

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE DIREITO

GIOVANNI CAMPOS

**ORÇAMENTO E POLÍTICA PÚBLICA SOBRE O COVID-19 NO DISTRITO  
FEDERAL (2020-2022).**

Brasília  
2023

GIOVANNI CAMPOS

**ORÇAMENTO E POLÍTICA PÚBLICA SOBRE O COVID-19 NO DISTRITO  
FEDERAL (2020-2022).**

Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia) apresentado à Faculdade de Direito da Universidade de Brasília, como requisito parcial à conclusão da disciplina Redação de Monografia e consequente obtenção do grau de Bacharel em Direito.

Orientadora: Professora Doutora Mariana  
Devezas Rodrigues Murias de Menezes

Brasília

2023

## DEDICATÓRIA

*A Deus, por ter me concedido a vida.*

*À minha filha, Helena, por ressignificar o sentido da vida.*

*À minha mãe, Cleonice, pelo incentivo e apoio incondicional.*

*À minha irmã, Julianne, pelo apoio e contribuição no trabalho.*

*À Maria, pela companhia no curso e na vida.*

*Ao meu primo Guilherme, pela ajuda na extração, compilação e tratamento dos dados.*

*À Professora Doutora Mariana Devezas Rodrigues Murias de Menezes, pela paciência, orientação e grande contribuição neste trabalho.*

*Às Professoras Doutoras Talita Tatiana Dias Rampin e Fernanda de Carvalho Lage pelas considerações para o aperfeiçoamento do trabalho.*

## RESUMO

A pandemia do novo coronavírus (COVID-19), entre 2020 e 2022, causou a morte de cerca de 700 mil de brasileiros, provocando mudanças substanciais na organização socioeconômica do Brasil e do restante do mundo. Na seara social, houve antagonismo entre duas correntes ideológicas, sendo uma voltada ao apoio de medidas sanitárias mais restritivas, com vistas à proteção da vida, e a outra que acentuava preocupações econômicas para manutenção do regular funcionamento dos serviços de públicos e comerciais. O direito, com todo seu arcabouço jurídico, teve papel fundamental para o equilíbrio entre essas vertentes, em especial, sob o manto da orientação do Supremo Tribunal Federal (STF) contida na Suspensão de Tutela Antecipada (STA) nº 175, de 2010, a qual buscou harmonizar as teorias da reserva do possível e do mínimo existencial à luz da interpretação constitucional. A pesquisa analisa detidamente o cenário econômico-financeiro, de recursos humanos, de produção em saúde pública e óbitos no âmbito do Distrito Federal (DF). Como resultado, avaliou-se que houve melhora no histórico de desempenho econômico. No que tange aos serviços públicos de saúde, houve grande substituição de mão de obra da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SESDF) pelo modelo privado institucionalizado pelo Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGESDF). Em comparação à proporção de média populacional brasileira, houve aumento significativo de quantidade de procedimentos médicos e hospitalares realizados, elevando significativamente os gastos da saúde pública distrital custeadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Por fim, mesmo com o aumento na quantidade de serviços públicos de saúde no DF, verificou-se a ampliação de óbitos decorrentes do COVID-19 em relação à média proporcional brasileira.

**Palavras-chave:** novo coronavírus (COVID-19); reserva do possível; mínimo existencial; Sistema Único de Saúde (SUS); Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SESDF); Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGESDF); óbitos.

## **ABSTRACT**

The 2019 novel coronavirus Pandemic (COVID-19), between 2020 and 2022, caused the deaths of around 700,000 Brazilians, leading to substantial changes in the socioeconomic organization of Brazil and the rest of the world. In the social sphere, there was antagonism between two ideological currents: one focused on supporting more restrictive health measures to protect life and another accentuating economic concerns to maintain the regular functioning of public and commercial services. The law, with its entire legal framework, played a fundamental role in the balance between these aspects, in particular under the jurisprudence of the Federal Supreme Court (STF) contained in the Suspension of Injunctive Relief (STA) n° 175 of 2010, which sought to harmonize the reserve of the possible and the existential minimum theories in the light of constitutional interpretation. The research thoroughly analyzes the economic-financial scenario, human resources, public health production, and deaths within the Federal District (DF). As a result, it has assessed an improvement in the historical economic performance. Regarding public health services, the Institute of Strategic Health Management of the Federal District (IGESDF) private model has widely replaced the Health Department of the Federal District (SESDF) public health workforce. Compared to the proportion of the Brazilian population average, there was a considerable rise in the number of medical and hospital procedures performed, significantly increasing the district public health expenditures covered by the Unified Health System (SUS). Finally, despite the growth in the number of public health services in the DF, there was an increase in deaths resulting from COVID-19 concerning the Brazilian proportional average.

**Keywords:** 2019 novel coronavirus Pandemic (COVID-19); reserve of the possible; existential minimum; Unified Health System (SUS); Health Department of the Federal District (SESDF); Institute of Strategic Health Management of the Federal District (IGESDF); deaths.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Etapas das Receitas e Despesas Públicas. ....	17
<b>Tabela 2</b> – Transferências de recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) .....	30
<b>Tabela 3</b> – Classificação das Receitas e Despesas Públicas por Categoria Econômica .....	35
<b>Tabela 4</b> – Classificação das Receitas e Despesas Públicas por Origem e Grupo de Natureza de Despesa .....	36
<b>Tabela 5</b> – Cenários da “Regra de Ouro” .....	37

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> – Receitas, previstas e realizadas, e Despesas Públicas do Distrito Federal. ....	33
<b>Gráfico 2</b> – Despesas Públicas Pagas no exercício, em restos a pagar e de exercícios anteriores do Distrito Federal.....	34
<b>Gráfico 3</b> – Receitas e Despesas Públicas de Capital do Distrito Federal.....	37
<b>Gráfico 4</b> – Despesas Públicas do Distrito Federal e da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SESDF). ....	38
<b>Gráfico 5</b> – Detalhamento das Despesas Públicas do Distrito Federal.....	40
<b>Gráfico 6</b> – Quantidade de Servidores Públicos do Distrito Federal.....	41
<b>Gráfico 7</b> – Detalhamento das Despesas Públicas da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SESDF). ....	42
<b>Gráfico 8</b> – Quantidade de Servidores Públicos da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SESDF). ....	43
<b>Gráfico 9</b> – Quantidade de recursos públicos transferidos da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SESDF) para o Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGESDF). ....	45
<b>Gráfico 10</b> – Quantidade de Empregados do Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGESDF). ....	46
<b>Gráfico 11</b> – Receitas Públicas do Distrito Federal incluído o Fundo Constitucional do Distrito Federal (FCDF). ....	48
<b>Gráfico 12</b> – Despesas Públicas com Pessoal e Encargos Sociais da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SESDF). ....	49
<b>Gráfico 13</b> – Receitas Públicas da União derivadas da Contribuição Social sobre Concurso de Prognósticos. ....	50
<b>Gráfico 14</b> – Quantidade de Atendimentos em Produção Ambulatorial no Brasil e no Distrito Federal. ....	56
<b>Gráfico 15</b> – Despesas Públicas com Atenção Básica à Saúde no Brasil e no Distrito Federal.....	57
<b>Gráfico 16</b> – Quantidade de Internações em Produção Hospitalar no Brasil e no Distrito Federal. ....	59
<b>Gráfico 17</b> – Quantidade de Serviços Profissionais prestados em Produção Hospitalar no Brasil e no Distrito Federal.....	60
<b>Gráfico 18</b> – Despesas Públicas com Assistência Hospitalar e Ambulatorial no Brasil e no Distrito Federal.....	61
<b>Gráfico 19</b> – Despesas Públicas com Suporte Profilático e Terapêutico no Brasil e no Distrito Federal. ....	63
<b>Gráfico 20</b> – Número de óbitos por causas externas no Brasil e no Distrito Federal.....	64
<b>Gráfico 21</b> – Número de óbitos em internação hospitalar no Brasil e no Distrito Federal.....	65
<b>Gráfico 22</b> – Número de casos e de óbitos por COVID-19 no Distrito Federal.....	67
<b>Gráfico 23</b> – Número de casos e de óbitos por COVID-19 no Brasil. ....	68

# Sumário

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>1. O DIREITO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS</b> .....	13
<b>1.1. O Direito Financeiro, Orçamento Público, Receitas Públicas e Despesas Públicas</b> .....	13
<b>1.2. Judicialização da Saúde</b> .....	17
<b>1.2.1. A Finitude de Recursos</b> .....	19
<b>1.2.2. A teoria da Reserva do Possível</b> .....	20
<b>1.2.3. A teoria do Mínimo Existencial</b> .....	23
<b>1.2.4. Jurisprudência no Supremo Tribunal Federal (STF)</b> .....	25
<b>2. SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA NA PANDEMIA DO COVID-19</b> .....	27
<b>3. ANÁLISES E RESULTADOS</b> .....	32
<b>3.1. (Des)equilíbrio da Gestão Fiscal</b> .....	32
<b>3.2. A Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SESDF) no Orçamento Público</b> .....	38
<b>3.2.1. O Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGESDF)</b> .....	43
<b>3.3. O Fundo Constitucional do Distrito Federal (FCDF)</b> .....	46
<b>3.4. As Receitas de Concursos de Prognósticos</b> .....	50
<b>3.5. Base de dados do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro (Siconfi)</b> .....	51
<b>3.5.1. Produção Ambulatorial e Atenção Básica à Saúde</b> .....	55
<b>3.5.2. Produção Hospitalar e Assistência Hospitalar e Ambulatorial</b> .....	59
<b>3.5.3. Suporte Profilático e Terapêutico</b> .....	62
<b>3.5.4. Óbitos</b> .....	64
<b>3.6. O impacto do COVID-19 no Distrito Federal (DF) e no Brasil</b> .....	66
<b>CONCLUSÃO</b> .....	69



## INTRODUÇÃO

O coronavírus (CoV) é classificado como pertencente à família viral, o qual é conhecida e estudada pela humanidade desde a década de 1960, e tem potencial para causar infecções respiratórias tanto em seres humanos, quanto em animais. Destaca-se que a doença provocada pelo coronavírus é bastante comum e a maioria das pessoas no mundo, ao longo de suas vidas, serão infectadas por esse vírus.

No Brasil, o primeiro caso de COVID-19 (variante da SARS-CoV), confirmado pelo Ministério da Saúde, ocorreu no dia 26 de fevereiro de 2020, após o infectado retornar de uma viagem que fizera, dias antes, à Itália. Somente no ano seguinte, em 17 de janeiro de 2021, no Estado de São Paulo, houve a administração da primeira dose de vacina contra o COVID-19 para fins de imunização em massa.

Em linha cronológica, no Brasil, até o final de 2020, 2021 e 2022, contabilizaram-se de forma cumulativa, respectivamente, 7,6 milhões, 22,3 milhões e 36,3 milhões de casos de COVID-19 registrados pelo Ministério da Saúde, correspondendo, em frequência acumulada, ao total de 200 mil, 620 mil e 694 mil óbitos no período<sup>1</sup>.

Diante desse cenário atípico, a presente pesquisa tem como objetivo geral apontar as principais características dos gastos públicos na saúde pública, de modo a identificar o desempenho qualitativo e quantitativo dos órgãos públicos vocacionados à entrega de saúde à população, em especial, durante o período da pandemia da COVID-19 (2020 a 2022).

Adentrando aos aspectos específicos do objetivo central, emvidou-se esforços à coleta de dados públicos de natureza orçamentária, financeira, contábil, estatística, administrativa e operacional, visando identificar boas práticas de gestão, eventuais divergências e incongruências publicadas, bem como seu impacto social em relação ao número de contaminações e óbitos ocorridos no período em análise.

Consigna-se, ademais, que, no decorrer da pesquisa, com a extração, tratamento e análise dos diversos dados expostos no presente trabalho, houve certa dificuldade em captar boas práticas de gestão realizadas pelo ente federado objeto de estudo.

Quanto aos dados governamentais, torna-se possível avaliar os gastos públicos, especialmente, em relação aos serviços prestados, aos recursos humanos alocados e aos

---

<sup>1</sup> Conforme informações disponíveis em: <https://covid.saude.gov.br/>

materiais empregados pelos sistemas de saúde pública, integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

A pesquisa primou por estabelecer como critério metodológico um trabalho acadêmico multidisciplinar, de caráter eminentemente exploratório-descritivo, vocacionado ao diálogo entre diversos ramos do Direito, a partir da prospecção e da análise de dados públicos divulgados em diversas plataformas governamentais e, por conseguinte, a interpretação correlacionada desses num contexto social.

Anota-se, ainda, que os dados públicos, geralmente, são divulgados de forma segmentada e se encontram em diferentes fontes de informações, o que obsta, aos olhos da população, enxergar, de forma categórica e objetiva, os reais problemas que circundam a temática ora apresentada.

Nessa acepção, coletou-se dados brutos contidos no Portal da Transparência da União, do Distrito Federal (DF), e do Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGESDF), no painel do Fundo Nacional de Saúde (FNS), no banco de dados *TabWin* do DataSUS, Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro (Siconfi), e no painel Coronavírus do Ministério da Saúde:

- 1) no Portal da Transparência da União, foram prospectados os dados relativos às transferências destinadas ao Fundo Constitucional do Distrito Federal (FCDF), instituído pela Lei nº 10.633/2002, cuja relevante parcela financia fração da saúde pública do DF;
- 2) no Portal da Transparência do DF, foram extraídos os seguintes dados: receitas e despesas públicas orçamentárias, por categoria econômica, grupo de natureza de despesa e esfera orçamentária; e quantidade de servidores públicos integrantes do Poder Executivo da Administração Pública direta e indireta do DF, exceto integrantes do Sistema Integrado de Administração de Pessoal (SIAPE) do governo federal<sup>2</sup>;
- 3) no Portal da Transparência do IGESDF, foram obtidos os dados relativos ao número de empregados registrados naquela organização social, por mês e ano;
- 4) no painel do Fundo Nacional de Saúde (FNS), consta a totalidade recursos financeiros repassados pela União aos Estados, ao DF e aos Municípios, discriminados por ente federado, classificados por grupo e segregados por ano;

---

<sup>2</sup> Por força do art. 21, inciso XIV, da Constituição Federal, compete à União organizar e manter a “polícia civil, a polícia penal, a polícia militar e o corpo de bombeiros militar do Distrito Federal para a execução dos serviços públicos, por meio de fundo próprio”. Nesses termos, tais servidores públicos, embora sejam vinculados à Administração Pública Distrital, são regidos pela legislação federal e custeados pelo cofre público federal.

- 5) no banco de dados *TabWin* do DataSUS, apresenta-se: a quantidade de óbitos por região do Brasil decorrente de causa natural, de causa externa (não natural), bem como aqueles ocorridos durante a internação hospitalar; e a quantidade de atendimentos psicossocial e ambulatoriais, de atos aprovados e procedimentos realizados em internação hospitalar, e de diárias utilizadas em UTI;
- 6) no Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro (Siconfi) foram extraídos dados sobre as despesas orçamentárias, classificadas por função programática, com atenção básica; assistência hospitalar e ambulatorial; e suporte profilático e terapêutico; e
- 7) no Painel Coronavírus do Ministério da Saúde, por último, são apresentadas informações sobre a quantidade diária de novos casos, de óbitos, de recuperações e acompanhamentos, segmentada por estado e município, e todos relacionados ao COVID-19.

A quantidade de dados presentes nas plataformas governamentais demonstra, em tese, o atendimento ao princípio da transparência e da publicidade. Entretanto, consigna-se que muitas dessas informações são encontradas esparsas em diversas fontes. De mais a mais, grande parte desses documentos apresenta linguagem técnica que dificulta sua análise e compilação, e até mesmo a própria compreensão inerente às informações publicadas.

A execução de diversos recortes transversais para definir o escopo da pesquisa tornou-se imprescindível. Para tanto, houve a necessidade de realizar a seleção do ente federado objeto de análise; a delimitação por órgão, por tipo de despesa, ou combinação entre eles; ou até mesmo por fonte e destinação de recursos, dentre outras subdivisões.

Menciona-se que os municípios foram excluídos da amostra, pois, em geral, apresentam informações desparametrizadas e incompletas, o que afeta diretamente a qualidade do trabalho. Ainda, a União também foi excluída da amostra, por apresentar execução orçamentária na saúde pública de forma bastante descentralizada em seus diversos órgãos. Como se não bastasse, significativa parcela do orçamento federal é anualmente repassada aos demais entes federados, por meio de transferências constitucionais, legais e especiais, obrigatórias e facultativas.

Optou-se pela delimitação em relação aos órgãos que têm por função típica a promoção e a execução da saúde pública, tais como Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais de saúde e fundações públicas de saúde, excluindo-se aqueles órgãos que realizam meras despesas, eventuais e de pequeno vulto, vinculadas à saúde pública. Isso porque, tais despesas pontuais não têm o condão de transformar a realidade social da população onde se encontra o

órgão, mas sim o de atender a demandas pontuais e específicas de alguns servidores ou usuários diretos desse órgão.

Inclinou-se por concentrar o recorte metodológico no âmbito do Distrito Federal (DF), em virtude de este figurar como a base do poder político central do país, pela diversidade de fontes de recursos públicos obtidos pelo ente, e, também, por ser sido a unidade federativa pioneira em decretar situação de emergência em razão da pandemia do novo coronavírus<sup>3</sup>.

O escopo da pesquisa limitou-se ao orçamento público, às transferências recebidas, aos dispêndios e à atuação administrativa do DF, realizados por meio de seus órgãos centrais de saúde pública, relativos aos anos 2018, 2019, 2020, 2021 e 2022.

O principal problema que instigou toda a elaboração e execução da pesquisa foi eventual contraponto existente entre a ação governamental do DF propagada no período pandêmico e a efetiva execução do orçamento público em volta à temática saúde pública do DF no combate ao COVID-19. Em suma, a publicidade institucional<sup>4</sup> do governo, por vezes, indicava o DF como precursor em diversas frentes de combate ao coronavírus, com excelência nos indicadores, sendo, inclusive, considerado referência nacional no combate à doença.

Como hipótese inicial da pesquisa, sugere-se que a ação governamental no combate do novo coronavírus, no âmbito do DF, foi desastrosa em relação à disponibilidade orçamentário-financeira existente ao alcance do ente federado e aos serviços públicos de saúde prestados.

A partir da compilação, do tratamento e da correlação desses dados históricos, é possível estabelecer parâmetros comparativos para analisar, de forma objetiva, o que de fato fora prioritário à atuação estatal no período da pandemia da COVID-19.

Diante da apresentação e análise sistematizada dessas informações exsurge uma série conclusões, com validade metodológica e científica, as quais contribuem para o desenvolvimento do conhecimento acadêmico.

Por último, busca-se avaliar, por meio da interpretação dos dados compilados, se, de fato, no DF, houve uma política pública contra a COVID-19 ou se o próprio COVID-19 constituiu uma política pública autônoma para justificar determinada atuação estatal, com finalidade diversa daquela amplamente propagada à época nos meios de comunicação.

---

<sup>3</sup> Por meio do Decreto do Distrito Federal nº 40.475, de 28 de fevereiro de 2020, o chefe do poder executivo do Distrito Federal declarou situação de emergência no âmbito da saúde pública no Distrito Federal, em razão do risco de pandemia do novo coronavírus. É importante evidenciar que esse decreto foi publicado após 2 (dois) dias da confirmação do primeiro caso de COVID-19 ocorrido no Brasil.

<sup>4</sup> A publicidade institucional tem por objetivo divulgar informações sobre atos, obras e programas dos órgãos e entidades governamentais, suas metas e resultados. Disponível em: <https://www.gov.br/secom/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/acordosecomcenp.pdf>.

## 1. O DIREITO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

A ação estatal ocupa espaço cada vez mais importante à luz da promoção, da consolidação e da efetivação dos direitos fundamentais, especialmente, em períodos emergenciais, os quais se exige atuação mais contundente da máquina pública contra eventuais desenhos de políticas públicas manifestamente natimortas, perniciosos e desviantes da gestão pública.

Nesse acinte, é evidente que, como parte integrante do próprio planejamento estratégico do desenvolvimento nacional sustentável, o Estado deva dispor de um arcabouço político-jurídico e socioeconômico mínimo necessário à adequada pronta resposta estatal e de enfrentamento a situações calamitosas diversas.

O Direito, enquanto ciência social aplicada, tem papel primordial em termos de organização social, resolução de conflitos e garantia de direitos atreladas às relações existentes entre a sociedade civil, as atividades econômicas e o poder público.

Desse cenário, extrai-se que o Direito Constitucional, o Direito Administrativo, o Direito Financeiro, o Orçamentário Público e a Gestão de Políticas Públicas ocupam lugar de destaque na discussão sobre a atuação do poder estatal diante situações de urgência e emergência.

Por essa razão, torna-se relevante a análise sob a ótica da pesquisa em relação às prioridades governamentais e áreas de aplicação e emprego de vultuosos recursos financeiros e humanos. Ademais, não se pode olvidar dos efeitos do fenômeno da Judicialização de Políticas Públicas, sob o prisma da efetividade<sup>5</sup> e do impacto no orçamento público provocado por tais decisões judiciais.

### 1.1. O Direito Financeiro, Orçamento Público, Receitas Públicas e Despesas Públicas

O Direito Financeiro, em apertada síntese, enquanto disciplinador das relações jurídicas decorrentes do desempenho da atividade financeira do Estado, pode ser compreendido como um conjunto de normas que a regula. Nessa perspectiva, nos ensinamentos de Abraham (2021)<sup>6</sup>,

---

<sup>5</sup> Segundo o TCU (2010), a efetividade consiste na “relação entre os resultados de uma intervenção ou programa de governo, em termos de efeitos sobre a população-alvo (impactos observados), e os objetivos pretendidos (impactos esperados). [...] Diz respeito ao alcance dos resultados pretendidos a médio e longo prazo.”

<sup>6</sup> Abraham, Marcus. **Curso de Direito Financeiro Brasileiro**. 6ª ed. – Rio de Janeiro: Forense, 2021. p. 23.

o Direito Financeiro, enquanto ramo autônomo do Direito Público, ao desenvolver a função da atividade financeira estatal, cuida-se de arrecadar (obtenção), gerir (administração) e aplicar (emprego) os recursos recebidos de forma tanto originária<sup>7</sup>, quanto derivada<sup>8</sup>.

A atividade financeira do Estado é considerada o modelo pelo qual a Administração Pública se dispõe para atender às necessidades públicas existentes em determinada sociedade. Numa perspectiva mais técnica, o Direito Financeiro tem como conteúdo: a receita pública<sup>9</sup>, a despesa pública<sup>10</sup>, o orçamento público<sup>11</sup> e o crédito público<sup>12</sup>.

Os recursos obtidos (Receitas Públicas) e a serem empregados pelo Estado, em atenção aos interesses públicos e à manutenção da ordem social, traduzidos em políticas públicas e ações governamentais previamente estabelecidas, apresentam-se extremamente escassos e limitados na economia.

Nesse contexto, o aumento das despesas públicas é um fenômeno natural presente no mundo todo e vem ocorrendo de forma mais acentuada desde o início do século XX, cuja origem independe de qualquer circunstância extraordinária ou calamitosa.

Giacomoni (2022)<sup>13</sup>, ao apresentar estudos sobre o crescimento das despesas públicas, destaca que “uma das características mais marcantes da economia do século XX foi o crescente aumento das despesas públicas. Tal situação ocorreu não apenas nos países de economia coletivizada, onde o Estado, por definição, é o grande agente econômico, mas também nas

---

<sup>7</sup> As Receitas Públicas Originárias são aquelas obtidas por meio da exploração do próprio patrimônio estatal, seja por meio das atividades econômicas desenvolvidas por órgãos ou entidades estatais, seja pela disposição direta do patrimônio público ao particular (exemplos: patrimoniais, agropecuárias, industriais, de serviços, dentre outras).

<sup>8</sup> As Receitas Públicas Derivadas são aquelas oriundas do patrimônio particular, sendo obtidas pelo Estado, seja por meio de concessões voluntárias realizadas pelo particular (sendo voluntárias, exemplos: doações, testamentos, heranças vacantes, dentre outras), seja por meio do poder de império que o Estado possui sobre o particular (sendo coercitivas, exemplos: tributos, contribuições, multas pecuniárias, dentre outras).

<sup>9</sup> Receita Pública Orçamentária é um importante instrumento de planejamento e pode ser definida como ingressos públicos de recursos financeiros nos cofres públicos de forma definitiva, passando, assim, a integrar definitivamente o patrimônio público pertencente ao respectivo ente federativo.

<sup>10</sup> Despesa Pública Orçamentária é um importante instrumento de planejamento e pode ser conceituada como um conjunto de gastos realizados pelo Estado para fazer frente ao seu próprio financiamento, correspondendo a aplicação de recursos financeiros em bens e serviços destinados a satisfazer as necessidades da sociedade, perpassando desde o atendimento das necessidades públicas mais básicas até a realização de políticas públicas de desenvolvimento social e econômico mais complexos.

<sup>11</sup> Orçamento Público é tido como um instrumento de planejamento, gestão e controle financeiro do Estado, que permite estabelecer a previsão de receitas e a fixação de despesas para um determinado período, de forma transparente e equilibrada. Nesse contexto, a SOF (Secretaria de Orçamento Federal) dispõe que o orçamento tem por missão precípua a racionalização do processo de alocação de recursos, zelando pelo equilíbrio das contas públicas, com foco em resultados para a Sociedade. Portanto, é no orçamento que o cidadão identifica a destinação dos recursos arrecadados pelo Estado.

<sup>12</sup> Crédito Público é um dos instrumentos pelo qual o setor público se utiliza para financiar a despesa pública, constituindo uma forma de empréstimo que o Estado utiliza para abastecer os cofres públicos para então fazer frente às despesas públicas, considerando que, historicamente, as receitas públicas não se equalizam às despesas públicas, nem temporalmente, tampouco quantitativamente.

<sup>13</sup> Giacomoni, James. **Orçamento público**. 18ª ed., rev. e atual. - [2ª Reimp.] – São Paulo: Atlas, 2022. p. 15.

nações capitalistas avançadas, praticantes da livre iniciativa e da economia de mercado”. A partir dessa constatação, o termo “burocracia” passou a ocupar papel central no peso da composição das despesas públicas.

Historicamente, a conceituação de burocracia, em seu sentido jurídico, tem origem e referência a funcionários de Estado, em relação a seus saberes e suas reiteradas práticas administrativas. Numa vertente mais abrangente, somente no final do século XIX, sobretudo a partir das concepções teóricas de Max Weber, a denominação passou a ser empregada, também, no setor privado, designada a pessoas que desempenham atividades em razão de sua especialização técnica, a fim de racionalizar a estrutura organizacional.

Como bem destaca Longo (2007)<sup>14</sup>, outro marco que merece atenção é a contribuição da Revolução Francesa (1789-1799) como mola propulsora da revolução burocrática moderna, momento em que o burocrata deixa de ser visto como um funcionário da coroa, transformando-o em servidor público.

Esse constructo histórico, tido como fonte para a promulgação do art. 6º da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (1789)<sup>15</sup>, previa que a ocupação dos cargos públicos deveria ocorrer a partir de dois pilares: 1) isonomia na busca pelo acesso à função pública; e 2) a ocupação do cargo público dar-se-ia conforme a “capacidade e sem outra distinção senão a de suas qualidades e talentos”, foi importante para reposicionar a administração pública em contraste com o patrimonialismo. Nesse movimento, as aspirações da Revolução Francesa fizeram da burocracia pública um sinônimo de administração pública propriamente dita.

Em síntese, o modelo ideal de burocracia imaginado por Weber seria integrado por um corpo funcional e estável de cargos públicos, ocupados por servidores selecionados por mérito de cunho técnico especializado, organizados de forma permanente por meio de uma estrutura profissional permanente. Nessa concepção, tal sistema se destinaria a responder ao público, seja em obediência às regras universais que regem a estrutura administrativa, seja por meio da atuação conforme padrões de probidade preestabelecidos.

Contudo, quando da aplicação do modelo teórico, alguns resultados empíricos não desejados e não programados passaram a conviver, antagonicamente, com o tipo ideal

---

<sup>14</sup> LONGO, F. **Mérito e flexibilidade: a gestão das pessoas no setor público**. São Paulo: Edições Fundap, 2007. p. 60.

<sup>15</sup> O art. 6º da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (em francês: *Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen*), de 1789, estabelece que: “A lei é a expressão da vontade geral. Todos os cidadãos têm o direito de concorrer, pessoalmente ou através de mandatários, para a sua formação. Ela deve ser a mesma para todos, seja para proteger, seja para punir. Todos os cidadãos são iguais a seus olhos e igualmente admissíveis a todas as dignidades, lugares e empregos públicos, segundo a sua capacidade e sem outra distinção que não seja a das suas virtudes e dos seus talentos.”

weberiano. A distorção fática da lógica do sistema, em alguns casos, demonstrou o autorreferenciamento ensimesmado do modelo (foco demasiado no próprio controle pelo mero controle), dificultando o atingimento adequado do resultado central: responder ao público. Esse fenômeno, popularmente é conhecido como burocracia, no campo científico é denominado “disfunção burocrática”<sup>16</sup> ou “buropatologias”<sup>17</sup>

Regressando ao atual contexto da despesa pública, algumas correntes doutrinárias pontuam a importância da burocracia como indutora do crescimento do aparelho estatal, cuja colaboração para crescimento da despesa pública se dá preponderantemente em razão:

- (I) do crescimento das funções administrativas e de segurança;
- (II) das crescentes demandas por maior bem-estar social, especialmente educação e saúde;
- (III) da maior intervenção direta e indireta do governo no processo produtivo;
- (IV) da necessidade de serviços públicos;
- (V) do desejo de melhores serviços públicos;
- (VI) dos recursos disponíveis para utilização pelo governo;
- (VII) do custo dos serviços públicos; e
- (VIII) do desenvolvimento tecnológico.

A compreensão sobre o modo que determinado governo, órgão, entidade ou organização gere e despende seus recursos financeiros é estratégico para atingir uma finalidade planejada. Para além disso, o estudo financeiro sobre os gastos do Estado demonstra claramente as metas e prioridades do governo em certo período.

Ademais, para concretização das políticas públicas, é relevante expor alguns aspectos técnicos das fases da receita e despesa públicas, sobretudo quanto às etapas da receita e da despesa públicas orçamentárias.

---

<sup>16</sup> MERTON, R. **Social theory and social structure**. Massachusetts: Free Press, 1957. p. 195-206.

<sup>17</sup> CAIDEN, G. E. **Administrative reform come to age**. Berlin: De Gruyter, 1991.



**Tabela 1** – Etapas das Receitas e Despesas Públicas.

<b>Etapas</b>	<b>Receita</b>	<b>Despesa</b>
Planejamento	Previsão <sup>18</sup>	Fixação <sup>19</sup>
Execução	Lançamento <sup>20</sup>	Empenho <sup>21</sup>
	Arrecadação <sup>22</sup>	Liquidação <sup>23</sup>
	Recolhimento <sup>24</sup>	Pagamento <sup>25</sup>

Fonte: elaborado pelo autor, a partir do Manual Técnico de Orçamento (MTO) 2023 e do Manual de Contabilidade aplicada ao Setor Público (MCASP) 9ª Ed. - 2021.

A partir dessa perspectiva, de fato, mostra-se relevante a coordenação da atividade estatal com vistas a controlar os gastos públicos à luz da saúde, não só em relação às vidas dos cidadãos, mas também das próprias finanças estatal. Dessa dicotomia sobressai a judicialização da política pública em matéria de saúde, como alternativa ao indivíduo ou à coletividade desamparados.

## 1.2. Judicialização da Saúde

A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios possuem competências comuns quanto a responsabilidade solidária pela saúde (art. 23, inciso II, da Constituição Federal de 1988), tanto em escopo individual, quanto em seara coletiva.

Por essa razão, no Brasil, é bastante comum a judicialização em matéria de saúde pública, na qual o Estado figura no polo passivo de ação que visa obrigá-lo a fornecer ou financiar

<sup>18</sup> A Previsão consiste no planejamento e na estimativa de arrecadação das receitas que constará na proposta orçamentária, conforme preconiza o art. 12 da LRF.

<sup>19</sup> A Fixação da despesa está relacionada aos limites de gastos, incluídos nas leis orçamentárias com base nas receitas previstas, a serem efetuados pelas entidades públicas, em observância ao art. 165 da Constituição Federal de 1988.

<sup>20</sup> O Lançamento se refere à constituição do crédito tributário, conforme prevê o art. 53 da Lei nº 4.320/1964 e o art. 142 do Código Tributário Nacional (CTN).

<sup>21</sup> O Empenho é o ato emanado de autoridade competente que cria para o Estado obrigação de pagamento pendente ou não de implemento de condição, conforme art. 58 da Lei nº 4.320/1964. Em outras palavras, traduz-se na reserva de dotação orçamentária para um fim específico.

<sup>22</sup> A Arrecadação corresponde à entrega dos recursos financeiros devidos ao Tesouro Nacional pelos contribuintes ou devedores, por meio dos agentes arrecadadores ou instituições financeiras autorizadas pelo ente.

<sup>23</sup> A Liquidação é a verificação do direito adquirido pelo credor tendo por base os títulos e documentos comprobatórios do respectivo crédito e tem por objetivo apurar a origem e o objeto do que se deve pagar; a importância exata a pagar; e a quem se deve pagar a importância, para extinguir a obrigação, conforme art. 63 da Lei nº 4.320/1964.

<sup>24</sup> O Recolhimento é a transferência dos valores previamente arrecadados à conta específica do Tesouro Nacional, conforme estabelece o art. 56 da Lei nº 4.320/1964.

<sup>25</sup> O pagamento é a efetiva entrega de recursos financeiros ao credor por meio de cheque nominativo, ordens de pagamento ou crédito em conta, e, em regra, só pode ser efetuado após a regular liquidação da despesa.

determinados medicamentos (não incorporados pelo SUS) ou prestar determinados serviços ou tratamentos de saúde (sem registro regulatório), geralmente, que possuam alto custo ou relevante impacto orçamentário-financeiro<sup>26</sup>.

A judicialização da saúde, não raras vezes, é matéria apreciada até mesmo pelos tribunais superiores. Por ser considerada um direito social previsto na Constituição Federal de 1988<sup>27</sup>, com seção própria no texto constitucional<sup>28</sup>, a saúde é, outrossim, amplamente regulada e regulamentada pela legislação infraconstitucional<sup>29</sup>.

Os posicionamentos judiciais, em todos os seus graus, têm como pano de fundo abordagem em torno da interferência na política pública e da finitude dos recursos públicos orçamentários-financeiros<sup>30</sup>. Como consequência dessas premissas básicas, dois princípios ganham evidência e, por vezes, se chocam: *reserva do possível*<sup>31</sup> e *mínimo existencial*<sup>32</sup>. O primeiro se baseia em questões de ordem econômica e mercadológica e o segundo revela face voltada aos direitos e às garantias fundamentais, em especial ao da dignidade da pessoa humana.

Na tentativa de harmonizar os preceitos normativos aplicáveis, a atuação judicial, ao mesmo tempo que visa efetivar direitos por meio de decisões judiciais favoráveis às pretensões individuais, preocupa-se, também, com a legitimidade de sua atuação no controle da execução de políticas públicas, cuja competência precípua é da Administração Pública.

---

<sup>26</sup> Conforme dados publicados pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), no relatório institucional “Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução.” Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2011/02/95da70941b7cd226f9835d56017d08f4.pdf>

<sup>27</sup> O *caput* do art. 6º da Constituição Federal de 1988 estabelece a saúde como um Direito Social.

<sup>28</sup> No Título VIII, Capítulo II, Seção II - “Da Saúde”, do art. 196 ao art. 200, dispõe-se sobre saúde e SUS.

<sup>29</sup> A exemplo da Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde), que institui o SUS e regula as ações e os serviços de saúde em todo o território nacional, e da Lei nº 8.142/1990, que dispõe sobre a gestão do SUS e seu financiamento.

<sup>30</sup> Alexy (2009, p.3) leciona que as despesas financeiras relacionada à efetivação dos direitos econômicos, sociais e culturais, os quais exigem uma atuação positiva do Estado, constituem os principais problemas para sua satisfação, em especial, em relação aos direitos sociais. O tema escassez de recursos e custos dos direitos sociais é revisitado por Daniel Sarmento quando escreveu sobre o controle judicial de políticas públicas (“Reserva do Possível e Mínimo Existencial”, “in” “Comentários à Constituição Federal de 1988”, p. 371/388, 371/375, 2009, Gen/Forense): “(...) não há como realizar, *‘hic et nunc’*, todos os direitos sociais em seu grau máximo. O grau de desenvolvimento socioeconômico de cada país impõe limites, que o mero voluntarismo de bacharéis não tem como superar. E a escassez obriga o Estado em muitos casos a confrontar-se com verdadeiras ‘escolhas trágicas’, pois, diante da limitação de recursos, vê-se forçado a eleger prioridades dentre várias demandas igualmente legítimas.”

<sup>31</sup> A reserva do possível, no Brasil, tem interpretação vocacionada ao plexo financeiro, sendo considerado como o limite à concretização dos direitos fundamentais sociais sob a perspectiva de verificar a existência ou não de recursos públicos disponíveis para custear a demanda.

<sup>32</sup> O mínimo existencial, por estar intimamente atrelado à dignidade humana e aos direitos fundamentais, ultrapassa a noção de mínimo vital, ou de sobrevivência, e visa garantir ao ser humano uma mínima qualidade de vida suficiente para lhe permitir viver com dignidade no meio social.

### 1.2.1. A Finitude de Recursos

A noção de gestão de recursos escassos (limitados) é objeto central do estudo da ciência econômica. Mankiw (2019) destaca em sua obra que o estudo da economia é definido como a forma que sociedade administra seus recursos escassos. Por serem escassos, a gestão dos recursos se faz imprescindível porque a sociedade é incapaz de produzir todos os bens e serviços que as pessoas necessitam ou desejam fruir.

Nessa lógica, concebe-se que a gestão de recursos, seja público, seja privado, envolve fatores tais como mapeamento de necessidades, enumeração de prioridades e tomada de decisões. O resultado da gestão de recursos gera o famigerado *tradeoff*, que consiste numa escolha conflitante de alguma coisa em detrimento de outra, ao passo que o custo de oportunidade expressa aquilo não escolhido.

Em sentido mais abstrato, quando da formulação de políticas públicas, surge o tensionamento entre recursos disponíveis escassos e as necessidades humanas majoritariamente infinitas. Como reflexo dessa tensão, dois objetivos gerais entram em conflito: a eficiência, que se traduz na obtenção máxima de resultados a partir de seus recursos escassos empregados; e a igualdade, que simboliza a distribuição da prosperidade econômica da sociedade, de maneira uniforme, entre seus membros.

De forma quase automática, o preço<sup>33</sup> entra no circuito como um balizador (ou melhor, ponto de equilíbrio) entre recursos escassos e necessidades humanas, predefinindo as pessoas que terão condições materiais para consumir determinados tipos de produtos ou serviços ofertados na economia, conforme suas prioridades e predileções.

Mesmo diante da importante tarefa de intervenção e regulação econômica do país, o próprio governo, por vezes, também se figura como agente econômico atuante no mercado. Em apertada síntese, isso quer dizer que sua forma de atuação impacta diretamente na cadeia produtiva, nos preços, no comportamento dos demais agentes do mercado, na percepção de escassez de recursos pela sociedade em determinados setores da economia, na noção de atendimento das demandas sociais e, sobretudo, na qualidade de vida da população.

No tocante às ações governamentais voltadas à promoção da saúde pública, é papel do poder público alocar seus recursos, estrategicamente, em projeto e atividades que maximizem

---

<sup>33</sup> Conforme Smith (1776), na Teoria dos Preços, é estabelecido que o preço é determinado no mercado pelas forças da oferta e da demanda (procura). Anota-se, ainda, que oferta e demanda tem relação imediata com escassez de recursos e necessidades humanas.

a eficiência do gasto e, ao mesmo tempo, promova equidade entre os indivíduos que integram a sociedade. Dadas as limitações já mencionadas, é natural que tais políticas públicas não logrem êxito em abranger a totalidade populacional alvo da atuação governamental, bem como é frequente constatar a inexistência política pública específica para algumas demandas pontuais da sociedade.

O defeito na prestação dos serviços públicos oriundos dessas políticas públicas, cujo objeto é tratado como direito fundamental, corriqueiramente, por força de previsão constitucional<sup>34</sup>, é combustível para o fenômeno da judicialização das políticas públicas, o qual expõe a incapacidade de o Estado administrador assegurar aos cidadãos os direitos que lhes são constitucional e legalmente reconhecidos.

### 1.2.2. A teoria da Reserva do Possível

A reserva do possível (*Vorbehalt des Möglichen*), como aquilo que é razoável se exigir judicialmente do Estado, advém da decisão judicial de 1972 do Tribunal Constitucional Federal Alemão de *Numerus Clausus BverfGE 33, S. 330*<sup>35</sup>, a qual subsidia, no Brasil, posicionamentos judiciais sobre a existência de limitações à efetivação dos direitos sociais.

A referida decisão teve como origem processos tramitados nos Tribunais Administrativos de *Hamburg* e da *Baviera* os quais dois candidatos ao curso de Medicina pleiteavam vagas, cujo teor discutia sobre regulamentações para admissão de alunos em universidades localizadas naquelas regiões, nos anos de 1969 e 1970.

A construção da decisão se baseou na confrontação entre a exigência da universalização da prestação a todos os cidadãos alemães do direito de eleger, livremente, a sua profissão, o lugar de trabalho e o de aprendizagem (ALEMANHA, RFA, 1949), e, em contraponto, a relativização da necessidade do cumprimento imediato, em virtude do próprio contexto fático.

Em sede de controle de constitucionalidade, a corte alemã chegou à conclusão de que o limite absoluto imposto a despeito da quantidade de inscrições e matrículas de candidatos ao

---

<sup>34</sup> O art. 5º, inciso XXXV, da Constituição Federal de 1988 estabelece que: a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito. Essa disposição remete ao direito de acesso à justiça, sendo conhecida como o princípio da inafastabilidade da jurisdição.

<sup>35</sup> PEREIRA, Ana Lúcia Pretto. **A reserva do possível na jurisdição constitucional brasileira: entre constitucionalismo e democracia.** 2009. 277 f. 2009. Tese de Doutorado. Dissertação (Mestrado)–Setor de Ciências Jurídicas, Universidade Federal do Paraná.

curso de medicina nas universidades em apreço se perfaz em razão da ausência da capacidade estatal disponível para alocar todos aqueles candidatos qualificados ao ensino superior.

Com vistas à solução do caso, firmou-se entendimento de que aos candidatos daquele curso de graduação somente será constitucional “quando ele for prescrito nos limites do estritamente necessário, sob a utilização exaustiva das capacidades criadas com recursos públicos já existentes de formação.”

No contexto da Alemanha, a reserva do possível, sob a perspectiva daquela decisão, se vincula ao “direito de livre escolha dos locais de formação”, estando estritamente relacionada à configuração da realidade social alemã existente à época e à sua organização geográfica.

Além disso, a Carta Constitucional alemã é bastante distinta da brasileira, considerando que a primeira tem como primazia a tutela dos direitos de liberdade, mais amplo e genérico, e, em camada infraconstitucional, os direitos sociais; por outro lado, a segunda possui em seu rol a proteção expressa dos direitos sociais, de caráter fundamental.

Portanto, é plenamente possível a aplicação da teoria da reserva do possível na Alemanha, haja vista que os direitos sociais não estão previstos em normas constitucionais, possibilitando que ocorra sua flexibilização e, por desdobramento lógico, estejam circunscritos nos limites orçamentários do Estado.

De forma diametralmente oposta, a teoria da reserva do possível, no sistema jurídico brasileiro, em matéria de direitos sociais e considerando sua previsão constitucional, diante da ocorrência de eventual restrição, ou em seu desatendimento, implica em afronta direta e imediata à Constituição Federal brasileira, sendo, portanto, insuscetível de qualquer reinterpretação ou relativização.

No Brasil, no campo jurídico, a teoria da reserva do possível pode ser mais bem compreendida pelos ensinamentos de Sarlet, Scaff, Torres e Barcellos.

O jurista Ingo Wolfgang Sarlet destaca que a teoria da reserva do possível é um conceito que aponta para a prestação requerida por indivíduo, cuja exigência é razoável de ser exigida da sociedade, de modo que:

[...] mesmo em dispondo o estado de recursos e tendo poder de disposição, não se pode falar em uma obrigação de prestar algo que não se mantenha nos limites do razoável.

Adiante, Fernando Facury Scaff atrela o conceito de reserva do possível à progressividade na concretização dos direitos sociais:

Os direitos prestacionais, tal como o direito à saúde, não são direitos que se disponibilizam integralmente de uma única vez. São direitos fornecidos progressivamente pelo Estado, de modo que, passo a passo, em um ritmo crescente, ele se torna cada vez mais concretizado — o que não ocorre com outros direitos, tal

como o de maioria, a qual se obtém de um dia para outro — literalmente. Os direitos sociais são direitos implementados à prestação, de forma progressiva.

Por último, Ricardo Lobo Torres percebe o teor desviante do conceito de reserva do possível importado pela doutrina e jurisprudência brasileiras defronte ao modelo original germânico:

[...] passou a ser fática, ou seja, possibilidade de adjudicação de direitos prestacionais se houver disponibilidade financeira, que pode compreender a existência de dinheiro somente na caixa do Tesouro, ainda que destinado a outras dotações orçamentárias! Como o dinheiro público é inesgotável, pois o Estado sempre pode extrair mais recursos da sociedade, segue-se que há permanentemente a possibilidade fática de garantia de direitos, inclusive na via do sequestro da renda pública! Em outras palavras, faticamente é impossível a tal reserva do possível fática!

Em se tratando de disponibilidade financeira, a professora Ana Paula de Barcellos subdivide a reserva do possível em fática e jurídica, sendo que a primeira remete à existência efetiva de recursos, e a segunda tem relação com a previsão orçamentária para a despesa.

Seguindo o condão fático, por parte da Administração Pública, é recorrente a invocação da Reserva do Possível, de maneira genérica e abstrata, para se desincumbir do seu dever constitucional de promover, de forma positiva, os direitos sociais, em especial, o direito à saúde.

Assim sendo, nas ocasiões em que o Poder Judiciário aceita como fundamentação jurídica a limitação orçamentária, resta por desaguar na negativa de acesso à justiça para os petionantes que têm por pretensão a concretização de direitos fundamentais, a exemplo do acesso a tratamentos de saúde e a medicamentos essenciais ao restabelecimento da saúde do paciente.

A realidade sociojurídica brasileira acabou por ressignificar, ao menos implicitamente, a aludida teoria originária para essencialmente “a reserva do financeiramente possível”, cujo resultado tem transparecido sua ineficiência frente a distúrbios dos direitos sociais decorrentes do desequilíbrio na saúde pública, a exemplo do COVID-19.

Evidencia-se, pois, que a reserva do possível se desdobra em dupla função práticas: constitui meio de defesa do próprio Estado na esfera não contenciosa administrativa; e torna-se, também, calibrador da efetivação dos direitos sociais (portanto, fundamentais) quando se pretende obter resultado material, de modo a condicionar a realização destes ao limite orçamentário, oportunamente, quando da elaboração de políticas públicas.

Antes mesmo de a teoria da reserva do possível se fracassar frente ao COVID-19, a teoria do mínimo existencial (aplicável preponderantemente em matéria de saúde pública) sempre se mostrou como contrapeso à adoção desmedida daquela teoria financeiramente exclusivista.

### 1.2.3. A teoria do Mínimo Existencial

O mínimo existencial tem origem na concepção contemporânea de dignidade humana, a qual, nos ensinamentos de Barroso (2013), pressupõe que cada ser humano é detentor de valor intrínseco<sup>36</sup> singular, arraigado de autonomia individual<sup>37</sup> e não descolado de seu valor comunitário<sup>38</sup>. Na leitura moderna, a dignidade humana ganha *status* de valor fundamental, balizado pelo pensamento clássico, possuindo contornos na tradição religiosa judaico-cristã, no iluminismo e no pós-Segunda Guerra Mundial.

A relevância da dignidade da pessoa humana no âmbito jurídico brasileiro é transparecida no texto constitucional, que firma esta como um dos fundamentos do Estado Democrático de Direito, ou seja, como fundamento precípua da República Federativa do Brasil<sup>39</sup>. Paralelamente, o mínimo existencial aparece como uma garantia constitucional implícita, de eficácia plena e de aplicação imediata, a qual se estende, em maior ou menor grau, a todos os direitos fundamentais estatuídos no texto constitucional.

A título de conhecimento, o mínimo existencial constitui uma perspectiva mais abrangente do mínimo vital, enquanto este contempla parcialmente o mínimo existencial, de modo a estabelecer relação única e diretamente com questão de sobrevivência, sem necessariamente garantir dignidade, aquele congrega outros direitos que visam assegurar tal dignidade ao indivíduo.

Ainda no direito brasileiro, o mínimo existencial, em síntese, traduz-se no conjunto mais básico de direitos essenciais necessários à manutenção da dignidade do indivíduo, tais como saúde, educação, moradia e alimentação. Comumente, a preservação do mínimo existencial

---

<sup>36</sup> Na perspectiva filosófica, o valor intrínseco é aquele inerente ao próprio ser, indissociável da pessoa humana, constitui-se o elemento ontológico da dignidade humana, intimamente ligado à própria natureza do ser. No plano jurídico, o valor intrínseco está na origem de um conjunto de direitos fundamentais, sendo que o principal deles é o direito à vida, por ser precursor de todos os demais direitos.

<sup>37</sup> A autonomia concebida como o elemento ético da dignidade humana, corresponde à capacidade de alguém tomar decisões e realizar livres escolhas, fundadas em concepções próprias e ausente de influências externas indevidas.

<sup>38</sup> O valor comunitário representa o elemento social da dignidade, construído pelas relações do indivíduo com os outros, bem como a interação destes com o resto do mundo. Nessa dimensão, os indivíduos são externamente influenciados pelos compromissos, valores e crenças compartilhadas por determinado grupo social, além de se submeterem às normas impostas pelo Estado.

<sup>39</sup> Art. 1º, inciso III, da Constituição Federal de 1988.

exige uma prestação positiva do Estado, a qual, não raras vezes, tangencia os direitos fundamentais agrupados na segunda geração (dimensão)<sup>40</sup>.

Anota-se, portanto, que o direito ao mínimo existencial possui caráter ambivalente. Ao mesmo tempo que há proteção contra a intervenção estatal (negativa) na esfera privada que tenda a mitigar ou abolir o direito ao mínimo existencial, o Estado tem o dever-poder<sup>41</sup> de tutelar (positivamente) tal direito por meio das prestações estatais, sendo totalmente exigíveis, consubstanciando num direito subjetivo munido de imperatividade integral.

Na compreensão de Ricardo Lobo Torres (2009), a estrutura normativa da reserva do possível é tida como regra (passível de subsunção), e não como princípio (preceito normativo)<sup>42</sup>, a qual perpassa pelo campo dos “limites dos limites”, em relação à intervenção estatal, à reserva legal e à destinação orçamentária, assentando, assim, sua vinculação plena, sem lacuna para qualquer forma de discricionariedade.

Ainda, no pensamento de Torres, importa esclarecer que tal arcabouço tem como fundamento a leitura do mínimo existencial enquanto Direito, o qual combate à exclusão social, às desigualdades e à miséria de um modo geral, cujo núcleo compõe-se de inegociável conjunto de direitos fundamentais que visa resgatar o caráter humanitário da função do Direito. Nessa ótica, defende a maximização do mínimo existencial em paralelo à otimização dos direitos sociais.

Com efeito, Torres ainda classifica a teoria do mínimo existencial como um subsistema da teoria dos direitos fundamentais, que se apresenta de forma multidimensional, revelando aspectos (1) normativos, conforme se direciona à concretização e eficácia de seus valores; (2) interpretativos, por declinar certa compreensão dos direitos fundamentais; e (3) dogmáticos, por ser realizada a partir de disposições legais e de intervenções judiciais. Contudo, outrossim, reconhece que a teoria é um conceito operacional que carece de conteúdo normativo específico, encontrando-se pulverizado em diversos ramos do Direito.

---

<sup>40</sup> Os direitos fundamentais de segunda geração, ou dimensão, são aqueles relacionados à igualdade, tendo como ramificação os direitos sociais, culturais e econômicos (inclusive os coletivos).

<sup>41</sup> O dever-poder, em contornos amplos, demonstra a obediência e a vinculação estatal ao interesse público, cujo dever de cumprimento é atribuição inexorável da Administração Pública. Além disso, a vertente discricionária aponta para a faculdade de a Administração Pública planejar e executar, estrategicamente, políticas públicas e seus aspectos funcionais, bem como adaptar seu conteúdo decisório a um determinado ambiente comportamental que lhe permita alcançar o interesse público de forma mais eficiente e eficaz.

<sup>42</sup> Segundo leciona Dworkin (2002), as regras operam na dimensão da validade e possuem estrutura disjuntiva; por outro lado, os princípios são preceitos normativos que possuem a dimensão do peso (ponderação) e podem se colidir diante do caso concreto.



Logo, depreende-se que, em se tratando de direito à saúde, por estar intimamente ligado ao direito precursor de todos os demais (direito à vida), acaba por protagonizar relevantes aspectos materiais contidos na essencialidade da dignidade da pessoa humana.

A tutela da dignidade da pessoa humana é elemento vital, sendo indisponível ao próprio Estado, e, na mesma linha de Lobo Torres, deve-se impor como regra (e não como preceito normativo), de modo a se fixar como prioridade no orçamento público.

Por conseguinte, o fracasso na realização desse mínimo existencial sedimenta o injusto indefensável, constituindo motivo suficiente o bastante para demandar o Estado em juízo.

#### **1.2.4. Jurisprudência no Supremo Tribunal Federal (STF)**

No âmbito do STF, um importante julgado sobre saúde pública ocorreu na Suspensão de Tutela Antecipada (STA) nº 175, apreciada no Plenário da Corte Constitucional brasileira em 17 de março de 2010, após informações coletadas na Audiência Pública – Saúde, realizada no STF em 27, 28 e 29 de abril e 4, 6 e 7 de maio de 2009.

No caso, a União pretendia suspender os efeitos do acórdão proferido pela 1ª Turma do Tribunal Regional Federal da 5ª Região (TRF-5), o qual determinou à União o fornecimento do medicamento Zavesca (miglustate) a paciente portadora de Niemann-Pick Tipo C, doença neurodegenerativa rara, cujo custo mensal estimado, à época, era de R\$ 52.000,00 (cinquenta e dois mil reais).

No mérito, foi acolhido pelo STF, por unanimidade, o voto do relator, Ministro Gilmar Mendes, negando provimento ao agravo regimental interposto pela União contra decisão monocrática que indeferiu o pedido formulado na STA nº 175.

O agravo regimental denegado, em apertada síntese, sustentava grave lesão à ordem, à economia e à saúde públicas, além da violação ao princípio da separação de poderes, às normas e regulamentos do SUS e à função exclusiva da Administração Pública em definir políticas públicas.

O STA nº 175 é considerado marco histórico na jurisprudência em matéria de saúde por variadas razões, dentre as quais destacam-se três: 1) houve posicionamento sobre a força normativa do direito à saúde na Constituição Federal de 1988; 2) foram estabelecidos parâmetros para a judicialização do direito à saúde no Brasil; e 3) acolheu-se uma concepção integrada dos direitos fundamentais.

Já no início do voto, o Ministro Gilmar Mendes aponta o contraste entre as duas principais correntes de pensamento sobre a judicialização da saúde, contudo, demonstra a necessidade de compatibilização destes.

As divergências doutrinárias quanto ao efetivo âmbito de proteção da norma constitucional do direito à saúde decorrem, especialmente, da natureza prestacional desse direito e da necessidade de compatibilização do que se convencionou denominar “mínimo existencial” e “reserva do possível” (Vorbehalt des Möglichen).

Ainda no exercício do diálogo entre esses princípios, a decisão estabeleceu alguns parâmetros com vistas a orientar a jurisprudência, fixando balizas dentro das quais consideram-se legítima a atuação do Poder Judiciário no controle das políticas públicas, vertendo-se para a atuação em caráter geral e coletiva, de modo a controlá-las em seu todo (*macrojustiça*), em detrimento da realização de justiça em casos individuais (*microjustiças*).

De forma bastante sintética e objetiva, foram postos parâmetros para orientar o controle judicial das políticas públicas, de forma legítima e desejável, segundo os preceitos constitucionais, nos casos em que a gestão governamental se externaliza deficitária. Em suma, primeiramente, o magistrado deve verificar se há alguma política pública estatal abrangida pela prestação de saúde pleiteada pelo peticionante (em caso positivo, dá-se provimento ao pedido).

Por outro lado, em caso negativo, deverá ser levantado o motivo pelo qual não há determinada prestação, sendo, em linhas gerais, por:

- 1) omissão legislativa ou administrativa (com a verificação da existência de homologação, junto à ANVISA, do tratamento pleiteado);
- 2) decisão administrativa de não fornecer (com a respectiva motivação, se há tratamento alternativo disponibilizado pelo SUS que seja adequado e eficaz *in casu* ou se o SUS não possui nenhum tratamento específico para determinada patologia); ou
- 3) vedação legal a sua dispensação.

Além desses, há os tratamentos novos (ainda não inseridos nos protocolos do SUS), bem como os medicamentos e os tratamentos puramente experimentais (sem comprovação científica de sua eficácia). Na primeira situação, o magistrado precisa estar bastante atento a todo o conteúdo probatório a fim de não cometer injustiças. Na segunda hipótese, o Estado não poder ser condenado a fornecer o tratamento pretendido.

Acredita-se que a partir desses elementos, agregados à instrução processual e a produção de provas, o magistrado terá melhores condições materiais para julgar, conciliando a dimensão subjetiva (individual e coletiva) com a dimensão objetiva do direito à saúde.

## 2. SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA NA PANDEMIA DO COVID-19

Diante do cenário pandêmico do COVID-19, que assolou todo o mundo, inúmeras medidas foram adotadas pelos mais variados governos, em diferentes esferas federativas no Brasil, para tentar conter a propagação da doença e, conseqüentemente, evitar a ocorrência de mais mortes.

Dentre tais medidas, pode-se citar o confinamento geral da população, o fechamento obrigatório de comércios (*lockdown*), a redução do fluxo de pessoas em locais públicos, a obrigatoriedade da disponibilização de álcool etílico para higienização das mãos e do uso de máscaras em locais públicos e em estabelecimentos comerciais de natureza essencial, dentre outras.

Em virtude da redução das atividades econômicas por questões sanitárias, houve um acentuado crescimento da taxa de desemprego<sup>43</sup>, atingindo a marca de 15 milhões de pessoas desempregadas. Nessa esteira, aumentou-se também a taxa de informalidade<sup>44</sup> no mercado de trabalho. Além disso, houve uma elevação vertiginosa do número de Pessoas Jurídicas criadas durante o período de pandemia, favorecendo o processo “pejotização”<sup>45</sup>.

Pela via estatal, diversas políticas públicas foram desenhadas com a finalidade de evitar o aprofundamento da crise econômica e com vistas a mitigar o alastramento da pobreza e da miséria que retornou a assombrar o país. No que tange às políticas públicas, destacam-se a ampliação do benefício assistencial “Auxílio Brasil”<sup>46</sup> (o qual foi associado ao mínimo

---

<sup>43</sup> De acordo com o IBGE, o desemprego se refere às pessoas com idade para trabalhar (maiores de 14 anos) que não estão trabalhando, mas estão disponíveis e tentam encontrar trabalho. Sendo assim, para alguém ser classificado como desempregado, não basta não possuir um emprego. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/explica/desemprego.php>.

<sup>44</sup> Conforme preconiza o IBGE, o trabalho informal engloba empregados no setor privado e empregados domésticos sem carteira assinada, empregadores e trabalhadores por conta própria sem registro de CNPJ e trabalhadores familiares auxiliares. Disponível em: <https://sebrae.com.br/sites/PortalSebrae/ufs/ac/artigos/a-formalizacao-do-me-i-assegura-o-trabalhador-autonomo,4374faf297726810VgnVCM1000001b00320aRCRD>.

<sup>45</sup> Segundo leciona Porto e Rocha (2018), a “pejotização” é um neologismo que tem por objetivo denominar a transformação artificial de um empregado em Pessoa Jurídica, e “consiste na contratação de trabalhador subordinado como sócio ou titular de Pessoa Jurídica, visando mascarar vínculo empregatício por meio da formalização contratual autônoma, em fraude à relação de emprego”. Segundo o Ministério da Economia, em 2022, os Microempreendedores Individuais (MEIs) representavam quase 70% das empresas em atividade no país. De acordo com a plataforma Mapa de Empresas, mantida pelo Governo Federal, entre os anos de 2020 e 2022, no Brasil, foram abertas aproximadamente 11 milhões novas sociedades empresárias, sendo 78% da categoria MEI.

<sup>46</sup> Conforme o Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, o Auxílio Brasil integra em apenas um programa várias políticas públicas de assistência social, saúde, educação, emprego e renda, visando transferência direta e indireta de renda, destinando recursos financeiros às famílias em situação

existencial pela própria estrutura governamental<sup>47</sup>) e a publicação de diversas leis e atos normativos que visaram proteger a economia, o emprego e a renda.

Na lógica da atuação estatal, houve não somente a preocupação em combater os efeitos deletérios adversos causados pela COVID-19, mas também o protagonismo em atuar contra a própria doença e sua causa. Nesse espectro, consigna-se que diversas pesquisas, estudos, análises, experimentos e testes foram realizados com o intento de se encontrar uma “cura” ao novo coronavírus, para que a sociedade pudesse retornar à normalidade.

Com efeito, observou-se grande empenho e soma de esforços da comunidade política e jurídica em prol da superação do problema instalado, de forma menos danosa à vida do povo. Nesse condão, a economia nacional, regional e local, as contas públicas e o direito administrativo foram objeto de diversos manejos, adaptações e alterações legislativas para que pudessem contemplar a realidade social então vivida.

Nesse ínterim, batalhas ideológicas, com cunho político-partidário, foram travadas na arena política, no campo jurídico e na seara social: enquanto uma corrente primava pela saúde da população sobre os demais aspectos que permeiam a vida social ao defender a adoção de medidas que buscavam, diretamente, a preservação de vidas; a outra vertente capitaneava que a saúde econômica e financeira do Estado seria mais importante em razão de eventuais consequências mais gravosas as quais poderiam afetar, *a posteriori*, a própria saúde física e mental das pessoas.

Lamentavelmente, a disputa, cujo campo central se concentrava inicialmente no âmbito ideológico, passou a ser institucionalizada pelo próprio aparato governamental e, num curto espaço de tempo, tornou-se retórica à construção de políticas públicas que, de antemão, visavam o equilíbrio das contas públicas.

Porém, com o galopante aumento do número de mortes em decorrência da COVID-19, escancarou-se a ideologia falida de tal projeto que, paulatinamente, perdeu força, dando espaço à primazia da vida e da saúde humana sobre as demais pautas de caráter secundário.

A gestão pública, dentro de suas possibilidades, envidou esforços financeiros e profissionais para enfrentar a calamidade pública instaurada. Faz-se imperioso relevar que, em razão da própria atipicidade e emergência do momento, houve diversas compras, aquisições e

---

de pobreza e de extrema pobreza em todo o país. Além de garantir uma renda básica a essas famílias, o programa busca simplificar a cesta de benefícios e estimular a emancipação dessas famílias para que alcancem autonomia e superem situações de vulnerabilidade social.

<sup>47</sup> <https://www.gov.br/planalto/pt-br/acompanhe-o-planalto/noticias/2023/06/presidente-amplia-minimo-existencial-para-r-600>

contratações governamentais que não seguiram o rito licitatório ordinário<sup>48</sup>. Em alguns casos, noticiou-se transações governamentais ilegais para aquisição de equipamentos utilizados no combate ao COVID-19<sup>49</sup>.

Além disso, nesse meio tempo, foi promulgada, a nova Lei de Licitações e Contratos Administrativos (Lei Federal nº 14.133, de 1º de abril de 2021). Contudo, houve dificuldade em realizar, de forma efetiva, controles (preventivos, concomitantes e repressivos) dos gastos públicos, especialmente, em relação àqueles voltados à saúde pública.

Ainda no arcabouço jurídico-legislativo, a Lei nº 8.080/1992<sup>50</sup> reveste-se de grande importância em virtude de ser a base legal que trata da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e do seu funcionamento.

A relevância do SUS é transparecida, em especial, pelo fato de se figurar como um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública existente no mundo<sup>51</sup>, garantindo acesso universal, assistência integral e gratuita para toda a população do país, sem discriminação.

Defronte ao momento pandêmico, de maneira complementar e com a finalidade de ampliar o acesso à saúde à população, houve alteração da Lei do SUS, por meio da Lei nº 14.510/2022, com a inclusão e a regulamentação da telessaúde como modalidade de prestação de serviços de saúde a distância<sup>52</sup>.

Como forma de organização do sistema, a Lei do SUS segmenta a competência dos entes federados por níveis de direções, sendo a subclassificação em Direção Nacional<sup>53</sup>, Direção Estadual<sup>54</sup> e Direção Municipal<sup>55</sup>, competindo ao Distrito Federal (DF) as atribuições reservadas aos Estados e Municípios<sup>56</sup>.

A repartição de atribuições e responsabilidades não se limita somente à edição de atos normativos, para fins de regulamentação das atividades a serem desempenhadas, ou à promoção ou à execução de políticas públicas, mas também reverbera no planejamento e na gestão orçamentário-financeiros para o adequado funcionamento integrado do sistema.

---

<sup>48</sup> <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2020/10/19/policia-federal-apura-superfaturamento-na-compra-de-respiradores-no-amazonas.ghtml>

<sup>49</sup> <https://noticias.uol.com.br/colunas/reinaldo-azevedo/2020/04/20/compra-de-respiradores-para-o-maranhao-via-etioopia-foi-ilegal-diz-receita.htm>

<sup>50</sup> A Lei nº 8.080/1990 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS).

<sup>51</sup> O SUS é o único sistema de saúde pública do mundo que atende mais de 190 milhões de pessoas. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/setembro/maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo-sus-completa-31-anos>

<sup>52</sup> Arts. 26-A a 26-H da Lei nº 8.080/1990.

<sup>53</sup> Art. 16 da Lei nº 8.080/1990.

<sup>54</sup> Art. 17 da Lei nº 8.080/1990.

<sup>55</sup> Art. 18 da Lei nº 8.080/1990.

<sup>56</sup> Art. 19 da Lei nº 8.080/1990.

De modo sistemático, a fatia do orçamento público destinada ao SUS é proveniente, majoritariamente, do orçamento da seguridade social<sup>57</sup>, cuja proposta é elaborada pela Direção Nacional, de acordo com a receita estimada para exercício financeiro, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)<sup>58</sup>.

O processo de planejamento e orçamento referente ao SUS se dá em movimento ascendente, do nível local até o federal, e, por meio da cooperação, visa equalizar os interesses de cada nível de poder envolvido de forma a distribuir os recursos necessários, financeiros e não financeiros, à realização de suas finalidades. Quanto aos repasses financeiros da União para os Estados, DF e Municípios, a lei estabelece, em seu artigo 35<sup>59</sup>, o rol de critérios os quais devem ser observados.

A operacionalização do financiamento do SUS se dá pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS), que é o gestor financeiro dos recursos destinados ao sistema na esfera federal, cujos recursos destinam-se a financiar as despesas correntes e de capital do Ministério da Saúde, de seus órgãos e entidades da Administração Pública direta e indireta integrantes do SUS, bem como as transferências para os Estados, o DF e os Municípios, atreladas à cobertura assistencial e hospitalar, no âmbito do SUS.

Entre os anos de 2018 e 2022, por meio do FNS, a União realizou transferências de recursos financeiros, conforme o esquema a seguir.

**Tabela 2 – Transferências de recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS)**

Ano	Transferências para o DF (R\$)	Transferências Totais (R\$)	Transferências para o DF em relação as Totais
2022	1,07 bilhão	101,11 bilhões	1,06%
2021	1,10 bilhão	105,39 bilhões	1,04%
2020	1,21 bilhão	115,19 bilhões	1,05%
2019	959,22 milhões	84,60 bilhões	1,13%
2018	809,98 milhões	82,23 bilhões	0,98%

<sup>57</sup> Orçamento da Seguridade Social é uma classificação da despesa por esfera orçamentária, com previsão no art. 195, § 2º, da Constituição Federal, o qual estabelece que a proposta de Orçamento da Seguridade Social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência e assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na LDO, assegurada a cada área a gestão de seus recursos.

<sup>58</sup> A Constituição Federal, em seu art. 165, instituiu a Lei de Diretrizes Orçamentárias com o objetivo de criar um elo entre o Plano Plurianual (PPA) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). Em linhas gerais, sua atribuição envolve a definição de metas e prioridades da administração pública federal a orientação do processo de elaboração da LOA, entre outros aspectos.

<sup>59</sup> Art. 35 da Lei nº 8.080/1990: “Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos: I - perfil demográfico da região; II - perfil epidemiológico da população a ser coberta; III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede; e VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.”

Fonte: elaborado pelo autor, a partir de informações do Portal do Fundo Nacional da Saúde (FNS).

Como pode ser observado, nos últimos cinco anos, em média, foram destinadas ao DF cerca de 1,06% das transferências realizadas pela União, no âmbito do FNS. A título de parâmetro, conforme dados do Tribunal de Contas da União (TCU)<sup>60</sup>, em 2019, a população do DF representava aproximadamente 1,43% da população brasileira.

A seguir, apresenta-se, de modo sistematizado, compilação e análise dos resultados e das informações obtidas, em dados abertos, nos registros governamentais.

---

<sup>60</sup> Conforme estabelecido no Painel Coronavírus, do Ministério da Saúde, que tem por base as estimativas populacionais publicadas pelo TCU (2019): para o DF, o levantamento é de 3.015.268 de pessoas; e, para o Brasil, a aferição é de 210.147.125 de pessoas.

### **3. ANÁLISES E RESULTADOS**

A fim de facilitar a estruturação das informações e a compreensão dos pontos debatidos neste tópico, os resultados e as análises são dispostos preponderantemente de forma gráfica, pelo método de raciocínio dedutivo<sup>61</sup> e em série cronológica.

#### **3.1. (Des)equilíbrio da Gestão Fiscal**

A preocupação com o equilíbrio das contas públicas (saúde financeira do Estado) foi uma das grandes pautas exaustivamente debatidas, em ambientes públicos e privados, e permeou todo o período do COVID-19 no Brasil.

Conforme preconiza a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF)<sup>62</sup>, o equilíbrio da gestão fiscal pressupõe o planejamento, a transparência, o controle e a responsabilização como pilares da atividade financeira do Estado. Nessa temática, o primeiro passo para uma boa gestão fiscal dos recursos públicos se inicia com o equilíbrio entre as receitas e as despesas públicas.

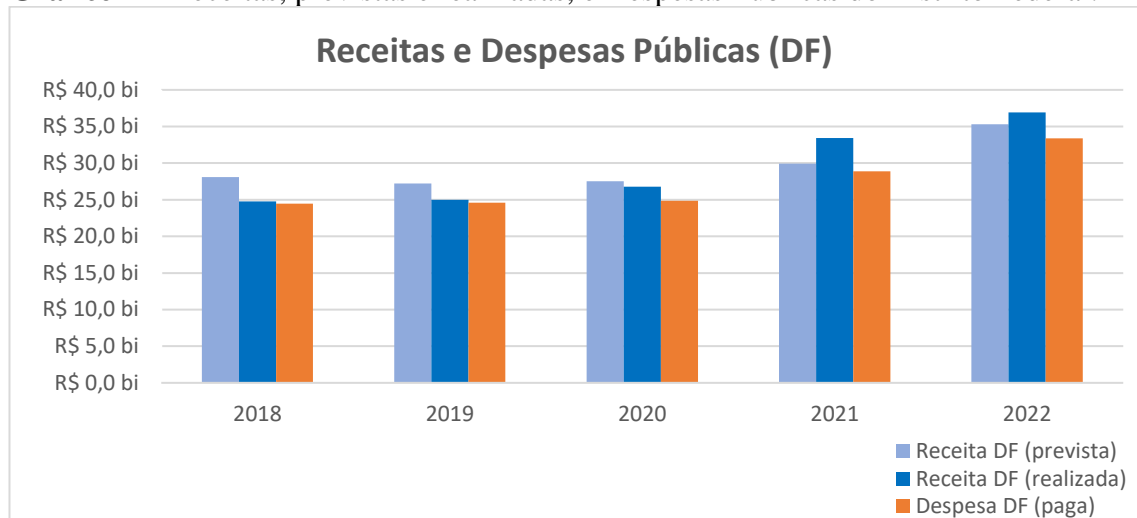
No âmbito do DF, entre os anos de 2018 e 2022, obteve-se a seguinte performance em termo de receitas públicas e despesas públicas.

---

<sup>61</sup> O raciocínio dedutivo começa a partir de uma hipótese geral (premissa) considerada verdadeira e passa a examinar possibilidades de se chegar a uma conclusão lógica e específica igualmente verdadeira.

<sup>62</sup> Lei Complementar Federal nº 101/2000.



**Gráfico 1 – Receitas, previstas e realizadas, e Despesas Públicas do Distrito Federal.**

Fonte: elaborado pelo autor, a partir de informações do Portal da Transparência DF.

A relação entre receita realizada<sup>63</sup> e despesa paga<sup>64</sup> foi de 1,3% (2018)<sup>65</sup>, 1,5% (2019)<sup>66</sup>, 7,7% (2020)<sup>67</sup>, 15,9% (2021)<sup>68</sup> e 10,6% (2022)<sup>69</sup>. Isso quer dizer que, durante a pandemia do COVID-19 (2020 a 2022), a gestão estatal obteve melhores resultados orçamentário-financeiros se comparados aos dois anos anteriores (2018 e 2019). Mais do que isso, nesses últimos períodos, a receita realizada superou a previsão de arrecadação.

Na avaliação orçamentária da estimativa em contraponto com a realização, o planejamento estratégico aparece como instrumento fundamental à efetivação das políticas públicas e ao atendimento das necessidades sociais. O aspecto quantitativo dessa análise perpassa pelas etapas da despesa pública, por via oblíqua, nas classificações de Restos a Pagar (RP), em processados (RPp)<sup>70</sup> e não processados (RPnp)<sup>71</sup>. De igual modo, as Despesas de Exercícios Anteriores (DEA)<sup>72</sup> também merecem ser mencionadas.

<sup>63</sup> Receita Orçamentária Realizada é aquela que já passou por todas as etapas da receita pública, portanto fora recebida, devendo integrar definitivamente o patrimônio público.

<sup>64</sup> Despesa Orçamentária Paga é aquela que já passou por todas as etapas da despesa pública, portanto fora desembolsada no exercício de referência. Contudo, não inclui os valores atinentes ao pagamento de restos a pagar, processados ou não processados.

<sup>65</sup> DF, em 2018, Receita Realizada: R\$ 24,8 bilhões; Despesa Paga: R\$ 24,4 bilhões.

<sup>66</sup> DF, em 2019, Receita Realizada: R\$ 25,0 bilhões; Despesa Paga: R\$ 24,6 bilhões.

<sup>67</sup> DF, em 2020, Receita Realizada: R\$ 26,8 bilhões; Despesa Paga: R\$ 24,9 bilhões.

<sup>68</sup> DF, em 2021, Receita Realizada: R\$ 33,4 bilhões; Despesa Paga: R\$ 28,9 bilhões.

<sup>69</sup> DF, em 2022, Receita Realizada: R\$ 36,9 bilhões; Despesa Paga: R\$ 33,4 bilhões.

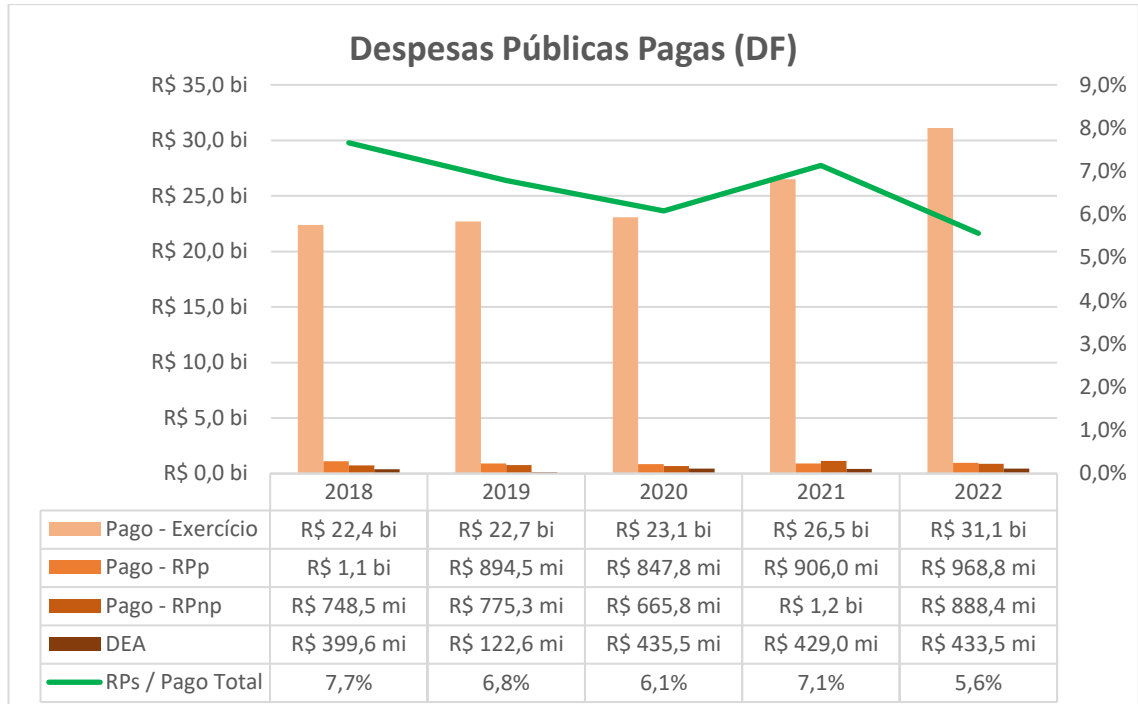
<sup>70</sup> São inscritas em Restos a Pagar Processados as despesas orçamentárias empenhadas e liquidadas, mas pendente de pagamento, até 31 de dezembro do exercício financeiro a que se refere.

<sup>71</sup> São inscritas em Restos a Pagar Não Processados as despesas orçamentárias empenhadas, mas não liquidadas, tampouco pagas, até o final do exercício financeiro corrente.

<sup>72</sup> As Despesas de Exercícios Anteriores são aquelas cujos fatos geradores ocorreram em exercícios pretéritos àquele em que deva ocorrer o respectivo pagamento. Explicativamente, prescreve o art. 37 da Lei nº

Abaixo, a composição da execução (pagamento) das despesas públicas orçamentárias no próprio exercício, em RPP, em RPnp e em DEA.

**Gráfico 2** – Despesas Públicas Pagas no exercício, em restos a pagar e de exercícios anteriores do Distrito Federal.



Fonte: elaborado pelo autor, a partir de informações do Portal da Transparência DF.

O gráfico acima contém duplo eixo, o da esquerda retrata o esboço em barras, enquanto o da direita está vinculado à plotagem da linha.

A interpretação da plotagem da linha do gráfico é o somatório dos restos a pagar processados e não processados em relação ao pagamento total (excluindo-se as despesas de exercícios anteriores, por não se referirem ao período de sua efetiva execução) tendo como fato gerador o ano em que ocorreu a segunda fase da despesa pública (o empenho), cujo valor remete ao estoque percentual de restos a pagar inscritos no período.

Diante do cenário apresentado, o índice de estoque de restos a pagar, de modo geral, teve redução relativa durante o período analisado. Além disso, as despesas de exercícios anteriores mantiveram-se estáveis. Tais elementos são indicativos de que os restos a pagar e as despesas

4.320/1964: “as despesas de exercícios encerrados, para as quais o orçamento respectivo consignava crédito próprio, com saldo suficiente para atendê-las, que não se tenham processado na época própria, bem como os Restos a Pagar com prescrição interrompida e os compromissos reconhecidos após o encerramento do exercício correspondente poderão ser pagos à conta de dotação específica consignada no orçamento, discriminada por elementos, obedecida, sempre que possível, a ordem cronológica.”

de exercícios anteriores, nas contas públicas do DF, mesmo durante o período da pandemia do COVID-19, não tiveram alteração significativa no comportamento histórico.

Não menos importante, o instituto dos restos a pagar é bastante criticado por, usualmente, serem constituídos de maneira apressada e ineficiente, a fim de se evitar a perda dos recursos pelo órgão detentor do orçamento. Pela experiência orçamentária brasileira, é fidedigno asseverar que a utilização desse instituto, em larga medida, pode ser resultante de uma falha no processo de planejamento orçamentário.

O efeito adverso dos restos a pagar no orçamento público é bastante desastroso e genuinamente indesejado pelos órgãos de controle, pois, quando de sua inscrição, acabam por mascarar a real economia orçamentária, por não integrarem contabilização no resultado fiscal do ente federado. Ainda no arcabouço desses efeitos deletérios, há, também, violação (ou melhor, flexibilização) do princípio orçamentário da anualidade<sup>73</sup>, o qual delimita o exercício financeiro orçamentário para o prazo de um ano.

Resgatando a vertente do planejamento e da execução orçamentária, muito embora essas informações perfaçam um excelente indicativo do desempenho global do DF, é prudente especificar a composição das receitas e das despesas. Nesse acinte, a classificação das receitas e despesas por Categoria Econômica, Origem e Grupo de Natureza da Despesa (GnD) constituem critério mais fidedigno à verificação da saúde financeira do ente em análise.

**Tabela 3** – Classificação das Receitas e Despesas Públicas por Categoria Econômica

Categoria Econômica	
Receita Orçamentária	Despesa Orçamentária
Receitas Correntes	Despesas Correntes
Receitas de Capital	Despesas de Capital
Receitas Correntes Intraorçamentárias	Despesas Correntes Intraorçamentárias
Receitas de Capital Intraorçamentárias	Despesa de Capital Intraorçamentárias

Fonte: elaborado pelo autor, com base nos arts. 11 e 12 da Lei nº 4.320/1964.

A classificação por Categoria Econômica das receitas e despesas orçamentárias torna-se elemento necessário à correta análise da composição das contas de governo e da respectiva interpretação sobre a qualidade da saúde financeira do ente federado.

As Receitas Correntes e de Capital são aquelas arrecadadas dentro do exercício financeiro, que aumentam as disponibilidades financeiras do Estado e constituem instrumento para financiar os objetivos definidos nos programas e ações orçamentários, com vistas a

<sup>73</sup> O princípio da anualidade (ou periodicidade) tem previsão no art. 34 da Lei nº 4.320/1964: “O exercício financeiro coincidirá com o ano civil”. Em outras palavras, o exercício financeiro compreende de 1º de janeiro a 31 de dezembro de cada ano.

satisfazer finalidades públicas. A diferença entre elas é que as primeiras, em geral, geram efeitos positivos sobre o Patrimônio Líquido (fato modificativo), enquanto as segundas não provocam impactos sobre o Patrimônio Líquido (fato permutativo).

No que tange às despesas, as correntes são aquelas que não contribuem, diretamente, para a formação ou aquisição de um bem de capital. De modo inverso, as de capital contribuem, diretamente, para a formação ou aquisição de um bem de capital.

Além disso, a subclassificação por Origem e GnD ajuda a identificar o perfil dos gastos do governo, bem como a forma em que se dá a ação estatal.

**Tabela 4** – Classificação das Receitas e Despesas Públicas por Origem e Grupo de Natureza de Despesa

Origem		Grupo de Natureza de Despesa (GnD)	
Receitas Correntes	Tributos <sup>74</sup>	Despesas Correntes	Pessoal e Encargos Sociais
	Contribuições <sup>75</sup>		
	Patrimonial		
	Agropecuária		Juros e Encargos da Dívida
	Industrial		
	Serviços		
	Transferências Correntes		Outras Despesas Correntes
	Outras Receitas Correntes		
Receitas de Capital	Operação de Crédito	Despesas de Capital	Investimentos
	Alienação de Bens		Inversões Financeiras
	Amortização de Empréstimos		
	Transferências de Capital		Amortização da Dívida
	Outras Receitas de Capital		

Fonte: elaborado pelo autor, a partir do Manual Técnico de Orçamento (MTO) 2023, do Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público (MCASP) 9ª Ed. – 2021 e do arts. 11 e 12 da Lei nº 4.320/1964.

Nesses contornos, aparece a famigerada “regra de ouro”<sup>76</sup>, que se consubstancia na vedação constitucional em realizar de operação de crédito (conta de receita de capital) em montante superior às despesas de capital.

<sup>74</sup> Para efeitos de classificação orçamentária, adota-se a teoria tripartite das espécies tributárias, previstas no art. 5º do CTN, a saber: impostos, taxas e contribuições de melhoria.

<sup>75</sup> A Receita de Contribuições é contabilizada em rubrica própria, e não em Receita Tributária.

<sup>76</sup> Art. 167, inciso III, da Constituição Federal de 1988.

**Tabela 5 – Cenários da “Regra de Ouro”**

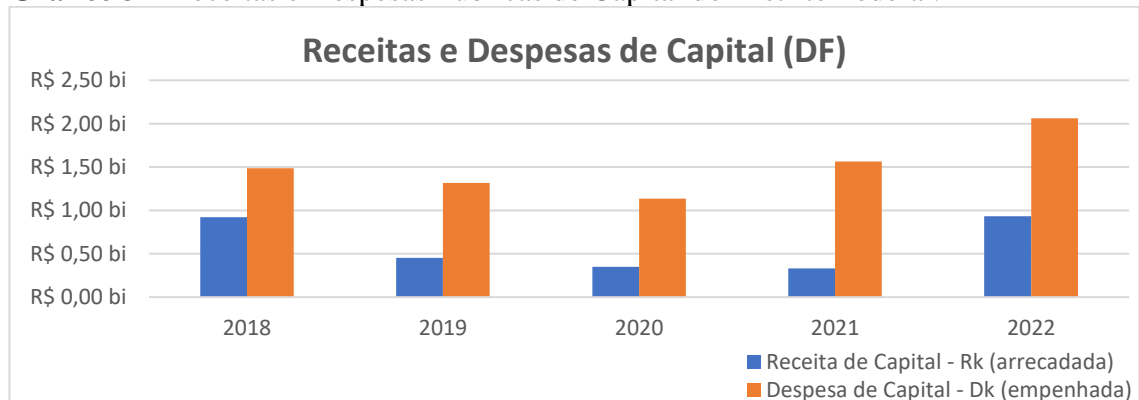
Cenário 1		Cenário 2		Cenário 3	
Receitas Correntes	Despesas Correntes	Receitas Correntes	Despesas Correntes	Receitas Correntes	Despesas Correntes
Receitas de Capital (Operação de Crédito)	Despesas de Capital	Receitas de Capital (Operação de Crédito)	Despesas de Capital	Receitas de Capital (Operação de Crédito)	Despesas de Capital

Fonte: elaborado pelo autor, a partir do art. 167, inciso III, da Constituição Federal de 1988.

No que concerne à supramencionada tabela, os Cenários 1 e 2 estão dentro dos critérios estabelecidos pela regra de ouro, em contrapartida, o Cenário 3 encontra-se circunscrito na vedação constitucional.

Para efeito de apuração do cumprimento da regra de ouro, por força de disposição legal<sup>77</sup>, a qual acentua o fato gerador orçamentário, as receitas realizadas são confrontadas com as despesas empenhadas.

Em se tratando do DF, para os anos de 2018 a 2022, obteve-se a seguinte composição.

**Gráfico 3 – Receitas e Despesas Públicas de Capital do Distrito Federal.**

Fonte: elaborado pelo autor, a partir de informações do Portal da Transparência DF.

Para todos os anos (2018<sup>78</sup>, 2019<sup>79</sup>, 2020<sup>80</sup>, 2021<sup>81</sup> e 2022<sup>82</sup>), as Despesas de Capital superaram as Receitas de Capital (e, por consequência, as operações de crédito), indicando, nesse parâmetro, a boa saúde financeira do Estado. Em apertada síntese, as informações

<sup>77</sup> Art. 35 da Lei nº 4.320/1964: “Pertencem ao exercício financeiro: I - as receitas nêle arrecadadas; e II - as despesas nêle legalmente empenhadas.”

<sup>78</sup> DF, em 2018, Receita de Capital (arrecadada): R\$ 920,8 milhões; Despesa de Capital (empenhada): 1,49 bilhão.

<sup>79</sup> DF, em 2019, Receita de Capital (arrecadada): R\$ 453,0 milhões; Despesa de Capital (empenhada): 1,32 bilhão.

<sup>80</sup> DF, em 2020, Receita de Capital (arrecadada): R\$ 349,4 milhões; Despesa de Capital (empenhada): 1,14 bilhão.

<sup>81</sup> DF, em 2021, Receita de Capital (arrecadada): R\$ 330,7 milhões; Despesa de Capital (empenhada): 1,56 bilhão.

<sup>82</sup> DF, em 2022, Receita de Capital (arrecadada): R\$ 933,5 milhões; Despesa de Capital (empenhada): 2,06 bilhões.

indicam, também, que as todas as Despesas Correntes são financiadas pelas Receitas Correntes, além de estas últimas financiarem parte das Despesas de Capital.

Portanto, não há elementos suficientes que aduzam a desequilíbrio na gestão fiscal. Pelo contrário, constata-se margem para que houvesse uma atuação estatal mais ampla e aperfeiçoada voltada à prestação de serviços públicos no DF.

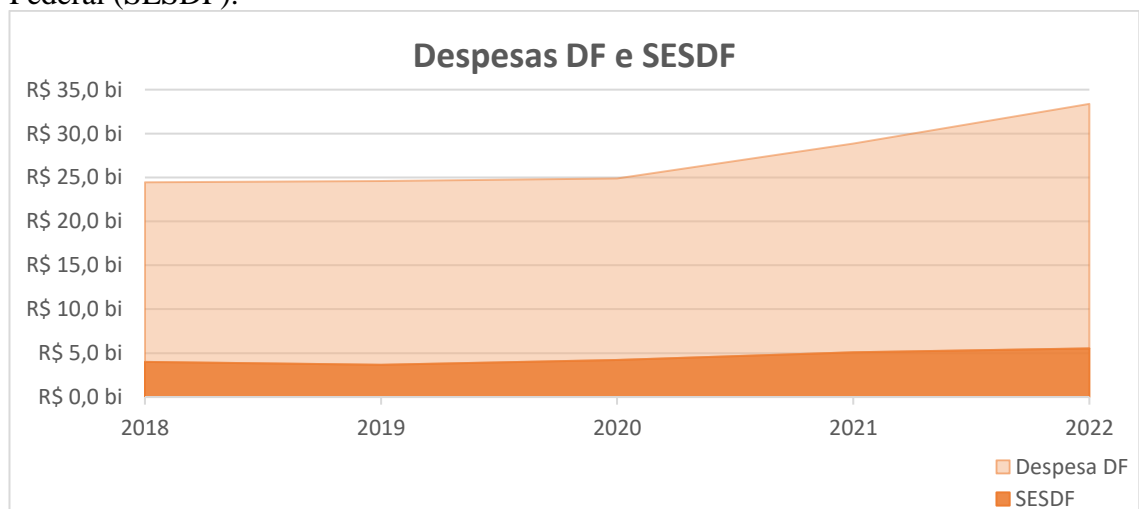
### 3.2. A Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SESDF) no Orçamento Público

Neste tópico consta o perfil dos gastos públicos no âmbito da SESDF. A partir da análise dos dados históricos, é possível verificar a atenção dispensada pelo governo na saúde pública local, em especial no combate ao COVID-19.

A importância dada à saúde pública do DF pode ser verificada não só em termos financeiros propriamente dito, mas também na quantidade de recursos humanos empregada no âmbito da SESDF.

A primeira análise tem como referência a séria histórica (2018 a 2022) dos valores de orçamento, a partir da comparação das despesas incorridas no DF com aquelas incorridas tão somente na SESDF.

**Gráfico 4** – Despesas Públicas do Distrito Federal e da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SESDF).



Fonte: elaborado pelo autor, a partir de informações do Portal da Transparência DF.

A evolução do total das despesas públicas correntes e de capital do DF alcançaram os seguintes patamares: R\$ 24,4 bilhões (2018); R\$ 24,6 bilhões (2019); R\$ 24,9 bilhões (2020); R\$ 28,9 bilhões (2021); e R\$ 33,4 bilhões (2022). Em suma, a ampliação dessas despesas foi na ordem de 36,6% no período em apreço.

No âmbito da SESDF, para as mesmas despesas, foram registrados os seguintes valores: R\$ 4,0 bilhões (2018); R\$ 3,7 bilhões (2019); R\$ 4,2 bilhões (2020); R\$ 5,1 bilhões (2021); e R\$ 5,5 bilhões (2022). Logo, as referidas despesas aumentaram em 38,1% durante o período em análise.

As despesas públicas no âmbito da SESDF não acompanharam a variação média das demais despesas públicas do ente federado. Isso indica que, muito embora tenha amplamente propagado a ideia de que a saúde pública constituiria prioridade máxima da máquina pública no combate ao COVID-19<sup>83</sup>, tal discurso político não foi integralizado, tampouco refletido, no orçamento público local.

Em razão dos valores apurados, é imprescindível traçar melhor perfil da despesa pública do DF por meio do detalhamento por Categoria Econômica, assim, torna-se nítida a ação governamental quando se detalha o orçamento público.

Dentro da estrutura programática do orçamento público, as ações<sup>84</sup> podem ser classificadas como atividades<sup>85</sup>, projetos<sup>86</sup> ou operações especiais<sup>87</sup>. As atividades e os projetos, por terem, respectivamente, correlação imediata com as despesas correntes e de capital, merecem atenção para melhor compreensão, em especial, do GnD das rubricas pessoal e encargos sociais, e investimentos.

---

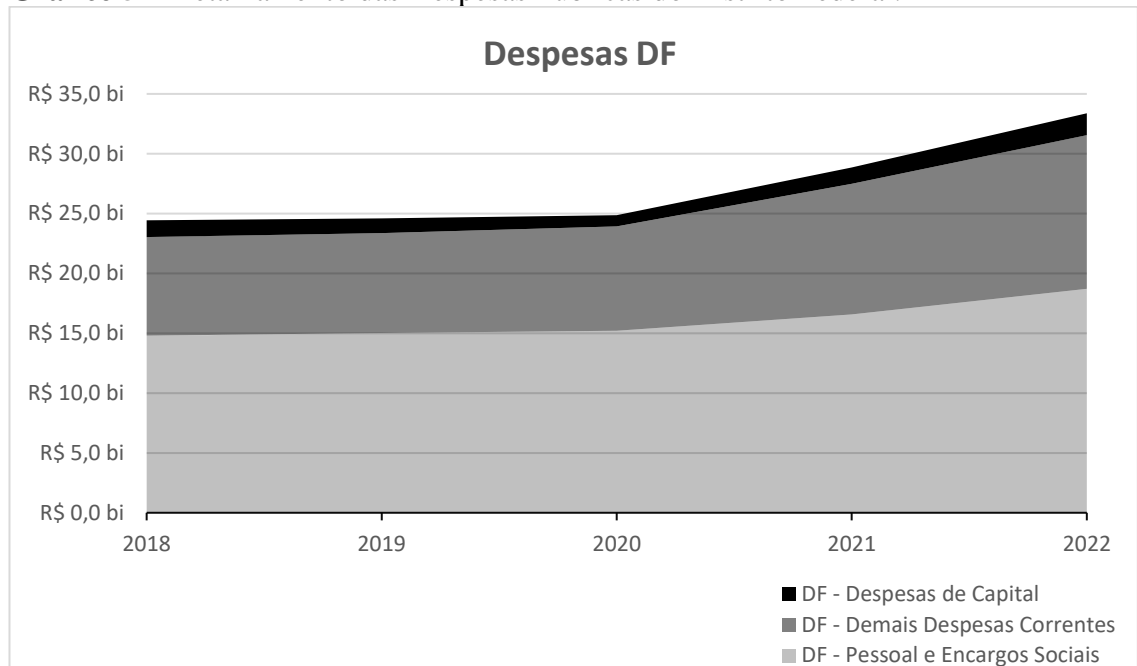
<sup>83</sup> Vide Decreto nº 40.584, de 1º de abril de 2020, que institui o selo "PRIORIDADE COVID-19".

<sup>84</sup> As Ações são operações das quais resultam produtos, sendo bens ou serviços, que contribuem para atender ao objetivo de um programa.

<sup>85</sup> As Atividades constituem instrumento de programação utilizado para alcançar o objetivo de um programa, envolvendo um conjunto de operações que se realizam de modo contínuo e permanente, das quais resulta um produto ou um serviço necessário à manutenção da ação de Governo.

<sup>86</sup> Os Projetos constituem instrumento de programação utilizado para alcançar o objetivo de um programa, envolvendo um conjunto de operações, limitadas no tempo, das quais resulta um produto que concorre para a expansão ou o aperfeiçoamento da ação de Governo.

<sup>87</sup> As Operações Especiais são despesas que contribuem para a manutenção, expansão ou aperfeiçoamento das ações de governo, das quais não resulta um produto, e não gera contraprestação direta sob a forma de bens ou serviços.

**Gráfico 5 – Detalhamento das Despesas Públicas do Distrito Federal.**

Fonte: elaborado pelo autor, a partir de informações do Portal da Transparência DF.

As Despesas de Capital do DF, entre 2018 e 2022, contabilizaram quase R\$ 1,4 bilhão (2018); R\$ 1,2 bilhão (2019); em seguida, sofreram uma brusca queda para aproximadamente R\$ 948,9 milhões (2020); R\$ 1,4 bilhão (2021); e, R\$ 1,8 bilhão (2022). Isto é, de 2018 a 2022, houve um acréscimo nominal das Despesas de Capital em 29,6%.

Nesse ritmo, as demais Despesas Correntes (cujo valor é extraído a partir do total das Despesas Correntes, excluídas daquelas destinadas ao pagamento de Pessoal e Encargos Sociais incorridas no período) somaram em torno de R\$ 8,2 bilhões (2018); R\$ 8,4 bilhões (2019); R\$ 8,7 bilhões (2020); R\$ 10,9 bilhões (2021); e R\$ 12,8 bilhões (2022), perfazendo uma variação total positiva de 55,8% em todo o período.

Por conseguinte, as despesas com Pessoal e Encargos Sociais do DF, no mesmo período, mantiveram-se em curva crescente de R\$ 14,8 bilhões (2018); R\$ 15,0 bilhões (2019); R\$ 15,2 bilhões (2020); R\$ 16,6 bilhões (2021); e R\$ 18,7 bilhões (2022), representando, em todo o período, um aditivo de 26,5%.

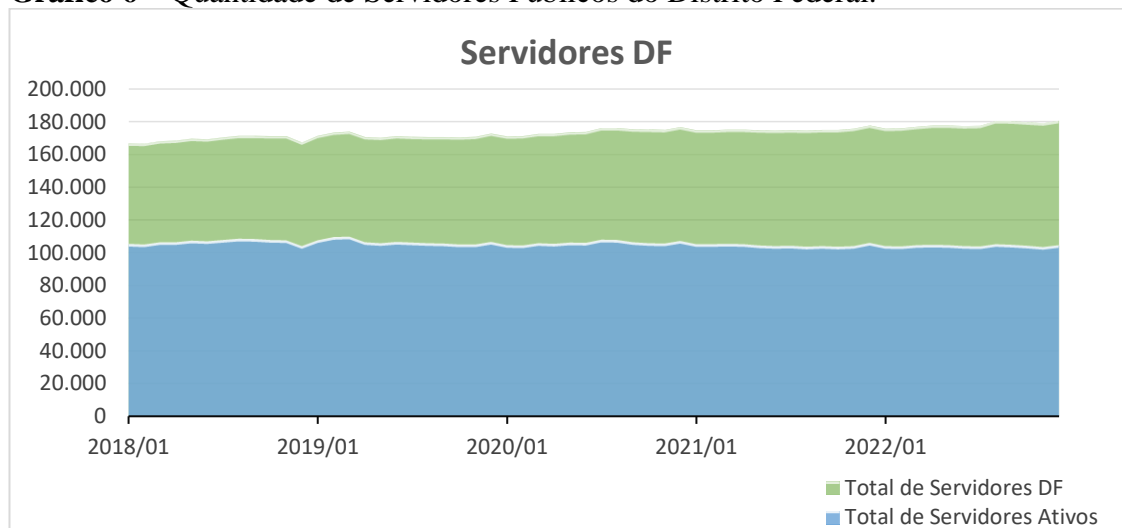
O esboço apresentado, em verdade, tem o condão de demonstrar de que forma o orçamento público do DF está distribuído em termos de despesas públicas orçamentárias. Contudo, esclarece-se que o relativo paralelismo entre o crescimento dessas categorias de despesa não necessariamente indica a expansão da atividade estatal acompanhada de serviços públicos permanentes destinados suportar a ampliação da ação governamental.



Nessa vertente, deve-se apurar, por exemplo, se de fato os acréscimos das despesas de capital e demais despesas correntes ocorreram em razão da ampliação real da atividade estatal ou se decorreu de mero efeito da inflação<sup>88</sup> na economia.

Além disso, quanto aos gastos com pessoal e encargos sociais, um aumento nominal de despesas pode indicar: contratação de novos servidores de provimento efetivo para ocupar cargos vacantes, aumento salarial de determinadas categorias de servidores públicos, movimentos de progressão e promoção na carreira destes, ou demais efeitos de oneração da folha de pagamento.

**Gráfico 6 – Quantidade de Servidores Públicos do Distrito Federal.**



Fonte: elaborado pelo autor, a partir de informações do Portal da Transparência DF.

Excluindo-se os servidores abrangidos pelo SIAPE federal, bem como aqueles oriundos de contratos de caráter temporário, o gráfico acima consolida todos os demais servidores públicos integrantes do Poder Executivo do DF. Ainda, anota-se que os provimentos de cargos no período foram destinados tão somente a suprir vacâncias já existentes. Nesses contornos, o número de inativos<sup>89</sup> cresceu em 23,8%, passando de 61.684 (janeiro de 2018) para 76.336 (dezembro de 2022).

Nesse mesmo sentido de defasagem dos quadros de pessoal, a quantidade de agentes públicos ativos, entre 2018 e 2022, encolheu em menos de 0,1%, passando de 105.057 (janeiro

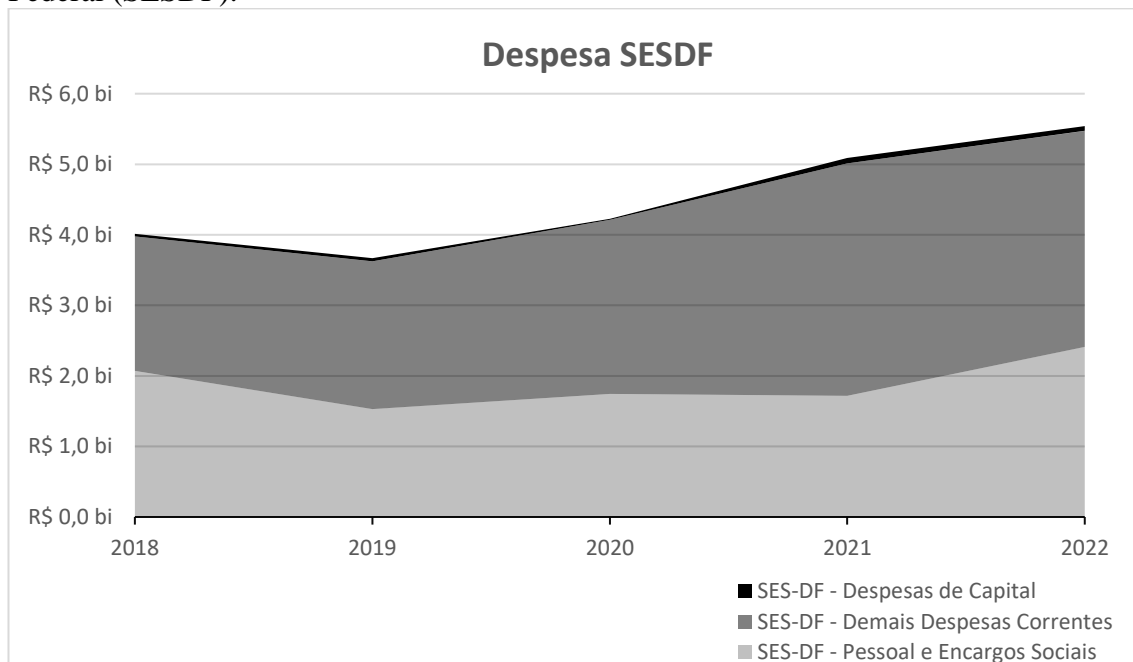
<sup>88</sup> Segundo o IBGE, inflação é o aumento generalizado dos preços de produtos e serviços em determinada economia, sendo calculada por índices de preços, normalmente chamados de “índices inflacionários”.

<sup>89</sup> Denominam-se servidores inativos aqueles que não estão em efetivo exercício do cargo e fazem jus ao recebimento de proventos a título de aposentadoria ou pensão.

de 2018) para 104.251 (dezembro de 2022), com valor máximo de 109.387 (março de 2019) e mínimo de 102.981 (novembro de 2021).

Quanto às despesas incorridas na SESDF, segue o gráfico.

**Gráfico 7** – Detalhamento das Despesas Públicas da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SESDF).



Fonte: elaborado pelo autor, a partir de informações do Portal da Transparência DF.

As despesas de capital no âmbito da SESDF (composta unicamente pela conta investimento) alcançaram R\$ 33,4 milhões (2018); R\$ 46,0 milhões (2019); R\$ 12,4 milhões (2020), perdendo quase 73,0% do orçamento anterior; R\$ 79,0 milhões (2021); e R\$ 68,1 milhões (2022), resultando num aumento líquido de 103,8% ao longo de todo o período.

Em relação às demais despesas correntes, a SESDF obteve os seguintes montantes: R\$ 1,9 bilhão (2018); R\$ 2,1 bilhões (2019); R\$ 2,5 bilhões (2020); R\$ 3,3 bilhões (2021); e R\$ 3,1 bilhões (2022). Portanto, quanto a essas despesas, a SESDF contemplada com um aumento geral de 60,2%.

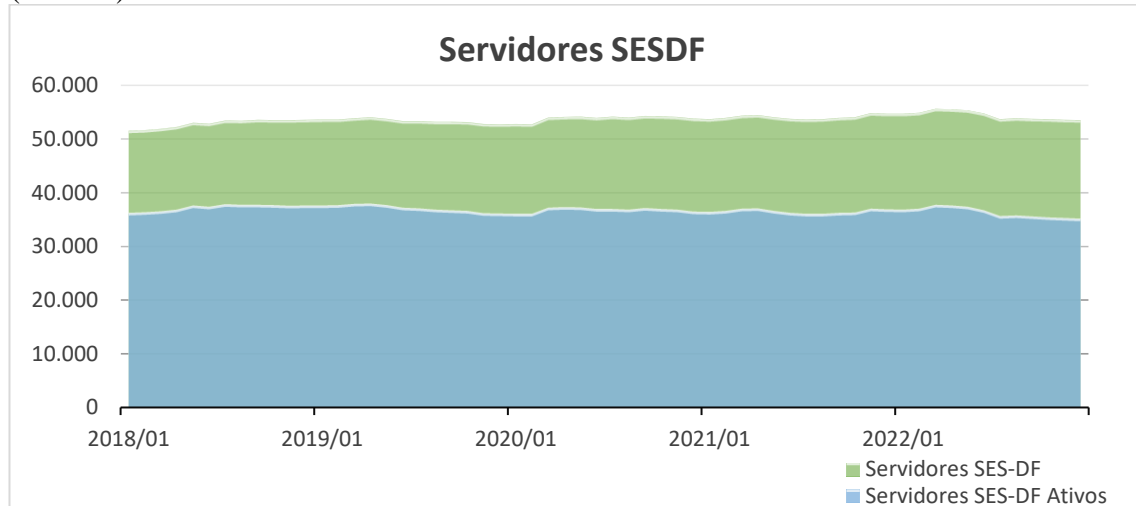
De mais a mais, diferentemente do ocorrido nos demais órgãos do DF, a despesa com pessoal e encargos sociais da SESDF nem sequer foi reposta pelo aumento vegetativo do serviço público do DF médio em geral.

Em verdade, tal despesa, no primeiro momento, sofreu redução e, posteriormente, uma ligeira recomposição nominal: R\$ 2,1 bilhões (2018); R\$ 1,5 bilhão (2019), correspondendo a uma diminuição de 26,1% em relação ao período anterior; R\$ 1,7 bilhão (2020); R\$ 1,7 bilhão

(2021); e R\$ 2,4 bilhões (2022). Ao longo de todo o período, de 2018 a 2022, houve a elevação nominal da despesa com pessoal e encargos sociais da SESDF em torno de 16,6%.

Nessa mesma ótica, o quadro de pessoal da SESDF também apresentou característica em descompasso com a verificada no quadro geral de servidores do DF.

**Gráfico 8** – Quantidade de Servidores Públicos da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SESDF).



Fonte: elaborado pelo autor, a partir de informações do Portal da Transparência DF.

O quadro de servidores da SESDF, em dezembro de 2022, apresentou a menor quantidade de ativos de toda a série histórica, com quase 1.100 profissionais a menos do que o existente no início do período em análise (janeiro de 2018). Inicialmente, havia 36.136 servidores em atividade e, ao fim, essa força laboral contava com 35.056 agentes públicos. A título de complementação, o maior número de servidores ativos conferidos à SESDF foi de 37.845, em abril de 2019.

Sob outra perspectiva, durante todo esse tempo, enquanto o quadro de servidores ativos sofreu redução geral em 2,99%, o número de aposentados e pensionistas ampliou em 19,5% (de 15.449 para 18.465). Tão logo, ao compararmos a SESDF à estrutura dos demais órgãos do DF, é incontroversa a existência de um tratamento diferenciado em matéria de saúde pública local.

Como parte integrante desse mesmo rol de análise, passa-se às considerações em relação ao Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGESDF) e seu impacto nas contas públicas local.

### 3.2.1. O Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGESDF)

O IGESDF é um Serviço Social Autônomo (SSA), instituído por meio do Decreto Distrital nº 39.674/2019, após autorização mediante a Lei Distrital nº 5.899/2017, posteriormente alterada pela Lei Distrital nº 6.270/2019, baseado na ideia de ampliar o modelo já adotado pelo então Instituto Hospital de Base do Distrito Federal (IHBDF), que foi constituído no início de 2018.

Em virtude do formato de criação e autorização para funcionamento, o IGESDF tem natureza jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, de interesse coletivo e de utilidade pública, com o objetivo de prestar assistência médica qualificada e gratuita à população e de desenvolver atividades de ensino, pesquisa e gestão no campo da saúde, em cooperação com o poder público.

Para justificar a implementação do IGESDF, é defendida a pauta da celeridade no processo de contratação de profissionais, bem como a aquisição de bens e serviços, sob fundamento de que esse formato constitui uma forma de resolver os “problemas crônicos da saúde pública do Distrito Federal”<sup>90</sup>.

Atualmente, o IGESDF administra o Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), o Hospital Regional de Santa Maria (HRSM) e mais 13 (treze) Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) do DF<sup>91</sup>.

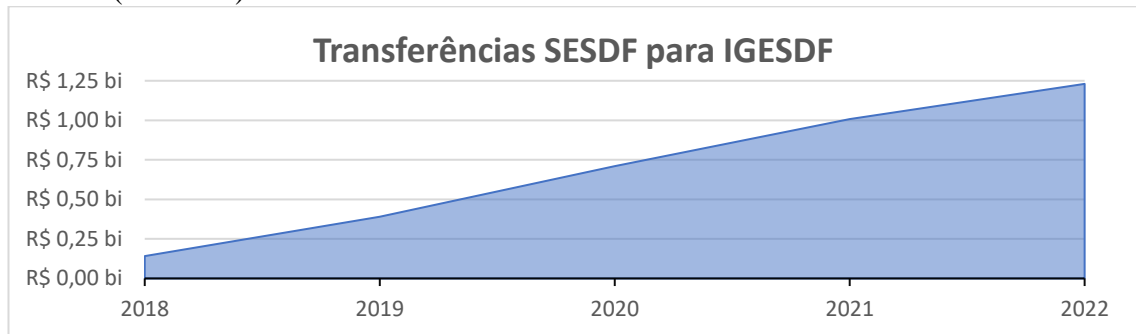
O financiamento do IGESDF se dá preponderantemente por aporte financeiro oriundo de recursos públicos do orçamento do DF. A seguir, o montante de recursos públicos provenientes da SESDF que foram transferidos para o IGESDF.

---

<sup>90</sup> Conforme publicado no próprio *site* institucional do IGESDF.

<sup>91</sup> As UPAs estão localizadas nas Regiões Administrativas (RAs) de Brazlândia, Ceilândia, Ceilândia II, Gama, Núcleo Bandeirante, Paranoá, Planaltina, Recanto das Emas, Riacho Fundo II, Samambaia, São Sebastião, Sobradinho e Vicente Pires.

**Gráfico 9** – Quantidade de recursos públicos transferidos da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SESDF) para o Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGESDF).



Fonte: elaborado pelo autor, a partir de informações do Portal da Transparência DF.

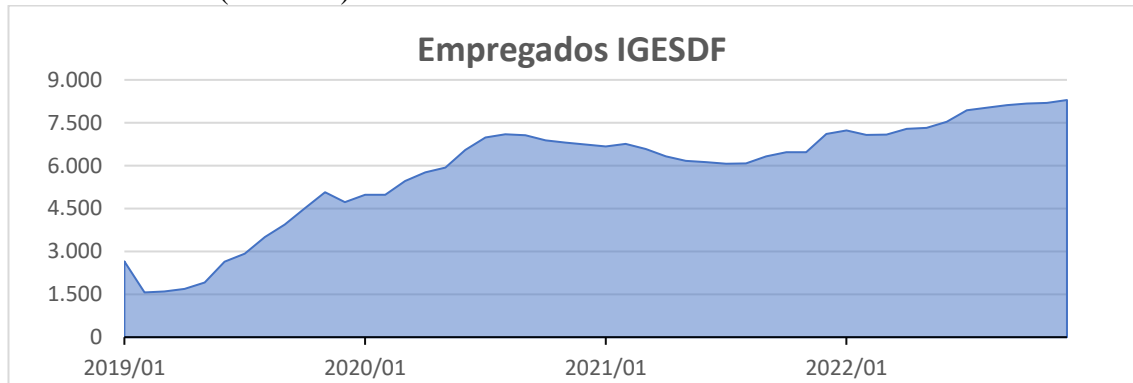
Desde o lançamento deste modelo de gestão da saúde pública no DF houve crescente investimento durante todo o período em análise. Em números, o total de recursos orçamentários e financeiros transferidos da SESDF ao IGESDF foi na ordem de R\$ 141,7 milhões (2018); R\$ 389,3 milhões (2019); R\$ 709,5 (milhões); R\$ 1,0 bilhão (2021); e R\$ 1,2 bilhão (2022). Os valores repassados, quando da implementação do modelo (entre 2018 e 2019) até o ano de 2022, teve um aporte acrescido de aproximadamente 9 (nove) vezes.

Rememora-se, ainda, que tais recursos transferidos são aqueles classificados como discricionários da SESDF. Isso porque, noutra ótica, as despesas vinculadas, a exemplo daquelas destinadas ao custeio de pessoal e encargos sociais, são de execução obrigatória dentro da estrutura a que se destina, sendo vedada sua transferência a pessoa jurídica de direito privado.

Na rubrica pessoal e encargos sociais, estão incluídos somente os servidores públicos de provimento efetivo, vinculados à SESDF. Isso quer dizer que, por outro lado, os empregados contratados pelo IGESDF, cuja relação empregatícia se encontra sob a égide da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), têm a folha de pagamento custeada por recursos recebidos por meio de transferências da SESDF.

Adiante, apresenta-se histórico da quantidade de empregados contratados pelo IGESDF no período de janeiro de 2019 a dezembro de 2022.

**Gráfico 10** – Quantidade de Empregados do Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGESDF).



Fonte: elaborado pelo autor, a partir de informações do Portal da Transparência do IGESDF.

No início do funcionamento do IGESDF, em janeiro de 2019, a organização contava com o total de 2.648 empregados e no final desse mesmo ano, em dezembro de 2019, o número subiu para 4.722. Um ano depois, em dezembro de 2020, havia 6.735 empregados vinculados ao IGESDF e no final do ano seguinte, em dezembro de 2021, a quantidade de empregados contratados elevou para 7.105. Por fim, em dezembro de 2022, contabilizaram-se 8.296 empregados listados na folha de pagamento do IGESDF. Logo, em todo o período, o crescimento continuado de empregado contratados representou cerca de 213%.

Por conseguinte, no mesmo escopo das finanças públicas, é oportuno discorrer sobre a participação do Fundo Constitucional do Distrito Federal (FCDF) como verba de incremento para o financiamento da segurança pública e de considerável parcela da educação e da saúde pública do DF.

### 3.3. O Fundo Constitucional do Distrito Federal (FCDF)

O Fundo Constitucional do Distrito Federal (FCDF) advém de imperativos descritos no próprio corpo do texto constitucional e visa organizar, manter e financiar alguns serviços públicos no DF. No intuito de dar aplicabilidade ao mandamento previsto na Magna Carta, o governo federal sancionou a Lei nº 10.633/2002<sup>92</sup>.

<sup>92</sup> A Lei nº 10.633/2002 institui o FCDF que, de acordo com seu art. 1º, tem por “finalidade de prover os recursos necessários à organização e manutenção da polícia civil, da polícia militar e do corpo de bombeiros militar do Distrito Federal, bem como assistência financeira para execução de serviços públicos de saúde e educação, conforme disposto no inciso XIV do art. 21 da Constituição Federal.”

Em tese, a priori, o referido fundo fora pensado para ser utilizado no custeio das despesas com pessoal e encargos sociais dos servidores da segurança pública do DF, conforme prevê o art. 21, inciso XIV, da Constituição Federal de 1988. Entretanto, a supramencionada lei autorizou o emprego do fundo para prestar assistência financeira ao DF nos serviços públicos de saúde e educação.

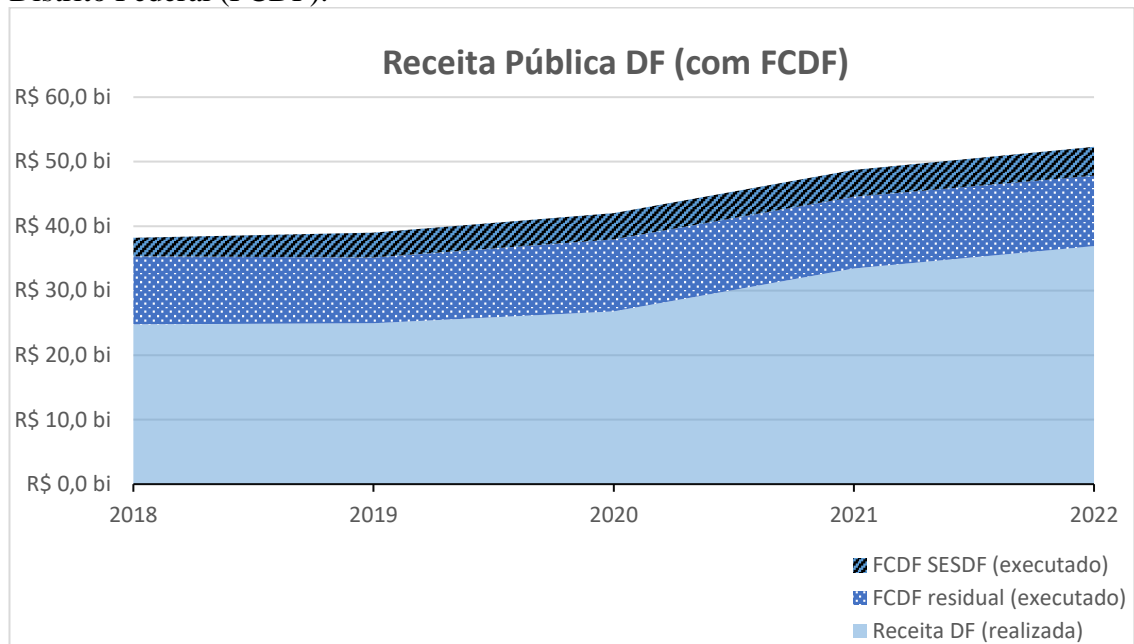
Desta feita, na prática, a União contabiliza o valor devido ao DF e o deposita no FCDF, de acordo com os critérios e parâmetros estabelecidos na própria lei. Então, o DF realiza o pagamento da folha de pessoal da segurança pública e o valor excedente é revertido para o custeio parcial do pessoal da saúde e da educação local.

É importante frisar que a rubrica, em sua integralidade, vem do FCDF carimbada com a finalidade específica a ser empregada em despesa com GnD classificada como pessoal e encargos sociais, ou seja, a destinação é vinculada.

O processo de vinculação perfaz-se entre a origem e a aplicação de recursos, em atendimento às finalidades específicas estabelecidas pelo marco legal que regulamenta a aplicação de recursos, destinados às próprias funções essenciais, a entes, a órgãos, a entidades ou a fundos.

Além disso, é oportuno esclarecer que o numerário oriundo do FCDF é contabilizado em separado do orçamento ordinário publicado no Portal da Transparência do DF. Por essa razão, importa demonstrar a relevante participação desse fundo nas finanças públicas local.

**Gráfico 11** – Receitas Públicas do Distrito Federal incluído o Fundo Constitucional do Distrito Federal (FCDF).



Fonte: elaborado pelo autor, a partir de informações do Portal da Transparência do DF e do Governo Federal.

A figura acima esboça a composição da receita orçamentária do DF somada ao FCDF proveniente da União: a parte inferior remete à receita total arrecada pelo DF, enquanto as camadas superiores se referem às parcelas já executadas do FCDF, sendo que a área mais escura constitui parcela destinada à SESDF e mais clara compõe aplicação nas áreas segurança pública e educação.

Em outros termos, pelo fato de a verba do FCDF ser exclusivamente destinada ao custeio de pessoal e encargos sociais, interpreta-se como um montante que transitou pelo cofre público local e já foi executado como tal para as supramencionadas áreas.

Com efeito, nesse período, em média, 1/3 (um terço) do caixa total disponível ao DF foi proveniente de aporte financeiro advindo do FCDF: R\$ 13,4 bilhões (2018); R\$ 14,0 bilhões (2019); R\$ 15,2 bilhões (2020); R\$ 15,3 bilhões (2021); e, R\$ 15,4 bilhões (2022).

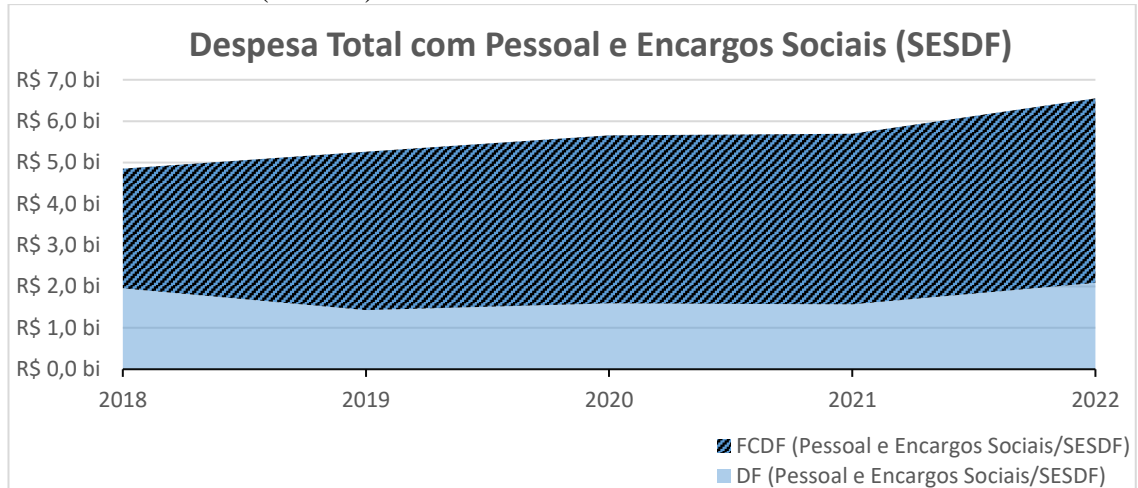
Nessa linha, a faixa superior mais escura do gráfico, cuja proporção média é de 1/4 (um quarto) do FCDF, destina-se ao custeio da folha de pessoal da SESDF: R\$ 2,9 bilhões (2018); R\$ 3,8 bilhões (2019); R\$ 4,1 bilhões (2020); R\$ 4,1 bilhões (2021); e, R\$ 4,5 bilhões (2022). Como já foi citado, o restante, 3/4 (três quartos), se presta à manutenção da segurança pública e assistência à educação local.

No recorte da despesa total com pessoal e encargos sociais aplicável à SESDF, o recurso financeiro é oriundo tanto das receitas geridas pelo próprio ente federado, quanto do FCDF



transferido pelo governo federal. A seguir, a execução das despesas com a folha de pessoal da SESDF ao longo dos anos 2018 a 2022.

**Gráfico 12** – Despesas Públicas com Pessoal e Encargos Sociais da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SESDF).



Fonte: elaborado pelo autor, a partir de informações do Portal da Transparência do DF e do Governo Federal.

A parte superior do gráfico, mais escura, refere-se às parcelas das despesas com Pessoal e Encargos Sociais da SESDF as quais são financiadas pelo FCDF. A fração inferior, mais clara, remete aos desembolsos realizados pelo DF, oriundos de recursos próprio.

Partindo das despesas totais com Pessoal e Encargos Sociais no âmbito da SESDF, estas contabilizaram 5,0 bilhões (2018); R\$ 5,4 bilhões (2019); R\$ 5,8 bilhões (2020); R\$ 5,8 bilhões (2021); e R\$ 6,9 bilhões (2022). No que tange ao grau de participação dessas despesas advindas do FCDF em relação às despesas totais com Pessoal e Encargos Sociais na SESDF ocorridas no período em análise, estas correspondem, respectivamente, a 58,3% (2018); 71,5% (2019); 69,9% (2020); 70,6% (2021) e 64,9% (2022). Constata-se, pois, que o custeio da folha de pagamento da saúde pública local está cada vez mais dependente dos recursos provenientes do FCDF.

Adiante, a título de complementação, e na tentativa de se esgotar as análises das principais fonte de financiamento da saúde pública do DF, é importante avaliar o desempenho das receitas arrecadadas com concursos de prognósticos.

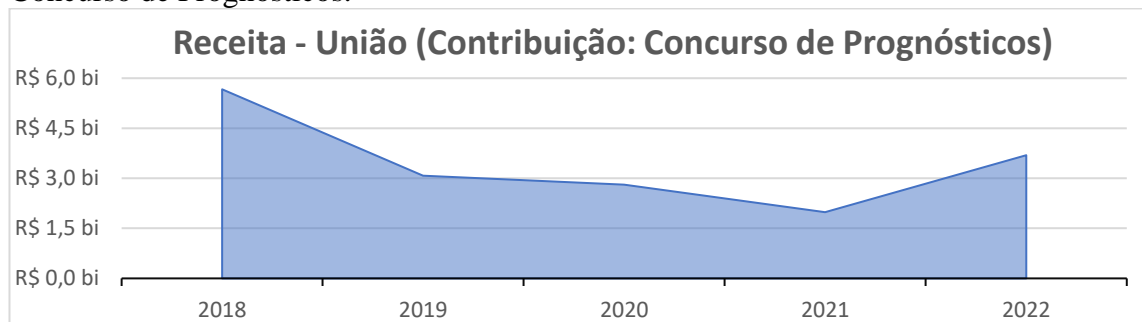
### 3.4. As Receitas de Concursos de Prognósticos.

Concursos de prognósticos é “todo e qualquer concurso de sorteio de números ou quaisquer outros símbolos, loterias e apostas de qualquer natureza no âmbito federal, estadual, do Distrito Federal ou municipal, promovidos por órgãos do Poder Público ou por sociedades comerciais ou civis”<sup>93</sup>.

Em relação à destinação das receitas oriundas dos concursos de prognósticos, a Constituição Federal de 1988 define que a Seguridade Social será financiada, dentre outras fontes, pelas contribuições sociais sobre a receita de concursos de prognósticos<sup>94</sup>. Nessa acepção, parte da composição da receita total da Seguridade Social constitui-se da renda líquida de tais concursos<sup>95</sup>; e 5% (cinco por cento) sobre o movimento global de apostas em prado de corridas e de sorteio de números ou de quaisquer modalidades de símbolos<sup>96</sup>.

As receitas oriundas da Seguridade Social são destinadas a financiar despesas de Saúde, Previdência Social e Assistência Social<sup>97</sup>. Com efeito, anota-se que parte das fontes das receitas de Seguridade Social advém dos concursos de prognósticos, as quais refletem diretamente na composição da esfera orçamentária da Seguridade Social.

**Gráfico 13** – Receitas Públicas da União derivadas da Contribuição Social sobre Concurso de Prognósticos.



Fonte: elaborado pelo autor, a partir de informações do Portal da Transparência do Governo Federal.

<sup>93</sup> Art. 212, § 1º, do Decreto nº 3.048, de 1999.

<sup>94</sup> Art. 195, inciso III, da Constituição Federal de 1988.

<sup>95</sup> Art. 212, § 3º, inciso I, do Decreto nº 3.048, de 1999: “renda líquida - o total da arrecadação, deduzidos os valores destinados ao pagamento de prêmios, de impostos e de despesas com administração”.

<sup>96</sup> Art. 212, § 3º, incisos II e III, do Decreto nº 3.048, de 1999.

<sup>97</sup> Art. 194, *caput*, da Constituição Federal de 1988; e, art. 1º, *caput*, da Lei nº 8.212, de 1991. Segundo o Manual Técnico de Orçamento (MTO) 2023, as Receitas do Orçamento da Seguridade Social são aquelas destinadas por lei à Seguridade Social; as receitas de todos os órgãos, entidades, fundos e fundações vinculados à Seguridade Social, ou seja, das áreas de Saúde, Previdência Social e Assistência Social; e as receitas cuja classificação orçamentária caracterizem-nas como originárias da prestação de serviços de saúde, independente das entidades a que pertençam.

O recolhimento da Contribuição Social sobre concursos de prognósticos concentra-se majoritariamente nos cofres públicos federal, isso porque, dentre outros motivos, a própria sistemática constitucional estabelece que compete privativamente à União legislar sobre sistemas de consórcios e sorteios<sup>98</sup>.

Os recursos financeiros de concursos de prognósticos recolhidos às contas da União foram de R\$ 5,7 bilhões (2018), R\$ 3,1 bilhões (2019), R\$ 2,8 bilhões (2020), R\$ 2,0 bilhões (2021) e R\$ 3,7 bilhões (2022). A explicação, mais plausível, para a redução dessa fonte de receita está atrelada à tendência natural de que em recessão econômica, a exemplo da pandemia do COVID-19, a demanda por esses produtos, tidos como supérfluos, torna-se menos recorrente no orçamento das famílias durante períodos calamitosos.

Embora haja considerável o volume financeiro, o impacto que tais recursos geram nos cofres estaduais, distrital e municipais para o custeio da saúde pública é diminuto. A Contribuição Social sobre concursos de prognósticos recolhida pela União é pulverizada em diversas finalidades, seja para dispêndio dentro do próprio ente federado arrecadador, seja para transferências facultativas a estados e municípios, além de ser destinada ao financiamento não só da saúde, mas também da previdência e da assistência sociais.

Ultrapassada a abordagem orçamentária e de recursos humanos sobre a saúde pública do DF, e prosseguindo com intuito de robustecer a exposição e a análise de dados que permeiam a temática, cabe demonstrar sistematicamente algumas informações extraídas da base de dados do SUS.

### **3.5. Base de dados do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro (Siconfi).**

O presente tópico compõe-se exclusivamente de análises comparativas de dados extraídos das plataformas *TabWin*, Painel Coronavírus e do Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro (Siconfi), as duas primeiras sendo vinculadas ao SUS e mantidas pelo Ministério da Saúde do Brasil e o último mantido pela Secretaria do Tesouro Nacional (STN). Antes de expor as informações, algumas definições conceituais, em matéria de saúde, e

---

<sup>98</sup> Art. 22, inciso XX, da Constituição Federal de 1988.

considerações metodológicas, quanto ao esboço gráfico, devem ser especificadas para melhor interpretação do conteúdo apresentado.

No sistema *TabWin*, foram coletadas informações referentes à produção ambulatorial (Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS), à produção hospitalar (Sistema de Informação Hospitalar – SIH/SUS) e à quantidade de óbitos (Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM/SUS), ocorridos nos últimos 10 (dez) anos, em âmbito nacional e no DF. A título de complementação, no que concerne ao Painel Coronavírus, foram obtidos os dados referentes aos casos de infecções e óbitos decorrentes de COVID-19, de 2019 a 2022, também, no DF e no Brasil.

Cada subsistema do SUS possui um propósito específico de controle e regulação dos procedimentos realizados e, por consequência, reflete diretamente no montante de repasses financeiros que os órgãos e as entidades, públicos e privados, aderidos ao SUS recebem de recursos públicos.

A produção ambulatorial abrange, de modo geral, consultas eletivas, procedimentos e exames realizados em ambulatório, atendimentos urgentes e emergenciais e exames de baixa complexidade. Nesse condão, o custo unitário médio de procedimento ambulatorial é consideravelmente mais baixo ao comparar com aqueles característicos de procedimento hospitalar. Ainda, possui íntima relação com a atuação preventiva e tratamento continuado em saúde.

A produção hospitalar abarca internação hospitalar, com unidades de terapia intensiva (UTI), exames, tratamentos, salas cirúrgicas, anestésias, transfusões, atendimento emergencial com internação, exames complementares à internação hospitalar e acompanhamento clínico pós-transplante. Em razão da própria complexidade e especialidade, o valor unitário médio de procedimentos em produção hospitalar é expressivamente mais elevado do que os procedimentos ambulatoriais. Ademais, relaciona-se com tratamentos de saúde que não são realizados no âmbito da atenção primária à saúde devido ao seu alto grau de complexidade ou de especialidade.

Quanto aos óbitos, o Ministério da Saúde possui manual<sup>99</sup> que orienta o preenchimento de documentos oficiais, bem como traz alguns conceitos e classificações que auxiliam na análise dos dados gerados pelo SUS. Em síntese, neste trabalho, optou-se didaticamente por classificar o evento morte em dois grandes grupos: 1) óbito por causa externa (ou, não

---

<sup>99</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Declaração de Óbito: manual de instruções para preenchimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

natural)<sup>100</sup>; e 2) óbito por causa não externa, que engloba os óbitos hospitalares<sup>101</sup>, por causa natural<sup>102</sup> e sem assistência médica<sup>103</sup>. A referida classificação se justifica pelo fato de que o óbito por causa externa, muito embora possa ser impactado por políticas públicas, decorre geralmente de ação comissiva humana. Por outro lado, o óbito por causa não externa ocorre, em princípio, de forma predominantemente naturalística.

As informações extraídas do Painel Coronavírus se resumem basicamente à quantidade de casos de infecção por COVID-19 registrados no sistema de saúde pública e à quantidade de mortes registradas em virtude da doença. Assim, as mortes decorrentes de COVID-19 são classificadas dentre um dos subgrupos de óbito por causas não externa.

O Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro (Siconfi), ao cumprir o disposto no art. 51 da LRF<sup>104</sup>, consolida e armazena dados de natureza orçamentário-financeira de estados e municípios brasileiros. Desse sistema, para completar a análise, torna-se imperioso organizar as informações relativas às despesas públicas, classificadas por função, especialmente nas contas: atenção básica<sup>105</sup>; assistência hospitalar e ambulatorial<sup>106</sup>; suporte profilático e terapêutico<sup>107</sup>; e vigilância epidemiológica<sup>108</sup>.

A partir dos supracitados dados, é possível avaliar os resultados obtidos e, também, estabelecer parâmetros comparativos no que concerne ao desempenho do Distrito Federal em relação ao Brasil.

A fim de orientar a interpretação dos dados e de aperfeiçoar qualitativamente as análises, os conceitos básicos de atenção à saúde merecem destaques. Preliminarmente, o SUS adota

---

<sup>100</sup> De acordo com o Manual de instruções para preenchimento de Declaração de Óbito do Ministério da Saúde (2022), óbito por causa externa (ou não natural) é aquele que decorre de lesão provocada por violência (homicídio, suicídio, acidente, ou morte suspeita), qualquer que tenha sido o tempo entre o evento lesivo e a morte.

<sup>101</sup> Óbito que ocorre em estabelecimento de saúde, após o registro do paciente, independentemente do tempo de internação.

<sup>102</sup> Óbito cuja causa básica é uma doença ou um estado mórbido.

<sup>103</sup> Óbito que sobrevém em paciente que não teve assistência médica durante a doença ou evento que ocasionou a morte.

<sup>104</sup> Art. 51 da LRF: O Poder Executivo da União promoverá, até o dia trinta de junho, a consolidação, nacional e por esfera de governo, das contas dos entes da Federação relativas ao exercício anterior, e a sua divulgação, inclusive por meio eletrônico de acesso público.

<sup>105</sup> As despesas em atenção básica à saúde se vinculam diretamente ao nível primário de atenção à saúde, isso porque, são nomenclaturas diferentes que remetem a um mesmo objeto.

<sup>106</sup> Sob a perspectiva orçamentária, nos portais do governo federal, não há nível de detalhamento que segregue a assistência ambulatorial da hospitalar, então, a rubrica indicada é aglutinadora desses dois tipos de despesas.

<sup>107</sup> As despesas com suporte profilático e terapêutico compreende todo o arcabouço de desembolsos de recursos públicos com ações voltadas à produção, à distribuição e ao suprimento de drogas medicinais e produtos farmacêuticos em geral.

<sup>108</sup> O art. 6º, § 2º, da Lei 8.080/1990, define vigilância epidemiológica como “um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”.

modelo que visa organizar o sistema de saúde e orientar as políticas públicas sobre o tema. Esse modelo, cuja finalidade precípua se baseia na proteção, na restauração e na manutenção da saúde dos cidadãos, sobretudo, no que concerne à preservação da vida da população, é plenamente alinhado às diretrizes preconizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

A sistemática de funcionamento do modelo de atenção à saúde no Brasil, normatizada pelo Ministério da Saúde, por meio Portaria nº 4.279/2010, classifica-se em três níveis: primário<sup>109</sup>, secundário<sup>110</sup> e terciário<sup>111</sup>. A partir desse critério crescente de complexidade e de especialização, cada um desses níveis engloba serviços, procedimentos e empregos de materiais os quais são agrupados enquanto medidas suficientes e necessárias ao acolhimento da população usuária dos serviços públicos de saúde. É exatamente nesse ponto que a base de dados do SUS dialoga com a classificação da OMS.

A produção ambulatorial, por concentrar procedimentos de saúde menos complexos, abrange os serviços de saúde classificados como atenção à saúde primária e massiva parte da atenção à saúde secundária. Por conseguinte, a produção hospitalar, devido a sua alta complexidade e especialização inerentes, abarca uma parte do nível secundário e praticamente todos os serviços atrelados à atenção à saúde terciária.

Por oportuno, em contradição à lógica do sistema, é relevante mencionar que em todo o Brasil as instituições hospitalares ainda constituem as principais portas de acesso inicial para o sistema de saúde público e privado, mesmo diante do esforço de governos para dar a devida importância à rede de atenção básica para gerenciar e executar as demandas de baixa complexidade ou que não se caracterizam como urgência ou emergência.

Ultrapassada a temática atinente à correta forma de análise dos dados, passa-se à modelagem adotada nos esboços gráficos das informações extraídas dos portais digitais disponibilizados pelo poder público. Para os gráficos a seguir, houve a plotagem de duplo eixo, sendo que o da esquerda corresponde à escala relativa à área da figura, a qual imprime o cenário

---

<sup>109</sup> O nível primário é conhecido por ser a porta de entrada para o SUS, sendo primordialmente desenvolvido pelas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), Medicina de Família e Comunidade (MFC) e os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs). Dentre suas atribuições, o foco central é a redução risco de doenças e a proteção da saúde, por meio dos programas de prevenção e de conscientização. Dessa forma, muito embora tal nível seja considerado de baixa complexidade (de caráter eminentemente profilático), é de extrema importância para assegurar a eficiência do sistema público de saúde.

<sup>110</sup> O nível secundário compõe-se de serviços de saúde especializados prestados em ambientes urgência, emergência, ambulatoriais e hospitalares, tais como as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Como parte da rotina, esse nível recebe significativa parcela de pacientes oriundos do nível primário. Sendo assim, a atenção secundária é equipada para realizar tratamentos médicos de média complexidade.

<sup>111</sup> O nível terciário é predominantemente composto por hospitais de grande porte, com suporte de alto nível tecnológico e maiores custos. No que tange aos serviços médicos e de saúde, reveste-se do mais alto grau de especialidade e de complexidade.

brasileiro como um todo; e o da direita remete à escala referente à linha escura do gráfico, a qual evidencia a situação apenas do DF.

Com intuito de se evitar qualquer distorção de escala e visual dos gráficos, conservou-se as proporções dos mencionados duplos eixos na razão de 70:1. Tais proporções respeitam o tamanho populacional dos entes federados avaliados: o Brasil é aproximadamente 70 (setenta) vezes maior do que o DF, o que representa aquele 1,43% citado alhures, publicado pelo TCU em 2019.

Além disso, somente é possível trabalhar com a ideia de média a partir da fixação dessa proporcionalidade entre os duplos eixos. Em outras palavras, nos casos em que a área do gráfico (eixo esquerdo) estiver acima da linha do gráfico (eixo direito), depreende-se que, proporcionalmente, para determinado indicador, o desempenho do Brasil foi superior ao do DF. De modo diametralmente oposto, caso a área do gráfico esteja abaixo da linha do gráfico, a constatação sobre o desempenho deve ser interpretada de forma inversa.

Dadas as premissas acima, passa-se ao compilado de dados que contribuem para o entendimento quanto ao real desempenho da saúde pública do DF ao longo dos últimos 10 (dez) anos.

### **3.5.1. Produção Ambulatorial e Atenção Básica à Saúde**

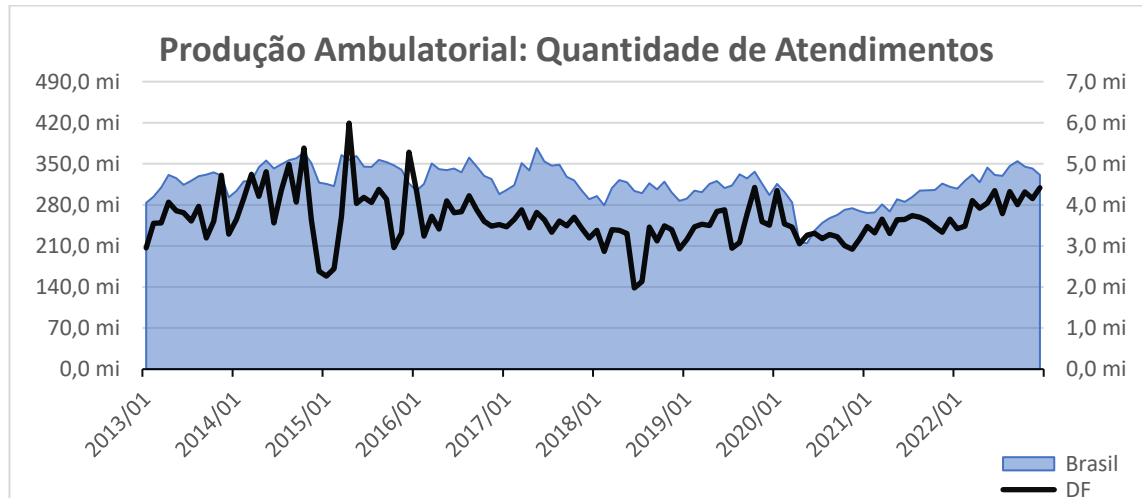
O Sistema de Informação Ambulatorial (SIA)<sup>112</sup> foi implementado nacionalmente, ainda na década noventa, visando formar um banco de dados de registros dos atendimentos realizados no âmbito ambulatorial (não hospitalar). Nesses contornos, a quantidade de atendimentos aprovada<sup>113</sup> em produção ambulatorial, no DF e no Brasil.

---

<sup>112</sup> O SIA/SUS é um sistema operacionalizado pelo gestor local que processa toda a informação de produção ambulatorial da Atenção Básica e Especializada realizada pelos prestadores de serviços aderidos ao SUS.

<sup>113</sup> No SIA/DataSUS a denominação “quantidade aprovada” refere-se ao número de procedimentos aprovados para pagamento pelas Secretarias de Saúde. Por outro lado, a “quantidade apresentada” remete ao montante de procedimentos que a unidade registra na base do SUS para viabilizar o repasse financeiro, que só ocorre se forem aprovados.

**Gráfico 14** – Quantidade de Atendimentos em Produção Ambulatorial no Brasil e no Distrito Federal.



Fonte: elaborado pelo autor, a partir de informações do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/DataSUS) do Ministério da Saúde.

A abrupta queda na produção ambulatorial registrada no início de 2015 no DF teve como principais fatores a instauração de uma crise que se iniciou ainda no ano anterior, em razão de corte orçamentário de aproximadamente R\$ 720 milhões na saúde pública local. A partir da redução desses recursos, houve desabastecimento de materiais destinados à saúde, bem como atraso e parcelamento de salários de algumas categorias de servidores do DF (especialmente aqueles pertencentes à saúde e à educação), culminando na greve dos médicos<sup>114</sup>.

Diante do caos instalado na saúde pública do DF, o governo local sancionou o Decreto Distrital nº 36.279, de 19 de janeiro de 2015, que declarou “a situação de emergência no âmbito da Saúde Pública do Distrito Federal por 180 dias”<sup>115</sup>. Com a proximidade do vencimento do prazo estabelecido, houve a edição do Decreto Distrital nº 36.613, de 16 de julho de 2015, que prorrogou a situação de emergência por mais 180 dias.

Em seguida, logo após a criação do IHBDF, a queda na produção ambulatorial percebida em junho de 2018 se deu principalmente pela superlotação nas unidades de saúde, agravada pelo déficit de profissionais de saúde. Consigna-se que essa foi a primeira crise percebida no escopo do novo modelo de gestão de saúde criado no DF ainda final de 2017 e autorizado a funcionar no início de 2018.

<sup>114</sup> Na tentativa de restabelecer a ordem na pasta, o governo distrital judicializou a paralisação dos profissionais de saúde, que resultou em decisão favorável ao ente federado, julgando a greve “ilegal” e “abusiva”.

<sup>115</sup> Conforme publicado em <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2015/08/21/debate-sobre-crise-na-saude-em-brasilia-ressalta-deficit-de-pessoal>; e <https://g1.globo.com/bom-dia-brasil/noticia/2015/01/crise-na-saude-leva-governo-do-df-declarar-estado-de-emergencia.html>

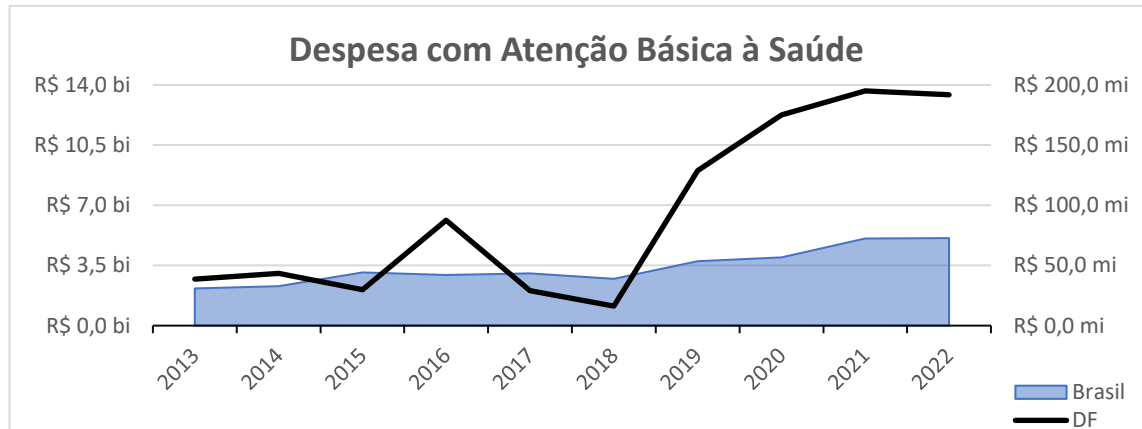


Na série histórica apresentada, a quantidade de produção ambulatorial aprovada no Brasil manteve uma média mensal de 332,8 milhões (2013 a 2017) passando para 301,1 milhões (2018 a 2022), representando uma redução média de cerca de 9,5% entre esses períodos. Considerando os mesmos parâmetros, o DF partiu de uma média mensal de 3,8 milhões (2013 a 2017) reduzindo para 3,5 milhões (2018 a 2022), valores que contabilizaram retração média de 8,1% no intervalo.

No que concerne aos últimos cinco anos, embora o DF tenha se aproximado proporcionalmente em relação à quantidade brasileira de produção ambulatorial, tal desempenho ainda está bastante aquém de um nível mínimo desejável, haja vista o montante de orçamento recebido pelo IGESDF, a ampliação do número de contratações de profissionais de saúde no âmbito desse instituto, bem como a flexibilidade conferida a essa organização para recrutar pessoas e gerir recursos públicos.

Em se tratando de verbas públicas, a seguir consta dados relativos ao desembolso com atenção básica à saúde<sup>116</sup> no Brasil e no DF.

**Gráfico 15** – Despesas Públicas com Atenção Básica à Saúde no Brasil e no Distrito Federal.



Fonte: elaborado pelo autor, a partir de informações do Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro (Siconfi) do Tesouro Nacional.

Para viabilizar a análise da assistência à saúde primária, o pressuposto básico a ser considerado é que, quando se trata de custeio das ações e serviços públicos de saúde, as despesas com função atrelada à atenção básica à saúde (Siconfi/STN) tem correlação direta com a quantidade aprovada de produção ambulatorial (SIA/DataSUS). Por outro lado, a atenção

<sup>116</sup> Conforme Portaria Ministério da Saúde nº 3.925, de 13 de novembro de 1998, a atenção básica à saúde é definida "como um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Essas ações não se limitam àqueles procedimentos incluídos no Grupo Assistência Básica da tabela do SIA/SUS, quando da implantação do Piso da Atenção Básica."

básica à saúde também pode ter enfoque em investimentos na rede de serviços públicos de saúde, cujos desembolsos não refletem imediatamente na quantidade aprovada de produção ambulatorial.

A crise na saúde pública do DF, ocorrida em 2015, teve impacto na produção ambulatorial do DF e afetou diretamente as despesas com atenção básica à saúde no mesmo período, ainda, o mesmo fato pode ser constatado em 2018. Ressalta-se que pico existente em 2016 se trata de reação à crise do ano anterior, com a respectiva redução do estoque de demandas por serviços de saúde acumuladas.

A partir da implantação do novo modelo de gestão de saúde no DF, as despesas com atenção básica à saúde no DF subiram de modo vertiginoso, passando de uma média anual empenhada de R\$ 45,7 milhões, de 2013 a 2017, para R\$ 141,4 milhões, nos últimos cinco anos analisados, representando um aumento médio aproximado de 209,7% na linha histórica. Considerando o mesmo cenário, porém, aplicado ao Brasil, a média anual empenhada passou de R\$ 2,7 bilhões (2013 a 2017) para R\$ 4,1 bilhões (2018 a 2022), resultando num aumento médio de cerca de 52,2% no período.

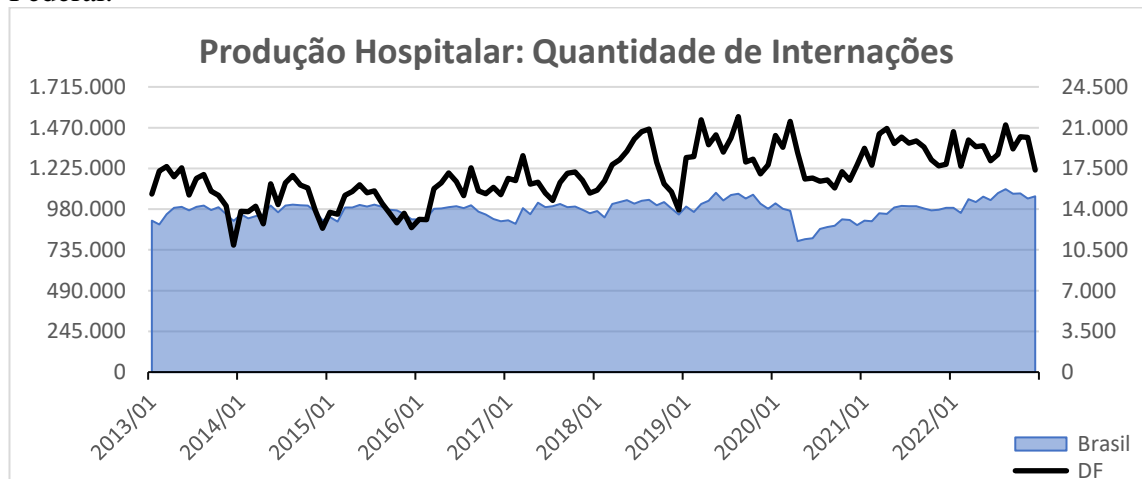
Com efeito, merece destaque o fato de que as despesas assumidas pelo DF em atenção básica em saúde, nos últimos cinco anos, aumentaram proporcionalmente, em média, mais do que o quádruplo ocorrido no Brasil. Contudo, no âmbito do DF, entre 2018 e 2022, não houve aumento significativo na quantidade de atendimentos aprovados de produção ambulatorial que se relacione diretamente com o aumento dos gastos em atenção básica à saúde.

Por exclusão, resta interpretar que o aumento dessas despesas é proveniente dos investimentos realizados na rede de serviços públicos de saúde. Ainda permanece a incongruência, haja vista que esses investimentos constituem projetos, limitados no tempo, os quais visam a expansão, qualificação e o aperfeiçoamento das atividades de atenção básica à saúde que, por excelência, refletem na quantidade de produção ambulatorial.

### 3.5.2. Produção Hospitalar e Assistência Hospitalar e Ambulatorial

O Sistema de Informação Hospitalar (SIH)<sup>117</sup> foi implantado nacionalmente com a finalidade de custear as internações (acompanhadas de seus procedimentos principais<sup>118</sup>, especiais<sup>119</sup> e secundários<sup>120</sup>) ocorridas em instituições hospitalares aderidas ao SUS. A seguir, a quantidade de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) aprovadas em produção hospitalar, no DF e no Brasil.

**Gráfico 16** – Quantidade de Internações em Produção Hospitalar no Brasil e no Distrito Federal.



Fonte: elaborado pelo autor, a partir de informações do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/DataSUS) do Ministério da Saúde.

No DF, a média mensal de AIH nos primeiros cinco anos da série histórica (2013 a 2017) alcançou 15,3 mil aprovações, para o período seguinte (2018 a 2022), a média mensal de AIH aprovadas foi de 18,7 mil, resultando num acréscimo médio de 21,5% entre os dois intervalos. Nessa mesma métrica, o Brasil obteve uma média proporcional inferior à do DF durante todo o período, partindo de uma média mensal de AIH aprovadas de 966,3 mil (entre 2013 e 2017) para 986,6 mil (entre 2018 e 2022), equivalendo a um aumento médio de 2,1% no período.

<sup>117</sup> O SIH/DataSUS é um sistema que estrutura dados a partir da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), os quais viabilizam o pagamento de internações ocorridas nas instituições hospitalares conveniadas ao SUS. A principal limitação do sistema se dá pelo fato de não ser universal, abrangendo somente as internações pagas pelo SUS.

<sup>118</sup> Constituem o próprio motivo da internação, cujos procedimentos são passíveis de gerar a Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

<sup>119</sup> São procedimentos que não geram diretamente a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), porém, agregam valores ao procedimento principal e podem necessitar de autorização.

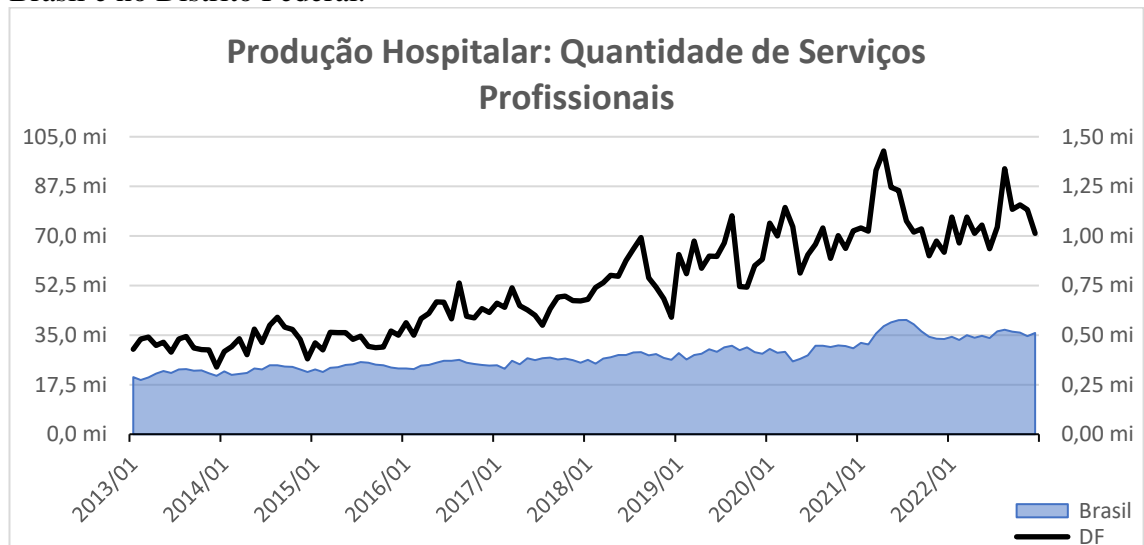
<sup>120</sup> São procedimentos que não exigem autorização, registrados apenas para fins de informações adicionais, uma vez que possuem valor zerado na Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

A escolha de demonstrar a quantidade de AIH aprovadas em detrimento da quantidade de internações hospitalares é adequada, isso porque, estas últimas remetem à quantidade de AIH aprovadas no período, não considerando aquelas decorrentes de prorrogação (longa permanência), constitui um valor aproximado de internações, pois as transferências e reinternações são computadas.

Em razão da existência de um maior nível de complexidade e de uso de tecnologias de ponta na prestação de serviço de saúde na atenção hospitalar, há, também, um consumo o maior volume de recursos públicos. Alinhado a esse entendimento, o Siconfi, elaborou estudo<sup>121</sup> o qual aponta que os grandes centros urbanos, em geral, gastam mais com assistência hospitalar do que com atenção básica, por disporem de estrutura hospitalar mais robusta.

Como contribuição para o aumento de despesas em sede de produção hospitalar, para cada AIH autorizada, é possível a inclusão de diversos serviços profissionais compatíveis e aplicáveis, conforme o caso.

**Gráfico 17** – Quantidade de Serviços Profissionais prestados em Produção Hospitalar no Brasil e no Distrito Federal.



Fonte: elaborado pelo autor, a partir de informações do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/DataSUS) do Ministério da Saúde.

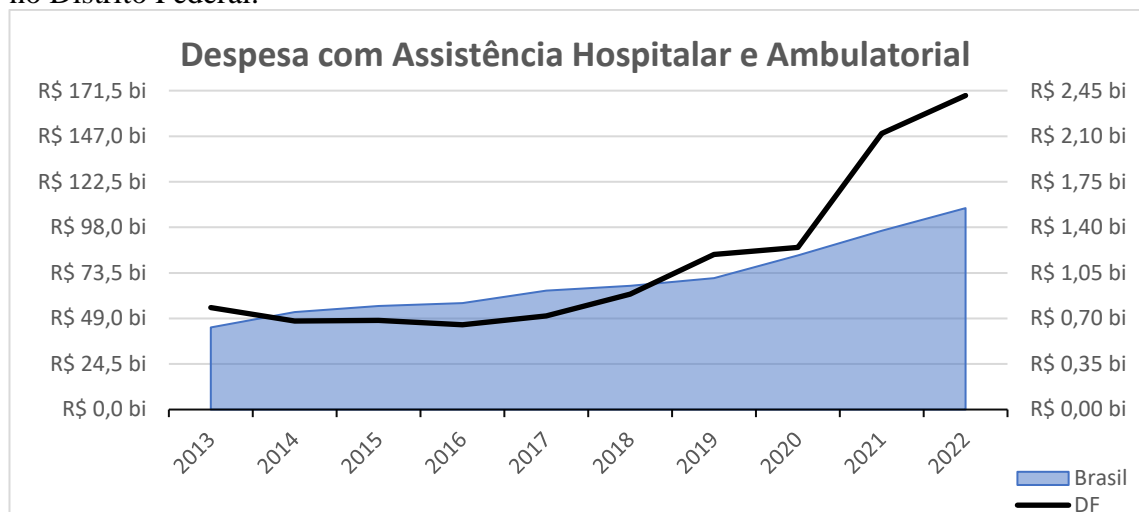
Conforme esperado, um pequeno acréscimo na quantidade de AIH aprovada desdobra em relevante impacto na quantidade de serviços profissionais de saúde executados em decorrência de cada internação hospitalar.

<sup>121</sup> Deslocamentos e gastos hospitalares dos municípios brasileiros. Disponível em: <https://siconfi-atendimento-hospitalar.tesouro.gov.br/>

Para o período compreendido entre 2013 e 2017, foram realizados no DF, em média, 534,2 mil serviços profissionais em internações hospitalares, para o intervalo de 2018 a 2022, a média subiu para 966,7 mil, representando uma elevação média de 81,0% entre os períodos analisados. No cenário brasileiro, a média computada desses serviços foi de 23,7 milhões (entre 2013 e 2017), passando para 31,5 milhões (de 2018 a 2022), contabilizando aumento médio de 32,5% na prestação de serviços profissionais no âmbito das internações hospitalares.

As informações de produção hospitalar ora citadas fazem mais sentido se comparadas com o impacto orçamentário ocorrido no período. Para tanto, o Siconfi, guardião das informações orçamentárias de saúde por função, faz classificação de assistência hospitalar e ambulatorial atreladas àquelas derivadas do segundo e do terceiro níveis de atenção à saúde.

**Gráfico 18** – Despesas Públicas com Assistência Hospitalar e Ambulatorial no Brasil e no Distrito Federal.



Fonte: elaborado pelo autor, a partir de informações do Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro (Siconfi) do Tesouro Nacional.

Como era de se esperar, nota-se o aumento repentino de despesas com assistência hospitalar e ambulatorial em instituições com estrutura hospitalar, especialmente, a partir da propagação do COVID-19 no mundo. Antes mesmo da pandemia e partir da instalação dos institutos de gestão de saúde pública no DF, esse tipo de despesa já vinha em movimento crescente, inclusive ultrapassando a média proporcional brasileira.

Convertendo em números, nos moldes da subclassificação por média de dois períodos, sendo o primeiro de 2013 a 2017 e o segundo de 2018 a 2022, o Brasil saiu de um patamar de despesa média anual de R\$ 54,7 bilhões para R\$ 84,9 bilhões, o que contabilizou um aporte de 55,3% na conta. O cenário distrital não ficou para trás, a média anual partiu de R\$ 703,5 milhões, no primeiro período (2013 a 2017), e ampliou a base orçamentária em despesa com

assistência hospitalar e ambulatorial para R\$ 1,6 bilhões, figurando uma ampliação da despesa em 123,4% na rubrica.

Embora, sumariamente, seja de senso comum que dado aumento quantitativo em prestação de serviços de saúde possa significar uma melhoria na saúde dos cidadãos e, no limite, indicar mais qualidade de vida, tal acepção não pode ser confirmada, pois depende de uma série de variáveis controladas e não controladas por profissionais de saúde prestadores de serviços ao SUS.

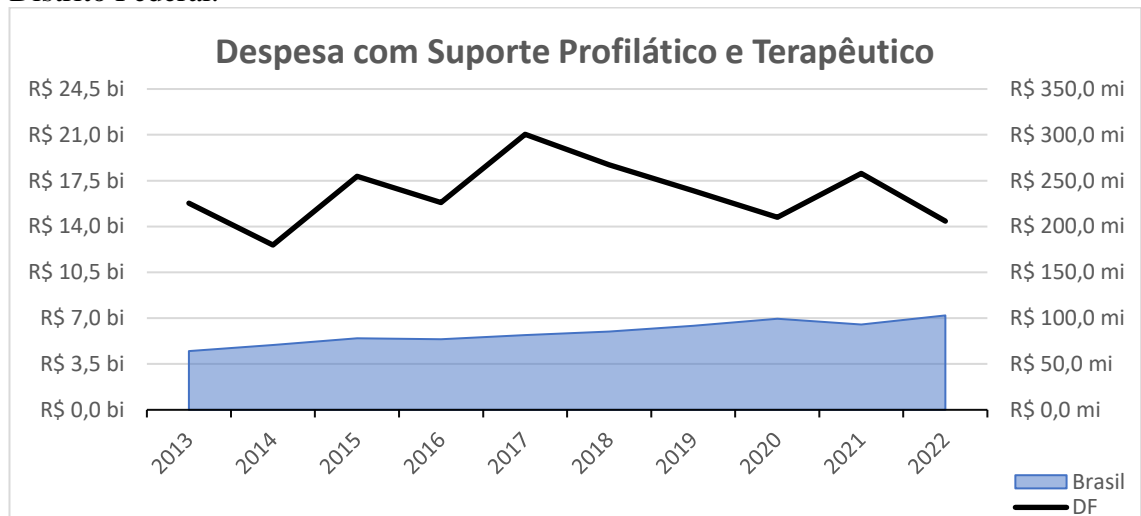
Além disso, para cada sistemática adotada para gestão de serviço público de saúde, há uma série de vantagens e de desvantagens inerentes à metodologia adotada, cabendo aos agentes públicos, gestores de políticas públicas por excelência, identificar tais disfunções e tomar providências funcionais e administrativas de modo a balizar determinados comportamentos esperados dos aderentes do SUS, bem como minimizar os efeitos deletérios provocados por essas desvantagens.

### **3.5.3. Suporte Profilático e Terapêutico**

Com vistas a discorrer sobre as principais despesas, classificadas por função, em matéria de saúde pública, resta apontar o suporte profilático e terapêutico, que compreende todas as ações voltadas para a produção, distribuição e suprimento de drogas e produtos farmacêuticos em geral. Nesse contexto, conquanto tenha vinculação direta com saúde e tratamento de doenças, não se considera como parte integrante da produção ambulatorial ou hospitalar.

A avaliação das despesas com suporte profilático e terapêutico tem como finalidade avaliar o comportamento do DF, em relação ao Brasil, no que concerne a correlações e tendências quanto ao fornecimento de medicamentos gratuitos à população.

**Gráfico 19** – Despesas Públicas com Suporte Profilático e Terapêutico no Brasil e no Distrito Federal.



Fonte: elaborado pelo autor, a partir de informações do Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro (Siconfi) do Tesouro Nacional.

Enquanto o Brasil ampliou a margem orçamentária para aquisição de medicamentos, partindo de uma média anual de R\$ 5,2 bilhões (2013 a 2017) para R\$ 6,6 bilhões (2018 a 2022), resultando num acréscimo de 27,2% no período, o DF regrediu a média anual de 237,4 milhões (2013 a 2017) para 236,1 milhões (2018 a 2022), representando um recuo de 0,5% no comparativo da série histórica.

De modo geral, o DF é visto como uma unidade da federação referência quanto ao aparato profissional, científico e hospitalar para tratamento de algumas doenças raras ou de enfermidades em estado moderado ou grave. Por essa razão, além de captar pacientes de várias regiões do Brasil, possui uma elevada despesa com suporte profilático e terapêutico, especialmente, em relação aos medicamentos incorporados às prateleiras das farmácias de alto custo.

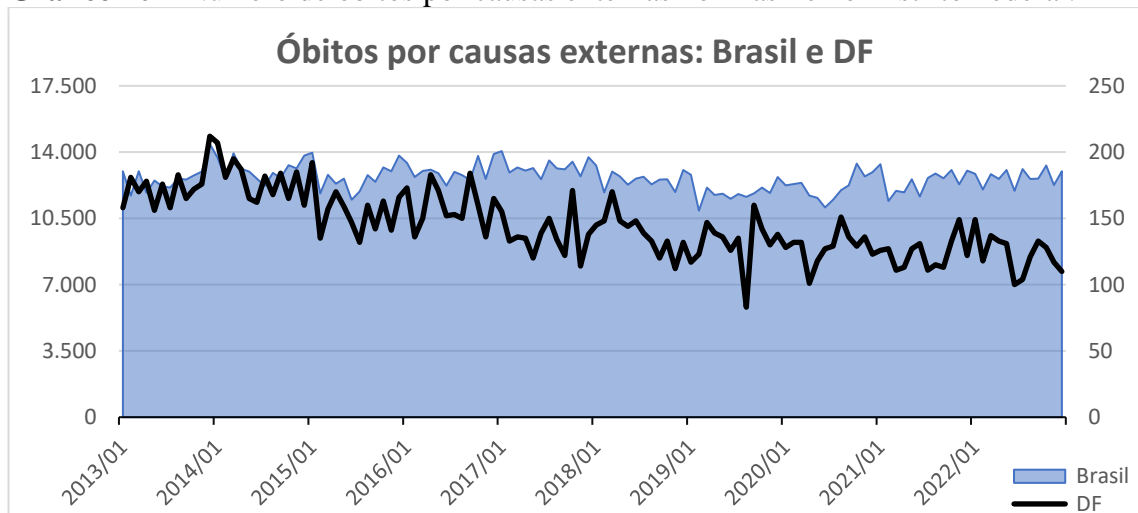
Não menos importante, deve-se considerar que no território distrital há diversas instituições hospitalares, públicas e privadas, que são custeadas diretamente por verbas públicas federais, as quais se incumbem, igualmente, de prestar serviços de saúde especializados à população por meio do SUS.

### 3.5.4. Óbitos

Diante da limitação científica e metodológica inerente à medição de qualidade de vida em razão da prestação de serviços públicos de saúde, buscou-se compilar dados de diversas fontes públicas para demonstrar a atual conjuntura da política pública em matéria de saúde do DF em comparação ao Brasil.

A partir da constatação de quantidade de óbitos ocorridos é possível traçar uma série de análises e correlações quanto às políticas públicas adotadas pelo DF. A seguir, a quantidade de óbitos provenientes de causas externas.

**Gráfico 20** – Número de óbitos por causas externas no Brasil e no Distrito Federal.



Fonte: elaborado pelo autor, a partir de informações do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/DataSUS) do Ministério da Saúde.

Segundo demonstra o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/DataSUS), as principais causas externas de morte, no Brasil e no DF, em ordem decrescente de ocorrência, advêm de agressões, acidentes de transporte, outras causas externas de lesões acidentais e lesões autoprovocadas voluntariamente.

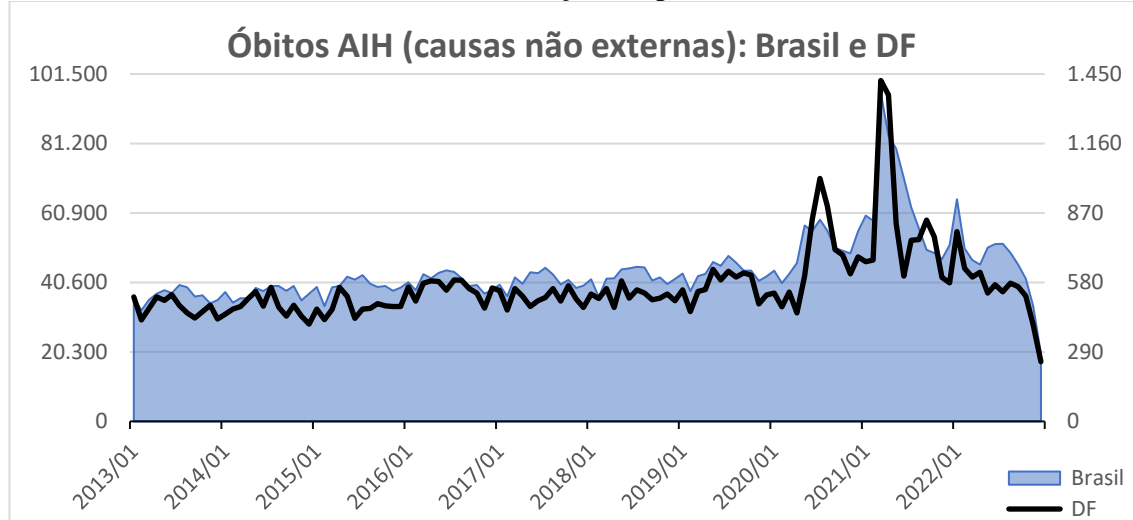
A redução da quantidade de mortes por causas externas, observada nos últimos anos, tanto no Brasil, quanto no DF, tem relação direta com o período de pandemia do COVID-19. No caso do DF, houve a redução de aproximadamente 19,7% desse tipo de óbito, partindo de uma média mensal de 161 ocorrências (entre 2013 e 2017) para 129 (entre 2018 e 2022). Por outro lado, o cenário brasileiro não teve o mesmo desempenho em termos de decréscimo proporcional, houve tão somente uma diminuição média desses óbitos em torno de 4,4%, saindo de uma média mensal de 12,9 mil (entre 2013 e 2017) para 12,4 mil (entre 2018 e 2022) incidentes.



Nesse aspecto, o DF atingiu um resultado bastante positivo em comparação ao Brasil. Contudo, não se pode afirmar que essa marca possui vinculação direta com pauta de saúde pública.

O indicador de óbitos em AIH, do SIM/DataSUS, é o que mais aproxima as questões de saúde pública com episódios de falecimento.

**Gráfico 21** – Número de óbitos em internação hospitalar no Brasil e no Distrito Federal.



Fonte: elaborado pelo autor, a partir de informações do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/DataSUS) do Ministério da Saúde.

No Brasil, a média mensal de óbitos em AIH<sup>122</sup> referente ao período compreendido entre 01/2013 e 12/2018 para o intervalo entre 01/2019 e 12/2022 cresceu cerca de 25,4% (39,2 mil para 49,3 mil). No DF, adotando o mesmo parâmetro temporal, atingiu-se um aumento de aproximadamente 25,8% (501 para 628).

Nos últimos cinco anos, a média de óbitos em AIH, proporcionalmente em termos populacionais, foi superior nas instituições hospitalares localizadas no DF se comparada às demais estruturas hospitalares existentes no Brasil. Nesses critérios, em junho, julho e agosto de 2020; e, em março, abril, setembro e outubro de 2021, ocorreram no DF, respectivamente, cerca de 6,1%, 20,5%, 12,9%, 3,7%, 14,3%, 17,3% e 9,8% de óbitos em AIH a mais, proporcionalmente, do que no Brasil.

Dessa constatação, é importante pontuar que o DF, mesmo dispondo de um volume de recursos financeiros, humanos, logísticos e tecnológicos, na área de saúde, em patamares superiores aos verificados no restante do país, mostrou-se incapaz de mitigar óbitos em AIH,

<sup>122</sup> Refere-se à quantidade de internações que tiveram alta por óbito do paciente, nas Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) aprovadas no período, não se computando as mortes ocorridas logo após a alta de pessoa viva.

no mínimo, em quantidade proporcionalmente igual ou inferior à população brasileira residente em outras unidades federativas.

Por último, o tópico seguinte trata de casos e óbitos decorrentes de COVID-19, no Brasil e no DF, independentemente da ocorrência de internação hospitalar.

### **3.6. O impacto do COVID-19 no Distrito Federal (DF) e no Brasil**

O painel coronavírus, abastecido pelas secretarias de saúde municipais e estaduais, e organizado e mantido pelo Ministério da Saúde, constitui relevante instrumento de planejamento e gestão de saúde pública sobre o COVID-19 no Brasil. Além de informar a sociedade, de maneira transparente e funcional, dispõe de dados que têm possibilitado diversos órgãos e instituições, públicas e privadas, a adotarem mecanismos para combater a propagação da doença.

Dentre as informações captadas nessa base de dados, destaca-se a quantidade de casos de contaminação por coronavírus e o número de óbitos em decorrência do vírus, ambos registrados pelo Ministério da Saúde. Ademais, pondera-se que a análise proposta neste trabalho se pauta apenas nos novos casos e óbitos de COVID-19 que foram a registro no banco de dados do Ministério da Saúde, não havendo qualquer estimativa de supernotificação ou subnotificação.

No entanto, as informações sobre o número de novos casos de contaminação por COVID-19 apresentam maior volatilidade em relação à realidade fática, haja vista a existência de inúmeras pessoas não testadas ou assintomáticas. Por outro lado, os casos registrados de óbito por COVID-19 apresentam maior confiabilidade, isso porque revestem-se de maior rigor técnico para preenchimento e emissão de Declaração de Óbito, com modelo regulamentado pelo Ministério da Saúde, por se tratar de documento cuja expedição é exclusiva de médico regularmente inscrito no Conselho Federal de Medicina (CFM).

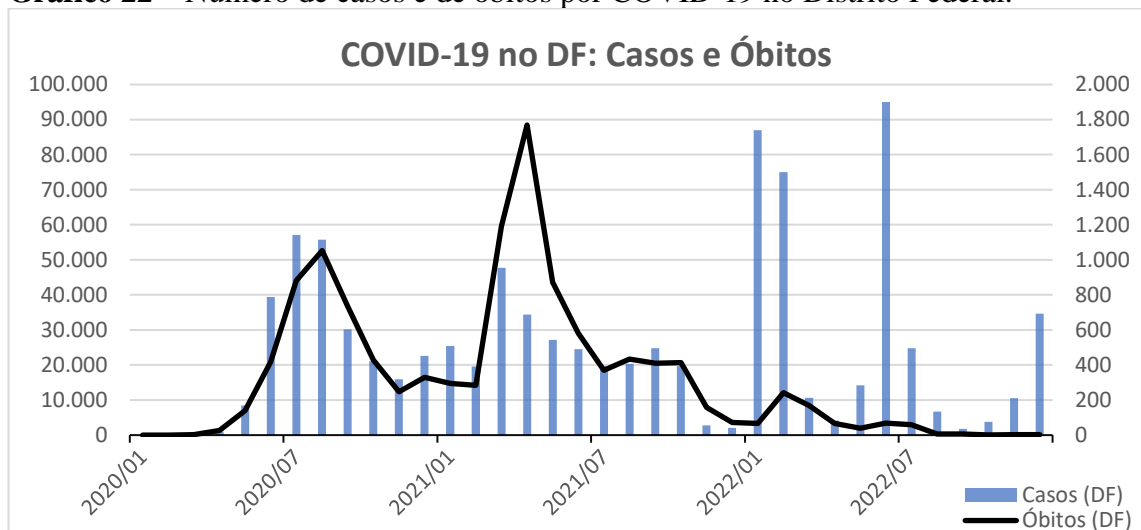
Com o intuito de simplificar as informações coletadas e torná-las comparáveis, optou-se pela elaboração de dois gráficos distintos: um para o DF e outro para o Brasil. Em cada um dos gráficos, há duplo eixo, sendo o da esquerda, em barras, o qual remete à quantidade de infecção por COVID-19; e o da direita, em linha, cujo valor retoma ao número de óbitos que a *causa mortis* tenha sido o coronavírus.

De mais a mais, a lógica de proporção populacional na fração de 1/70 (um setenta avos) foi mantida, porém, com adaptação entre os dois gráficos (e não entre eixos, como ocorreu nos

gráficos anteriores). Em outras palavras, muito embora os gráficos detenham a mesma disposição dos dados, o primeiro tem escala 70 (setenta) vezes menor do que o segundo, em ambos os eixos. Enfatiza-se que a referida fração matemática representa aproximadamente a proporção da população do DF em relação à do Brasil.

A partir dessa modelagem, em razão da ausência de qualquer distorção de escala dos eixos, é possível estabelecer análise comparativa entre eles por mera justaposição, sem necessidade de cálculos matemáticos, por mais simples que sejam.

**Gráfico 22** – Número de casos e de óbitos por COVID-19 no Distrito Federal.



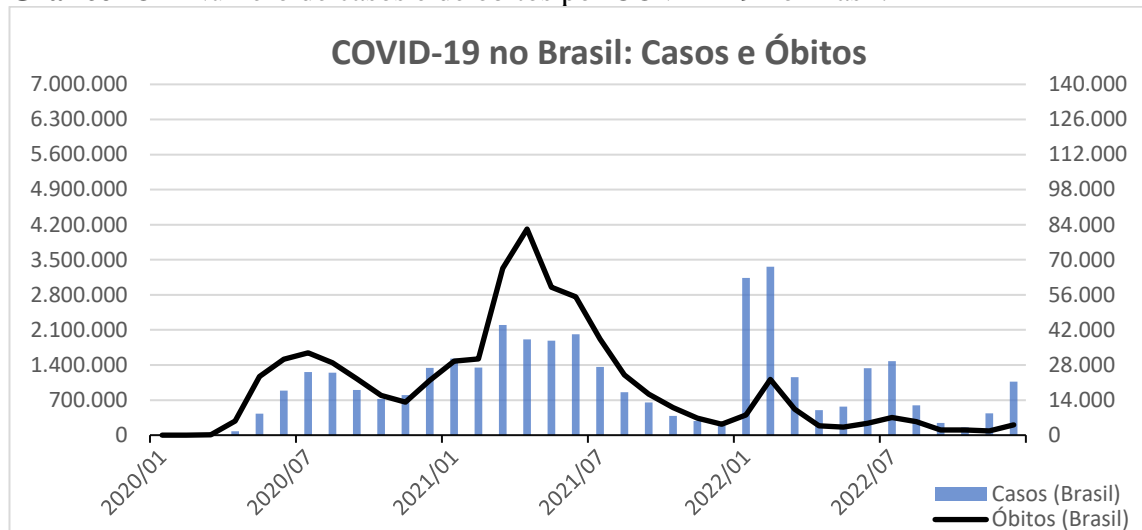
Fonte: elaborado pelo autor, a partir de informações do Painel Coronavírus (Ministério da Saúde).

Alerta-se que, em média, cerca de 8,7% dos óbitos totais registrados no DF como decorrentes do COVID-19 vitimaram pessoas residentes em outros estados que vieram buscar tratamento no sistema de saúde pública local<sup>123</sup>.

A verificação dos dados distritais e federais de maneira conjunta, no que tange ao registro de casos e óbitos por COVID-19, favorece a utilização de parâmetros comparativos e de análise de desempenho do sistema de saúde dos entes federados.

Adiante, o cenário brasileiro apresenta basicamente as mesmas sazonalidades do comportamento gráfico do DF, porém, com impacto proporcional menos agressivo.

<sup>123</sup> Informação disponível em: <https://covid19.ssp.df.gov.br/extensions/covid19/covid19.html#/>

**Gráfico 23** – Número de casos e de óbitos por COVID-19 no Brasil.

Fonte: elaborado pelo autor, a partir de informações do Painel Coronavírus (Ministério da Saúde).

Diante do período sob análise (janeiro de 2020 a dezembro de 2022), a média mensal de falecimentos no DF por COVID-19 atingiu 329 pessoas. Na mesma vertente, a média mensal do país foi de 19.276 mortes. No período em apreço, com a proporção populacional, a média indica que no DF ocorreram 19,4% a mais de óbitos por COVID-19 se comparado ao Brasil.

Nessa perspectiva, destacam-se os pontos de inflexão ocorridos em agosto de 2020, e em abril e outubro de 2021. Para o primeiro período, considerando a proporção populacional, morreram no DF 154,8% a mais pessoas infectadas por COVID-19 em relação ao ocorrido no Brasil; para o segundo, a discrepância caiu para 50,5%; e, para o terceiro, a diferença proporcional atingiu o pico de 161,0%<sup>124</sup>.

<sup>124</sup> Em agosto de 2020, registrou-se, no DF, 1.052 mortes por COVID-19, e, no Brasil, 28.906; em abril de 2021, no DF, 1.769 falecimentos, enquanto no Brasil, 82.266; e, em outubro de 2021, no DF, 413 óbitos, e no Brasil, 11.075.

## CONCLUSÃO

As considerações finais sobre a percepção da saúde pública brasileira e suas copiosas vertentes de análise, de forma alguma, se limita ao conteúdo apresentado nesse trabalho. No entanto, partindo de algumas premissas válidas, é possível compreender uma série de informações relevantes aqui expostas.

Os dados utilizados para compor o estudo, quando observados de forma isolada não tem o mesmo valor sinérgico. O esforço empreendido para padronizar, consolidar, interpretar e traduzir em linguagem clara e simples as diversas fontes públicas dos dados, extraídos e utilizados nesta pesquisa, contribui para o debate acadêmico e social sobre o impacto socioeconômico das políticas públicas adotadas pelo Estado.

A multidisciplinariedade proposta no trabalho reflete uma ínfima porção da complexidade da saúde pública e, no limite, da vida humana em sociedade. Nessa vertente, a transversalidade disciplinar, inerente à própria saúde pública, merece destaque e, com esse objetivo, a releitura holística e integrada de cada tópico do trabalho é medida que se impõe.

Nesse giro, a partir da propagação do COVID-19 no Brasil, o entendimento sobre as instituições estatais sofrera substancial ressignificação, em especial, o sistema público de saúde e a estrutura judiciária do país.

As políticas públicas voltadas à promoção da saúde no período calamitoso tornaram-se motivo para discussões políticas e ideológicas sobre a efetividade das ações executadas pelas organizações aderentes ao SUS. Aliado a isso, havia o sobrepeso de questões relacionadas ao equilíbrio da gestão fiscal do Estado que pairava sobre a controvérsia. Dessa mistura de dicotomias, buscava-se sobressair o direito à vida, paramentado de todo o arcabouço principiológico que tutela a dignidade da pessoa humana.

Diante do caos instalado, a inafastabilidade da jurisdição, prevista constitucionalmente, operava, a todo momento, sob provocação da população desamparada, para apreciar e decidir processos que tinham como causa de pedir tratamento de saúde ou fornecimento de medicamentos, principalmente, relacionados à infecção por coronavírus.

A arena de discussão chegou a alcançar raízes as quais fundamentam a existência da própria estrutura estatal e seus poderes: o respeito ao pacto federativo e os limites da judicialização das políticas públicas. O poder judiciário, atuando como fiel da balança, ocupou posição bastante desafiadora, pois ao negar direitos, automaticamente, estava à contramão da

vida humana, por outro lado, ao prover direitos, resvalava na intromissão das políticas públicas e no descompromisso com o orçamento público.

Para orientar a atuação judicial, a obediência à orientação da recente jurisprudência assentada pelo STF no julgamento da STA nº 175, de 2010, traz consigo a tentativa de harmonização das teorias da reserva do possível e, em contraponto, a do mínimo existencial.

Com êxito, o precedente vinculante mostrou hígidez, mesmo durante a pandemia, ao fixar, para as demandas de dispensação de medicamentos que ainda não foram incorporados pelo SUS, a necessidade de demonstração de evidências científicas do medicamento pretendido e a ineficácia (ou inexistência) de medicamentos dispensados pelo SUS, propôs reflexão sobre a garantia de que a vacinação contra o novo coronavírus fosse pautada à luz da integralidade, ao considerar as pessoas e suas necessidades como um todo.

Ultrapassada a pauta estritamente judicial, o orçamento público, como meio de financiamento das políticas públicas, passa a protagonizar a atuação estatal no enfrentamento ao COVID-19. As análises das contas públicas do DF demonstraram que no período da pandemia foi o período em que se obteve os melhores resultados em termos de arrecadação das receitas públicas, tanto do ponto de vista quantitativo, quanto qualitativo.

Associado a esse fato, por conseguinte, o DF ampliou sua base de despesas públicas, contudo, as despesas com o sistema de saúde público local não acompanharam, equitativamente, as despesas alocadas para os demais órgãos distritais.

A força produtiva de recursos humanos do DF também foi drasticamente afetada, enquanto constatou-se aumento do quadro de servidores públicos ativos do DF em geral, de modo oposto, houve redução no quadro de servidores públicos ativos da Secretaria de Saúde do DF (SESDF), os quais foram abruptamente substituídos por empregados privados pertencentes ao Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do DF (IGESDF). A substituição desses servidores e a transferência de boa parte da gestão da saúde pública do DF para a iniciativa privada teve seu preço: o repasse de quase R\$ 3,5 bilhões ao IGESDF entre 2018 e 2022.

Frisa-se, ademais, que um terço do orçamento do DF é proveniente do Fundo Constitucional do DF (FCDF), destinado a pagar folha de pessoal da segurança, saúde e educação. No âmbito da saúde no DF, há cada vez mais dependência do orçamento proveniente desse fundo, uma vez que praticamente dois terços das despesas com folha de pessoal da SESDF são custeadas por tais verbas.

Como consequência prática na vida do brasileiro, não houve aumento significativo na quantidade de atendimento ambulatorial em relação à média observada nacionalmente.

Contudo, em relação à quantidade de internações hospitalares, houve um sensível aumento, acompanhado de uma expressiva ampliação na quantidade de serviços profissionais de saúde realizados no âmbito dessas internações.

Agregado a isso, após a implementação do IGESDF, houve vertiginosa elevação das despesas com atenção básica à saúde, além de um crescimento repentino nas despesas com assistência hospitalar e ambulatorial. Por outro lado, em se tratando de decréscimo, as despesas com suporte profilático e terapêutico atingiram o menor valor nominal desde 2014, impactando diretamente na disponibilidade de medicamentos nas farmácias populares e de alto custo existentes no DF.

Em adendo, é importante consignar que o IGESDF já foi alvo de diversas auditorias<sup>125</sup>, investigações<sup>126</sup>, operações policiais<sup>127</sup> e, inclusive, pedido de abertura de CPI do IGESDF junto à Câmara Legislativa do Distrito Federal (CLDF)<sup>128</sup>, as quais tiveram por objetivo responsabilização por uso indevido de recursos públicos, recomendações de boas práticas de gestão<sup>129</sup> e combate à fraude<sup>130</sup> e à corrupção<sup>131</sup>.

Adiante, quanto ao número de óbitos ocorridos no DF, os decorrentes de causas externas tiveram saldo bastante satisfatório, decaindo sua média ano após ano (destaca-se que os óbitos por causas externas não se vinculam direta e exclusivamente às políticas públicas de saúde). Em se tratando de óbitos imediatamente ligados à saúde pública do DF, especialmente aqueles ocorridos no âmbito das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), isto é, óbitos de pacientes internados no sistema hospitalar, a média de casos locais, em alguns meses dos anos de 2020 e 2021, ultrapassaram, proporcionalmente, a média nacional.

Ainda sobre óbitos, porém, por ora, estritamente atrelados ao COVID-19, nos últimos anos, o DF teve campanha absolutamente desastrosa, atingindo pico de óbitos de até 161% maiores que a média proporcional do país, dentro do mesmo mês de comparação.

<sup>125</sup> <https://www2.tc.df.gov.br/auditoria-do-tcdf-aponta-falha-na-fiscalizacao-das-acoes-do-igesdf-pela-secretaria-de-saude/>

<sup>126</sup> <https://www.mpdft.mp.br/portal/index.php/comunicacao-menu/sala-de-imprensa/noticias/noticias-2022/13742-malware-mpdft-investiga-fraudes-em-contrato-de-informatica-do-iges-df;> e <https://www.mpdft.mp.br/portal/index.php/promotorias-de-justica-menulateral/51-prodep/12468-mpdft-impetra-mandado-de-seguranca-para-acessar-dados-bancarios-do-iges-df-2>

<sup>127</sup> <https://www.mpdft.mp.br/portal/index.php/promotorias-de-justica-menulateral/51-prodep/12128-quarto-circulo-mpdft-e-pcdf-investigam-contratos-do-iges-df-2>

<sup>128</sup> <https://www.cl.df.gov.br/-/cpi-do-iges-df-alcan-c3-a7a-n-c3-bamero-de-assinaturas-e-pode-ter-prosseguimento>

<sup>129</sup> <https://www.mpdft.mp.br/portal/index.php/comunicacao-menu/sala-de-imprensa/noticias/noticias-2020/12629-mpdft-recomenda-que-iges-df-fortaleca-controle-interno-para-impedir-fraudes>

<sup>130</sup> <https://www2.tc.df.gov.br/tcdf-apura-denuncias-relativas-a-processos-seletivos-do-iges-df/>

<sup>131</sup> <https://www.correiobraziliense.com.br/cidades-df/2022/03/4993685-investigacao-de-fraudes-no-iges-df-aponta-superfaturamento-em-mais-de-800.html>

Após a criação desse novo modelo de gestão de saúde no DF, o IGESDF, mediante parceria público-privado, é incontroverso que os custos de operacionalização da saúde pública local aumentaram de modo significativo e, concomitantemente, um maior número de pessoas passaram a morrer nos leitos hospitalares.

O conjunto de informações trazidas na presente pesquisa demonstram claramente a dificuldade em se verificar as boas práticas de gestão aduzidas no objetivo específico deste trabalho. Diante disso, lamentavelmente, as incongruências ocuparam protagonismo ao longo do texto, demonstrando que não se confirmou a hipótese de ação governamental adequada ao nível de saúde pública exigido na capital do país. Resta-se, portanto, como aprendizado, que a história, o olhar no retrovisor, a autocrítica e os erros cometidos têm muito a ensinar não só ao governo, mas também a toda população.

O arcabouço apresentado e o desempenho do Distrito Federal em matéria de saúde, política e orçamento públicos e novo coronavírus pode levar a crer que houve uma ampliação na prestação dos serviços públicos de saúde. Entretanto, ao se deparar com a quantidade de óbitos no sistema de saúde pública, pode-se compreender que há comprometimento no teor qualitativo desses serviços prestados. Desta feita, diante dos dados apresentados, é factível a presença de grave lesão ao direito à saúde pública de qualidade.

Por último, permanece o questionamento se no Distrito Federal houve, de fato, uma política pública voltada ao combate do COVID-19 ou se próprio COVID-19 se tornou agenda política para justificar uma ação governamental com finalidade diversa da promoção da saúde pública e da defesa do direito à vida.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHAM, Marcus. **Curso de Direito Financeiro Brasileiro**. 6ª ed. – Rio de Janeiro: Forense, 2021.

ALEMANHA, **Lei Fundamental da República Federal da Alemanha** de 23 de maio de 1949. Disponível em: <<https://www.btg-bestellservice.de/pdf/80208000.pdf>>. Acesso em: 09 out. 2017.

\_\_\_\_\_, **BVerfGE 33, 330 – numerus clausus**. 18 de Julho de 1972. Disponível em: <<http://www.servat.unibe.ch/dfr/bv033303.html#Rn002>>. Acesso em: 12 fev. 2023.

ALEXY, Robert. **Teoria dos Direitos Fundamentais**. Trad: Virgílio Afonso da Silva. São Paulo: Malheiros, 2012.

BARBOSA, Marcelo Nascimento. Possibilidades e limitações de uso das bases de dados do DataSUS para fins de ações de controle externo na área de saúde. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Auditoria do Setor Público) – Instituto Serzedelo Corrêa, TCU. Brasília, 2019.

BARCELLOS, Ana Paula de. **A eficácia jurídica dos princípios constitucionais: o princípio da dignidade da pessoa humana**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2011.

BARROSO, Luís Roberto. “Aqui, lá e em todo lugar”: **A dignidade humana no direito contemporâneo e no discurso transnacional**. Rio de Janeiro: Revista do Ministério Público (MPRJ), nº 50, outubro/dezembro de 2013.

\_\_\_\_\_, Luís Roberto. **O Controle de Constitucionalidade no Direito Brasileiro**. 9. Ed. São Paulo: 2022.

BRANDÃO, Mariana Kaires Alves. **Judicialização do direito à saúde, mínimo existencial e o princípio da proibição ao retrocesso social**. Piauí: Revista Eletrônica do Ministério Público (MPPI), Ano 01 – Edição 02 – julho/dezembro de 2021.

BRASIL. Constituição Federal (1988). Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em 15 de jan. de 2023.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Desemprego**. Brasília: IBGE, 2023. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/explica/desemprego.php>>. Acesso em: 25 de jan. de 2023.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Inflação**. Brasília: IBGE, 2023. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/explica/inflacao.php>>. Acesso em: 25 de jan. de 2023.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. **Painéis de Informações do Fundo Nacional de Saúde**. Brasília: MS, 2020. Disponível em: <[https://infoms.saude.gov.br/extensions/CGIN\\_InvestsusPaineis/CGIN\\_InvestsusPaineis.html](https://infoms.saude.gov.br/extensions/CGIN_InvestsusPaineis/CGIN_InvestsusPaineis.html)>. Acesso em: 16 de jan. de 2023.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Declaração de Óbito: manual de instruções para preenchimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Painel Coronavírus**. Brasília: MS, 2020. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em: 11 de jan. de 2023.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Primeiro caso de Covid-19 no Brasil permanece sendo o de 26 de fevereiro.** Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2020/julho/primeiro-caso-de-covid-19-no-brasil-permanece-sendo-o-de-26-de-fevereiro>>. Acesso em: 11 de jan. de 2023.

CAIDEN, G. E. **Administrative reform come to age.** Berlin: De Gruyter, 1991.

CARVALHO, Munique Barros. **Restos a pagar e a anualidade orçamentária.** Especialização *Lato sensu*. Brasília: Instituto Serzedello Corrêa, 2012.

CARVALHO, Osvaldo et al. InfoSAS: um sistema de mineração de dados para controle da produção do SUS. Revista do TCU, n. 137, p. 52-59, 2016.

CARVALHO, D. M. T. Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS. In: Brasil. Ministério da Saúde. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde (Vol. 1). Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 148 p.

CORREIA DE OLIVEIRA, Jadson; OLIVEIRA SOUZA, Jordânia. **Da inaplicabilidade da teoria da Reserva do Possível no contexto jurídico-social brasileiro: O Estado Social como garantidor do Direito fundamental à Saúde.** São Paulo. Revista Pensamento Jurídico, Vol. 12, nº 2, julho/dezembro de 2018.

DIAS, Jean Carlos. **O controle judicial de políticas públicas.** São Paulo: Editora Método, 2007.

DWORKIN, Ronald. **Taking Rights Seriously.** 9. ed. Cambridge: Harvard University Press, 2002.

GIACOMONI, James. **Orçamento público.** 18ª ed., rev. e atual. - [2ª Reimp.] – São Paulo: Atlas, 2022.

INSTITUTO BUTANTAN. Portal do Butantan. **Como surgiu o novo coronavírus? Conheça as teorias mais aceitas sobre sua origem.** São Paulo: Butantan, 2021. Disponível em: <<https://butantan.gov.br/covid/butantan-tira-duvida/tira-duvida-noticias/como-surgiu-o-novo-coronavirus-conheca-as-teorias-mais-aceitas-sobre-sua-origem>>. Acesso em: 05 de jan. de 2023.

LEONEL, F. **Brasil celebra um ano da vacina contra a Covid-19.** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 18 de jan. de 2022. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/brasil-celebra-um-ano-da-vacina-contra-covid-19>>. Acesso em 12 de jan de 2023.

LONGO, F. **Mérito e flexibilidade: a gestão das pessoas no setor público.** São Paulo: Edições Fundap, 2007.

MANKIW, N G. **Introdução à economia – Tradução da 8ª edição norte-americana.** São Paulo: Cengage Learning Brasil, 2019.

MATSUSHITA, Thiago Lopes. **Reserva do possível.** Enciclopédia jurídica da PUC-SP. Celso Fernandes Campilongo, Alvaro de Azevedo Gonzaga e André Luiz Freire (coords.). Tomo: Direitos Humanos. Wagner Balera, Carolina Alves de Souza Lima (coord. de tomo). 1. ed. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2017. Disponível em: <<https://enciclopediajuridica.pucsp.br/verbete/508/edicao-1/reserva-do-possivel>>. Acesso em: 10 de fev. de 2023.

MERTON, R. **Social theory and social structure.** Massachusetts: Free Press, 1957. p. 195-206.

PEREIRA, Ana Lúcia Pretto. **A reserva do possível na jurisdição constitucional brasileira: entre constitucionalismo e democracia.** 2009. 277 f. 2009. Tese de Doutorado. Dissertação (Mestrado)–Setor de Ciências Jurídicas, Universidade Federal do Paraná.

PORTO, Lorena Vasconcelos; ROCHA, Cláudio Jannotti  
da. **Trabalho: diálogos e críticas:** homenagem  
ao Prof. Dr. Márcio Túlio Viana. São Paulo: LTr,  
2018. p. 89-106.

SADDY, André. **Elementos Essenciais Da Definição De Discricionariedade Administrativa.** Revista de Estudos Constitucionais, Hermenêutica e Teoria do Direito. São Leopoldo, ano 7 v.2, p147-165, maio/agosto 2015a. DOI: 10.4013/rechtd.2015.72.05. Disponível em: <<http://revistas.unisinos.br/index.php/RECHTD/article/view/rechtd.2015.72.05>>. Acesso em 13 abr.2021.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional.** 13 Ed. revista atual. e ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2018.

SARLET, Ingo E TIMM, Luciano Benetti (Org.). **Direitos Fundamentais, Orçamento e Reserva do Possível.** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010.

SCAFF, Fernando Facury. **Reserva do possível pressupõe escolhas trágicas.** Consultor Jurídico. Brasília, 26.02.2013. Disponível em <<https://www.conjur.com.br/2013-fev-26/contas-vista-reserva-possivel-pressupoe-escolhas-tragicas>>. Acesso em: 08 de fev. de 2023.

SCHUSTER, Tatiana dos Santos; BITENCOURT, Caroline Müller. **Dever Poder: Limites da discricionariedade administrativa frente a tutela efetiva dos direitos sociais.** São Paulo: Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas (UNIFAFIBE), vol. 10, nº 1, 2022.

SMITH, Adam (1776). **A Riqueza das Nações.** Coleção Os Economistas. São Paulo: Editora Nova Cultura, 1996.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Suspensão de Tutela Antecipada n.º 175.**

TCU. Tribunal de Contas da União. **Manual de Auditoria Operacional.** 3. ed. – Brasília: TCU, Segecex, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo (Seprog), 2010.

TORRES, Ricardo Lobo. **O Direito ao Mínimo Existencial.** Rio de Janeiro: Renovar, 2009.

WEBER, M. **Ciência e política: duas vocações.** São Paulo: Cultrix, 1990.

\_\_\_\_\_. **A ética protestante e o espírito do capitalismo.** São Paulo: Companhia das Letras, 2004a.

\_\_\_\_\_. **Economia e sociedade.** Brasília-DF. Editora Universidade de Brasília, 2004b. v. 2.

Yang, Wan-Shiou, Wang San-Yih. **A process-mining framework for the detection of healthcare fraud and abuse.** Expert Systems with Applications 31 (2006) 56–68.

# ANEXO



# UnB

Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia)

Título:

**Orçamento e política pública sobre o COVID-19 no Distrito Federal (2020-2022)**

Orientadora:

Professora Doutora Mariana Devezas Rodrigues Murias de Menezes

Orientando:

Giovanni Campos – 16/0122643

UnB - 2023/2

- ▶ INTRODUÇÃO
- ▶ O Direito nas Políticas Públicas
  - ▶ O Direito Financeiro, Orçamento Público, Receitas Públicas e Despesas Públicas
  - ▶ Judicialização da Saúde
    - ▶ A Finitude de Recursos
    - ▶ A teoria da Reserva do Possível
    - ▶ A teoria do Mínimo Existencial
- ▶ Saúde Pública brasileira na pandemia do COVID-19
- ▶ ANÁLISES E RESULTADOS
  - ▶ (Des)equilíbrio da Gestão Fiscal
  - ▶ A SESDF no Orçamento Público
    - ▶ O IGESDF
  - ▶ O FCDF
  - ▶ As Receitas de Concursos de Prognósticos
  - ▶ Base de dados do SUS e do Siconfi
    - ▶ Produção Ambulatorial e Atenção Básica à Saúde
    - ▶ Produção Hospitalar e Assistência Hospitalar e Ambulatorial
    - ▶ Suporte Profilático e Terapêutico
    - ▶ Óbitos
  - ▶ O impacto do COVID-19 no DF e no Brasil

▶ CONCLUSÃO

UnB - 2023/2



## ▶ INTRODUÇÃO

- ▶ COVID-19
- ▶ Objetivo Geral
- ▶ Objetivo Específico
- ▶ Critério Metodológico
- ▶ Base de Dados
  - ▶ Portal da Transparência da União
  - ▶ Portal da Transparência do DF
  - ▶ Portal da Transparência do IGESDF
  - ▶ Painel do Fundo Nacional de Saúde
  - ▶ Banco de Dados TabWin/DataSUS
  - ▶ Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro (Siconfi)
  - ▶ Painel Coronavírus do Ministério da Saúde
- ▶ Desafios sobre Banco de Dados no Brasil
- ▶ Recorte de escopo: DF
- ▶ Problematização: Execução Orçamentária *versus* Publicidade de Ação Governamental
- ▶ Hipótese Inicial: Ação Governamental do DF desastrosa

UnB - 2023/2



## ▶ O Direito nas Políticas Públicas

- ▶ A escassez de recursos
- ▶ O aumento das despesas públicas
  - ▶ A burocracia
  - ▶ Disfunção burocrática
  - ▶ Saúde pública e financeira
- ▶ Judicialização da Saúde
  - ▶ Finitude de Recursos
    - ▶ Teorias Econômicas
  - ▶ Reserva do Possível
    - ▶ Origem e Aplicação no Brasil
    - ▶ Direitos de liberdade e Direitos sociais
    - ▶ Fático (efetivo) x Jurídico (previsão)
    - ▶ A reserva do financiamento possível
  - ▶ Mínimo Existencial
    - ▶ Dignidade da pessoa humana
    - ▶ Dimensão de prestação negativa e positiva
    - ▶ Direito à saúde (e à vida)
  - ▶ Jurisprudência STF
    - ▶ STA nº 175, de 2010

UnB - 2023/2



► Saúde Pública brasileira no COVID-19

- Medidas sanitárias
- Desemprego
- Benefícios assistenciais
- Saúde *versus* Economia
- Contratações Públicas
- Lei do SUS
- Fundo Nacional de Saúde (FNS)

Ano	Transferências para o DF (R\$)	Transferências Totais (R\$)	Transferências para o DF em relação as Totais
2022	1,07 bilhão	101,11 bilhões	1,06%
2021	1,10 bilhão	105,39 bilhões	1,04%
2020	1,21 bilhão	115,19 bilhões	1,05%
2019	959,22 milhões	84,60 bilhões	1,13%
2018	809,98 milhões	82,23 bilhões	0,98%

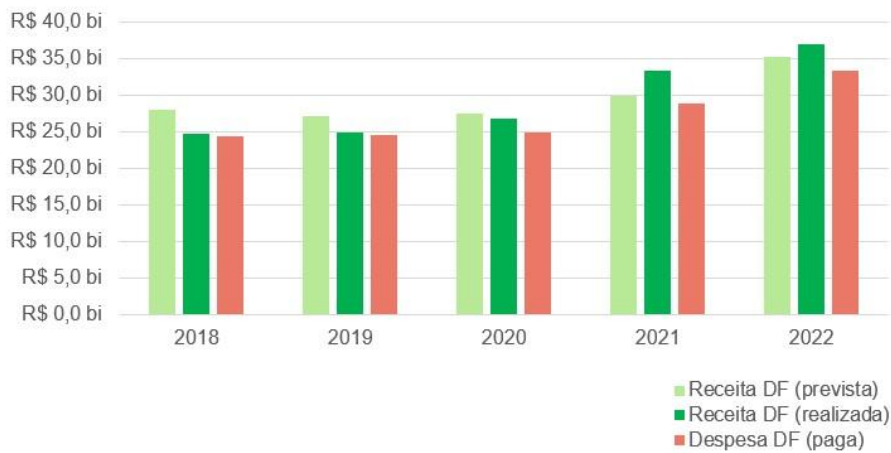
UnB - 2023/2



► (Des)equilíbrio da Gestão Fiscal

- Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF)

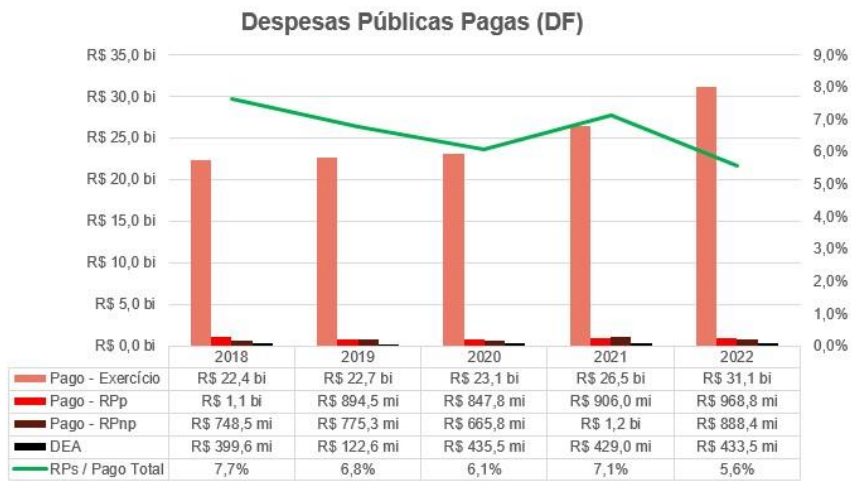
Receitas e Despesas Públicas (DF)



UnB - 2023/2



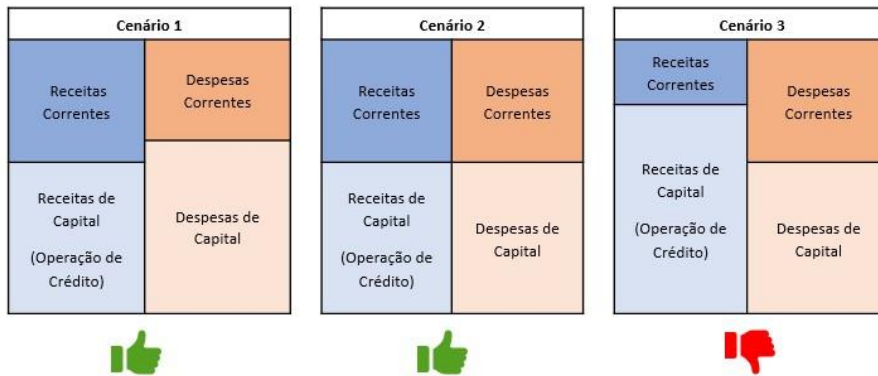
► (Des)equilíbrio da Gestão Fiscal



► Críticas aos Restos a Pagar

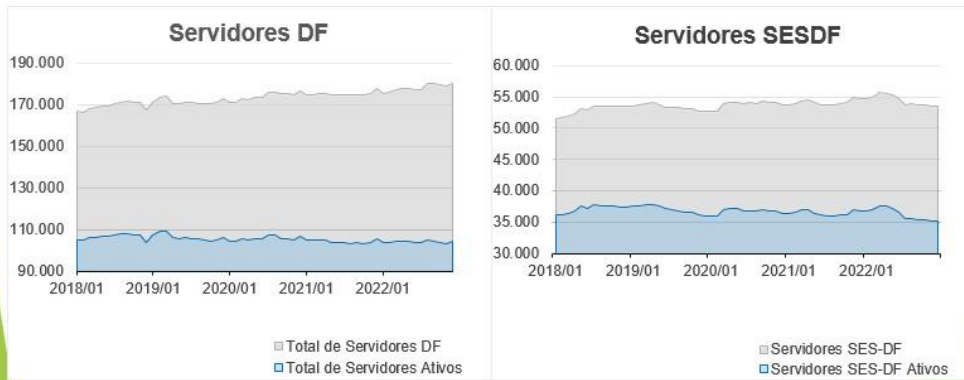
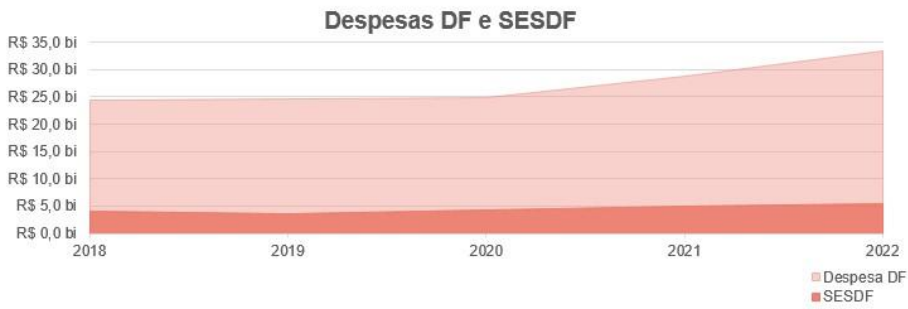
► (Des)equilíbrio da Gestão Fiscal

► Regra de Ouro





► A SESDF no Orçamento Público

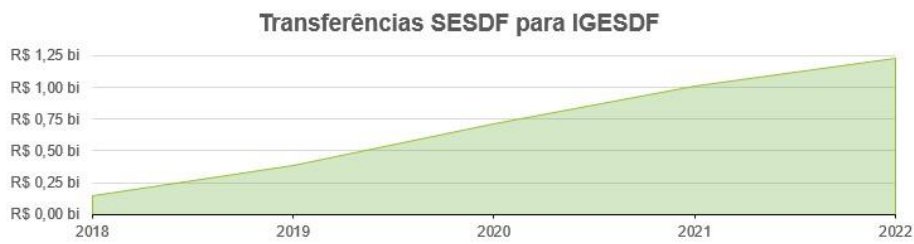


UnB - 2023/2



► IGESDF

- Origem e Finalidade
- Gestão de recursos financeiros e humanos

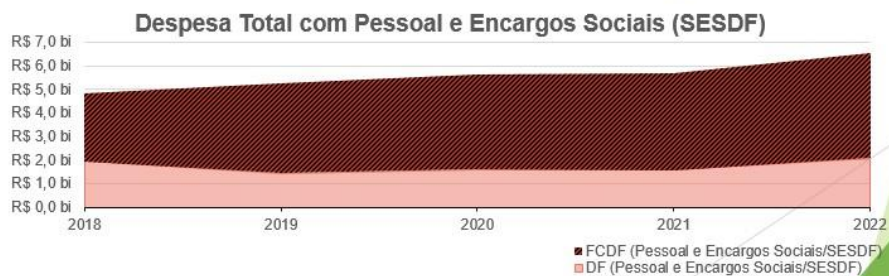
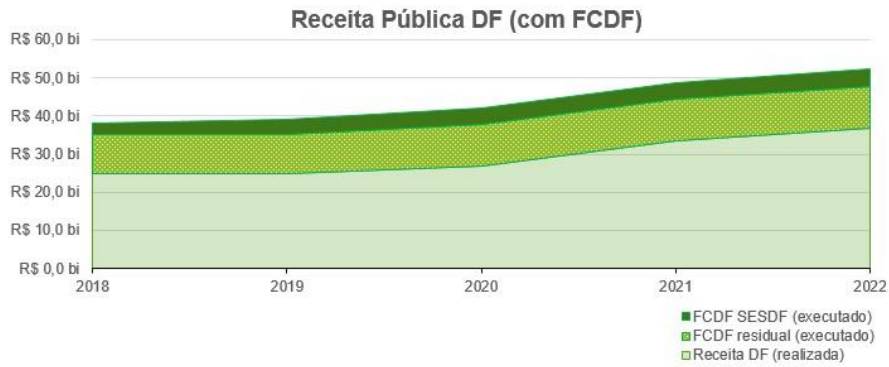


UnB - 2023/2



► FCDF

- Fundamento legal
- Mecanismo de funcionamento



UnB - 2023/2



► Banco de Dados: SUS e Siconfi

- Conceitos
  - Óbitos
  - Saúde primária, secundária e terciária
  - Atenção Básica à Saúde
  - Procedimento Ambulatorial
  - Procedimento Hospitalar
  - Plotagem Gráfica (duplo eixo, proporcionalidade populacional e média comparativa)

UnB - 2023/2



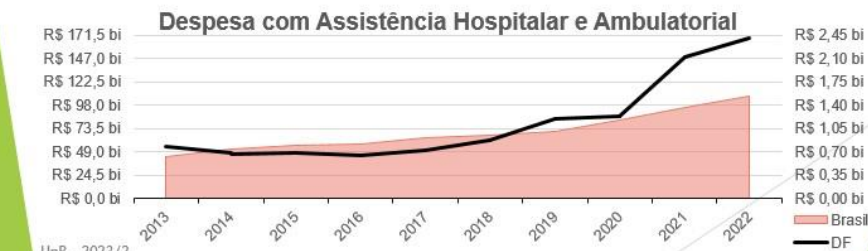
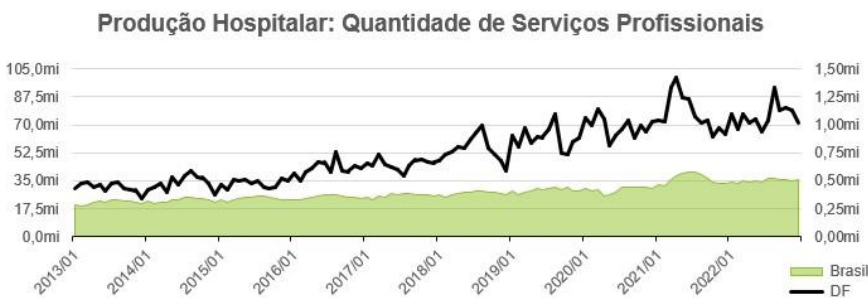
► Base de Dados: SUS e Siconfi



UnB - 2023/2



► Base de Dados: SUS e Siconfi



UnB - 2023/2



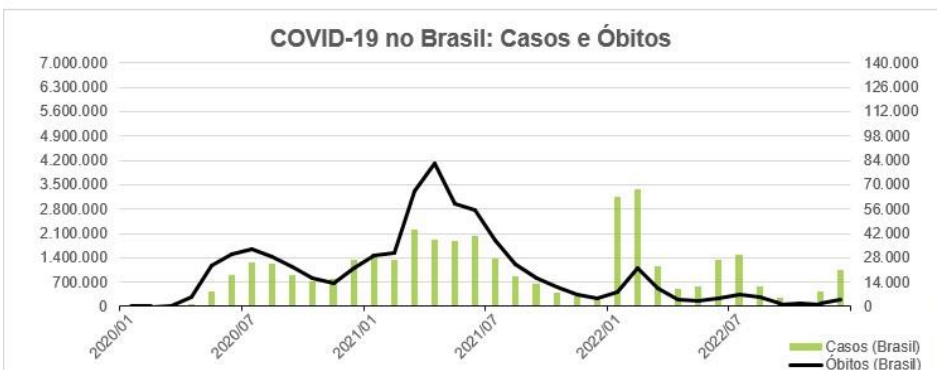
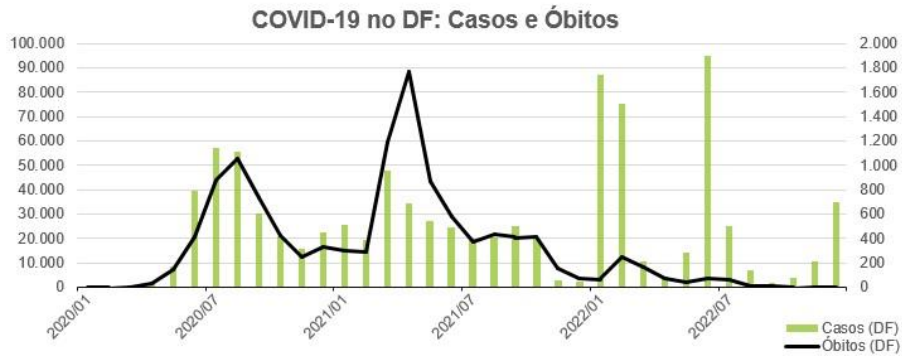
► Óbitos



UnB - 2023/2



► O impacto do COVID-19 no DF e no BR



UnB - 2023/2



► Conclusão

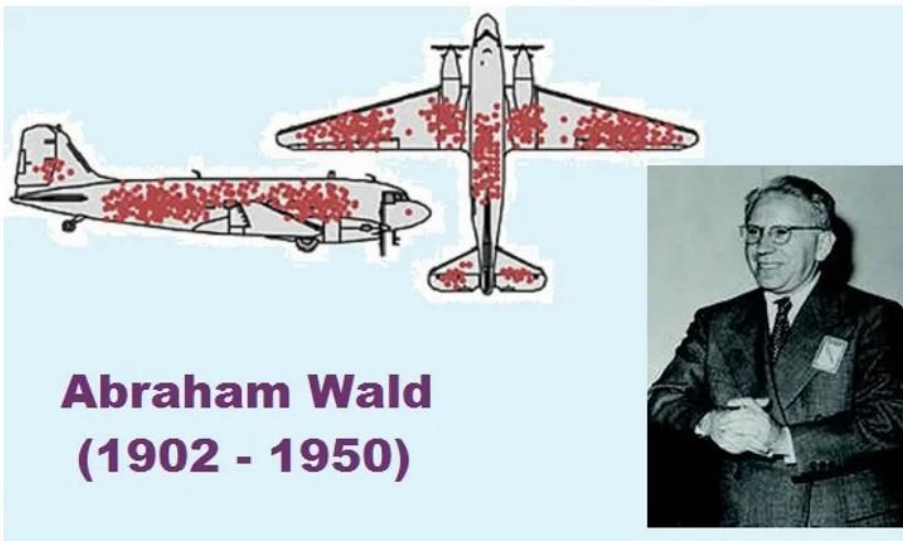
- STF: STA nº 175, de 2010.
- SUS
- Quantidade de Serviços Hospitalares *versus* Despesa Pública (DF)
- Servidores Públicos DF *versus* SESDF, e IGESDF
- Despesas Públicas do DF após criação do IGESDF
- Fornecimento de medicamentos no DF
- Auditorias no IGESDF
- Óbitos
  - por causas externas
  - em AIH
  - por COVID-19
- COVID-19: Política Pública?

UnB - 2023/2



► Bônus: Dificuldade Metodológica

- Medir qualidade dos serviços prestados para pacientes sobreviventes



UnB - 2023/2



# OBRIGADO!

Giovanni Campos

16/0122643

[GiovanniCamposBR@gmail.com](mailto:GiovanniCamposBR@gmail.com)

UnB - 2023/2

