prática que está se institucionalizando e representa graves riscos à política de saúde.” No referido artigo, o secretário de Ciência e Tecnologia, Reinaldo Guimarães, disse também: “o Sistema de Saúde possui órgãos institucionais com a função de normatizar e estabelecer a política de saúde com base em prioridades e conhecimentos técnicos e científicos. Não se pode colocar o direito individual sobrepondo o direito coletivo e nem inverter as prioridades e demandas de saúde da população, pois estaremos reforçando as iniquidades e desigualdades” (IDISA, 2008).

Estas decisões judiciais, pelo que se depreende da mencionada publicação, afetam de forma significativa o desempenho dos objetivos do sistema de saúde porque, de um lado, normalmente, o orçamento não é aumentado em valor equivalente a essas novas demandas judiciais. De outro, simplesmente, deixa-se de prestar serviços de saúde a outras pessoas em valor equivalente àquele absorvido pelos novos mandados judiciais o que gera uma dicotomia em que o direito individual sobrepõe-se ao direito da coletividade. Prioriza-se assim, por decisões do Poder Judiciário, a inclusão de uma pequena parte da população aos serviços de saúde pública em detrimento de outras pessoas que, por motivos variados, não tiveram acesso ao Poder Judiciário ou porque os recursos que lhe cabiam foram realocados.

Este é apenas um dos aspectos perversos dessa anomalia que vem ocorrendo no sistema de saúde pública e que a imprensa escrita, falada e outros meios de comunicação consagraram como a “Judicialização da saúde”. Esta anomalia será analisada na seção 2.3 desta monografia quando, então, se depreenderá os seus efeitos para o processo de desenvolvimento e fortalecimento institucional do setor. Além disso, o assunto suscita também o exame de outras questões do ponto de vista de sua legalidade, ética e remete a reflexões acerca da eficácia dos sistemas de gestão adotados no âmbito do setor de saúde no nível federal, estadual e municipal, notadamente no que diz respeito à necessidade de sua melhor interação com a população, seus clientes, e com outras entidades do Poder Público.

A análise da questão permite constatar que se trata de um problema complexo do ponto de vista gestão, pois envolve questões culturais, políticas, de ética, técnico-administrativas, legais e sobretudo porque sua solução passa pela sua compreensão do ponto de vista sistêmico, institucional e vontade política para equacioná-lo. Além disso, como se trata de uma prática que surgiu de maneira contundente somente nos últimos cinco anos, não se dispõe ainda, de forma sistematizada, de estatísticas seguras sobre o assunto. Percebe-se, até mesmo, certa cautela ou preocupação dos Governos em disponibilizar estas informações pelo receio de agravar ainda mais a situação na medida em que sua divulgação poderia estimular mais pessoas a buscar o Poder Judiciário como um meio mais fácil e seguro para resolver suas demandas de saúde.

Daí, pelas suas características peculiares e pelo seu ineditismo, as decorrentes limitações para uma análise mais aprofundada deste problema e conseqüente busca de soluções para seu equacionamento. Entretanto, como se sabe, para se resolver um problema, torna-se necessário preliminarmente reconhecê-lo e é isso, mesmo com as limitações existentes, que se pretende com o desenvolvimento desta monografia.

1.2 Objetivos Gerais

Nesse contexto, esta monografia tem como objetivo geral mostrar que o fornecimento de medicamentos e de serviços de saúde à população através de determinação judicial, por sua inédita e crescente freqüência nos últimos anos, é uma conseqüência e reflexo das deficiências de funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) - no cumprimento de seus objetivos. Busca também evidenciar que a eliminação das causas determinantes dessa situação passa por desafios gigantescos de melhorias da gestão e de fortalecimento institucional do SUS, que lhe permitissem atuar, a médios e longos prazos, de forma integrada, harmoniosa e sistêmica, interna e externamente, especialmente com seus clientes e com outras entidades do Poder Público.

1.3 Objetivos Específicos

Como objetivos específicos dessa monografia propõe-se, de um lado, um modelo teórico de projeções que poderá ser utilizado na previsão das demandas judiciais de medicamentos e serviços de saúde. Este modelo se reveste de grande valia para, no curto prazo, aumentar a eficiência do SUS no trato das questões relacionadas àquelas demandas específicas. De outro lado, apresenta-se um modelo de gestão, baseado em experiência exitosa de administração do Estado de Minas Gerais, que tem como um de seus pilares básicos o “acordo de resultados”. Este modelo, se adequadamente implementado, poderá ensejar melhorias significativas, em médio prazo, na gestão e no fortalecimento institucional do SUS. Ambos os modelos poderão ser adotados tanto pelo Ministério da Saúde, bem como pelos Estados e Municípios que integram o sistema de saúde pública do Brasil.

1.4 Metodologia

Na elaboração deste trabalho examinou-se a legislação pertinente ao setor de saúde no Brasil, notadamente sobre o Sistema Único de Saúde. Consultou-se artigos e publicações em sítios eletrônicos e na imprensa escrita sobre o tema da “Judicialização” da saúde.

Utilizou-se também de artigos do professor Hugo Ferreira Braga Tadeu que serviu de fundamentação teórica e prática para a proposição do modelo de previsão de demanda. Além disso, foram examinados o modelo de gestão implantado em Minas Gerais e consultados artigos e livros publicados sobre o assunto.

Por fim, todos os conceitos, princípios e técnicas propostas para o cumprimento do objetivo institucional do SUS estão baseados em práticas consagradas de administração.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 A Institucionalização do Sistema de Saúde Pública do Brasil

Antes de se adentrar sobre o tema específico objeto deste trabalho, convém apresentar a estrutura de funcionamento, componentes, objetivos, princípios e políticas do SUS, uma vez que o conhecimento destas questões facilitará a formação de juízo de valor acerca do tema da “Judicialização da saúde”.

As ações e serviços públicos de saúde no país foram institucionalizados pela Constituição Federal Brasileira de 1988, sob a forma de sistema único de saúde – SUS - e de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e com o Ministério da Saúde é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. As diretrizes e princípios para sua estruturação organizacional foram definidas pelo artigo 198 da lei magna brasileira que estabelece, dentre outras disposições legais, o seguinte:

- I. as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
- II. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- III. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- IV. Participação da comunidade.

No mesmo artigo da Constituição Brasileira foram estabelecidas também as fontes de financiamento do sistema e as políticas de recursos humanos requeridas para seu funcionamento eficaz.

A regulamentação do SUS ocorreu com a lei nº 8080 de 1990 que dispõe sobre “as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde”. Extraí-se do artigo 2º, §1º e do artigo 5º desta lei que os principais objetivos do SUS são os seguintes:

- I. O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e

execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação;

- II. a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- III. a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;
- IV. a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

As diretrizes e políticas do SUS estão previstas e enumeradas no artigo 7º da lei 8080/90, destacando-se as seguintes:

- I. universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II. integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III. igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- IV. utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- V. descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo.

O SUS é constituído, conforme dispõe o artigo 4º da lei 8080/90, por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada, em caráter suplementar, poderá participar do Sistema Único de Saúde. Este, por sua vez, é financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos

Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes secundárias. Vale ressaltar que não há uma hierarquia formal entre a União, os Estados e os Municípios, mas sim uma distribuição de competências para cada um desses três maiores gestores do SUS. Esta distribuição é definida por comissões e conselhos compostos por representantes das três esferas de governo e segmentos da sociedade como gestores, usuários, profissionais, entidades de classe, etc. Do artigo 7º, II da lei 8080/90 depreende-se que a distribuição de competências se baseará em critérios de complexidade das ações e serviços de saúde tendo sempre em vista as peculiaridades regionais e sociais da população que atende.

Com o arranjo institucional descrito anteriormente, cabe ao município a responsabilidade de realizar as ações e serviços de menor complexidade, aos Estados, os de média e alta complexidade e à União, os de alta complexidade.

Compete ao SUS o estabelecimento da “Política Nacional de Assistência Farmacêutica”, entretanto, a sua implementação, a exemplo do que ocorre com outras ações de saúde, é realizada de forma descentralizada e em conformidade com procedimentos previamente estabelecidos. Dessa maneira, o fornecimento de medicamentos, é executado tendo em vista três categorias: *medicamentos básicos*, *medicamentos estratégicos* e *medicamentos excepcionais*. A primeira categoria contempla os medicamentos destinados à atenção primária à saúde e são adquiridos com recursos tripartite (Federal, Estadual e Municipal). A segunda corresponde aqueles medicamentos utilizados em doenças com perfil endêmico e impacto sócio-econômico relevante como no caso Hanseníase, Diabetes *Mellitus*, DST/AIDS, Tuberculose e Endemias. Estes medicamentos estratégicos são, em regra, obtidos pelo Governo Federal e repassados pelo Ministério da Saúde para os Estados e Municípios realizarem a distribuição de forma descentralizada. A terceira categoria refere-se a medicamentos excepcionais destinados ao tratamento de doenças específicas que são raras ou de baixa prevalência tendo um alto custo para os cofres públicos. Os medicamentos excepcionais são adquiridos e distribuídos, de forma descentralizada, pelas secretarias de saúde. O programa é financiado pelo Ministério da Saúde por intermédio do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) e co-financiado pelos Estados. O governo federal repassa, em média, 80 % do valor gasto pelas secretarias na sua aquisição. O valor relativo

do repasse é variável e está condicionado aos preços conseguidos pelas secretarias nos processos licitatórios.

Entretanto, o SUS restringe a política de integralidade de fornecimento de medicamentos que deve se ater a alguns aspectos: regulamentos técnicos e protocolos de conduta (artigo 15, V e XVI da Lei 8080/90); percentual de aplicação de recursos financeiros em áreas pré-determinadas constitucionalmente; prevalência do critério epidemiológico para alocação de recursos e outros.

Essa política “Política Nacional de Assistência Farmacêutica” que, em alguns aspectos, tem caráter restritivo é que tem dado origem a inúmeras controvérsias acerca de sua legalidade e representa um dos fatores preponderantes que deram origem à chamada “judicialização da saúde” já mencionada anteriormente. Aspectos legais e técnicos deste assunto serão analisados em seguida.

2.2 Aspectos Técnicos e Legais

O Sistema Único de Saúde (SUS) e, por conseqüência, o Governo do Estado de Minas Gerais e a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais estão diante de uma grave situação: o aumento vertiginoso de novas e ilimitadas demandas judiciais que reivindicam o fornecimento de medicamentos ou serviços de saúde.

Muitas pessoas recorrem ao judiciário para pleitear medicamentos e/ou procedimentos que não são disponibilizados pelo SUS, fato que vem ocorrendo de maneira crescente e contundente nos últimos cinco (5) anos. Atualmente, segundo dados informados pela Assessoria Jurídica da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, existem mais de 4.000 ações judiciais ativas reivindicando que o Estado de Minas Gerais forneça medicamentos e/ou procedimentos de saúde.

De acordo com dados do Ministério da Saúde (2008), a aquisição, somente pela União, de medicamentos por ações judiciais cresceu 1920%. Vale lembrar que a União é o gestor do SUS menos atingido financeiramente por essas ações, uma vez que os autores/pacientes preferem acionar o Estado ou o Município para atender seus pedidos tendo em vista a ação descentralizada do SUS. O GRÁFICO 1, ilustra

esta afirmação na medida em que se percebe que os gastos da União são bem inferiores ao do Estado de Minas Gerais.

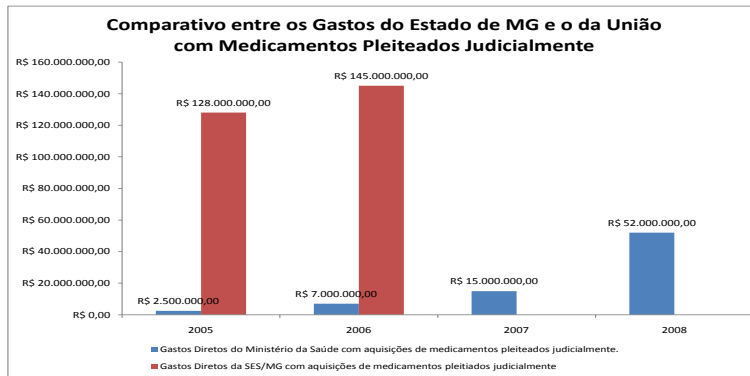


Gráfico 1 – Gastos da União e do Estado de MG com Medicamentos Pleiteados Judicialmente
Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e Ministério da Saúde

O pleito destas pessoas tem amparo na Constituição Federal do Brasil de 1988, que no seu artigo 196 dispõe “A Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas públicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Até há pouco tempo, o judiciário interpretava o comando constitucional do artigo 196 mais como uma norma programática. Segundo Moraes (2009), normas programáticas são de aplicação mediata e tentam explicitar comandos-valores cabendo ao legislador a ponderação do tempo e dos meios em que vêm ser revestidas de plena eficácia. Não cabe aos cidadãos, portanto, invocá-las (imediatamente após a entrada em vigor da constituição) pedindo aos tribunais o seu cumprimento, uma vez que consistem de uma expectativa de direitos tendo sua aplicabilidade uma eficácia contida.

Como ilustração da definição acima, o judiciário interpreta como uma norma programática o direito à educação previsto no artigo 205 da Constituição Federal de 1988 que dispõe: “A educação é direito de todos e dever do Estado visando ao pleno

desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.”

A verdade é que são raros os casos nos quais um juiz determina ao Estado pagar a faculdade de uma pessoa tendo em vista o artigo 205 da CF de 88. Isto porque ainda não considera o direito à educação uma norma constitucional de eficácia plena. O executivo, todavia, busca alcançar o objetivo desta norma mediante políticas públicas como o Programa Bolsa-Escola, Pro Uni e muitos outros.

Por outro lado, a interpretação jurisdicional do artigo 196 da CF 88 é de que o direito à saúde é uma norma de eficácia plena. Grande parte dos Juízes, atualmente, tem interpretado tal artigo como um direito inalienável, irrestrito, amplo a todos os brasileiros e com uma eficácia plena substancialmente amparada no direito fundamental à vida e ao princípio da dignidade da pessoa humana. De tudo isso, decorre o elevado número de decisões judiciais que concedem medicamentos e/ou procedimentos para as pessoas que procuram o judiciário. Tal fato é comumente conhecido como a “Judicialização” das políticas públicas de saúde. Interessante é a posição, que corrobora com a afirmativa anterior, do Excelentíssimo Ministro Celso de Mello do Supremo Tribunal Federal ao apreciar a Pet. 1246-SC, citado por GANDIN; BARIONE e SOUZA (2008).

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

Na maioria das ações para o fornecimento de medicamentos, os juízes aplicam a “antecipação de tutela”, uma ferramenta do Direito Processual Civil que obriga, no momento da decisão, o cumprimento da sentença. Logo, muitas vezes o Estado/União/Município ficam obrigados a cumprirem a sentença antes de terem a oportunidade de apresentarem sua defesa. De tal sorte, questiona-se, por outra via, se isso também não estaria contrariando o princípio constitucional do contraditório e ampla defesa.

Os juízes concedem a antecipação de tutela devido, entre os outros requisitos, à

urgência do caso e ao *periculum in mora* que é um fundado receio de dano irreparável ou de difícil reparação caso não seja concedida a pretensão do autor num determinado e, em regra, curto lapso de tempo. De outro modo, de nada adiantaria, pois, na interpretação dos magistrados, o decorrer do tempo sem o cumprimento da sentença ou fornecimento do medicamento/procedimento poderia causar a morte ou seqüelas graves para o autor/paciente. Os juízes, assim, obrigam o Estado fornecer o medicamento num prazo curtíssimo de 24, 48, 72 horas a 30 dias, sob pena de multa cominatória por atraso que pode variar de R\$ 100 até R\$5.000 por dia.

Ademais, em caso de não cumprimento, o representante legal/funcional do executivo está sujeito a ser privado da sua liberdade e ser preso. Isto ocorre nos casos em que a ação é um “mandado de segurança” que, por sua natureza, tem a finalidade de proteger um direito líquido e certo que foi lesado ou ameaçado por ato ou omissão de uma autoridade pública. Normalmente a autoridade coatora, no caso da Saúde pública, são os Secretários ou os gerentes responsáveis pela área de assistência farmacêutica ou de atenção à saúde.

Outro aspecto importante consiste no procedimento adotado pela administração pública para atender aos pleitos judiciais. O curto prazo para entregar o medicamento somado ao fato da urgência do caso permite a dispensa de licitação. Esta é prevista na própria lei 8.666/93 que no seu artigo 24, IV dispõe que é dispensável a licitação em: “*casos de emergência ou de calamidade pública, quando caracterizada urgência de atendimento de situação que possa ocasionar prejuízo ou comprometer a segurança de pessoas...*”. A dispensa de licitação, vale lembrar, pode trazer algumas conseqüências negativas para a administração pública como o aumento considerável do preço de compra do medicamento, uma vez que o número de fornecedores concorrentes, normalmente, diminui consideravelmente ou porque a emergência prioriza o prazo de entrega do produto em detrimento de seu preço. Vale dizer: compra-se o medicamento do fornecedor que ofereça o menor prazo de entrega independentemente de outro fornecedor oferecê-lo com preços menores. Entretanto, as conseqüências ou impactos financeiros, orçamentários, gerenciais e sociais para o sistema de saúde serão abordados na seção 2.3 desta monografia. Ademais, os defensores da não “Judicialização” da Saúde afirmam que tais decisões

judiciais ferem o princípio constitucional da separação dos poderes. Nessa perspectiva é interessante a posição de Marcelo Maggio, Promotor de Justiça do Estado do Paraná. Este ressalta que a premissa da tripartição dos poderes, preconizada por Montesquieu, não reúne condições para prevalecer, pois o Poder em si é uno. Em suas palavras, “a tripartição clássica dos Poderes do Estado não obedece, no direito positivo, à rigidez com a qual foi idealizada. O executivo freqüentemente legisla (Constituição, artigos 68 e 84, inciso IV) o legislativo é chamado a julgar e o Judiciário tem outras funções, além da jurisdicional. Tal tendência faz-se presente em todas as organizações modernas”.

Em posição oposta, Santos (2007 p. 1), aborda a questão sob outra perspectiva ao afirmar o seguinte:

A dificuldade dos especialistas em saúde pública, dos magistrados, da população em geral, está em definir o conceito do art. 196 da CF que muitos entendem ser amplo o suficiente para abarcar toda e qualquer necessidade ou interesse individual ou coletivo na saúde e não admitindo regulamentação infraconstitucional.

Se assim for, a Saúde, como setor, teria de garantir a todos qualidade de vida suficiente para evitar o risco de adoecer, ou seja, adotar políticas sociais e econômicas que assegurem tudo o que interfere e condiciona a saúde individual e coletiva, como moradia, saneamento, renda, educação, lazer, alimentação, além dos serviços de saúde propriamente ditos, uma vez que é essa a dicção do art. 196, em seu sentido *lato*.

Esse fato, se verdadeiro, como norma programática para o Estado Federal ao definir suas **políticas públicas**, não o é para a Administração Pública organizada **setorialmente, a qual deve garantir o acesso às ações e serviços de saúde, tão somente**.

O Estado Federal deve, ao adotar políticas econômicas e sociais, fazê-lo de modo a **evitar agravos** à saúde da coletividade, **promovendo-a**; entretanto, do ponto de vista setorial, a Saúde, não pode ser responsável por tudo o que a condiciona, sob pena de inviabilidade administrativa, política, econômica e financeira.

O setor Saúde é responsável, apenas, pelas atividades que o art. 200 da CF lhe reservou, além de outras definidas em lei, como é o caso, do art. 6º, da Lei 8.080/90.

No campo de atuação do SUS, conforme previsto no art. 6º, I, *d*, da Lei 8.080/90 está a assistência terapêutica integral; ali se assegura que a **assistência farmacêutica é parte integrante da assistência terapêutica**.

Também é interessante a posição, do atual secretário de saúde do Estado de São Paulo Dr. Luiz Roberto Barradas Barata: publicada no Jornal Folha de São Paulo sob o título: “É positivo que o Estado seja obrigado por decisão judicial a fornecer certos medicamentos?”,

Nos últimos anos, o avanço da indústria farmacêutica tem sido notório. Entretanto, muitos produtos recém-lançados possuem, em maior ou menor grau, eficácia similar à de remédios já conhecidos, disponíveis no mercado e inclusos na lista de distribuição da rede pública de saúde. No entanto, os novos remédios custam muito mais que os atualmente padronizados pelo SUS. Outros produtos, comercializados fora do Brasil ou ainda em fase de testes, não possuem registro no país e não devem ser distribuídos pelo SUS, pois podem pôr em risco a saúde de quem os consumir. São justamente esses medicamentos que o Estado mais vem sendo obrigado a fornecer por pedidos na Justiça. É importante ressaltar que a entrega de medicamentos por decisão da Justiça compromete a dispensação gratuita regular, já que os governos precisam remanejar recursos vultosos para atender situações isoladas. Em São Paulo, a Secretaria da Saúde gasta cerca de R\$ 300 milhões por ano para cumprir ações judiciais para distribuição de remédios não padronizados de eficácia e necessidade duvidosas. Com esse valor é possível construir seis hospitais de médio porte por ano, com 200 leitos cada. Além de medicamentos, o Estado vê-se obrigado a entregar produtos como iogurtes, requeijão cremoso, queijo fresco, biscoitos, adoçante, leite desnatado, remédio para disfunção erétil, mel e xampu, dentre outros itens. Em 2004, por exemplo, chegou a ter de custear, por força de decisão judicial, a feira semanal para morador da capital (FOLHA DE SÃO PAULO, 2007 p. 1).

O exame dessas controvérsias jurídicas e técnicas mostram que o setor de saúde apresenta fragilidades institucionais na medida em que o seu arcabouço legal não apresenta segurança para a tomada de decisões técnico-administrativas, o que naturalmente cria dificuldades para atingir os objetivos propostos no SUS. Esta questão e outras correlacionadas, dificultadoras ou inibidoras do desenvolvimento e fortalecimento institucional do setor de saúde pública do país, serão analisadas na seção seguinte.

2.3 Análise das Repercussões das Ações Judiciais para o Sistema de Saúde

Conforme já se analisou, mandados judiciais obrigando o Sistema de Saúde a fornecer medicamentos ou serviços de saúde têm sido objeto de muitas polêmicas que não se restringiram apenas ao Poder Público. A mídia vem dando ênfase ao assunto e até criou termo próprio, estranho ao nosso idioma, “Judicialização da Saúde” para designá-lo.

A análise mais acurada dessas publicações permite verificar que a maioria delas contribui de forma significativa para o processo de desenvolvimento institucional do setor de saúde pública do país na medida em que avaliam, com profundidade, questões múltiplas correlacionadas com o assunto sob a perspectiva jurídica, econômica, de práticas consagradas em saúde pública, de justiça social, ética, além de outras. Percebe-se, em muitas dessas publicações, ênfases em determinados enfoques específicos que variam de acordo com a formação profissional, filosofia, ideologia e crenças do autor, sem, contudo, apresentar uma solução de caráter sistêmico para o problema objeto deste trabalho. Isso é natural pois apresentar soluções para a saúde pública de um país continental como o Brasil e com recursos limitados, não é uma tarefa simples e requer contribuições multidisciplinares. Entretanto, mesmo com as valiosas contribuições, o Poder Público, ainda não disponibilizou para debate da sociedade um projeto concreto para enfrentar os problemas relacionados com o tema.

Conforme se depreenderá por este trabalho, a “Judicialização da saúde”, em que pese tratar-se de fato de um problema, é, na realidade, uma consequência e um indicador público seguro das deficiências no funcionamento do sistema vigente. As considerações, a seguir, elucidam esta questão:

- I. A maioria das discussões públicas acerca do tema está centrada em aspectos ligados às competências do Poder Público (Poder Judiciário versus Poder Executivo). Este fato, por si só, evidencia, de um lado, indícios fortes de que de que o sistema de saúde pública do país apresenta alguma deficiência na sua formulação legal e institucional. Se assim não o fosse, em princípio, não haveria motivação para este tipo de polêmica. De outro lado, mostra também, independentemente das competências, que o sistema em algum ou alguns aspectos, não está funcionando convenientemente, na medida em que não está satisfatório para aqueles que são a sua única razão de ser: os seus clientes ou a população a ser beneficiada pelo seu funcionamento eficaz.

- II. Se, de fato, as supostas ou reais “ingerências”- estas dependendo da visão jurídica sobre a matéria- do Poder Judiciário no sistema de saúde são relevantemente perniciosas para seu funcionamento, os seus gestores deveriam dispor de informações (fatos, números, dados) sistematizadas que lhes permitissem realizar um diagnóstico global sobre a matéria e, a partir daí, formular planos e estratégias para as necessárias medidas corretivas. Entretanto, as informações disponibilizadas à sociedade, pelos gestores do sistema, são precárias ou incompletas. Isto naturalmente dificulta a elaboração de um diagnóstico completo da situação e, conseqüentemente, inviabiliza uma solução efetiva e global;.
- III. Sabe-se que as decisões da Justiça obrigando ao Sistema de Saúde a conceder medicamentos ou serviços de saúde têm caráter intempestivo o que, em princípio, poderia trazer transtornos para os processos de planejamento e controle, de compras e financeiro do sistema e até mesmo afetar sua eficiência operacional. Exemplo típico dessa situação são as compras de medicamentos que, em decorrência dessas decisões, normalmente, são feitas em caráter emergencial o que, muitas vezes, pode elevar os seus preços na medida em que se prioriza o prazo de entrega em detrimento do valor de compra do produto. Entretanto, o gestor público eficaz pode, mediante implantação e uso de um sistema adequado de informações, quantificar e qualificar essas demandas judiciais, previamente, com níveis de confiança aceitáveis do ponto de vista de eficiência administrativa;.
- IV. A suposta deterioração do sistema de saúde não pode também ser debitada à mazelas culturais ou até mesmo à indústria farmacêutica. Esta, para sobrevivência, induziria, mediante “marketing incontrolável”, a utilização/consumo de medicamentos não contemplados nos procedimentos normativos do SUS. Sobre este fato, se constada sua relevância, também caberia aos gestores do

SUS adotar medidas de marketing público perante aos agentes envolvidos (cidadãos, juízes, promotores públicos, defensores públicos e advogados) para mostrar que os novos medicamentos apresentados pela indústria farmacêutica têm eficácia equivalente de outros medicamentos contemplados pelo SUS, ANVISA e outros;

- V. Mesmo reconhecendo as dificuldades e os imensos desafios que um projeto de melhorias e de desenvolvimento institucional do SUS representa, o Poder Público não pode deixar de enfrentar o problema. Exemplos não faltam de projetos desafiadores na esfera pública que lograram êxito. No passado, a Empresa Brasileira de Correios enfrentou desafio semelhante e hoje, é reconhecida publicamente, como eficiente e eficaz no cumprimento de seus objetivos sociais. O Governo do Estado de Minas Gerais vem, há quase 6 anos, melhorando, gradativamente, a eficiência e eficácia de seu sistema de gestão. Sob essa perspectiva é que se apresenta na próxima seção a experiência do modelo de gestão implementado em Minas visando o seu aproveitamento para os gestores do SUS.

2.4 Reformas Administrativas de Minas Gerais Pós 2003

As reformas administrativas realizadas em Minas Gerais propiciaram ao Governo do Estado sair de uma situação calamitosa de um déficit fiscal de R\$ 2,4 bilhões de reais em 2002 para uma posição superavitária nos anos subseqüentes (GRÁFICO 2). A melhoria da situação fiscal traduziu-se num montante de mais de R\$ 9 bilhões de investimentos diretos até 2008 (GRÁFICO 3). Isto só foi possível mediante a implantação de um novo modelo de gestão que permitiu um melhor planejamento, eficiência e eficácia administrativa. É deste modelo, apresentado com maiores detalhes a seguir, que se pretende extrair contribuições positivas para amenizar alguns dos impactos da Judicialização da Saúde expostos na seção 2.3.

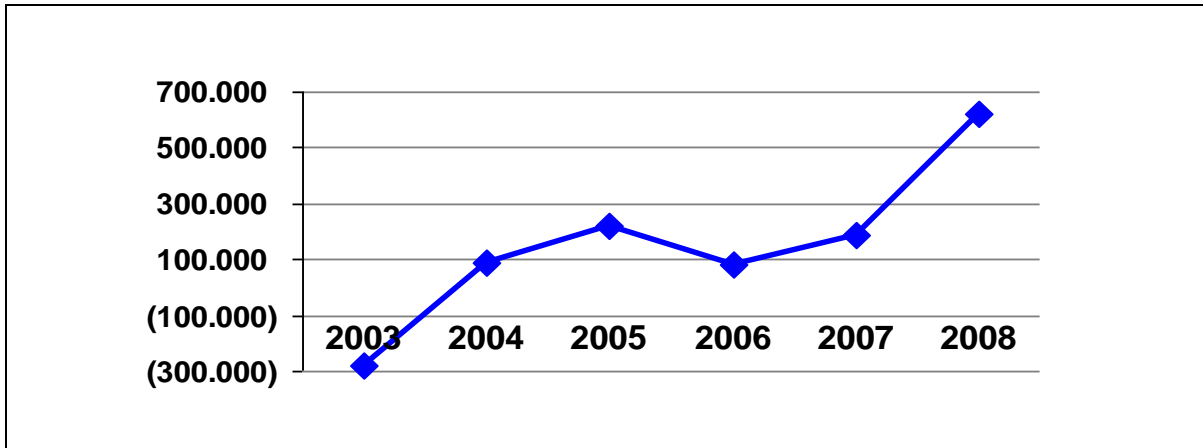


Gráfico 2 – Resultado Orçamentário Fiscal de Minas Gerais (em mil)
 Fonte: Secretaria de Estado da Fazenda de Minas Gerais

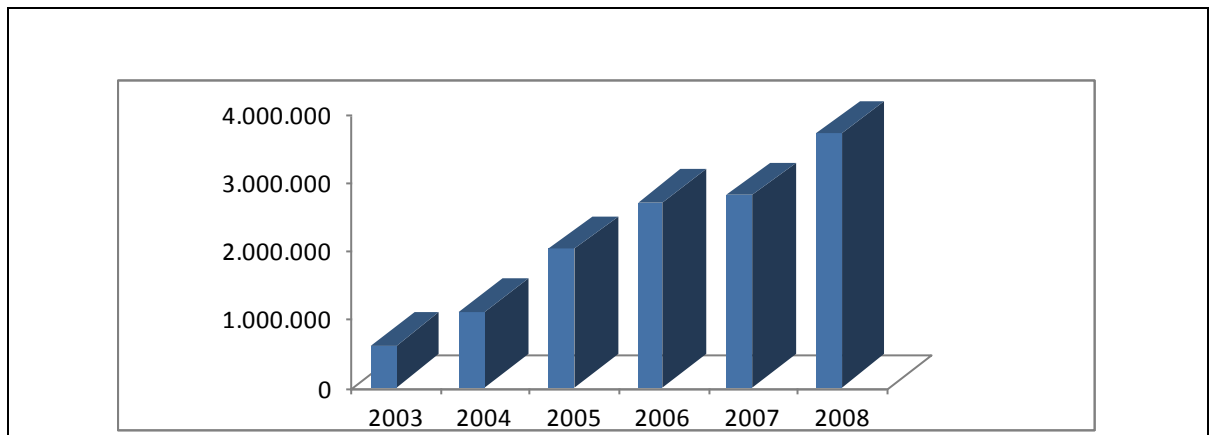


Gráfico 3 – Evolução do investimento em Minas Gerais (em mil)
 Fonte: Secretaria de Estado da Fazenda de Minas Gerais

O Governo do Estado de Minas Gerais iniciou, em 2003, uma série de reformas administrativas que tinham o escopo de modernizar a máquina pública estatal e superar a crise fiscal. Nos anos subseqüentes, foi implementado o conhecido “Choque de Gestão” definido como “o conjunto integrado de políticas de gestão públicas orientadas para o desenvolvimento” (VILHENA, 2003). O Acordo de Resultados foi instituído pela Lei 14.694, de 30 de julho de 2003, regulamentada pelos Decretos 43.674, 43.675 e 44.873, além da lei 17.600/08 que disciplina o acordo de resultados e principalmente o prêmio de produtividade.

O “Choque de Gestão”, inicialmente, tinha três grandes objetivos, quais sejam: alcançar o equilíbrio fiscal a partir de um planejamento efetivo das previsões de receitas e despesas; melhorar o desempenho da arrecadação estadual (Gráfico 4);

melhorar a qualidade da gestão pública realocando os gastos das áreas meio para as áreas fins do Estado, além de valorizar continuamente os servidores públicos e os fornecedores que, dentre outras iniciativas, começaram a receber em dia seus pagamentos.

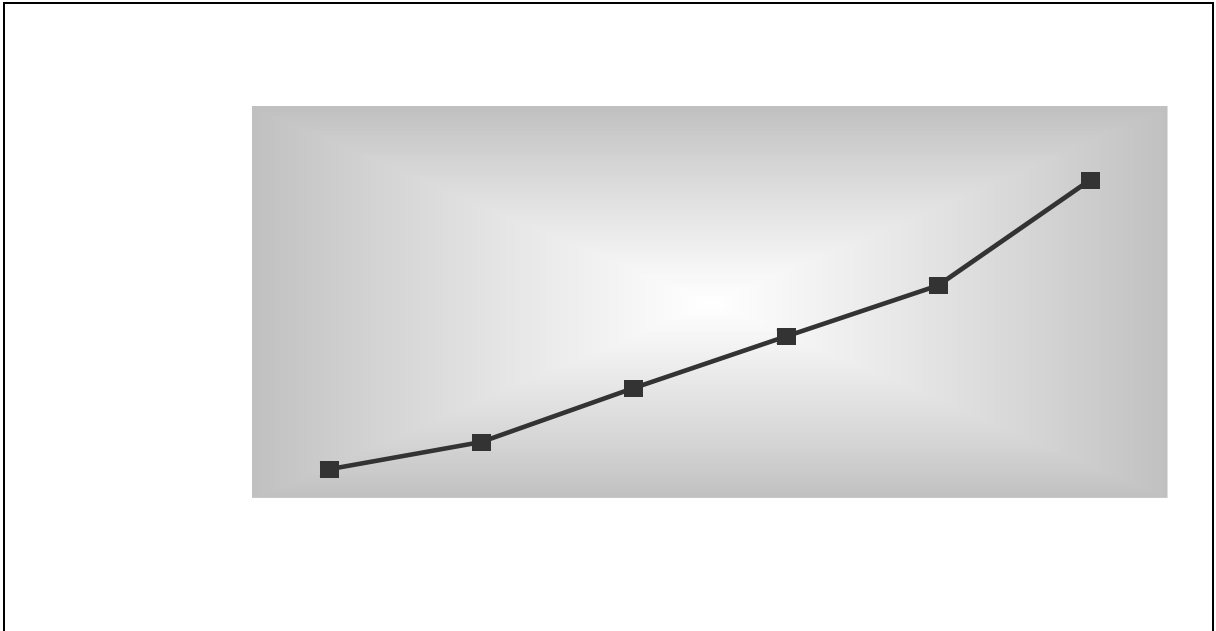


Gráfico 4 – - Evolução da Receita Arrecadada em Minas Gerais (em mil)
Fonte: Secretaria de Estado da Fazenda de Minas Gerais

Posteriormente, estes objetivos foram ampliados. A visão de um “Estado para Resultados” foi implantada e que no Acordo de Resultados encontra seus objetivos fundamentais conforme dispõe o artigo 4º e incisos da Lei 17.600 de 2008 que são:

- I. viabilizar a estratégia de governo, por meio de mecanismos de incentivo e gestão por resultados;
- II. alinhar o planejamento e as ações do acordado com o planejamento estratégico do governo, com as políticas públicas instituídas e com os programas governamentais;
- III. melhorar a qualidade e a eficiência dos serviços prestados à sociedade;
- IV. melhorar a utilização dos recursos públicos;
- V. dar transparência às ações das instituições públicas envolvidas e facilitar o controle social sobre a atividade administrativa estadual; e
- VI. estimular, valorizar e destacar servidores, dirigentes e órgãos ou

entidades que cumpram suas metas e atinjam os resultados previstos

Para alcançar tais objetivos podem-se citar, entre várias, algumas das principais medidas estratégicas que foram adotadas pelo Governo:

- I. redução do número de secretarias de 21 para 15;
- II. redução do número de cargos comissionados;
- III. a criação de mais de 30 projetos estruturadores, com um gerenciamento intensivo pela SEPLAG, que têm o objetivo de proporcionarem impactos concretos para a sociedade;
- IV. a adoção de novos instrumentos de gestão orientados para o resultado como as formas inovadoras de parceria com o setor privado, quais sejam: as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e as Parcerias-Público-Privada (PPP);
- V. nova política de Gestão de Pessoas com foco na meritocracia e com incentivos contínuos no desenvolvimento técnico dos servidores. Institucionalizou-se, assim, a Avaliação de Desempenho Individual dos servidores, além de reestruturar todos os planos de carreira destes;
- VI. Reformulação do Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI), que define a estratégia de longo prazo do Estado com o intuito de fazer de Minas Gerais “o melhor lugar do país para viver e investir em 2023”, conforme ilustra as figuras 1 e 2;
- VII. a utilização de contratos de gestão, no Estado de Minas Gerais denominado de Acordo de Resultados (AR).

Estas foram algumas das medidas adotadas pelo Governo mineiro pós 2003. Esta monografia, entretanto, se aterá mais ao item VII tendo em vista quais contribuições, este instrumento de contratualização, pode oferecer para solucionar ou amenizar os impactos da “Judicialização” da Saúde. Todavia, antes de apresentar as potenciais contribuições do AR é razoável conhecer o seu conceito, os objetivos, componentes e a dinâmica do seu funcionamento.

2.4.1 Acordo de Resultados: um instrumento de alinhamento estratégico da Gestão Pública em Minas Gerais.

O Acordo de Resultados (AR) consiste num contrato de gestão entre, de um lado, os dirigentes dos órgãos e entidades do executivo estadual e, de outro, as autoridades que sobre estes tenham poder hierárquico. Neste contrato são definidos os resultados a serem alcançados, que devem estar alinhados com as estratégias de governo de curto, médio e longo prazo. As estratégias de curto prazo estão sintetizadas na Lei Orçamentária Anual (LOA), as de médio prazo no Plano Plurianual de Ação Governamental (PPA) e as de longo prazo no Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI).

O aprofundamento do modelo do “Choque de Gestão”, que iniciou a sua segunda fase em 2007, se fundamenta pela busca de resultados mensuráveis e de impactos para a sociedade. Inseriu-se, assim, nos planejamentos estratégicos, LOA, PPA, PMDI os destinatários das políticas que foram organizados em cinco grandes grupos conforme dispõe o PPA 2008-2011:

1. **Pessoas instruídas, qualificadas e saudáveis** – foco dos programas de educação, saúde e cultura, direcionadas a ampliar o capital humano, fator essencial para o desenvolvimento econômico e social;
2. **Jovens protagonistas** – construindo uma forte aliança social estratégica, esse eixo pretende organizar as diversas ações dirigidas à juventude, com o objetivo de ampliar a empregabilidade, o empreendedorismo e a inclusão social dessa camada da população;
3. **Empresas dinâmicas e inovadoras** – concede atenção especial ao crescimento econômico como a grande alavanca das transformações sociais sustentáveis, por meio de programas de fomento econômico, infraestrutura e ciência e tecnologia e da construção de um pacto estadual pela elevação da taxa de investimento e da competitividade da economia de Minas Gerais;
4. **Cidades seguras e bem cuidadas** – mediante os programas relativos a meio ambiente, segurança pública, habitação e saneamento, o foco desse eixo é melhorar a qualidade de vida nas cidades mineiras;

5. **Eqüidade entre pessoas e regiões** – programas voltados para as regiões e locais de menor IDH, destinados aos segmentos mais vulneráveis, envolvem o combate à pobreza, a geração de emprego e renda e a segurança alimentar

Além destes destinatários foram criadas 11 Áreas de Resultados, foco dos desafios a serem superados mediante políticas públicas sustentado pelos pilares da qualidade fiscal e inovação em gestão pública. O PPAG 2008-2011 está alinhado com essa estratégia com o intuito de que os objetivos sejam alcançados. O PMDI, por sua vez, definiu as seguintes Áreas de Resultados:

1. **Educação de Qualidade** – melhorar a qualidade do ensino fundamental e médio, e contribuir para o aprimoramento da pré-escola.
2. **Protagonismo Juvenil** – aumentar o percentual de jovens que concluem o ensino médio e ampliar as suas oportunidades de inclusão produtiva.
3. **Investimento e Valor Agregado da Produção** – ampliar o volume anual de investimentos produtivos - privados, públicos ou em parcerias - e qualificar a mão-de-obra em parceria com o setor privado.
4. **Inovação, Tecnologia e Qualidade** – induzir uma agenda de inovação visando ao aprimoramento do que já temos e ao atingimento do que ainda não temos, definida juntamente com os stakeholders relevantes, aí incluídos o setor produtivo, universidades e centros de pesquisa.
5. **Desenvolvimento do Norte de Minas, Jequitinhonha, Mucuri e Rio Doce** – aumentar o volume de investimentos privados nestas regiões, por meio da atração de capitais produtivos, e da melhoria da infra-estrutura, da educação, da qualificação para o trabalho e das condições de saúde e saneamento.
6. **Logística de Integração e Desenvolvimento** – expandir o percentual da malha rodoviária estadual em condições boas de conservação, otimizando custos e resultados, concluir o Processo e construir, em conjunto com a União e demais Estados, uma solução para a malha federal.
7. **Rede de Cidades e Serviços** – ampliar o número de municípios com Índice Mineiro de Responsabilidade Social (IMRS) adequado, provendo, sob a ótica de uma rede hierarquizada e interconectada entre as diversas áreas, serviços públicos e privados de qualidade.

8. **Vida Saudável** – universalizar a atenção primária de saúde para a população, reduzir a mortalidade materno infantil, ampliar a longevidade e melhorar o atendimento da população adulta com doenças cardiovasculares e diabetes, e ampliar significativamente o acesso ao saneamento básico.
9. **Defesa Social** – reduzir de forma sustentável a violência no Estado, com a integração definitiva das organizações policiais, enfatizando as ações de inteligência, a ampliação das medidas preventivas e a modernização do sistema prisional.
10. **Redução da Pobreza e Inclusão Produtiva** – minimizar o percentual de pobres em relação à população total, com medidas regionalmente integradas e com intensificação de parcerias nas áreas de educação, saúde, assistência social, habitação e saneamento.
11. **Qualidade Ambiental** – aumentar o Índice de Qualidade da Água (IQA) do Rio das Velhas, consolidar a gestão das bacias hidrográficas, conservar o Cerrado e recuperar a Mata Atlântica, ampliar o tratamento de resíduos sólidos e tornar mais ágil e efetivo o licenciamento ambiental.

O Mapa Estratégico de Minas Gerais apresentado na (FIGURA 1), elaborado no PMDI 2007-2023, ilustra e sintetiza bem esta questão.



Figura 1 – Mapa Estratégico de Minas Gerais
 Fonte: Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão (2008)

O AR é um instrumento de gestão que visa transformar as estratégias de curto, médio e longo prazo em resultados. No AR são definidas as metas, indicadores, recursos, autonomias gerenciais, mecanismos de avaliação e penalidades. A partir do mapa estratégico do Sistema de Saúde (FIGURA 2), por exemplo, são definidas as metas para transformar a estratégia em resultados mensuráveis. A formulação, implementação e acompanhamento do Acordo de Resultados é realizado pela Secretaria de Planejamento e Gestão, notadamente pela equipe da Superintendência Central de Modernização Institucional e sua Diretoria Central de Modernização da Gestão.

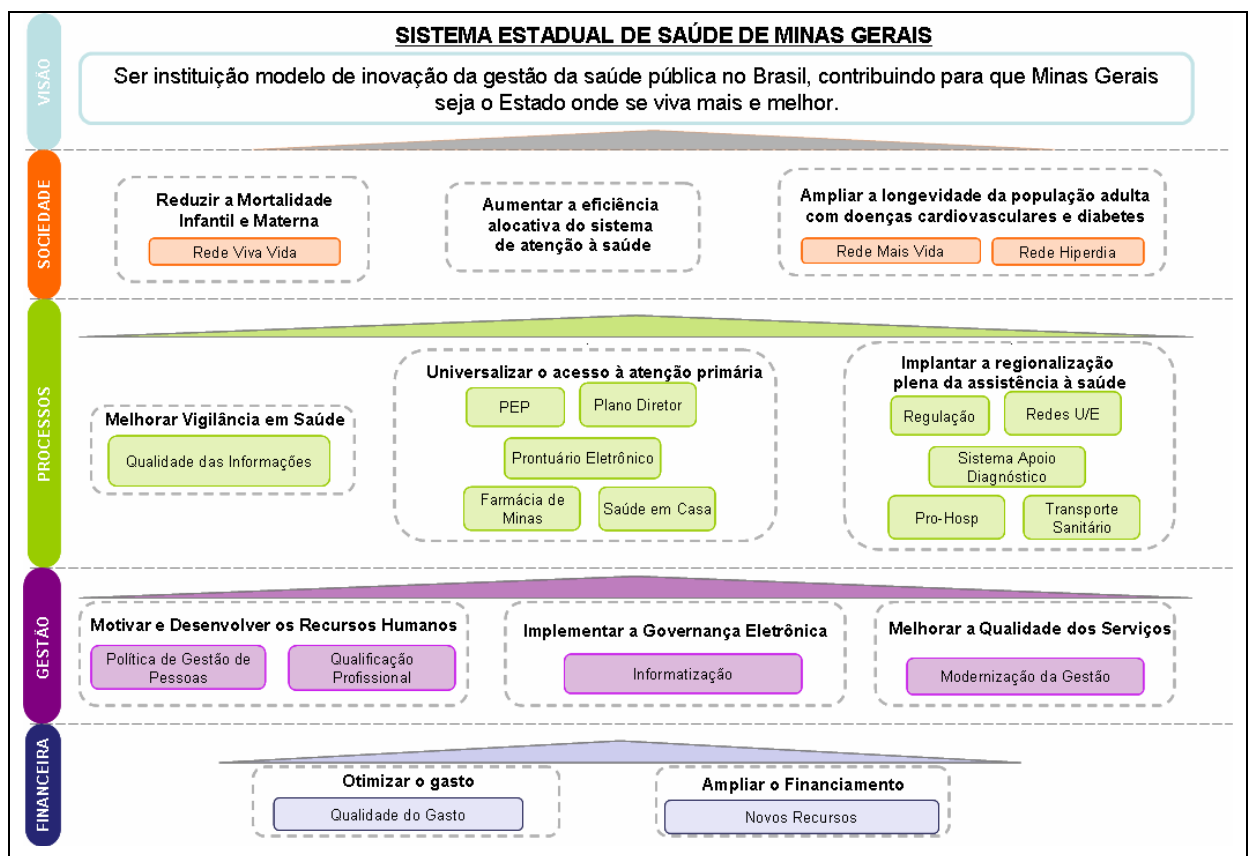


Figura 2 – Planejamento Estratégico do Sistema Estadual de Saúde
Fonte: Secretaria de Estado de Saúde (2008)

Atualmente, o Acordo de Resultados é celebrado em duas etapas e com mais de 50 órgãos e entidades do executivo estadual que são agrupados em Sistemas Operacionais. Assim, o Sistema Operacional de Saúde é composto pela Secretaria de Estado de Saúde e suas entidades vinculadas que são: Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais (HEMONINAS), Escola de Saúde Pública (ESP), Fundação Hospitalar de MG (FHEMIG) e Fundação Ezequiel Dias

(FUNED).

Na Primeira Etapa do AR são definidas as macro-metas que são agrupadas da seguinte forma:

- Resultados Finalísticos
- Execução dos Projetos Estruturadores
- Execução da Agenda Setorial do Choque de Gestão
- Racionalização do Gasto

Os Resultados Finalísticos são metas e indicadores que têm impactos concretos e mais sensíveis à percepção pela sociedade. Um exemplo de meta/indicador sob o conceito de resultados finalísticos é: “Variação percentual na taxa de Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) por morte causada por doenças cardiovasculares ou diabetes”. O Programa Estado para Resultados é o responsável em criar, apurar e avaliar os indicadores finalísticos.

Os Projetos Estruturadores são aqueles de maior prioridade, criados e selecionados a partir de premissas que os consideram essenciais para alcançar a visão de futuro estabelecida no PMDI. Estes projetos são monitorados pela Superintendência Central de Gestão Estratégica dos Recursos e Ações do Estado –SCGERAES.

A Agenda Setorial do Choque de Gestão consiste num conjunto de ações concretas que visam solucionar gargalos/entraves estruturais e administrativos que dificultam a implementação da estratégia do governo.

A Racionalização dos Gastos tem o escopo de criar metas/indicadores que incentivem e conduzam ao planejamento das despesas. São exemplos metas/indicadores da racionalização do gasto: “Número de remanejamentos orçamentários” e “Limites de Gastos com despesas típicas de área meio”. Tanto a Agenda Setorial quanto a Racionalização dos Gastos são elaboradas e acompanhadas intensivamente pela Diretoria Central de Modernização da Gestão (DCMG) da Superintendência Central de Modernização Institucional (SUMIN).

Para exemplificar são contempladas nesta etapa as seguintes metas extraídas do Acordo de Resultados de 2008 do Sistema Operacional de Saúde: “taxa de mortalidade infantil”; “percentual de domicílios com acesso à rede de esgoto ou fossa séptica” (Resultado Finalístico), mas também está contemplada na primeira etapa uma ação meio que com a sua implementação poder-se-ia mudar a realidade social a partir de uma melhoria na qualidade do gasto, qual seja, “o planejamento de consumo realizado com a definição dos itens de consumo a serem adquiridos em 2009” (Agenda Setorial).

A Segunda Etapa do Acordo de Resultados consiste, a priori, num desdobramento das macro-metas da 1ª Etapa em micro-metas de responsabilidade das equipes previamente estabelecidas. A equipe, por sua vez, pode ser formada pelos Servidores de uma Superintendência ou Diretoria de uma Secretaria, Órgão ou Entidade do Executivo Estadual.

A 2ª Etapa foi criada pela necessidade transferir para cada servidor, de maneira concreta e objetiva, a sua parcela de contribuição e responsabilidades para atingir ou se aproximar das metas estabelecidas na 1ª Etapa. Estas são, em última instância, os principais resultados a serem alcançados, embora o fracasso ou sucesso da 1ª Etapa é, ao menos na teoria, uma consequência dos esforços empreendidos por cada servidor e sua equipe.

Ademais, a 2ª etapa do Acordo de Resultados funciona como um instrumento interno de gestão estratégica de cada órgão. O contrato, assim, é celebrado entre o dirigente máximo do órgão (Secretário de Estado, Diretor Geral, Presidente etc.) e as equipes subordinadas a ele. Por conseguinte, são estabelecidas metas para cada uma das equipes com objetivo precípuo destas serem o desdobramento das metas da 1ª Etapa. Além disso, foi estabelecida uma política de incentivo de pagamento de prêmio de produtividade para as equipes que alcançarem as metas previamente estabelecidas. Este incentivo nada mais é do que um reconhecimento pelo trabalho e esforço empreendido pelas equipes. Em 2008 foram pagos mais de R\$300 milhões de reais a título de prêmio de produtividade a mais de 300 mil servidores. O quadro a seguir mostra um comparativo entre metas estabelecidas nas duas etapas do Acordo de Resultados.

INDICADORES E METAS DA 1ª ETAPA DO ACORDO DE RESULTADOS		
Meio Ambiente	Saúde	Transporte e Logística
• Aumentar o percentual do território mineiro com cobertura vegetal nativa.	• Reduzir o índice de mortalidade infantil	• Aumentar o percentual da malha rodoviária estadual em boas condições de conservação
• Aumentar o Índice de Qualidade da Água (IQA) nas principais bacias do Estado	• Ampliar o percentual de moradias com acesso a rede de esgoto	• Aumentar o número de municípios com acesso por meio de vias asfaltadas
INDICADORES E METAS DA 2ª ETAPA DO ACORDO DE RESULTADOS		
Meio Ambiente	Saúde	Transporte e Logística
• Área com cobertura vegetal nativa ampliada por regional do IEF	• Redução da Taxa de infecção hospitalar aferida em cada unidade hospitalar.	• Percentual da malha em boas condições por regional do DER.
• Taxa de prevenção e combate a incêndios florestais por unidade regional.	• Número de doações de múltiplos órgãos efetuados pela MG transplantes.	• Número de diagnósticos dos terminais de integração realizados pela Superintendência de Transporte Metropolitano.

Quadro 1 – Comparativo de Metas da 1ª e 2ª etapa do AR
 Fonte: Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão (2008)

2.4.2 Acordo de Resultados aplicado ao caso da Judicialização da Saúde.

A título de exemplo propõem-se algumas metas, indicadores e produtos que poderiam ser pactuadas no Acordo de Resultados da 1ª Etapa, no Sistema de Saúde, e na 2ª Etapa na SES/MG. As metas, produtos e indicadores apresentados a seguir têm o intuito de amenizar os impactos da Judicialização da Saúde para o SUS, mais especialmente para a SES/MG. Todavia, este trabalho de construção de indicadores deveria ser realizado a partir de um diagnóstico. Logo, como este diagnóstico não foi realizado as metas apresentadas a seguir têm apenas caráter ilustrativo.

Entende-se que os produtos, metas e indicadores propostos no QUADRO 2 para serem pactuados na 1ª Etapa do AR, devem ser objeto da Agenda Setorial do Choque de Gestão, na medida em que podem ser considerados entraves/gargalos administrativos que dificultam a realização da estratégia do governo.

Indicadores, Metas e Produtos: 1ª Etapa do AR – Sistema de Saúde

Nº	ITEM DA AGENDA SETORIAL	PRODUTO	CRITÉRIO DE ACEITAÇÃO E FONTE DE COMPROVAÇÃO DO PRODUTO	DATA DE ENTREGA
1	Qualidade do Gasto	Planejamento do consumo dos medicamentos demandados judicialmente a serem adquiridos em 2010.	A previsão de demanda deverá se basear no modelo teórico apresentado na seção 2.4.3 desta monografia. O relatório deverá ser encaminhado para a Superintendência de Gestão. Fonte: Relatório de Previsão de Demanda e Formação de Estoque.	31/12/2009

Quadro 2 – Agenda setorial de Choque de Gestão
Fonte: Elaborado pelo autor

Tabela 1 – Agenda Setorial do Choque de Gestão

Nº	ITEM	INDICADOR	VALOR DE REFERÊNCIA (V0)*	META 2010	META 2011
2	Implementação Gradual de um Sistema de Gestão e Ação Estratégica que atenuem os impactos da Judicialização da Saúde	Valor global gasto pela SES/MG com a aquisição de medicamentos demandados judicialmente.	-	80% do V0	60% do V0

Fonte: Elaborado pelo autor

O item 1 da Agenda Setorial do Choque de Gestão, para fins de avaliação, terá sua nota ponderada pelas Tabelas 2 e 3.

Tabela 2 – Escala Padrão de Pontuação dos Produtos da Agenda Setorial

SITUAÇÃO DO PRODUTO	NOTA
Realizado em dia	10
Realizado com atraso	De 5 a 9, conforme tabela 1
Produto não realizado	0
Produto parcialmente realizado	De 0 a 5, conforme deliberação da CAA

Fonte: Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão/SUMIN/DCMG (2008)

Tabela 3 – Escala Padrão de Pontuação para Produtos Entregues com atraso

SITUAÇÃO DO PRODUTO	NOTA
Realizado em dia	10
Realizado com até 15 dias de atraso	9
Realizado com atraso de 15 a 30 dias	8
Realizado com atraso de 30 a 45 dias	7
Realizado com atraso de 45 a 60 dias	6
Acima de 60 dias de atraso	5

Fonte: Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão/SUMIN/DCMG (2008)

Em relação ao item 2 da Agenda Setorial do Choque de Gestão a fórmula do cálculo de desempenho será a “regra geral” apresentada a seguir:

Regra geral para cálculo de desempenho:

$$[\Delta \text{ do resultado} / \Delta \text{ da meta}] \times 10$$

Onde: Δ resultado = Resultado – Valor de referência (V0)

Δ meta = Meta – Valor de referência (V0)

O cálculo de desempenho será condicionado à apuração percentual do que foi realizado em relação à meta e terá sua pontuação conforme a Tabela 4 a seguir:

Tabela 4 – Escala Padrão de Pontuação para Produtos Entregues com atraso

(%) DE EXECUÇÃO EM RELAÇÃO À META	NOTA
≥ 100%	10
95,00% até 99,99%	8
90,00% até 94,99%	6
80,00% até 89,99%	4
< 80%	0

Fonte: Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão/SUMIN/DCMG (2008)

Entretanto, vale ressaltar, que o V0 deve ser extraído da base de dados da SES/MG (área de orçamento, compras, assessoria jurídica etc.) para que a “regra geral” seja utilizada.

A partir destes dois itens da Agenda Setorial do Choque de Gestão propostos para a 1ª Etapa do AR, recomenda-se o desdobramento destas em metas. Entretanto, somente alguns exemplos destes indicadores e produtos desdobrados para as equipes da SES/MG são apresentadas a seguir. Isto porquê se faz necessário um diagnóstico preliminar que permita reconhecer o grau de responsabilidade e de contribuição que cada equipe tem para amenizar ou solucionar o problema da Judicialização da Saúde no micro-ambiente do SUS composto pela SES/MG.

Tabela 5 – Indicadores, Metas e Produtos: 2ª Etapa do AR – SES/MG

INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR DE REFERÊNCIA		META	CÁLCULO DE DESEMPENHO	EQUIPE RESPONSÁVEL	VINCULAÇÃO ESTRATÉGICA
		VALOR VO	PERÍODO DE REFERÊNCIA				
Número de ações judiciais acionadas contra o Estado de Minas Gerais, SES/MG ou autoridade coatora integrante do poder executivo estadual.	Número absoluto	-	2º sem 2009	80% do VO	Regra Geral	Equipe Gabinete	Agenda Setorial

NOME DO PROJETO/AÇÃO	PRODUTO PACTUADO / MARCOS	DATA	EQUIPE RESPONSÁVEL	VINCULAÇÃO ESTRATÉGICA
Planejamento e Controle das Demandas Judiciais	Relatório mensal do número absoluto de ações judiciais impetradas contra o Estado de MG que pleiteiam: 1:medicamento, 2:procedimento, 3:medicamento mais procedimento.	31/12/09	Assessoria Jurídica	Agenda Setorial
Planejamento e Controle das Demandas Judiciais	Relatório mensal, a partir de julho de 2009, do montante gasto pela SES/MG com recursos próprios para aquisição de medicamentos e/ou procedimentos demandados por via judicial.	31/12/09	Superintendência de Gestão / Gerência de Orçamento	Agenda Setorial

Fonte: Elaborado pelo autor

2.4.3 Previsão de Demanda de Medicamentos Fornecidos por Via Judicial

Antes do Plano Real de 1994 pouca relevância se dava à gestão de estoques, uma vez que nesse campo a ação comumente adotada era ter acúmulos grandes de estoques para tentar driblar as taxas exorbitantes da inflação. A gestão de estoques atualmente representa um fator relevante para a saúde financeira de qualquer organização. Segundo Tadeu (2008), estoque é *“qualquer recurso físico, do qual este tenha atrelado valores financeiros e atributos fiscais”*.

Ademais, os estoques são destinados para atender à demanda interna ou externa da organização. No caso do SUS, visa satisfazer, principalmente, às demandas da população que são os seus clientes. A formação dos estoques depende, na área pública, de previsão orçamentária e de morosos processos de compra, se comparados com a dinâmica da área privada. A licitação é o principal procedimento de compra da área pública que tem ritos e prazos próprios. Entretanto, não se discutirá a celeridade do processo de compra pela área pública. Adota-se, apenas, a premissa que se o processo de compra por licitação tem sua celeridade limitada por aspectos legais maior ainda é a necessidade do setor público realizar um planejamento efetivo de sua necessidade de estoque.

O planejamento efetivo da necessidade de estoque é ainda mais relevante no tocante às demandas judiciais de medicamentos. As decisões judiciais, conforme já apresentado nesta monografia, têm prazos curtíssimos de 24, 48, 72 horas à 30 dias para que o gestor do SUS (SES, SMS ou MS) cumpra e forneça o medicamento determinado. Caso não o faça estará sujeito à penas severas, como o pagamento de multas diárias e até a prisão da autoridade coatora se tiver sido impetrado um mandado de segurança.

Por fim, caso o modelo teórico apresentado a seguir fosse adotado pelos gestores do SUS poder-se-ia diminuir consideravelmente:

- A formação do “passivo oculto” de pagamentos futuros de multas por atraso no fornecimento de medicamentos.

- A possibilidade da autoridade coatora ser privada de sua liberdade.
- A utilização da prerrogativa da “dispensa de licitação”, prevista na lei 8666/93, para estes casos de emergência, já que o medicamento já estaria estocado e disponível para o autor/paciente.

2.4.3.1 Modelo Teórico de Previsão de Demanda e Formação de Estoque

Segundo Tadeu (2008), a gestão de estoques deve se basear nos seguintes critérios:

- a) “Redução e adequação do número de recursos estocados à capacidade de processamento, movimentação e de giro de estoque (redução temporal de itens em depósitos) destes recursos físicos;
- b) Seleção criteriosa dos fornecedores, tendo em vista a necessidade de certificar a credibilidade dos prazos, volume e qualidade das entregas; devendo-se ainda buscar uma maior proximidade entre os fornecedores, depósitos e/ou fábricas para redução dos custos de transportes;
- c) Estabelecer ainda, junto aos fornecedores, relações comerciais estáveis (conduta “ganha-ganha”) e contratos de longo prazo para assegurar o fornecimento dos insumos necessários;
- d) Avaliar previsões de demanda através de análises de mercado e a adoção de modelos quantitativos para controle de estoques, evitando a compra pela intuição que representa um risco às operações logísticas”.

Ademais Tadeu (2008) corrobora com as posições de Wanke (2006) e Ballou (2006) ao reafirmar a imprescindibilidade das organizações conseguirem realizar de forma eficaz a seleção, o cadastramento e a contratação de fornecedores com ótimas qualificações para que as necessidades de compras sejam atendidas prontamente. Almeja-se, assim, que as entregas sejam freqüentes e em lotes reduzidos para que o custo de estocagem seja minimizado, além de se diminuir os riscos de perdas, desvios e depreciação.

Propõe-se que seja adotado pelos gestores do SUS um modelo de previsão de demanda baseado num método quantitativo aplicado. Logo, deve-se adotar modelos de regressão da estatística para se prever parâmetros de consumo futuro.

O modelo estatístico adotado será o da regressão linear. As equações apresentadas a seguir são destinadas à aplicação um único produto ou item, não obstante que para a otimização dos estoques deve-se respeitar a classificação por categoria de materiais.

Relaciona-se, no modelo de regressão linear, duas variáveis: uma dependente e outra independente. Considerar-se-á variável dependente “y” e variável independente “x”.

A estimação do modelo é feita, em regra, pelo método dos mínimos quadrados ordinários que apresenta resultados ótimos, de acordo com o teorema de Gauss e Markov, segundo Santos (2000).

Segundo Tadeu (2008), a adoção do modelo de regressão linear está associada à interpretação da variável explicativa, conforme a Equação 01.

$$Y = \beta_0 + \beta_1 \cdot x$$

Figura 3 – Equação: Variável Explicativa
Fonte: Tadeu (2008)

Para a utilização da Equação 01, há a necessidade de se conhecer os fatores da equação para estimar o valor de “y”, em detrimento a “x”. Logo, deve-se empregar o método dos mínimos quadrados, sendo os valores calculados a soma das diferenças entre os valores observados e estimados pela regressão mínima.

$$b_1 = \frac{\sum x_i y_i - \frac{\sum x_i \sum y_i}{n}}{\sum x_i^2 - \frac{(\sum x_i)^2}{n}}$$

Figura 4 – Equação: Valores Observados
Fonte: Tadeu (2008)

$$b_0 = \bar{y} - b_1\bar{x}$$

Figura 5 – Equação: Valores Observados
Fonte: Tadeu (2008)

2.4.3.2 Aplicação Prática do Modelo Teórico de Previsão de Demanda

Nesta aplicação prática, pressupõe-se que uma unidade gestora do SUS (Secretaria de Estado de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde ou Ministério da Saúde) aplique o modelo de regressão linear para ajustar seus estoques de um medicamento hipotético P1 para 2010, a partir da observação da série histórica observada em 2009.

Apresenta-se na Tabela 1 a série histórica de consumo de um medicamento hipotético P1. Por conseguinte, realiza-se a previsão de demanda com a utilização das equações apresentadas no item 2..3.1

Tabela 6 – Série Histórica em 2009

Período 2009	J jan	F fev	M mar	A abr	M mai	J jun	J jul	A ago	S set	O out	N nov	D dez
Consumo Medicamento P1	110	120	120	90	90	85	70	75	80	190	210	290

Fonte: Elaborado pelo autor



Gráfico 5 – Série Histórica em 2009
Fonte: Elaborado pelo autor

Tabela 7 – Mestra para 2009

Xi (tempo)	Yi (qt)	Xy	X^	Y^
1	110	110	1	12100
2	120	240	4	14400
3	120	360	9	14400
4	90	360	16	8100
5	90	450	25	8100
6	85	510	36	7225
7	70	490	49	4900
8	75	600	64	5625
9	80	720	81	6400
10	190	1900	100	36100
11	210	2310	121	44100
12	290	3480	144	84100
Somatório	78	1530	650	245550

Fonte: Elaborado pelo autor

Esta última tabela é um facilitador para se chegar à reta de tendência a partir das fórmulas apresentadas no item 5.3.1. Após os cálculos encontra-se a seguinte reta de tendência: $y = 11,084 x + 55,45$ e o $R^2 = 0,3481$.

Entretanto, para se interpretar este resultado, deve-se adicionar na reta de tendência calculada, a análise mensal em “x” para compreender as respostas de “y”. Neste será considerado a tendência para 2010.

Por exemplo, para março de 2010 o “x” = 3 e o $y = 11,084 (3) + 55,45$. Logo, “y” = 89. Comparativamente, no mesmo mês de 2009 o consumo do medicamento P1 foi 120.

Este cálculo deve ser empregado para toda série histórica analisada, conforme ilustra a tabela 8.

Tabela 8 – Mestra para 2010

Xi (tempo)	Yi (qt)	Xy	X^	Y^	2010
1	110	110	1	12100	67
2	120	240	4	14400	78
3	120	360	9	14400	89
4	90	360	16	8100	100
5	90	450	25	8100	111
6	85	510	36	7225	122
7	70	490	49	4900	133
8	75	600	64	5625	144
9	80	720	81	6400	155
10	190	1900	100	36100	166
11	210	2310	121	44100	177
12	290	3480	144	84100	188
Somatório 78	1530	11530	650	245550	1530

Fonte: Elaborado pelo autor

Percebe-se, a partir dos dados supostos, que nesta simulação, a tendência ajustada para 2010 é crescente. A quantidade total anual de medicamento P1 que será adquirida em 2010 é equivalente ao que foi demandado em 2009. Entretanto, existem variações mensais ao se comparar o que foi demandado em 2009 e o que está previsto para se adquirir mês a mês em 2010. O GRÁFICO 6 ilustra bem este fato: a linha vermelha deste gráfico representa a reta de tendência para 2010 e a linha azul, o histórico de consumo do medicamento P1 em 2009.

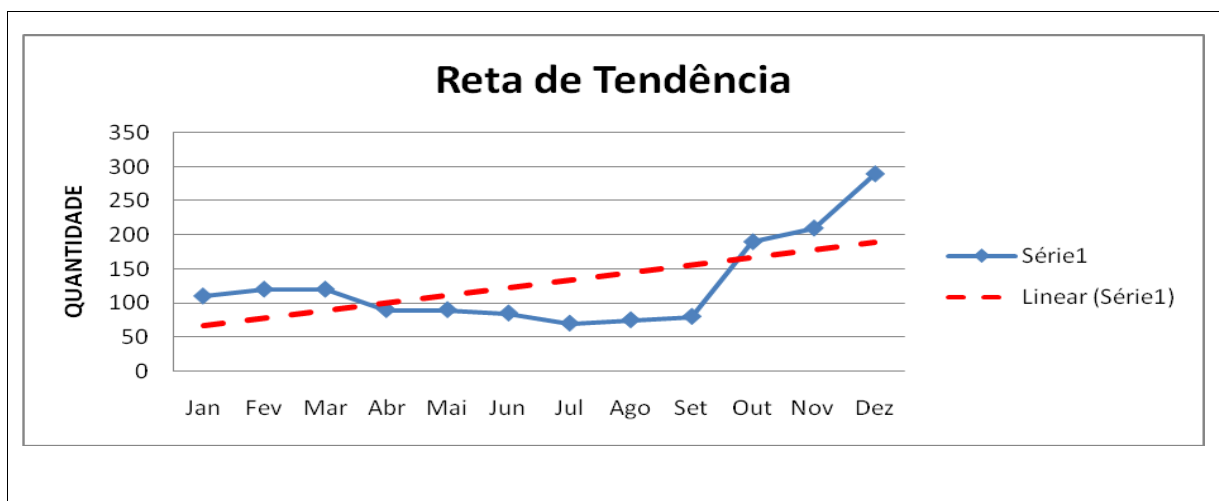


Gráfico 6 – Reta de Tendência

Fonte: Elaborado pelo autor

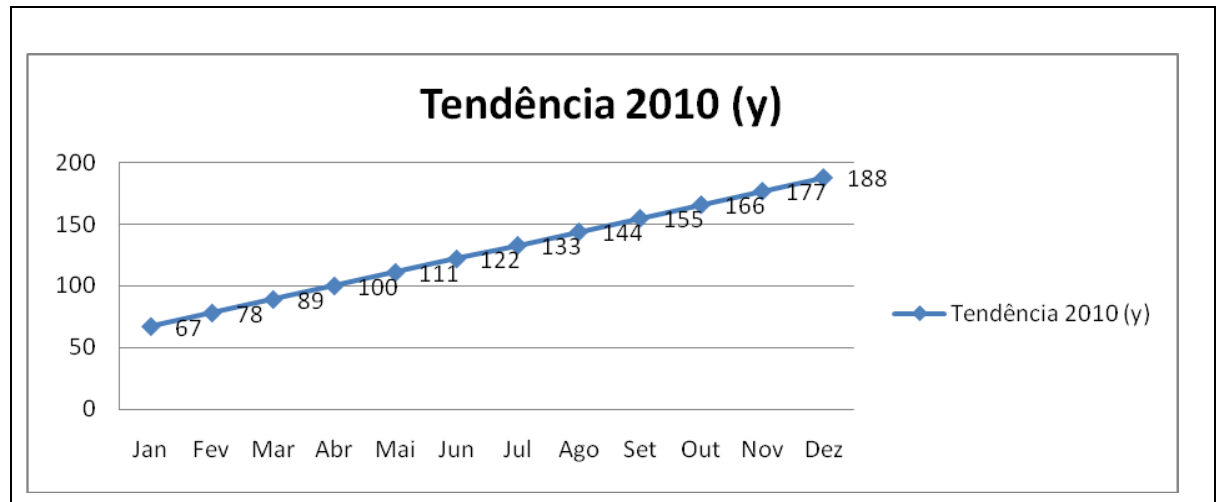


Gráfico 7 – Reta de Tendência Ajustada
 Fonte: Elaborado pelo autor

Segundo Tadeu (2008), o GRÁFICO 7 está ajustado e, assim, não há excessos ou falta de estoques. Logo, se este modelo for adotado, as unidades gestoras do SUS poderão economizar seus escassos recursos financeiros na medida em que, assim, será possível evitar perdas, depreciações desnecessárias e o pagamento de multas por atraso no fornecimento de medicamento.

Além disso, poderá escolher e qualificar com mais propriedade e tempo os seus fornecedores de medicamentos demandados judicialmente, pois com a previsão de demanda é possível realizar um planejamento de médio prazo das compras necessárias para atender as demandas judiciais. Logo, a dispensa de licitação seria utilizada somente naqueles casos pontuais em que não fosse possível, estatisticamente, realizar a previsão de demanda do medicamento.

Por fim, ressalta-se que este modelo, pelo fato de ser determinístico, deve ser periodicamente revisado a fim de que a tendência ajustada esteja sempre alinhada com o período anteriormente observado.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As análises feitas anteriormente permitem inferir que o SUS, em que pesem os avanços institucionais obtidos nos últimos anos, não vem cumprindo os seus objetivos sociais de forma satisfatória. Conquanto a chamada “judicialização da saúde” esteja contribuindo de forma negativa para seu desempenho, não é a causa determinante da situação atual. As crescentes e significativas demandas judiciais por medicamentos e serviços de saúde representam, na realidade, um indicador seguro de que o sistema de saúde do Brasil, de um lado, não está satisfazendo seus clientes e, de outro, que a sua base legal de funcionamento, pelas inúmeras discussões e polêmicas jurídicas analisadas na seção 2.2, é precária o que indica a sua fragilidade institucional.

As demandas judiciais por medicamentos e serviços de saúde evidenciaram também a necessidade de melhorias substanciais na gestão do SUS na medida em que em este não está interagindo de forma sistêmica com outras entidades do Poder Público e com seus clientes. Este fato, por si, já é um indicador de múltiplas deficiências da eficácia e efetividade do sistema no sentido de assegurar sua perenidade. Entretanto, os gestores do SUS não disponibilizaram para a sociedade um projeto de caráter global para sanar as deficiências do sistema de saúde do país e conseqüentemente fortalecê-lo institucionalmente. Tal atitude representa um forte indício de que se busca atacar problemas pontuais de funcionamento do sistema sem enfrentar efetivamente o problema maior na sua verdadeira dimensão, de forma global e sistêmica que é o cumprimento com eficácia dos objetivos do SUS. Constata-se, então, a postergação de sua solução definitiva por múltiplas motivações: dificuldades de enfrentar a realidade e reconhecer perante a população de que os recursos são limitados e insuficientes para atender as demandas de saúde; receio de que o assunto gere desgastes políticos; reconhecimento de que a melhoria da gestão não se consegue em curto prazo e por isso a relação custo/benefício político desta decisão não seja satisfatória em termos políticos; ou outras de quaisquer natureza.

Efetivamente promover o desenvolvimento e fortalecimento institucional do SUS para cumprimento de seus objetivos é uma missão difícil por sua dimensão política, ética, social, econômica e representa um desafio de gestão para o Poder Público. Entretanto, mesmo ante essa perspectiva, este desafio que tem que ser enfrentado imediatamente, sob pena de, com seu adiamento, agravar os problemas existentes e comprometer ainda mais os serviços de saúde oferecidos à população. Em consequência, o assunto exige do Poder Público uma agenda prioritária para sua solução definitiva.

Vale a pena lembrar, nesse contexto, para análise e decisão do Poder Público, o alerta do Professor Ackoff (1970) quando diz textualmente : “Falhamos, com mais freqüência, em obtermos soluções certas para problemas errados do que em obtermos soluções erradas para problemas certos. A atual preocupação mundial com a redefinição de prioridades, tanto pessoais quanto públicas, origina-se do reconhecimento deste fato. Ele reflete uma preocupação maior e mais abrangente com os problemas que deixamos de enfrentar do que com os problemas que enfrentamos sem qualquer sucesso.”

Sob essa perspectiva é que se propõe o modelo de previsão de demandas judiciais analisado na seção 2.4.2 e o modelo de gestão implementado no Estado de Minas Gerais que tem como um dos seus pilares o “Acordo de Resultados” apresentado na seção 2.4.3 O primeiro será de valia para o Poder Público para aumentar a eficiência em curto prazo no trato das questões correlacionadas à melhorias do processo de planejamento e controle de um modo geral e especialmente possibilitará evitar, no caso de demandas judiciais de medicamentos e serviços de saúde, a ocorrência de custos desnecessários. O segundo, representa um instrumental de grande alcance para aumentar a eficácia e efetividade do Poder Público, em médio prazo, no cumprimento de seus objetivos.

Naturalmente, devido ao seu alcance e resultados que possibilita atingir, o modelo de previsão de demandas é facilmente aplicável ao caso das demandas judiciais e com pequeno esforço técnico-administrativo poderá ser implementado imediatamente pelo Poder Público e seus resultados poderão ser aferidos em curto prazo também. Já o modelo de gestão, exigirá do gestor público determinação,

liderança, conhecimentos de gestão e do setor de saúde pública em nível de excelência. Por isso mesmo é desafiador tanto quanto é desafiadora a missão de equacionar os problemas de saúde pública do país.

REFERÊNCIAS

ACKOFF, Russel L. 1970. **A Concept of Corporate Planning**. New York, Wiley-Interscience.

BALLOU, R. H. **Logística Empresarial**: transportes, administração de materiais e distribuição física. São Paulo: Atlas, 2003.

BALLOU, R. H. **Gerenciamento da cadeia de suprimentos**: Logística empresarial. 5.ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL de 5 de outubro de 1988. **Carta Magna**. disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm acesso em nov. 08.

BARATA, Luiz Roberto Barradas. É positivo que o Estado seja obrigado por decisão judicial a fornecer certos medicamentos?. **Tendências/Debates. Folha de São Paulo**. 17 mar 2007.

GANDIN João Agnaldo Donizeti; BARIONE Samantha Ferreira; SOUZA André Evangelista. A judicialização do direito à saúde: a obtenção de atendimento médico, medicamentos e insumos terapêuticos por via judicial critérios e experiências. **Revista Jus Vigilantibus**. 19 de mar 2008.

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Plano Mineiro de desenvolvimento integrado – PMDI 2007-2023**. 2007.

IDISA – INSTITUTO DE DIREITO SANITÁRIO APLICADO. **Ações judiciais comprometem política de saúde**. 2008. Disponível em <http://www.idisa.org.br/site/vernot.php?vernot=1752> acesso em fev-09.

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm acesso em fev. 09.

MAGGIO Marcelo Paulo **O controle das políticas públicas de saúde pelo Judiciário**. 19/07/08 Disponível em <http://www.parana-online.com.br/canal/direito-e-justica/news/243019/> acesso em 08/04/2009.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. CD-ROM - 24ª Ed. Editora Atlas. 2009 .

MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Portal de Notícias**. Disponível em:
http://189.28.128.100/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspListaDetalhes&id_area=124 > Acesso em: 05/04/2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Aquisição de medicamentos por ações judiciais cresceu 1.920%. **Clippings Jurídicos**. 04/09/2008. disponível em
<http://www.advsauade.com.br/noticias.php?local=1&nid=1629> acesso em dez-08.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sobre o SUS 20 anos**. disponível em
http://sus20anos.saude.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=58&Itemid=53
acesso em jan-09.

SANTOS, Lenir. A Integralidade da Atenção e a Judicialização da Saúde. nota Jurídica **CONASEMS** n° 06/2007 Núcleo de Direito Sanitário. Disponível em:
http://www.conasems.org.br/files/nota_juridica_06_2007.doc > Acesso em: 20/03/2009.

SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO. **Gestão Estratégica de Recursos e Ações do Estado**. Belo Horizonte, 2007. Disponível em:
<www.geraes.mg.gov.br>. Acesso em: nov.2007.

SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E DE GESTÃO. Plano PluriAnual. **Cadernos de Regionalização**. 2008-2001.

SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E DE GESTÃO. Mapa Estratégico de Minas. **PMDI 2007-2023**.

TADEU, H. F. B. **Logística Empresarial: Riscos e Oportunidades**. Belo Horizonte: Fundac, 2008. 300 p.

WANKE, Peter. **Previsão de Venda: processos organizacionais e métodos quantitativos e qualitativos**. São Paulo: Atlas, 2006.

VILHENA, Renata et al. **O Choque de Gestão em Minas Gerais, políticas da gestão pública para o desenvolvimento**, Belo Horizonte, Ed. UFMG. 2006.