



**IX ENCONTRO BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

ISSN: 2594-5688

secretaria@sbap.org.br

Sociedade Brasileira de Administração Pública

**ARTIGO**

**DESCOORDENAÇÃO FEDERATIVA E SUS: COMO A REDUÇÃO  
NO ORÇAMENTO DESTINADO À SAÚDE, A PARTIR DA EMENDA  
CONSTITUCIONAL Nº 95, VEM REFLETINDO NA POLÍTICA  
PÚBLICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ESTADO DA  
BAHIA**

**POLIANA BRITO BARBOSA, SIMONE CERQUEIRA MACHADO ALVES, LAÍSSA LAÍS LOPES COSTA,**

**GRUPO TEMÁTICO: 11 Federalismo e Relações  
Intergovernamentais**

IX Encontro Brasileiro de Administração Pública, São Paulo/SP, 5 a 7 de outubro de 2022.  
Sociedade Brasileira de Administração Pública  
Brasil

Disponível em: <https://sbap.org.br/>

## DESCOORDENAÇÃO FEDERATIVA E SUS: COMO A REDUÇÃO NO ORÇAMENTO DESTINADO À SAÚDE, A PARTIR DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95, VEM REFLETINDO NA POLÍTICA PÚBLICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ESTADO DA BAHIA

Desde a redemocratização, a articulação entre estados e municípios no Brasil vêm sendo construída e se apresenta como um conjunto de arenas de negociação, coordenação e produção de políticas e serviços públicos, horizontal, vertical e setorialmente em cada nível de governo ou área de atuação. Na saúde, isso vem ocorrendo desde 2006, com a criação do pacto pela saúde. Como consequência, os gestores públicos precisam cooperar entre si, ou seja, considerar a articulação entre as diferentes políticas públicas adotadas em diferentes níveis de governo para potencializar os resultados (LINHARES; CUNHA, 2010).

A cooperação interfederativa ganhou terreno a partir da criação de mecanismos de articulação onde se incentivam que os entes federados ajam em favor de interesses comuns, estabelecendo explicitamente quando, como e o que cada ente fará e desenvolverá diante de uma determinada política (LINHARES; CUNHA, 2010). A cooperação interfederativa foi estabelecida no âmbito do desenho do modelo do Sistema Único de Saúde (SUS), cujas bases mais colaborativas já estavam no texto constitucional e foram reforçadas pela Lei Orgânica da Saúde 8.080/1990 (Brasil, 1990).

Os gastos propostos para Saúde não evoluíram nos últimos 10 anos e têm sua participação no orçamento total reduzida anualmente: em termos reais, o valor total do Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA) 2022, R\$ 147,4 bilhões, é similar à proposta de 2012 e 5% menor que a de 2019, e apresenta a menor participação na proposta orçamentária do Governo Federal dos últimos 10 anos, 3,19%. A capacidade de investimento do Ministério da Saúde é baixa, se reduz ano a ano e depende das emendas parlamentares. Entre 2013 e 2022, houve uma redução de 77% na dotação direcionada, caindo de R\$ 9,2 para R\$ 2,1 bilhões, ou, em termos de participação, de 5,9% para 1,45% do PLOA (FARIA et al., 2021).

Nos próximos anos, vislumbra-se a tensão entre necessidades de financiamento e sustentabilidade financeira do sistema de saúde pública no Brasil. De um lado, projeções indicam que o financiamento da saúde demandará cada vez mais recursos, não apenas em termos absolutos, mas como proporção do PIB. De outro, o aumento das restrições para a expansão do gasto federal força um debate quanto à priorização do tema em detrimento

a outros (ROCHA; FURTADO; SPINOLA, 2021). Excluindo os gastos de combate à pandemia da Covid-19, o orçamento cai para R\$ 140,3 bilhões, o menor desde 2012. O valor corresponde a cerca de 3,1% dos recursos totais do governo, menor percentual em uma década. A proposta orçamentária também evidencia a queda dos recursos para a compra de vacinas contra a Covid-19. O valor estimado é de R\$ 3,9 bilhões, metade do valor de 2021 (R\$ 6,9 bilhões), sendo que ainda não se sabe quantas doses de vacina serão necessárias para manter a imunização em níveis adequados.

Fatores marcam a crescente crise do Sistema Único de Saúde, a partir da inação do Governo Federal e apontam para fatores críticos: o federativo, com a descoordenação e recursos insuficientes para expandir o sistema de saúde; e orçamentário, através do gasto público insuficiente para atender aos indivíduos (NASCIMENTO; FERNANDES, 2015).

A Constituição Federal define que a gestão do SUS é responsabilidade compartilhada entre a União, estados e municípios. Assim, vale notar que somente 38% – R\$ 56,1 bilhões – dos recursos propostos são aplicados diretamente pelo Ministério da Saúde, enquanto o restante é transferido fundo a fundo ou diretamente aos entes subnacionais. As transferências aos fundos municipais alcançam 40% do PLOA, ou R\$ 59,5 bilhões, e aos estados, 14%, ou R\$ 21,4 bilhões. Instituições privadas executam cerca de 1%, ou R\$ 2 bilhões do orçamento. O restante dos recursos, 8%, ainda não tem modalidade de aplicação definida. Quanto ao destino dos recursos, a maior parte é direcionada à assistência hospitalar e ambulatorial (39%), seguida pela atenção básica (17%), suporte profilático e terapêutico (11,7%), vigilância epidemiológica (8,4%) e previdência do regime estatutário (7,1%). De forma similar aos últimos anos, essas cinco subfunções concentram 83,4% do orçamento, ou R\$ 122,9 bilhões. O restante está distribuído entre outras áreas. Em relação aos anos anteriores, os recursos de natureza obrigatória – que abrangem, sobretudo, procedimentos de alta e média complexidade, piso da atenção primária, assistência farmacêutica no SUS, vigilância em saúde, dentre outros – cresceram 2,6%, ou R\$ 3,1 bilhões, e alcançaram 82% da proposta de orçamento, ou R\$ 120,9 bilhões. Contudo, destaca-se que 5,5% (R\$ 6,6 bilhões) desses gastos dizem respeito ao combate à pandemia, o que na verdade evidencia uma redução em outras despesas obrigatórias (FARIA et al., 2021). Não obstante, deve-se notar que os investimentos da pasta são impulsionados pelas emendas parlamentares, que não constam no PLOA. Entre 2020- 2021, mais de 70% dos investimentos no Ministério da

Saúde foram oriundos de emendas (SIAFI,2021)<sup>1</sup>.

O SUS, como uma das políticas sociais do país, é um dos maiores sistemas de saúde do mundo em termos de abrangência e cobertura da população. Segundo dados da OMS, o Brasil possui população absoluta de aproximadamente 207 milhões de pessoas, com gasto total em saúde de 8,3% (NICOLETTI; FARIA, 2017). O Reino Unido, por sua vez, possui população de cerca de 64 milhões, com gasto total em saúde de 9,1%, sendo que 87% desses gastos são direcionados somente para a Inglaterra, que apresenta uma população de aproximadamente 54 milhões de pessoas (The NHS in England. 2016). Assim, apesar de possuírem gastos equivalentes, o SUS necessita cobrir uma população quase quatro vezes maior que o sistema britânico, refletindo no gasto per capita em saúde do Brasil, que é 2,5 vezes menor que no Reino Unido. No sistema britânico, a política é mais coordenada, pois tem recursos vinculados entre as três esferas, diferente da educação ou assistência social, que não possui a mesma coordenação e repasse de recursos vinculados. Já o SUS é uma política contínua e marcada por transferências intergovernamentais, cristalizada, do ponto de vista do *path dependency*.

O financiamento é feito por meio do orçamento da seguridade social, que engloba a saúde, a previdência e a assistência social. No caso da saúde, as principais fontes de recursos são a contribuição sobre o lucro líquido (Csl) e a contribuição para o financiamento da seguridade social (Cofins), pagas pelas empresas à União, sendo os planos de execução da saúde pública a base das atividades e das programações de cada nível do SUS. O financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária, sendo vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou calamidade pública na área de saúde (A GESTÃO DO SUS, 2015).

Então, como a reiterada diminuição no orçamento destinado para a saúde vem repercutindo nos estados, notadamente na assistência farmacêutica? O grande exemplo dessa política de desmonte é a repercussão através da judicialização da saúde. A literatura demonstra o crescimento do número de ações judiciais em saúde em inúmeras unidades da federação ao longo dos anos: Rio de Janeiro (BORGES; UGÁ, 2010; MESSEDER; OSORIO-DE-CASTRO; LUIZA, 2005), São Paulo (CHIEFFI; BARATA, 2009), Distrito Federal (DINIZ; MACHADO; PENALVA, 2014; ESTUDOS C et al., 2008), Minas Gerais (MACHADO et al., 2011), Santa Catarina (PEREIRA et al., 2010), Ceará (LEAL DE

---

<sup>1</sup> <https://www.gov.br/tesouronacional/pt-br/siafi/siafi-web>

VASCONCELOS et al., 2018) e Bahia (BARBOSA; MACHADO ALVES, 2019).

O entendimento no Executivo Federal é que o país lida, no SUS, com a judicialização do acesso pontual de medicamentos, que estão na rede nacional, e de uma quantidade enorme de pequenas cirurgias, fruto da desorganização do sistema, da falta de informatização e do subfinanciamento, não enxergando o fenômeno como uma repercussão direta da redução do investimento em saúde orquestrado pelo Ministério da Saúde (CRUZ, 2019). A judicialização da saúde pública no Brasil tem desdobramentos importantes sobre o cumprimento orçamentário do Estado e nas relações entre os três poderes, devendo, por isso, ser analisada com atenção por pesquisadores de áreas como a saúde, o direito e a administração pública. Sobre o impacto orçamentário, é notado que o fenômeno vem associado ao comprometimento cada vez maior dos recursos destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde, pilares da política pública do SUS. Em destaque a assistência terapêutica integral, assegurada pelo artigo 6º da constituição, que inclui também a assistência farmacêutica, tema que tem fomentado o debate entre gestores e sociedade, especialmente no que se refere ao princípio da integralidade, aos critérios de incorporação de tecnologias em saúde e à disponibilidade dos medicamentos para a população.

Esse assunto torna-se ainda mais relevante para os estados em um momento de maior contingência orçamentária e com o Executivo submetido ao novo limite de teto de gastos. Estima-se que o SUS vai perder algo em torno de R\$ 417 bilhões durante a vigência da Emenda Constitucional nº 95. Constitui o atual contexto fiscal na esfera dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, e prevalecerá por vinte exercícios financeiros (Mudanças no Financiamento da Saúde, 2018). Se o quadro da saúde pública já é cronicamente ruim, ele tende a ficar pior (EMENDA CONSTITUCIONAL No 95, 2016; VENTURA et al., 2010). Tal emenda apresenta-se como uma possibilidade equivocada por alcançar excedente primário através do limite de gastos, piorando a crise na economia para agradar setores próximos. O teto de gastos públicos da União, é um ataque conservador de retirada de conquistas sociais, previstas na constituição de 1988, que traz que o Estado deve intervir para a diminuição das desigualdades sociais e econômicas, para o fortalecimento e soberania econômica (MARIANO, 2017). Os recursos propostos pelo Ministério da Saúde a partir da portaria 3.992 de dezembro de 2017, que define o financiamento e a transferência dos recursos federais para as Ações e Serviços Públicos de Saúde, são insuficientes para cobrir o atual nível de serviço, o baixo volume de investimentos dificulta o atendimento a uma demanda crescente, assim como a incorporação de novas tecnologias. Os R\$ 25,4 bilhões destinados ao bloco de custeio representam 17% da

proposta elaborada pelo Ministério da Saúde. Desses, 84%, ou R\$ 21,3 bilhões, são transferidos aos estados e municípios em cumprimento ao novo modelo de repasse nacional. E apesar das mudanças na forma de execução desses recursos, o Ministério não aumentou de forma real o orçamento para as Ações de Serviços Públicos de Saúde (ASPS) nos últimos anos.

Desde a criação do SUS em 1990, a política pública de saúde tem como uma de suas diretrizes um modelo de atuação baseada na gestão compartilhada do sistema e na cooperação federativa das ações. Esse modelo é um dos alicerces do SUS que pauta a atuação da União, estados e municípios (FERNANDEZ; PINTO, 2020). Embora faça parte da estrutura normativa do governo, sua concretização aponta ser um processo complexo e em desenvolvimento (MENICUCCI; MARQUES, 2016). A cooperação entre gestores está em processo de desenvolvimento no Brasil, apesar da criação de diversos consórcios interfederativos em saúde (JULIÃO; OLIVIERI, 2020). Esse processo foi influenciado pelo esgotamento potencial das iniciativas individuais dos municípios quanto ao sistema de saúde local, culminando na implementação de ações coletivas, diante da necessidade de respostas frente a demandas da população. O excesso de especialização, dificuldade em captar profissionais de saúde em todas as especialidades e o incremento na alta complexibilidade podem inviabilizar que um município só possa atender em todos os níveis de atenção e linha do cuidado (KRANZ; ROSA, 2016), tornando essencial sua associação através dos consórcios.

Reconhecendo a necessidade da existência de funções compartilhadas entre os gestores no âmbito da saúde, considera-se importante abordar o papel das Comissões Intergestores Bipartite (CIB), tendo em vista sua importância como facilitador na negociação intergovernamental. O reconhecimento dado pela Lei Federal n. 8.080/1990 às Comissões Intergestores, como fórum de negociação e pactuação reforça sua importância (DALLARI, 2016). A CIB tem a capacidade de propiciar processos de formulação e implementação de políticas mais articulados, assim como de estabelecer parcerias entre o governo estadual e município para solucionar problemas loco-regionais. Pode ainda desempenhar um papel orientador quando traça rumos e diretrizes para o processo de cooperação entre estados e municípios nos espaços regionais. O papel da CIB é consolidador quando permite sistematizar e pactuar de forma técnico-política determinadas negociações, além de ter a capacidade de definir novas regras, estratégias e instrumentos, ampliando e mobilizando atores regionais e promovendo maior sustentabilidade ao processo (LIMA; VIANA, 2010).

A Saúde é a área que melhor representa o arranjo institucional desejado pela CF/88 na articulação entre política pública e federalismo: cooperação, transferência de recursos fundo a fundo, universalização da atenção e gratuidade (CUNHA, 2014; GOYA; ANDRADE, 2019; KRANZ; ROSA, 2016). Este legado é posto à prova pela desordem bolsonarista de federalismo (ABRUCIO et al., 2020).

O artigo tem como objeto de estudo o orçamento destinado à saúde, traz na introdução seus objetivos, que são demonstrar a redução de orçamento destinado à saúde e sua repercussão na assistência farmacêutica, feito através de um estudo de caso e da análise de documentos, assim com a contextualização e um breve referencial teórico, Segue abaixo com o percurso metodológico, procedimentos de análise, resultados e considerações finais.

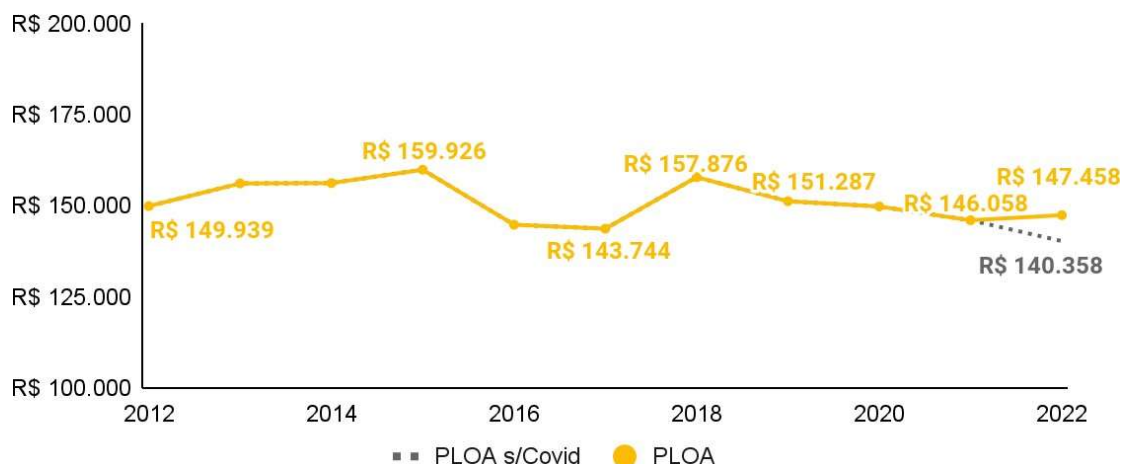
## **PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE, RESULTADOS E DADOS**

Escolheu-se realizar a pesquisa sobre a forma de estudo de caso (COLLINS; HUSSEY, 2005; YIN, 2006). A técnica utilizada foi a observação direta dos pesquisadores, com o uso da pesquisa bibliográfica em documentos impressos, eletrônicos e revisão de literatura, realizadas buscas nas bases Scielo e na Biblioteca Virtual em Saúde. Como fonte de dados utilizando-se o banco do Núcleo de Atenção à Judicialização da Saúde (NAJS), local que concentra toda a informação referente à Judicialização da Saúde na SESAB, tabulados através do Sistema Geral de Processos Judiciais (SGPJ), coletados ao longo dos anos de 2017-2022, onde trabalham os pesquisadores, utilizando-se de informações existentes nas liminares e fornecidas pelas superintendências e diretorias responsáveis pelo atendimento das demandas. Por fim, a análise dos resultados foi realizada por meio da análise de documentos.

## **RESULTADOS**

A série história abaixo evidencia o desinvestimento em saúde pelo governo Federal.

Figura 1. Recursos para saúde entre 2012-2022 - bilhões

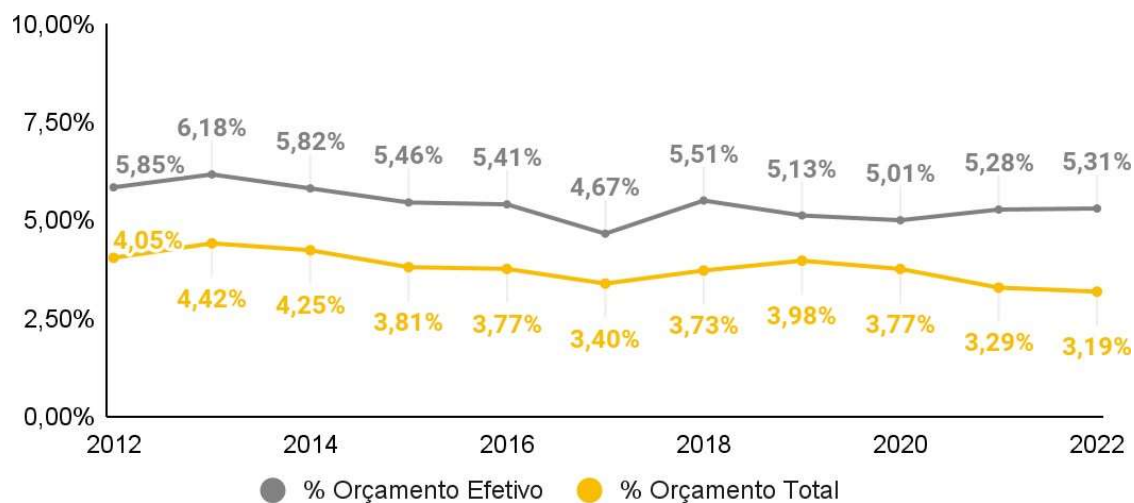


Fonte: SIAFI. Valores reais de setembro de 2021 corrigidos pelo IPCA

Nota-se a projeção cada vez menor de recursos, estando o orçamento destinado à saúde, em 2022, menor que o de 10 anos atrás.

Com relação ao percentual do orçamento destinado e executado, seguem as projeções abaixo.

Figura 2. Participação orçamentária da saúde entre 2012-2022

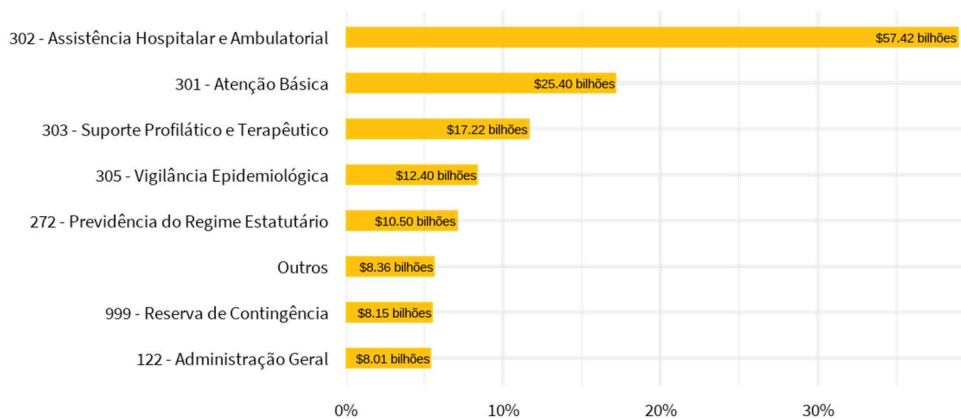


Fonte: SIAFI.

Fazendo a análise dos componentes do orçamento, percebe-se o foco na assistência hospitalocêntrica, com a maior parte dos recursos voltada para a recuperação da saúde, quando que o modelo ideal é o focado na prevenção. Não há indicativo de investimento em novas tecnologias.

Figura 3. Subfunções que concentram maior parcela dos recursos

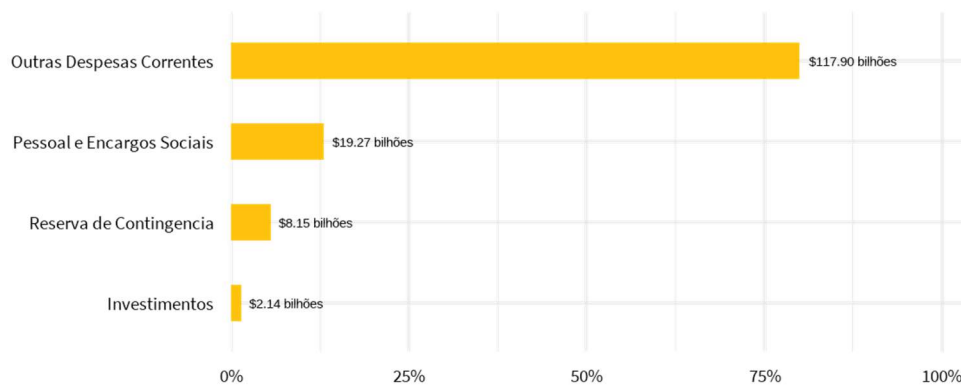




Fonte: SIAFI. Valores reais de setembro de 2021 corrigidos pelo IPCA.

Com relação aos investimentos, há uma baixa prioridade nessa área, com o destaque de que, mesmo em vigência da pandemia não houve investimentos em saúde.

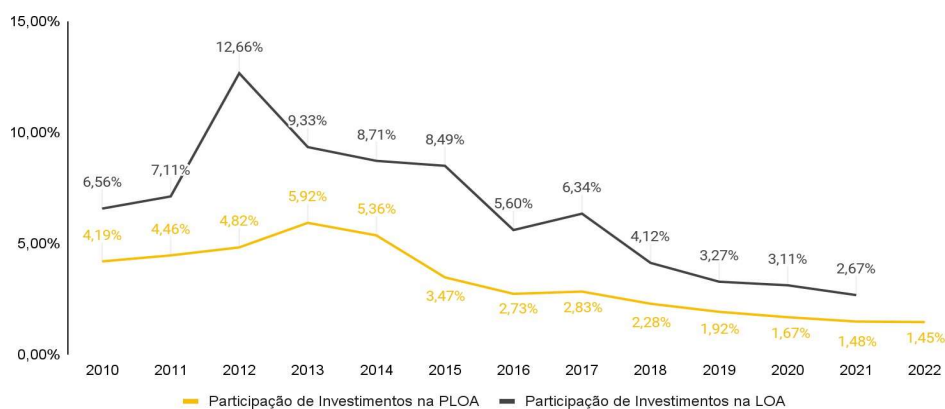
Figura 4. Investimentos representam apenas 1,5% da proposta orçamentária da saúde



Fonte: SIAFI. Valores reais de setembro de 2021 corrigidos pelo IPCA

Com relação aos investimentos, há uma importante diminuição da participação desses no bojo do orçamento, mesmo com a tendência de aparecimento de novas tecnologias, cada vez mais caras.

Figura 5. Redução da Participação dos investimentos



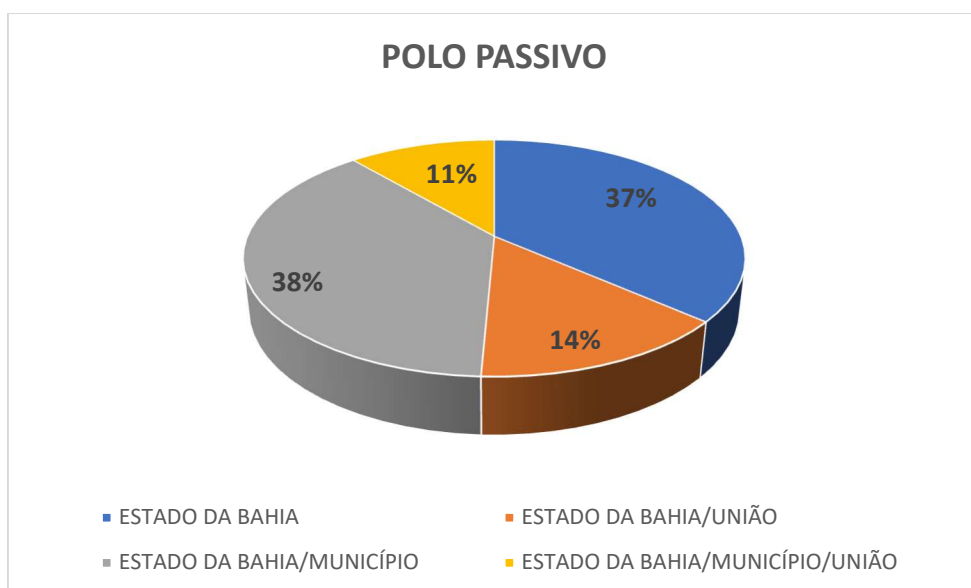
Fonte: SIAFI

Como consequência da diminuição da participação da União no orçamento da saúde, os Estados acabam arcando com o custo, através da judicialização. Na assistência farmacêutica, com custos cada vez maiores, principalmente com medicamentos não incorporados, oncológicos e de alta complexidade. Abaixo, seguem os dados referentes ao estado da Bahia, assim como o perfil das demandas.

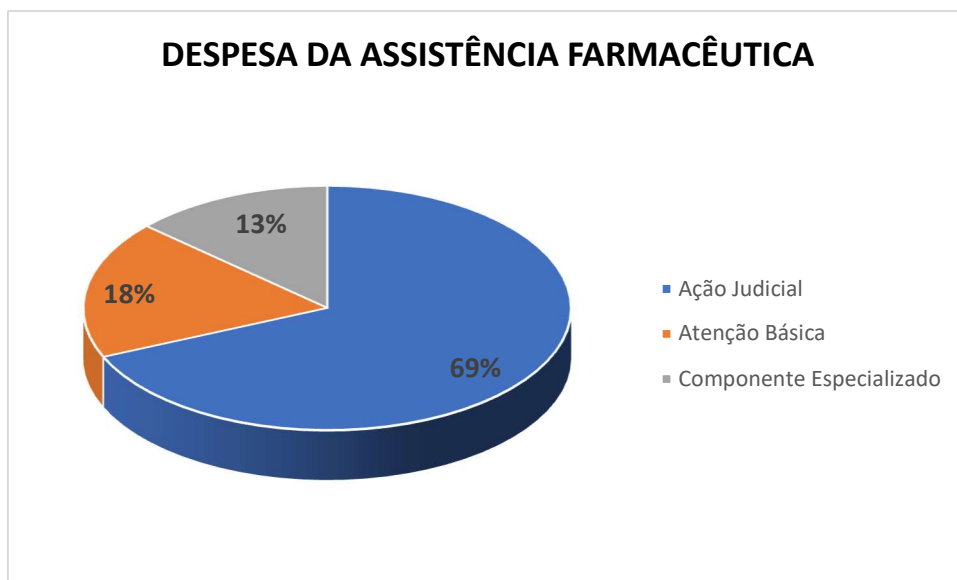
No ano de 2021 o Núcleo de Judicialização da Saúde da SESAB recebeu 3.992 processos, assim divididos:



Fazendo um estudo com foco na demanda de medicamentos, no ano de 2021, apesar de mais de 80% dos medicamentos demandados serem responsabilidade de fornecimento do Ministério da Saúde, em apenas 25% a União é parte no processo:



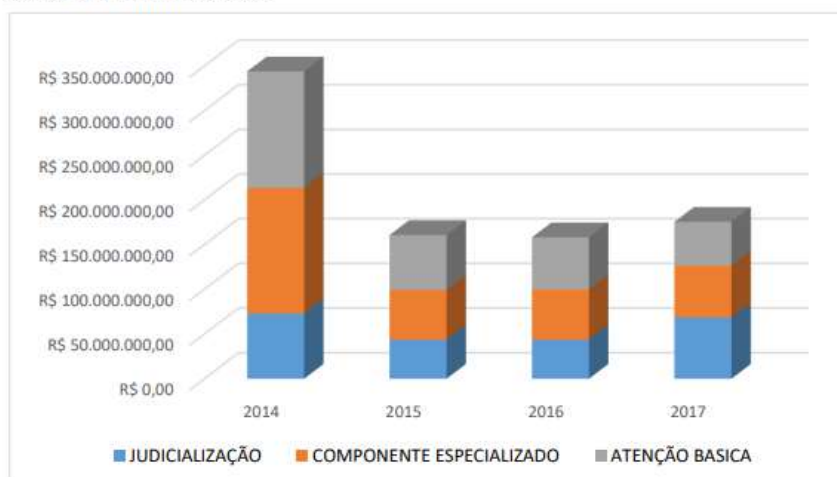
Com a quantidade crescente da demanda judicial e do valor dos medicamentos que a União deveria fornecer, mas se abstém, em 2021, 69% do orçamento da assistência farmacêutica na Bahia foi para cobrir gastos com ações judiciais:



Fonte: Dados extraídos do SIGAF (Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência farmacêutica)  
Esse dado em valores temos: Ação Judicial – R\$ 181.589.354,70 / Atenção Básica: R\$ 48.431.555,03 / Componente Especializado: R\$ 35.289.429,83.

O cenário encontrado, foi muito diferente do encontrado em um estudo realizado nos anos de 2014 a 2017:

**Gráfico 2.** Valores gastos pelo estado da Bahia com ações judiciais relacionados à assistência farmacêutica



Fonte: elaborado pelas autoras.

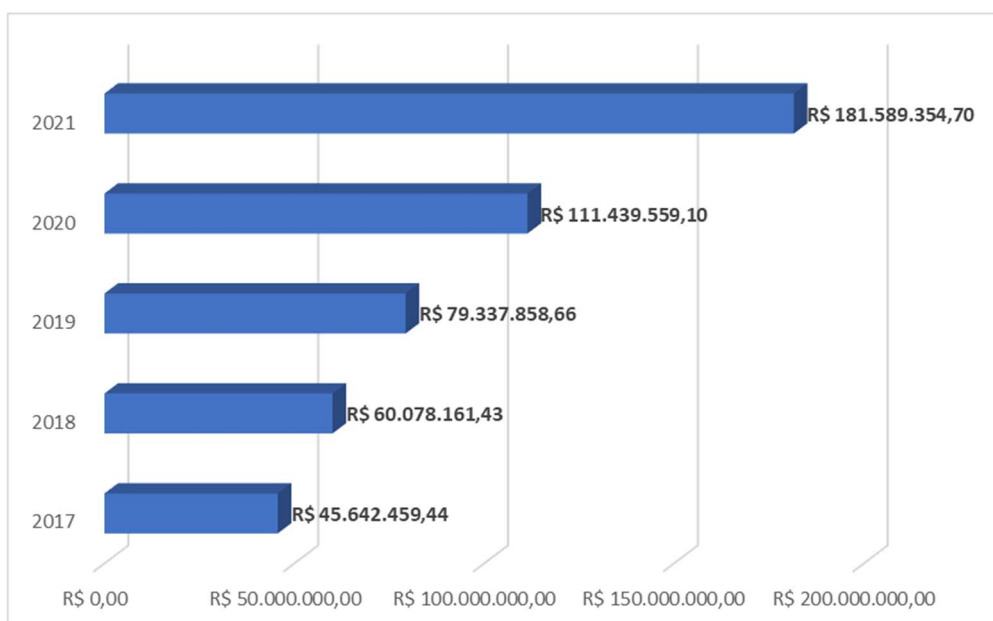
No ano de 2021, os 10 medicamentos com maiores custos são todos de competência da União:

## 10 MEDICAMENTOS COM MAIORES CUSTOS



Fonte: Dados extraídos do SIGAF (Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência farmacêutica)

Considerando apenas o gasto com a assistência farmacêutica, percebe-se uma curva ascendente do custo com ações judiciais nos últimos 5 (cinco) anos no Estado da Bahia:



Fonte: Dados extraídos do SIGAF (Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência farmacêutica)

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou uma queda nos recursos destinados pelo Ministério da Saúde de uma forma global, que se refletem na construção de novos hospitais, unidades de saúde, assistência farmacêutica e compra e manutenção de equipamentos. Na proposta orçamentária do governo federal, os investimentos em saúde caíram 77% entre 2013 e 2022. Como fator complicador, ocorreu a vigência de emergência de saúde pública na pandemia de covid 19, ainda assim, o orçamento para 2022 do Ministério da Saúde — o

principal financiador do SUS — sofreu redução de 20%, passando dos R\$ 200,6 bilhões de 2021 para os atuais R\$ 160,4 bilhões.

A partir de agora, o SUS lidará com a demanda regular de doenças de brasileiros, os atendimentos reprimidos nos últimos dois anos e as necessidades adicionais da pandemia – incluindo testagem, vacinação contra a covid-19, vigilância de casos, tratamento de doentes e atendimento a pacientes com sequelas da covid longa.

Para isso, o Ministério da Saúde terá apenas R\$ 22,6 bilhões a mais do que no orçamento de 2019, antes chegada do coronavírus. Contudo, entre janeiro de 2019 e dezembro de 2021.

A verba para o SUS neste ano contrasta ainda com cálculo de 2020 da Secretaria do Tesouro Nacional, órgão do Ministério da Economia, estimando que, devido ao envelhecimento populacional, o governo federal precisa aplicar mais R\$ 50,7 bilhões em saúde até 2027. Desde que a Emenda Constitucional (EC) 95 foi aprovada, em dezembro de 2016, o orçamento para a Saúde tem diminuído cada vez mais. Somente em 2019, a perda de investimentos na área representou R\$ 20 bilhões, o que significa, na prática, a desvinculação do gasto mínimo de 15% da receita da União com a Saúde. 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%.

Por conta da redução progressiva do investimento em saúde, ocorre também a redução da chamada “renda per capita da Saúde”, que corresponde ao valor aplicado em um ano na Saúde da população dividido pelo número de cidadãos. O valor investido por pessoa, que chegou a R\$ 595 em 2014, passou a ser de R\$ 555, em 2020. Ao invés de crescer, tem-se retirado investimentos, considerando que a população está crescendo e envelhecendo. Nos dois primeiros anos da pandemia, o orçamento da Saúde foi falsamente aumentado com decretos extraordinários e a aprovação do decreto de calamidade pública, que flexibilizaram o teto de gastos. Todavia, as verbas de urgência não perpetuaram, e o cenário ameaça a qualidade dos serviços.

Como repercussão da diminuição do custeio pela união, o estado da Bahia segue com sua receita destinada à assistência farmacêutica cada vez mais comprometida pela judicialização em saúde, principalmente pelo fato da não incorporação de novas tecnologias e do desinvestimento em saúde. Os medicamentos que consomem a grande parte desse orçamento não estão incorporados e são de altíssimo custo. Com o orçamento congelado por 20 anos, o prejuízo ao Sistema Único de Saúde pode ultrapassar R\$ 400

bilhões nos próximos anos. Ou seja, o SUS, que nunca teve financiamento adequado e sempre foi subfinanciado, agora enfrenta um quadro ainda pior, de desfinanciamento, que poderá causar grave impacto à vida e à saúde da população. No Supremo Tribunal Federal (STF) tramita uma ação de inconstitucionalidade, apoiada pelo Conselho Nacional de Saúde contra a EC 95/2016.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990.

**40. United Kingdom. National Health Service (NHS Choices). The NHS in England. . The NHS in England. , 2016.**

**A GESTÃO DO SUS.** [s.l: s.n.].

ABRUCIO, F. L. et al. Combate à COVID-19 sob o federalismo bolsonarista : um caso de descoordenação intergovernamental. v. 54, n. 4, p. 663–677, 2020.

ABRÚCIO, F.; SANO, H. **ASSOCIATIVISMO INTERGOVERNAMENTAL: EXPERIÊNCIAS BRASILEIRAS.** IABS ed. Brasília: [s.n.].

BARBOSA, P. B.; MACHADO ALVES, S. C. A judicialização de medicamentos no estado da Bahia: os números no período de 2014 a 2017. **Cadernos Ibero-Americanos De Direito Sanitário**, v. 8, n. 4, p. 45, 2019.

BORGES, D. DA C. L.; UGÁ, M. A. D. Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1ª instância nas ações individuais contra o Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 2005. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 1, p. 59–69, jan. 2010.

CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. B. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 8, p. 1839–1849, ago. 2009.

COLLINS, J.; HUSSEY, R. **Pesquisa em administração, um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação.** 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

CRUZ, F. **Judicialização na saúde cresce 130% no país.** Disponível em: <<https://agenciabrasil.etc.com.br/justica/noticia/2019-03/judicializacao-na-saude-cresce-130-no-pais-mostra-estudo>>. Acesso em: 3 jul. 2021.

CUNHA, R. E. DA. Federalismo e relações intergovernamentais: os consórcios públicos como instrumento de cooperação federativa. **Revista do Serviço Público**, v. 55, n. 3, p. 5–36, 20 fev. 2014.

DALLARI, S. G. O PODER NORMATIVO DAS COMISSÕES INTERGESTORES BIPARTITE E A. p. 38–53, 2016.

DIEGUEZ, R. C. Consórcios intermunicipais em foco: debate conceitual e construção de quadro metodológico para análise política e institucional. **CADERNOS do DESENVOLVIMENTO**, v. 6, n. 9, p. 291–319, 2011.

DINIZ, D.; MACHADO, T. R. DE C.; PENALVA, J. A judicialização da saúde no distrito federal, Brasil. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 591–598, 2014.

**EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95**. BRAZIL, 16 dez. 2016.

ESTUDOS C, C. DE et al. Consultoria Legislativa do Senado Federal JUDICIALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: O CASO DO DISTRITO FEDERAL TEXTOS PARA DISCUSSÃO 41. 2008.

FARIA, M. et al. **A Proposta de Orçamento para Saúde em 2022**. São Paulo: [s.n.].

FERNANDEZ, M. V.; PINTO, H. A. Estratégia intergovernamental de atuação dos estados brasileiros: o Consórcio Nordeste e as políticas de saúde no enfrentamento à Covid-19. **Saúde em Redes**, v. 6, n. 2, p. 7–21, 2020.

GOYA, N.; ANDRADE, L. O. M. DE. O Sistema Único de Saúde e o desafio da gestão regionalizada e contratualizada. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 4, p. 1–10, 2019.

JULIÃO, K. S.; OLIVIERI, C. Cooperação intergovernamental na política de saúde : a experiência dos consórcios públicos verticais no Ceará , Brasil Intergovernmental cooperation in health policy : the experience with vertical public consortia in Ceará State , Brazil Cooperación inter. v. 36, n. 3, p. 1–12, 2020.

KRANZ, L. F.; ROSA, R. D. S. Consórcio intermunicipal do vale do rio caí (CIS/CAÍ): serviços prestados de média e alta complexidade em saúde. **Gestão e Sociedade**, v. 9, n. 23, p. 946, 2016.

LEAL DE VASCONCELOS, F. J. et al. JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: ANÁLISE DE AÇÕES JUDICIAIS DEMANDADAS NA COMARCA DE SOBRAL, CEARÁ. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, v. 16, n. 2, 14 mar. 2018.

LIMA, L. D. DE; VIANA, A. L. D'ÁVILA. **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. [s.l.] Contra Capa, 2010.

LINHARES, P. DE T.; CUNHA, A. COOPERAÇÃO FEDERATIVA: A FORMAÇÃO DE CONSÓRCIOS PÚBLICOS NO BRASIL. In: **BRASIL EM DESENVOLVIMENTO 2010: ESTADO, PLANEJAMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS**. [s.l.: s.n.]. p. 551–563.

MACHADO, M. A. DE Á. et al. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 590–598, jun. 2011.

MARIANO, C. M. **Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre** *Revista de Investigações Constitucionais* Universidade Federal do Parana, , 1 jan. 2017.

MENICUCCI, T.; MARQUES, A. Cooperação e Coordenação na Implementação de Políticas Públicas: O Caso da Saúde. **Dados**, v. 59, p. 823–865, 1 set. 2016.

MESSEDER, A. M.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; LUIZA, V. L. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 525–534, abr. 2005.

**Mudanças no Financiamento da Saúde.** . Brasília: [s.n.].

NASCIMENTO, A. B. M.; FERNANDES, A. S. A. CONSÓRCIOS PÚBLICOS EM REGIÕES METROPOLITANAS: o CONDIAM-PB as relações de cooperação em João Pessoa-PB. **Qualitas Revista Eletrônica**, v. 16, n. 1, p. 1–19, 2015.

NICOLETTI, M. A.; FARIA, T. D. M. ANÁLISE COMPARATIVA DOS SISTEMAS DE SAÚDE BRASILEIRO E BRITÂNICO NA ATENÇÃO BÁSICA. **Infarma - Ciências Farmacêuticas**, v. 29, n. 4, p. 313–327, 18 dez. 2017.

PEREIRA, J. R. et al. Análise das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. suppl 3, p. 3551–3560, nov. 2010.

ROCHA, R.; FURTADO, I.; SPINOLA, P. Financing needs, spending projection, and the future of health in Brazil. **Health Economics**, v. 30, n. 5, p. 1082–1094, 9 maio 2021.

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

YIN, R. K. **Estudo de Caso Planejamento e Métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.