



**FEUC** FACULDADE DE ECONOMIA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**KAMMILLA ÉRIC GUERRAD E ARAÚJO**

**Sistema Único de Saúde, Políticas  
Públicas e Equidade: o caso de  
Judicialização do acesso aos  
medicamentos em Belo Horizonte.**

**Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde  
apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de  
Coimbra para obtenção do grau de Mestre**

**Orientadores: Professora Doutora Carlota Maria Miranda Quintal e Professor Doutor André  
Gonçalo Dias Pereira**

Coimbra, 2017

Aos habitantes do solo brasileiro, mãe gentil, que, por direito, fazem jus ao SUS  
universal, integral e equânime.

## AGRADECIMENTOS

Ao eterno, imensurável e infinito Deus: àquele em quem tudo existe e que é além de todas as coisas.

Ao meu pai, Antonio, pelo constante esforço em demonstrar o seu amor priorizando nosso ensino formal.

À minha mãe, Wanda, pelo exemplo de fé, perseverança e amor incondicional.

À Daniele e Sâmara, irmãs as quais tive o privilégio de chamar de amigas pelo exemplo de generosidade de ambas para comigo.

Àquele que tem morada no meu coração, Gustavo, meu sobrinho, que é quem faz com que meu coração bata cada vez mais forte: tum-tum-tum...

Aos orientadores, Professora Doutora Carlota Maria Miranda Quintal e Professor Doutor André Gonçalo Dias Pereira, pelo respeito ao meu tempo e modo de escrita.

Às irmãs do Lar Teresiano pela acolhida e constante apoio no período em que estive em terras distantes.

Aos membros da Primeira Igreja Batista de Coimbra pela acolhida.

Ao Alci, Marlise, Davi e Caio, família Carvalho, pela grata surpresa de desfrutarmos conjuntamente o verão português.

À Soraya e ao Roberto Dias pela disponibilidade, cuidado, exemplo e constante incentivo desmedidos.

Ao “Grupo Redê” por me ombrear e iluminar os momentos sombrios fazendo-me perceber o quão bom e agradável é caminharmos juntos.

Ao Doutor Gustavo Valadão e à Rita pelo incentivo extra.

Ao Marlus Keller Riani pelo exemplo de generosa, firme e alegre liderança.

Ao Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde (GPES), da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), na pessoa da Professora Doutora Mariângela Leal Cherchiglia, pelo acolhimento no período de pesquisa e escrita no Brasil.

À Procuradoria Geral do Município de Belo Horizonte pelo apoio.

À Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte por manter sempre as portas abertas.

Recebam minha gratidão.

Por isso, era preciso discutir a saúde não como política do Ministério da Saúde,  
mas como uma função de Estado permanente.

Arouca, 1998



## RESUMO

O setor saúde, historicamente, era apercebido quando do surgimento de demandas para solução de endemias ou epidemias que atingissem a área urbana e/ou que causassem impactos nos orçamentários. As políticas de saúde, tanto aquelas relacionadas ao financiamento quanto à solução de questões próprias de cuidados de saúde, não tomaram assento central na política brasileira durante grande parte da história. A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CR/88) consagrou o direito à saúde como um direito social e redefiniu as prioridades da política do Estado na área da saúde pública. Nesse momento, a sociedade brasileira fez opção por um sistema de saúde característico de um Estado de bem-estar e substituiu o sistema excludente e desigual, anterior à CR/88, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), gratuito e sob os princípios, notadamente, da universalidade, da integralidade, da equidade, entre outros. Todo esse processo posicionou o SUS como a maior política de inclusão social implantada sob o regime democrático no Brasil e permite afirmar, hodiernamente, que o seu fundamento legal é a CR/88. Diante disso, estão postos o maior consumo de recursos e o custo social mais elevado, somados ao aumento da expectativa de vida ao nascer quanto ao envelhecimento da população brasileira, que geram novas demandas de saúde e, inevitavelmente, a adaptação do sistema de saúde quanto as suas ações de cuidados de saúde. Ao mesmo tempo, há pressões corporativas, industriais, mercantis e da sociedade que exigem inovação e incorporação tecnológica à prática assistencial do sistema de saúde brasileiro envolvendo aspectos econômicos, orçamentários e critérios técnicos. O desafio é garantir benefícios e, inevitavelmente, melhores custos que guardem o equilíbrio possível e não prejudiquem a justiça e a igualdade de acesso. No entanto, na contramão dessa caminhada e sob o argumento constitucional de que a “saúde é direito de todos e dever Estado”, o Estado brasileiro, também, tem enfrentado a denominada Judicialização da Saúde e, por meio do Poder Judiciário, tem sido obrigado a conceder bens e serviços de saúde sem a observância dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Tal conduta tem gerado discussões sobre a interferência do Poder Judiciário no Poder Executivo, à medida que aquele não observa as políticas públicas instituídas e, por conseguinte, o procedimento adotado extrapolaria a função judiciária alterando o planejamento, a alocação de recursos e

os orçamentos destinados às ações inerentes ao sistema de saúde. Outro ponto discutível tem sido a lesão ao princípio da equidade, uma vez que a interferência do Judiciário tem reafirmado as desigualdades em saúde, já que garante o acesso indiscriminado de bens e serviços a alguns, em detrimento daqueles que não o acessam, reforçando, assim, o conflito entre uma demanda infinita e a oferta limitada de recursos. O presente trabalho discorre sobre o processo histórico de construção do SUS, a Política Nacional de Medicamento (PNM) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) que são ponto focal da atenção à saúde, no que toca o acesso de medicamentos, desde de seus antecedentes históricos. Além disso, faz breve análise sobre amostra de processos judiciais, cuja causa de pedir seja medicamento e, por fim, apresenta alguns dos impactos da Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016 que versa sobre o teto dos gastos públicos e seus impactos no financiamento do SUS. Enfim, pretende-se discutir como a interpretação não ampliada ao processo histórico de construção de políticas públicas poderá conduzir ao esgotamento do SUS, idealizado e penosamente conquistado pelos sanitaristas, especialmente, sob a vigência da referida emenda constitucional.

**Palavras-chave:** SUS - Medicamento - Políticas Públicas - Judicialização – Orçamento



## ABSTRACT

The healthcare sector, historically, has received attention when demand emerges for solutions to endemics or epidemics that affect urban areas and/or that have budgetary impacts. Health policies, whether related to finances or to solving health care issues, have not taken center stage in Brazilian politics for much of its history. The Constitution of the Federative Republic of Brazil of 1988 (CR/88) enshrined the right to health as a social right and redefined the State's policymaking priorities regarding the area of public health. At that moment, Brazilian society opted for a healthcare system characteristic of a welfare state to replace the exclusive and unequal system from before CR/88 with the Sistema Único de Saúde [Unified Health System] or SUS, free of charge and under the principles, notably, of universality, inclusiveness, and equality, among others. This entire process positioned SUS as the largest social inclusion policy implemented during the democratic period in Brazil and its legal basis can be affirmed nowadays in CR/88. Consequently, it is evidenced that the large consumption of resources and the high social cost, in addition to the increase in life expectancy at birth as well as the aging of the Brazilian population, generate new healthcare demands and, inevitably, the adaptation of the healthcare system in its response. At the same time, there are corporate, industrial, commercial, and societal pressures that require technological innovation and incorporation in caregiving in the Brazilian healthcare system, involving economic, budgetary, and technical criteria aspects. The challenge is to ensure benefits and, inevitably, improved costs which are as balanced as possible and do not undermine fairness and equal access. However, contrary to this course and under the constitutional argument that "health is a right for all and a duty of the State," the Brazilian State has also faced so-called Health Judicialization and, by means of the judiciary, has been forced to grant healthcare goods and services without observing the Clinical Protocol and Therapeutic Guidelines (Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas [PCDT]). Such conduct has generated debate regarding the interference of the judicial branch of power on the executive, as it does not observe established public policies and, therefore, adopted procedures would extrapolate the judiciary function, affecting planning, allocation of resources, and budgets destined to inherent healthcare system actions. Another controversial point has been damage to the principle of equality, since interference by the judicial branch has reaffirmed inequality in healthcare, by guaranteeing

indiscriminate access to goods and services to some, to the detriment of those who cannot access them, thereby reinforcing the conflict between infinite demand and the limited supply of resources. This study discusses the historical process of constructing SUS, the National Drug Policy (Política Nacional de Medicamento [PNM]), and the National Pharmaceutical Assistance Policy (Política Nacional de Assistência Farmacêutica [PNAF]), a focal point of healthcare, responsible for access to medication, since the historical antecedents. In addition, a brief analysis is made of a sample of cases in which the cause of action is medication, and, lastly, some of the impacts of Constitutional Amendment (Emenda Constitucional [EC]) 95/2016 are presented, dealing with the public spending ceiling and its financial impacts on SUS. Finally, there will be a discussion of how an interpretation ignorant of the historical process of constructing public policies could lead to the depletion of SUS, dreamed of and painfully achieved by public health professionals and, especially, under the terms of the aforementioned constitutional amendment.

**Keywords:** SUS – Medication – Public Policies – Judicialization – Budget

## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>ADCT</b>	Atos das Disposições Constitucionais Transitórias
<b>ANVISA</b>	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
<b>Art.</b>	Artigo
<b>ASPS</b>	Ações e Serviços Públicos de Saúde
<b>CAP</b>	Caixa de Aposentadoria e Pensões
<b>CBAF</b>	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
<b>CEAF</b>	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
<b>CEME</b>	Central de Medicamentos
<b>CGU</b>	Controladoria-Geral da União
<b>CIB</b>	Comissão Intergestores Bipartite
<b>CIR</b>	Comissão Intergestores Regional
<b>CIT</b>	Comissão Intergestores Tripartite
<b>CNJ</b>	Conselho Nacional de Justiça
<b>CNS</b>	Conferência Nacional da Saúde
<b>CONASEMS</b>	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
<b>CONASS</b>	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
<b>CONITEC</b>	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
<b>COSEMS</b>	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
<b>CR/88</b>	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
<b>EC</b>	Emenda Constitucional
<b>EMG</b>	Estado de Minas Gerais
<b>Fiocruz</b>	Fundação Oswaldo Cruz
<b>GEAF</b>	Gerência de Assistência Farmacêutica

<b>GEPCG</b>	Gerência de Processamento, Documentação e Arquivo do Contencioso Geral
<b>GM</b>	Gabinete do Ministério da Saúde
<b>GPES</b>	Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde
<b>IAP</b>	Institutos de Aposentadoria e Pensão
<b>IAPAS</b>	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>INAMPS</b>	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
<b>INPS</b>	Instituto nacional de Previdência Social
<b>IPCA</b>	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
<b>IPEA</b>	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
<b>ISEH</b>	International Society for Equity in Health
<b>JESP</b>	Juizado Especial
<b>LC</b>	Lei Complementar
<b>LDO</b>	Lei das Diretrizes Orçamentárias
<b>LOA</b>	Lei Orçamentária Anual
<b>MBH</b>	Município de Belo Horizonte
<b>MG</b>	Minas Gerais
<b>MPAS</b>	Ministério da Previdência e Assistência Social
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NOB</b>	Norma Operacional Básica do SUS
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana da Saúde
<b>PCDT</b>	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
<b>PEC</b>	Proposta de Emenda à Constituição
<b>PGM</b>	Procuradoria Geral do Município

<b>PIB</b>	Produto Interno Bruto
<b>PNAF</b>	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
<b>PNM</b>	Política Nacional de Medicamentos
<b>POF</b>	Pesquisa de orçamentos familiares
<b>PPA</b>	Plano Plurianual
<b>PPC</b>	Paridade do Poder de Compra
<b>RCL</b>	Receita Corrente Líquida
<b>RENAME</b>	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
<b>SES-MG</b>	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
<b>SINPAS</b>	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
<b>SIOPS</b>	Sistema de Informações sobre Orçamentos públicos em Saúde
<b>SMS</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>SPSS</b>	Statistical Package for the Social Sciences
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TJMG</b>	Tribunal de Justiça de Minas Gerais
<b>UFMG</b>	Universidade Federal de Minas Gerais
<b>WHO</b>	World Health Organization



## LISTA DE QUADROS, TABELAS E GRÁFICOS

<b>Quadro 01:</b> Principais atos legais no período 1970 até o final da década de 1980 .....	70
<b>Gráfico 01:</b> Percentual de processos judiciais por objeto cadastrados na PGM.....	95
<b>Gráfico 02:</b> Proporção financeira versus laboratório .....	96
<b>Gráfico 03:</b> Progressão do número de processos judiciais envolvendo demandas de saúde versus número de demais processos judiciais, conforme dados da PGM. ....	97
<b>Gráfico 04:</b> Perfil do polo passivo das demandas.....	98
<b>Gráfico 05:</b> Distribuição das ações judiciais de medicamento .....	98
<b>Histograma 01:</b> Prazo para o deferimento da liminar, em dias.....	100
<b>Histograma 02:</b> Período entre liminar e 1ª audiência, em dias .....	101
<b>Histograma 03:</b> Período entre início da ação e a 1ª audiência, em dias .....	101
<b>Tabela 01:</b> Resultado de pedido de antecipação de tutela.....	102
<b>Tabela 02:</b> Fundamento jurídico por resultado de antecipação de tutela .....	103
<b>Tabela 03:</b> Gasto público primário federal em saúde em % da RCL.....	114
<b>Tabela 04:</b> Gasto público primário federal em saúde em % do PIB.....	115
<b>Tabela 05:</b> Indicadores de gasto público com saúde de países da América Latina selecionados em 2014, em dólares internacionais (Paridade do Poder de Compra -PPC) .....	115
<b>Gráfico 06:</b> Simulação do impacto da ECnº95/2016 sobre o Gasto Federal do SUS caso vigorasse desde 2003, em % do PIB.....	116
<b>Gráfico 07:</b> Projeção do impacto da EC nº95/2016 sobre o gasto federal com saúde em comparação com a manutenção da regra da EC nº 86/2015. ....	117
<b>Tabela 06:</b> Projeção da população, por faixa etária .....	119
<b>Gráfico 08:</b> Proporção do gasto público e privado no custeio da saúde, em 2014.....	120





## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	15
2. OBJETIVOS .....	19
3. METODOLOGIA .....	21
4. A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....	25
4.1 O FUNDAMENTO LEGAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	34
4.2 ASPECTOS ORÇAMENTÁRIOS DO DIREITO À SAÚDE NO ORDENAMENTO CONSTITUCIONAL BRASILEIRO.....	38
5. OS PRINCÍPIOS DO SUS E A EQUIDADE .....	45
5.1 BREVES CONCEITOS DOS PRINCÍPIOS DO SUS .....	47
5.1.1. Dos princípios Doutrinários ou Finalísticos .....	48
5.1.1.1 Universalidade .....	48
5.1.1.2 Integralidade .....	49
5.1.1.3 Equidade.....	50
5.1.2 Dos princípios Estratégicos ou Organizativos .....	50
5.1.2.1 Descentralização e regionalização .....	50
5.1.2.2 Hierarquização.....	53
5.1.2.3 Participação Social.....	53
5.2 SOBRE A EQUIDADE.....	55
6. COMPREENSÃO SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS .....	59
6.1 O SURGIMENTO DA POLÍTICA PÚBLICA .....	59
6.2 O QUE É POLÍTICA PÚBLICA?.....	61
6.3 APLICAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.....	64
7. A POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTO, A POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E SUAS LÓGICAS ORGANIZATIVAS. ....	67
7.1 A ORIGEM.....	68
7.2 POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS .....	73
7.2.1 Adoção de Relação de Medicamentos Essenciais.....	75
7.2.2 Assistência Farmacêutica .....	76
7.2.3 Promoção do Uso Racional de Medicamentos .....	78
7.2.4 Organização das Atividades de Vigilância Sanitária de Medicamentos .....	79

7.3 POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	80
7.4 SOBRE O PACTO PELA SAÚDE.....	83
7.5 FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA .....	84
8 SOBRE A JUDICIALIZAÇÃO .....	93
8.1 RESULTADOS.....	95
8.2 DISCUSSÃO.....	104
9. SOBRE A EC Nº95/2016.....	113
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	121
11. LISTA DAS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	127
ANEXO .....	143



## 1. INTRODUÇÃO

O direito à saúde como direito social encontra-se positivado na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CR/88) a qual também consagrou o sistema de saúde brasileiro gratuito, o Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente, sob os princípios da universalidade, integralidade e equidade.

Sob a égide da integralidade, a assistência farmacêutica colocou-se como parte essencial da assistência à saúde, assim como o acesso para a atenção integral à saúde.

Com o aumento da expectativa de vida ao nascer e o conseqüente envelhecimento da população brasileira, novas demandas de saúde têm sido geradas requerendo, assim, a adaptação do sistema de saúde, especialmente, quanto às ações de prevenção, de promoção, de proteção e de recuperação da saúde. Esse cenário requer maior consumo de recursos e custo social, sobretudo na demanda de medicamentos destinados ao tratamento das doenças crônico-degenerativas.

Além disso, novas terapêuticas surgem como âncora para atender aos anseios de médicos, pacientes e gestores do sistema de saúde. Todos eles desejam dispor e oferecer os melhores recursos terapêuticos. No entanto, essas novas terapêuticas, com promessas extraordinárias e lançadas em velocidade e crescimento exponencial, algumas vezes, não apresentam o processo de desenvolvimento e de avaliação firmemente consolidado em relação ao custo-efetividade ou à segurança clínica.

No entanto, essas novas terapêuticas que, por meio de promessas extraordinárias, são lançadas em velocidade de crescimento exponencial, algumas vezes, não apresentam o processo de desenvolvimento e avaliação firmemente consolidado em relação ao custo-efetividade, ou em relação à segurança clínica.

Aliado a isso, a pressão mais forte que o Brasil tem enfrentado emana do Poder Judiciário por meio da chamada Judicialização da Saúde. Sob o argumento constitucional de que a “saúde é direito de todos e dever do Estado”, inúmeros pedidos ações, bens e serviços de saúde são judicialmente concedidos, sem a observância dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). De acordo com os dados da Gerência de Assistência Farmacêutica (GEAF), da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA), 87%

dessas demandas atendidas por ordem judicial referem-se a pedidos de medicamentos. Uma realidade que tem gerado debates e tensões entre usuários, operadores do direito e gestores do SUS.

As discussões sobre esse comportamento permeiam questões relacionadas à interferência do Poder Judiciário no Poder Executivo e à lesão ao princípio da equidade. No primeiro ponto, afirma-se que a não observância das políticas públicas instituídas tem extrapolado a função judiciária já que altera o planejamento, a alocação de recursos e os orçamentos destinados às ações inerentes ao sistema de saúde. Em relação à equidade, ressalta-se que, apesar do volume de serviços prestados pelo sistema de saúde, ainda há parcelas da população excluídas de algum tipo de atenção. Assim, a interferência do Judiciário tem reafirmado as desigualdades em saúde, já que garante o acesso indiscriminado de bens e serviços de saúde a alguns, em detrimento daqueles que não acessam o Judiciário, o que reforça o conflito entre a demanda infinita e os recursos limitados.

Torna-se, portanto, necessária a compreensão sobre os critérios de acesso aos medicamentos, a qual se constitui como o ponto focal da atenção à saúde. No contexto de recursos escassos, garantir, por via judicial, o acesso irrestrito a medicamentos, sejam eles não padronizados, experimentais, sem registro no Brasil, ou sem a suficiente comprovação científica de eficácia e de efetividade, exige escolhas dos governos, da sociedade e dos indivíduos que afetam os princípios caros ao SUS, quais sejam, a universalidade e a equidade. O desafio é garantir benefícios e, inevitavelmente, o melhor equilíbrio possível entre custos e garantias, de modo que de modo que o resultado do processo não prejudique a justiça e a igualdade de acesso.

O presente trabalho apresenta breves contribuições para as discussões que o circundam. Para tanto, a primeira parte deste apresenta o SUS considerando o seu processo histórico de construção, a garantia da saúde como direito constitucional e a implementação do referido sistema de saúde. Na sequência apresentam-se os princípios norteadores do sistema de saúde brasileiro, com destaque para a equidade, seguindo para uma breve revisão de literatura sobre o conceito de políticas públicas. O capítulo seguinte destina-se a conhecer a Política Nacional de Medicamento (PNM) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), desde seus antecedentes históricos. O penúltimo capítulo apresenta resultados e discussão de análise de processos judiciais, cuja causa de pedir seja medicamento, a fim de averiguar se as referidas políticas estão sendo observadas pelo

Poder Judiciário. E, por fim, apresenta-se uma breve análise sobre os impactos da Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016 que versa sobre o teto dos gastos públicos no orçamento da saúde e seus impactos no financiamento do SUS.



## **2. OBJETIVOS**

- a) Analisar e compreender a lógica organizativa da PNM e da PNAF como instrumento de política pautado na justiça distributiva no âmbito do SUS tendo como fio condutor seus processos históricos de construção.
- b) Compreender a lógica da organização e do funcionamento do SUS como política pública;
- c) Analisar a percepção do Poder Judiciário sobre o SUS e sua lógica organizativa, especialmente, em relação às políticas de medicamento nas ações judiciais em face do Município de Belo Horizonte/Minas Gerais (Brasil) e os impactos financeiros consequentes dessa compreensão;
- d) Analisar os impactos financeiros causados pela Emenda Constitucional nº 95/2016 para a saúde.





### 3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo documental, transversal, retrospectivo, quali quantitativo, exploratório e descritivo. Quanto à abordagem, é qualitativo, com interpretação, atribuição de significados e análise hipotético-indutiva (Serapioni, 2000). A construção das hipóteses se deu a partir de um conceito ou modelo de interpretação do objeto estudado (Gerhardt e Silveira, 2009).

Quanto aos procedimentos, o presente trabalho utilizou-se de pesquisa bibliográfica, documental e por meio do levantamento de amostra de processos judiciais. A pesquisa exploratória mostrou-se proveitosa, resultando na análise e na revisão da literatura de documentos, entre artigos científicos, manuais, legislação e documentos institucionais sobre a construção histórica do SUS e o seu fundamento constitucional, os princípios do SUS e as políticas públicas, em especial, na área do medicamento no Brasil, tendo o processo histórico como fio condutor do presente trabalho (Gerhardt e Silveira, 2009).

Além disso, tornou-se possível descrever as características do fenômeno da Judicialização da saúde. O resultado da análise desses documentos proporcionou maior familiaridade com o problema e auxiliou na construção dos capítulos conceituais.

Finalizados os capítulos conceituais, iniciou-se análise documental por meio do estudo transversal, retrospectivo, quantitativo e descritivo de processos judiciais cujo objeto fosse o fornecimento de medicamentos pelo Estado.

Foram analisados 187 processos judiciais em tramitação no Juizado Especial Cível (JESP) do Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG) cujo objeto sejam pedidos de medicamentos e propostos em face do Município de Belo Horizonte (MBH).

Nos termos do Art. 2º Lei nº 9.099/90, que dispõe sobre os Juizados Especiais Cíveis e Criminais, os processos judiciais que tramitaram nos JESP orientam-se pelos critérios da “oralidade, simplicidade, informalidade, economia processual e celeridade, buscando, sempre que possível, a conciliação ou a transação” e as causas não ultrapassam o valor equivalente a quarenta vezes o salário mínimo<sup>1</sup>. Destaca-se que, nos processos

---

<sup>1</sup> O valor do salário mínimo vigente em 2016 era de R\$880,00, conforme **Decreto 8.618, de 30.12.2015**. Em 2017, o salário mínimo é de R\$ 937,00, nos termos do Decreto 8.948, de 30.12.2016.

judiciais de competência do JESP, os autores de ações judiciais podem ser representados ou não por advogados, públicos ou privados, conforme dispõe o Art. 9º da mesma Lei.

A seleção da amostra se deu a partir das ações judiciais, sob tramitação nas varas de Fazenda Pública do JESP Cível, que passaram pela Câmara Técnica de Conciliação do TJMG no período de 01.07.2016 a 03.03.2017. A Câmara Técnica de Conciliação é o resultado do Termo de Cooperação Técnica, celebrado entre o TJMG e o MBH em 30.06.2016, que tem como objetivo o

(...) estabelecimento de bases de cooperação entre os partícipes, no âmbito de suas respectivas áreas de atuação, com vistas a proporcionar conciliação processual e pré-processual em situações de conflito envolvendo o Poder Público Municipal de Belo Horizonte, de reclamações relacionadas às questões de saúde pública (...)

O acesso aos processos se deu pelo Sistema CNJ PROJUDI que é um software mantido pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e utilizado na comarca de Belo Horizonte (BH), para o JESP e Vara de Registros Públicos, na tramitação de processos judiciais. O sistema substitui o papel por autos processuais digitais. Pelo sistema de busca do PROJUDI, é possível selecionar os critérios da pesquisa que atendem o objeto do presente estudo.

Foram levantadas as seguintes variáveis: valor da causa, faixa etária, sexo, fundamento do pedido, data de distribuição do processo, representante, juiz, data de apreciação da tutela antecipada, fundamento da decisão liminar, prazo para cumprimento da liminar, se há informação da Câmara Técnica de Conciliação, se o medicamento faz parte da política de medicamento, existência de alternativas terapêuticas no SUS e data de realização da primeira audiência.

Após o levantamento dos dados, planilhados em Excel, para o tratamento, utilizou-se o R Studio que é um software livre, de ambiente de desenvolvimento integrado para R, uma linguagem de programação para gráficos e cálculos estatísticos voltados para a realização de testes de frequência, de correlação e de hipóteses.

Apesar de os alunos da Universidade de Coimbra poderem contar com o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), ele não foi disponibilizado à estudante que realizou pesquisa no Brasil, a despeito da disponibilidade da IBM Brasil em fazê-lo, mediante o fornecimento do número de contrato, para a localização do instrumento ora celebrado entre essa Universidade e a IBM. Lamentavelmente, a Universidade de Coimbra

não forneceu o referido número de localização para a realização dos procedimentos via IBM Brasil que, prontamente, se dispôs em fazê-lo.

Tratados os dados, passou-se para a interpretação e análise qualitativa da amostra. A análise restringiu-se aos documentos processuais constantes desde a distribuição da ação até o deferimento da antecipação de tutela pelo Poder Judiciário para o fornecimento de medicamento pelo MBH. Tal análise objetivou verificar se o Poder Judiciário está a condicionar o fornecimento de medicamentos às políticas públicas.

Paralelamente ao levantamento dos dados das ações judiciais, buscaram-se informações sobre os impactos da Judicialização junto à GEAF/SMSA e à Gerência de Processamento, Documentação e Arquivo do Contencioso Geral (GEPCG) da Procuradoria Geral do Município (PGM). À PGM, nos termos do Art. 14A, II, da Lei Municipal nº 9.011/2005, compete “representar o Município em qualquer juízo ou tribunal, atuando nos feitos em que tenha interesse”.

E, por fim, para a análise da EC nº 95/2016, foram utilizadas as pesquisas bibliográfica e documental. Para consulta às informações sobre gastos da União, foram utilizados o Portal da Transparência e o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

O Portal da Transparência do Governo Federal, iniciativa da Controladoria-Geral da União (CGU), está disponível em <<http://www.portaldatransparencia.gov.br>> e permite ao cidadão o acompanhamento da aplicação dos recursos públicos, visando assegurar a boa e correta informação sobre a gestão pública. Tal iniciativa obedece a Lei 12.257/2011 que regula o acesso a informações, previsto no inciso do texto constitucional brasileiro, e determina a aplicação dessa conduta na União, Distrito Federal, estados e municípios. O portal da transparência do MBH está disponível em: <<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?app=acessoinformacao>>

O SIOPS, coordenado pela Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento, da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, está igualmente disponível pela internet, <<http://siops.datasus.gov.br/>>. Visa apurar as receitas totais e os gastos em ações e serviços públicos de saúde. Os dados disponíveis no sistema têm natureza declaratória e compatibilidade com a codificação de classificação de receitas e despesas, definidas pela Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda, e com as informações contábeis geradas e mantidas pelo Distrito Federal, estados e municípios.



#### **4. A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

A análise das políticas de saúde do Brasil se torna possível a partir da percepção da evolução político-social e econômica da sociedade brasileira que se norteou pelo capitalismo, especialmente, no nível internacional. Aliado a isso, não se pode esquecer que o setor saúde, historicamente, era lembrado quando do surgimento de demandas para solução de endemias ou epidemias que atingissem a área urbana e/ou que causassem impactos orçamentários. Ou seja, as políticas de saúde, tanto aquelas relacionadas ao financiamento quanto à solução de questões próprias de cuidados de saúde, não tomaram assento central na política brasileira durante grande parte da história brasileira.

Desde a chegada dos portugueses ao Brasil, passando pelo período colonial até o primeiro reinado, não havia um modelo estabelecido de atenção à saúde que fosse destinado aos habitantes. Os cuidados de saúde limitavam-se ao uso dos recursos naturais desenvolvidos por “curandeiros” locais. Aliado a isso, ressalta-se a quase inexistência de médicos e, por conseguinte, a propagação da figura do boticário (farmacêutico) que manipulava fórmulas e as prescrevia aos seus pacientes que configuravam a minoria da população (Nunes, 2000).

Em 1808, para atender as demandas da família real portuguesa, recém-chegada ao Brasil, viu-se a necessidade de alteração dessa dinâmica. A partir de então, iniciou-se uma estruturação sanitária mínima do Rio de Janeiro, onde se instalaria o poder e a capital do Império, com ações de controle portuário e delegação de atribuições sanitárias às juntas municipais. Nesse ano, Dom João VI fundou, na Bahia, o Colégio Médico - Cirúrgico, no Real Hospital Militar da Cidade de Salvador, e a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro, anexa ao real Hospital militar (Polignano, 2001).

A Saúde Pública limitava-se a intervenções pontuais e de caráter campanhista que se operacionalizavam no âmbito urbano das cidades, com comercialização e transporte de alimentos, assim como em portos marítimos. Tais medidas eram abandonadas tão logo fossem controlados os surtos presentes à época, apesar de a Constituição da República, datada de 1891, determinar aos estados a responsabilidade pelas ações de saúde, saneamento e educação. Somente a partir dos últimos anos do século XIX, iniciou-se a busca por conhecimento e ações de saúde pública, como a Diretoria Geral de Saúde

Pública e institutos específicos de pesquisa, em 1897, e o Instituto Soroterápico Federal, em 1900 (Scatena e Tanaka, 2001; Figueiredo Neto et. al, 2010)

Tais ações não foram capazes de alterar a realidade de ausência de modelo sanitário que, durante séculos, expunham as cidades brasileiras às doenças graves e às epidemias como, por exemplo, varíola, malária, febre amarela e peste. Esse cenário gerou prejuízos à sociedade, majoritariamente rural e de monocultura, já que os navios estrangeiros, sob o argumento de condições sanitárias desfavoráveis, negavam-se a atracar no porto do Rio de Janeiro (Fausto, 2009).

Em 1902 o então presidente da República, Rodrigues Alves, tinha como projeto o saneamento e a reurbanização do Rio de Janeiro para atender a oligarquia cafeeira que exigia do sistema de saúde uma política de saneamento destinada aos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação (Fausto, 2009).

Sob essa demanda, em 1903, Oswaldo Cruz assumiu a Diretoria Geral de Saúde Pública, alinhado ao plano de saneamento e reorganização urbana do Rio de Janeiro. De modo autoritário e baseado no cientificismo europeu, propôs ações de desinfecção, inclusive domiciliar, destruição de edificações consideradas nocivas à saúde pública, notificação permanente dos casos de febre amarela, varíola e peste bubônica e a atuação da polícia sanitária. Em nove meses, a reforma urbana derrubou cerca de 600 edifícios e casas para a construção da nova avenida central, obrigando a população mais pobre a se mudar para os morros e para a periferia. A chegada da vacina foi encarada como manobra do governo para retirar de vez a população pobre do centro da cidade (Finkelman, 2002).

Em relação à febre amarela, foi criado um verdadeiro exército de 1.500 (um mil e quinhentas) pessoas que passaram a exercer atividades de desinfecção no combate ao mosquito, vetor da febre-amarela. A falta de esclarecimentos e as arbitrariedades cometidas pelos “guardas-sanitários” causaram revolta na população. Paralelamente às ações de desinfecção e urbanização, Oswaldo Cruz criou uma seção demográfica, um laboratório bacteriológico, um serviço de engenharia sanitária e de profilaxia da febre-amarela, a Inspetoria de Isolamento e Desinfecção, e o Instituto Soroterápico Federal (Polignano, 2001).

Em 1904 Oswaldo Cruz liderou, no Congresso, a aprovação da Lei Federal nº 1.261, de 31 de outubro, que tornava obrigatória a vacinação contra varíola em todo o

território nacional, sob pena de que somente os indivíduos que comprovassem ser vacinados conseguiriam contratos de trabalho, matrículas em escolas, certidões de casamento, autorização para viagens etc (Brasil, 1904)

Apesar de ser uma relevante ação de política pública para a saúde, o desconhecimento da população sobre a vacina e os seus efeitos, aliado à insatisfação geral da população contra o governo, fez com que a obrigatoriedade de vacinação se convertesse no estopim para uma série de manifestações no Rio de Janeiro que culminou na chamada “Revolta da Vacina”. Este modelo de intervenção campanhista foi concebido dentro de uma visão militar em que os fins justificariam os meios, e no qual o uso da força e da autoridade eram considerados os instrumentos preferenciais de ação (Polignano, 2001).

Destaca-se que essas primeiras ações de políticas de saúde pública, oriundas do Estado, tinham um claro interesse econômico: viabilizar as exportações dos produtos brasileiros.

Carlos Chagas, que sucedeu Oswaldo Cruz no Departamento Nacional de Saúde, expandiu o projeto de urbanização e iniciou trabalhos de educação em saúde, afastando o antigo modelo campanhista, fiscal e policial até então adotado. Também criou órgãos especializados para o combate da tuberculose, da lepra e das doenças venéreas, além da Escola de Enfermagem Anna Nery (Peres, 2013).

No início dos anos vinte, começou-se a desenhar as primeiras linhas de um modelo de atenção à saúde, sob a influência do modelo previdenciário inglês e argentino, por meio do Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, a “Lei Eloy Chaves”. A norma instituiu a Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAP) para os ferroviários e propunha atender, conforme Art. 9º:

1o - socorros médicos em caso de doença em sua pessoa ou pessoa de sua família, que habite sob o mesmo teto e sob a mesma economia;

2o - medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração;

3o - aposentadoria;

4o – pensão para seus herdeiros em caso de morte

As CAPs, criadas para servidores públicos, organizavam-se de acordo com os princípios da seguridade social e eram administradas e financiadas por empresas e trabalhadores, semelhantemente a um seguro social. Nesse panorama, uma pequena parcela



de trabalhadores usufruiria de aposentadoria, pensão e assistência à saúde já que estava restrito à condição de segurado. Ao final de 1932, existiam 140 CAPs com quase 19.000 segurados ativos, 10.300 aposentados e, aproximadamente, 8.800 pensionistas. Entre as prestações oferecidas aos segurados das CAPs, constavam, além das de natureza previdenciária, a assistência médica e o fornecimento de medicamentos (Finkelman, 2002).

Sob a crítica de ser um sistema fragmentário, as CAPs foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) que agregavam conjuntos de trabalhadores por ofício, ou setor de atividade. Do mesmo modo, os cuidados com saúde, para o restante da população, se davam por meio de filantropia de instituições religiosas, aliados a algumas ações estatais diante de epidemias como, por exemplo, vacinação e/ou saneamento básico e em algumas doenças negligenciadas (doença mental, a hanseníase, a tuberculose e outras). (Carvalho, 2013)

Com a criação dos IAPs, passou-se a incluir em um mesmo instituto toda uma categoria profissional, não mais apenas empresas. O Estado passou a participar da sua administração, controle e financiamento. A partir daí, dá-se início à criação de um sistema público de previdência social, porém, ainda se mantinha o formato do vínculo contributivo formal do trabalhador para a garantia do benefício, caso não contribuísse, estaria excluído do sistema de proteção. Em decorrência desse sistema, estavam excluídos: os trabalhadores rurais, o profissional liberal e todo trabalhador que exercesse uma função não reconhecida pelo Estado. Dessa forma, a proteção previdenciária era um privilégio de poucos, ocasionando uma injustiça social em grande parte da população, podendo-se notar uma cidadania regulada e excludente, pois não garante a todos os mesmos direitos.

Havia a discriminação dos benefícios de acordo com a categoria profissional, fazendo com que algumas categorias, sobretudo as mais importantes para o processo agroexportador, tivessem mais benefícios que outras, pois as IAPs organizavam e ofereciam aos seus contribuintes um número maior de benefícios, como um padrão melhor de assistência médica e hospitalar (Cabral, 2016: s/p).

Destaca-se que o sistema de caixas de contribuição, desenhado por Eloy Chaves, institucionalizou um sistema que tinha como característica ser excludente, sob a dicotomia saúde pública e previdência social. Estavam excluídos de usufruir dos serviços oferecidos pelas caixas e pelos institutos previdenciários os pobres, os desempregados e os que exerciam atividades informais. Ou seja, estava posta uma saúde pública voltada para ações coletivas, com vistas a garantir a satisfação de interesses econômicos e a previdência social, baseada no modelo médico privatista. Sobre isso, Candau & Braga (1948:21) apud Lima et. al (2005:42) descrevem a realidade da assistência à saúde:

No Brasil, especialmente nos últimos anos, observou-se, sob o controle do governo, o desenvolvimento de um extenso programa de assistência médico-

social compulsório para as classes assalariadas, programa esse que, apesar de vir atender a uma razoável parte de nossa população, não pode ainda cogitar da grande massa constituída pelos habitantes da zona rural, os quais, por não trabalharem em regime regular de emprego, não sendo, portanto, obrigados a contribuir para as organizações de seguro médico-social, veem-se, em sua maioria, totalmente desprovidos de qualquer tipo de assistência médico-sanitária, a não ser aqui e ali e, assim mesmo, muito mal, aquela que é prestada pelos serviços oficiais de saúde e pelas instituições de caridade.

A partir dos anos trinta do século XX, iniciou-se o período chamado de “Estado Novo”, a “Era Vargas”, que teve como característica principal o populismo, por absorver e responder reivindicações trabalhistas, criando o Ministério do Trabalho e dos Institutos de Trabalhadores. Nesse período, o Brasil foi marcado pela aceleração do ritmo industrial, aguçamento do fluxo migratório para as cidades, intensa inflação e piora das condições de vida que contribuíram para o aumento das demandas de saúde e de assistência médica (Fausto, 2009).

O projeto de saúde pública varguista delineou uma política nacional de saúde através da criação de estruturas como o Ministério da Educação e Saúde. No entanto, tal política permaneceu curativa, campanhista, restrita aos segmentos dos trabalhadores e com programas de Saúde Pública de condições sanitárias mínimas. O ministro Gustavo Capanema conduziu a passos lentos, “a constituição de um sistema centralizado na área de saúde, em meio a mudanças de gestão e conflitos que envolviam as oligarquias regionais e a União.” (Fonseca, 2007)

Nesse período, iniciaram-se as conferências de saúde, restrita aos técnicos do governo, e as conferências sanitárias Pan-Americanas que colocaram em pauta os projetos de construção nacional e a visão de higiene social defendida pelas primeiras gerações de sanitaristas brasileiros (Fonseca, 2007).

No governo de Juscelino Kubitschek (1956-1960), sob a coligação Nacional-Desenvolvimentista<sup>2</sup> e em resposta às demandas consequentes da abertura para o capital estrangeiro, surge uma nova configuração da prestação privada de serviços de saúde, sob o escudo das políticas neoliberais, no âmbito do setor da saúde (Braga e Paula, 1981).

Em 1963, no governo de João Goulart (1961-1964), foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde que objetivou oferecer orientações sobre as políticas de saúde e coroava

---

<sup>2</sup> No plano político, ocorria um acirrado embate entre os "Nacionalistas", que reprovavam/ atacavam o capital estrangeiro, e os "Desenvolvimentistas", que defendiam a expansão industrial, mesmo que com o capital estrangeiro (Fausto, 2009).

vários estudos para a criação de um sistema de saúde para todos, descentralizado. (Carvalho, 2013).

No período do governo militar (1964-1985), as políticas de saúde consolidaram-se na privatização dos serviços médicos, especialmente por meio da aquisição de serviços pela Previdência, além de terem excluído a participação dos representantes dos empregados e empregadores no desenvolvimento dos programas de saúde. Como consequência, o cenário epidemiológico mostrava a coexistência de doenças infectocontagiosas e doenças crônico-degenerativas, além da migração para as cidades de doenças rurais, como a doença de Chagas, esquistossomose e malária. Aliado a isso, em 1967, criou-se o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) que unificou todos os IAP's, concentrou os recursos financeiros e ampliou a compra de serviços da rede privada. Tal configuração possibilitou fraudes e culminou em déficit orçamentário. Anos mais tarde, em 1974, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social que centralizou e potencializou o modelo clínico assistencial e curativista, sob a justificativa da relevância política e financeira que o antigo INPS tinha no cenário da época (Braga e Paula, 1981).

Em 1975, foi criado o Sistema Nacional de Saúde, como resultado da V Conferência Nacional de Saúde, que legitimava e institucionalizava a pluralidade institucional na saúde, destinando à Previdência Social à assistência individual e curativa, enquanto que os cuidados preventivos e de alcance coletivo ficaram sob a responsabilidade do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (Paiva e Teixeira, 2014).

Entre os anos de 1974 e 1979, realizaram-se várias experiências institucionais na tentativa de se praticar as diretrizes da Reforma sanitária, como a descentralização, a participação e a organização. Na tentativa de reorganizar a saúde, em 1977, foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), que fragmentou os poderes e dividiu para diversos organismos as diferentes tarefas da Previdência: a) o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS) que gerenciaria o Fundo de Previdência de Assistência Social; b) o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que seria responsável pela concessão de benefícios, ou outras prestações em dinheiro, além de programas assistenciais; c) o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) que seria competente pela prestação de assistência médica individual aos trabalhadores urbanos e rurais; d) a Fundação Legião Brasileira de Assistência que estaria destinada à assistência social à população carente; d) a

Central de Medicamentos (CEME); e) a Fundação Nacional do Bem Estar do Menor e outras (Paiva e Teixeira, 2014)

No início dos anos da década de 1980, a proposta do Movimento Sanitário<sup>3</sup> apresentava-se como oposição às políticas de saúde implantadas e como uma alternativa concreta para a reformulação do sistema de políticas que privilegiavam a atenção privatizante em detrimento das ações do setor público.

A Reforma Sanitária Brasileira foi proposta num momento de intensas mudanças e sempre pretendeu ser mais do que apenas uma reforma setorial. Almejava-se, desde seus primórdios, que pudesse servir à democracia e à consolidação da cidadania no País. A realidade social, na década de oitenta, era de exclusão da maior parte dos cidadãos do direito à saúde, que se constituía na assistência prestada pelo Instituto Nacional de Previdência Social, restrita aos trabalhadores que para ele contribuía, prevalecendo a lógica contra prestacional e da cidadania regulada. (Matta, 2007: 82)

Nessa conjuntura de crise financeira no setor da saúde, na seguridade social, no modelo privatizante e na exclusão da participação dos trabalhadores e técnicos nas decisões das políticas de saúde, surgiu o Movimento Sanitário nas universidades do Brasil, espaços nos quais era possível a contestação às práticas do governo militar, por intelectuais e profissionais do Movimento Sanitário que impulsionava à realização da VIII Conferência Nacional do Saúde (Teixeira, 1989).

O movimento sanitário que remonta aos primeiros anos da Ditadura Militar, difundia um novo paradigma científico com a introdução das disciplinas sociais na análise do processo saúde-doença. Através delas, o método histórico-estrutural passou a ser utilizado no campo da saúde, buscando compreender processos como a "determinação social da doença" e a "organização social da prática médica" (Bertolozzi e Grecco, 1996:390)

O movimento pela Reforma Sanitária nasceu sob influência das teorias das ciências sociais, especialmente, a marxista (que considera que a doença está socialmente determinada), no contexto de luta contra a “ditadura” do governo militar. Preconizava a

---

<sup>3</sup> “O termo ‘Reforma Sanitária’ foi usado, pela primeira vez, no país, em função da reforma sanitária italiana. A expressão ficou esquecida por um tempo até ser recuperada nos debates prévios à 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, introduzindo uma nova ideia na qual o resultado final era entendido como a melhoria das condições de vida da população.(...) Surgiram, também, outras denominações, como "movimento pela reforma sanitária" e "movimento da reforma sanitária". (Arouca, 1998)

necessidade de se modificar a “forma de olhar, pensar e refletir o setor da saúde” que, à época, era centralizado na discussão da transmissão das doenças<sup>4</sup> (Arouca, s/d)

Em 1986, o Ministério da Saúde, sob o governo civil, convocou a VIII Conferência Nacional da Saúde que contou, pela primeira vez, com a participação da sociedade civil e, no processo preparatório, envolveu profissionais da saúde, intelectuais, usuários e membros de partidos políticos e sindicatos (Conselho Nacional de Saúde, 1986).

Esta conferência foi um marco histórico da política da saúde brasileira, pois, pela primeira vez, contava-se com a participação da comunidade e dos técnicos na discussão de uma política setorial. A conferência contou com a participação de mais de quatro mil pessoas nos debates, evidenciando-se que as modificações no setor da saúde ultrapassavam os limites de uma reforma administrativa e financeira. (Conselho Nacional de Saúde, 1986)

Na VIII Conferência Nacional de Saúde, foi proposta a criação do SUS que teria como diretrizes: a universalidade, a integralidade das ações e a participação social, além de ampliar o conceito de saúde, colocando-o como um direito dos cidadãos e um dever do Estado, refletindo, assim, o pensamento e a luta do movimento sanitário.

Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir, na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado. (Arouca, 1998)

A VIII Conferência manifestou a necessidade de uma reforma mais profunda, com a aplicação do conceito de saúde e sua correspondente ação institucional. Foi aprovada, por unanimidade, a diretriz da universalização da saúde e do controle social efetivo, de acordo com as práticas de saúde estabelecidas, permanecendo as propostas de fortalecimento do setor público avalizando o direito à saúde integral.

Diferente das edições anteriores, a VIII Conferência discutiu sobre Direito à Saúde, Sistema de Saúde e Financiamento e definiu um Programa para a Reforma Sanitária.

---

4 “No Brasil, duas teses são consideradas um marco divisor de águas que dá início à teoria social da medicina: o dilema preventivista, de Sergio Arouca, e Medicina e sociedade, de Cecília Donnangelo, ambas de 1975. A partir daí, pode-se dizer que foi fundada uma teoria médico-social para análise de como as coisas se processam no campo da saúde no país. Essa nova abordagem se torna conhecimento relevante, reconhecido academicamente, difundido e propagado” (Fiocruz, s/d)

O reconhecimento da saúde como direito inerente à cidadania, o consequente dever do Estado na promoção desse direito, a instituição de um sistema único de saúde, tendo como princípios a universalidade e integralidade da atenção, a descentralização, com comando único em cada esfera de governo, como forma de organização e a participação popular como instrumento de controle social, foram teses defendidas na VIII CNS e CNRS que se incorporam ao novo texto constitucional. (Finkelman, 2002:248)

Foram muitos os avanços trazidos, no entanto, permaneceram indefinidos os temas: financiamento do setor da saúde, política de medicamentos, ações no âmbito da saúde do trabalhador e o modelo assistencial centrado na assistência médica individual, ou seja, na figura do médico (Escorel, 1999)

O Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde, instrumento de expressão social, serviu de base para o acirrado debate da constituinte, no que tangia ao setor saúde. Tal processo descortinou as resistências por parte dos prestadores de serviços de saúde privado e da medicina autônoma, assim como os conflitos de interesses entre os reformistas da previdência social (Escorel, 1999)

No Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde consta:

- Saúde como Direito - em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, que podem gerar desigualdades nos níveis de vida.

- Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.

No primeiro dia do mês de fevereiro de 1987, iniciaram-se os trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte para elaboração de uma nova constituição sob “o anseio de que ela não só fixasse os direitos dos cidadãos e as instituições básicas do país como resolvesse muitos problemas fora de seu alcance” (Fausto, 2009).

Após um longo período de discussão e embates, em 05 de outubro de 1988, foi promulgada Constituição da República Federativa do Brasil, também conhecida como “Constituição Cidadã”. Essa recém promulgada Lei Maior do Estado brasileiro foi um marco fundamental para redefinição das prioridades da política do Estado na área da saúde pública. Todo esse processo posicionou o SUS como a maior política de inclusão social implantada sob o regime democrático no Brasil e permitiu dizer que o fundamento legal do SUS é a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

## 4.1 O fundamento legal do Sistema Único de Saúde (SUS)

O SUS nasceu na CR/88, como consequência de um longo processo de articulação do Movimento Sanitarista que buscava o reconhecimento dos direitos sociais e universais das ações e serviços de saúde no Brasil. Sem dúvidas, o SUS representa um marco histórico das políticas de saúde, já que a atenção à saúde passou a ser assegurada, legalmente, como direito fundamental, cabendo ao Estado a obrigação de provê-la aos pouco mais de 140 (cento e quarenta) milhões brasileiros e estrangeiros que vivessem no Brasil, à época.

O direito à saúde, no Brasil, encontra-se no Capítulo II, “Dos direitos sociais” do Título II da Carta Magna, especificamente, no artigo 6º da CR/88:

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

E, sob o prisma de direito social e composição progressiva, o direito à saúde depende de políticas do Poder Executivo e Legislativo, conforme positivado no Art. 196 da CR/88.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido **mediante políticas sociais e econômicas** que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (destaque nosso)

Na Seção II, Capítulo II, Título VII do ordenamento constitucional, os Art. 196 a 200 estabelecem a complexa e abrangente estrutura política para o sistema de saúde brasileiro.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

I - no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento)

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

I - os percentuais de que tratam os incisos II e III do § 2º;

II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;

IV - (revogado).

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação.

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico, o piso salarial profissional nacional, as diretrizes para os Planos de Carreira e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, competindo à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial.

§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício.



Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Os Arts. 197 e 198 estabelecem o SUS e a necessidade de sua regulamentação por meio de lei. Ao longo de 1989, as negociações se concentraram em torno da lei que daria bases operacionais para o SUS. Nesse ano, o Brasil vivia uma conjuntura de convocação das primeiras eleições diretas para Presidência da República, desde o fim do governo militar. Em 1990, tomou posse o presidente eleito Fernando Collor de Melo, em um cenário de crise econômica avassaladora

Na realidade, o que se coloca para o país, no final dos anos 80 e anos 90, é o embate de duas correntes sobre o Estado: a concepção neoliberal que advoga o Estado mínimo e o mercado como principal agente regulador da ordem econômica e de outro, a concepção da necessidade da presença de um Estado democrático forte, demandado pelas políticas de ajuste estrutural e pelas desigualdades sociais. (Cohn, 1995 apud Bertolozzi, 1996:394).

A Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, após amplo processo de mobilização, foi finalmente promulgada, mediante importantes alterações decorrentes de vetos presidencial:

Dos 9 vetos de Collor à Lei 8.080, os mais importantes foram: o que instituía as conferências e os conselhos de saúde como instâncias colegiadas e representativas para formular e propor estratégias, além de exercer controle sobre a execução das políticas de saúde; a não extinção dos escritórios regionais do INAMPS; a transferência da verba direta para os Estados e Municípios; a obrigatoriedade de planos de carreiras, de cargos e salários para o SUS em cada esfera de governo e a fixação de pisos nacionais de salário. (Bertolozzi, 1996: 393)

Perante imensas pressões e negociações, os vetos foram parcialmente restaurados, por meio da promulgação da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1991, que dispunha sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Destaca-se que esta lei não tocou na questão da carreira, mantendo o SUS com uma série de vínculos empregatícios diferenciados nos serviços de saúde.

Verifica-se, portanto, a existência de um percurso tenso para o avanço da implementação do SUS como, por exemplo, o adiamento, pelo governo, da convocação da IX Conferência Nacional da Saúde.

A IX Conferência Nacional de Saúde foi viabilizada somente em agosto de 1992, tendo sido considerada, por muitos, como um processo de maior caráter mobilizatório que o anterior, na medida em que contou com a participação de mais de 5 mil pessoas. Os temas discutidos foram: Sociedade, Governo e Saúde, Seguridade Social, Implementação do SUS e Controle Social. O seu relatório final reiterou as proposições da VIII Conferência e, na realidade, tornou evidente a palavra de ordem: "Cumpra-se a Lei", exigindo a operacionalização da VIII Conferência, no que toca à implementação do Sistema Único de Saúde. (Bertolozzi, 1996: 393)

Em resumo: face aos inúmeros avanços e retrocessos, a saúde pública no Brasil é fruto de luta, esforço e dedicação de representantes da sociedade que dispuseram tempo, energia e recursos materiais no processo de construção do SUS que se quer universal, igualitário e com a participação da sociedade civil.

Não se pretende, no presente trabalho, analisar a construção e os aspectos gerais sobre o direito à saúde como direito social, mas tecer breves comentários sob aspectos orçamentários do direito à saúde no ordenamento constitucional brasileiro.

#### **4.2 Aspectos orçamentários do direito à saúde no ordenamento constitucional brasileiro**

O Século XX foi marcado pelo veloz crescimento do “saber médico-sanitário” e pelas inovações tecnológicas que aumentaram os custos dos serviços de saúde e forçaram a participação do Estado no financiamento e na provisão de cuidados médicos. Como resposta, o Estado de Bem-Estar (Welfare State) caracterizado, principalmente, pela cobertura universal de serviços sociais básicos (educação fundamental, previdência, assistência social e saúde) vincula-se à proteção social e, em alguns países, à desmercantilização desses direitos e à universalização de políticas públicas. Nesse panorama de proteção social pelo Estado, apresenta-se a realidade da escassez que é, por definição, uma característica inerente aos recursos, em qualquer campo da atividade humana, já que jamais haverá suficiência na oferta de recursos para a satisfação integral das crescentes e ilimitadas aspirações do homem. Assim, posto está o conflito entre financiamento, recursos escassos e crescente demanda. (Brasil, 2011a)

Como alternativas de solução desse conflito, apresentaram-se diversos modelos de financiamento: o modelo de Beveridge, baseado no financiamento fiscal, na universalidade de acesso e na gratuidade da atenção em todos os níveis de complexidade. O modelo de Bismarck, fundado no seguro social, na estrutura corporativa e no acesso condicionado pela situação de emprego. E, por fim, o modelo de mercado, organizado a partir da capacidade de compra de seguro-saúde pelos indivíduos e empresas, sendo o acesso dependente da capacidade de consumo do indivíduo<sup>5</sup> (Costa et. al, 2000).

Os modelos organizacionais de Beveridge e Bismarck exigiram, para o seu desenvolvimento, uma forte intervenção do Estado na definição da cesta de serviços e na negociação das condições do trabalho médico. (...) A solução de

---

<sup>5</sup> “Um quarto modelo, praticamente extinto, desde o esfacelamento da União Soviética(...). No seu apogeu, cobriu os países socialistas do leste europeu, chegando a Cuba, no início dos anos 1960. Sua identidade com o modelo anglo-saxão está na universalidade do acesso e no financiamento estatal, mas com uma característica específica: ausência do setor privado, sendo a provisão exclusivamente estatal, pelo menos até seu apogeu.” (Brasil, 2011:30).

mercado, que é aplicada de modo específico nos EUA, apresentou, até os anos 1980, um desenvolvimento residual da ação do Estado na organização da oferta e na regulação do trabalho médico. (Costa et. al., 2000:212).

A CR/88 assegurou a todo cidadão o direito aos serviços públicos de saúde e à assistência social e instituiu o financiamento do SUS e da Seguridade Social, baseado no modelo de Beveridge. O Art.194 estabelece as diretrizes do sistema de seguridade social, como também inclui o sistema público de saúde nessa seguridade:

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Parágrafo único. Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

I - universalidade da cobertura e do atendimento;

II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;

III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;

IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;

V - equidade na forma de participação no custeio;

VI - diversidade da base de financiamento;

VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.

Nos termos dos artigos 195 e 198 da CR/88, o financiamento do SUS é responsabilidade comum da União, do Distrito Federal, dos estados e dos municípios.

O processo de busca de fontes de financiamento e as inúmeras crises também fizeram parte do processo de construção do SUS. A vinculação de recursos para o SUS já constava da proposta da Comissão Nacional da Reforma Sanitária e pretendia vincular à saúde recursos equivalentes a 10% do PIB. No entanto, tal vinculação só ocorreu 12 anos mais tarde, com a Emenda Constitucional n. 29 (EC n. 29/2000), de 13 de setembro de 2000, que estabeleceu a vinculação das receitas da União, dos estados, dos municípios e do Distrito Federal (Vianna, 2005).

A EC n. 29/2000 estabeleceu a base de cálculo e os percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, o Distrito Federal, os estados e os municípios tornaram-se obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde. Mas a efetividade

dessa emenda exigia a regulamentação, por Lei Complementar (LC), nos termos do parágrafo terceiro que previa a reavaliação dos percentuais mínimos, pelo menos a cada cinco anos, desde a data de promulgação da Emenda. Após mais doze anos, em 2012, a LC n. 141/2012 manteve a mesma regra da EC n. 29/2000 e não adicionou mais recursos.

A LC n. 141 regulamentou o Art. 198 da CR/88 e definiu: a) valor mínimo e normas de cálculo da quantia mínima a ser aplicada, anualmente, pela União; b) percentuais mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados, anualmente, pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios; c) critérios de rateio dos recursos da União (destinados aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios) e dos estados (destinados aos seus respectivos municípios para redução progressiva de desigualdades regionais); d) normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas nas esferas federal, estadual, distrital e municipal.

Após a publicação da LC nº 141/2012, o Ministério da Saúde, responsável pela direção nacional do Sistema Único de Saúde, passou a ser o responsável por monitorar e avaliar a aplicação dos recursos mínimos no SUS, com vistas ao cumprimento à determinação constitucional.

Em 16.10.2012, foi publicado o Decreto n. 7.827 que regulamentou a LC n. 141/2012 e estabeleceu os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências constitucionais, além dos procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde dos quais trata a LC n. 141/2012.

Em 2015, a EC n. 86 alterou o inciso I, do §2º, do Art. 198 da CR/88, referente ao valor mínimo e às normas de cálculo da quantia mínima a ser aplicada, anualmente, pela União e definiu o cumprimento progressivo, em cinco anos, a partir de 2016. Além disso, revogou o inciso IV do §3º do mesmo artigo que previa a possibilidade de o percentual mínimo da União ser reavaliado, por Lei Complementar, pelo menos a cada cinco anos, e determinou a inclusão, para fins de cumprimento do montante mínimo aplicado pela União, dos recursos destinados para a área de saúde, oriundos da exploração de petróleo e do gás natural e das emendas individuais.

Diante desse cenário de alterações legislativas, atualmente, o financiamento do SUS alterou-se. A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor da Receita Corrente Líquida (RCL) do respectivo

exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15%, mas que será cumprido, progressivamente, garantindo, no mínimo: a) 13,2% da RCL, no primeiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação da EC n.86/2015; b) 13,7% da RCL, no segundo exercício financeiro; c) 14,1% da RCL, no terceiro exercício financeiro; d) 14,5% da RCL da receita corrente líquida, no quarto exercício financeiro; e) 15% da RCL, no quinto exercício financeiro subsequente ao da promulgação da EC n.86/2015.

Sobre os estados, Distrito Federal e municípios, a EC n. 86/2015 estabeleceu:

Art. 5o A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.

§ 1o (VETADO).

§ 2o Em caso de variação negativa do PIB, o valor de que trata o caput não poderá ser reduzido, em termos nominais, de um exercício financeiro para o outro.

Art. 6o Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

Art. 7o Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal.

Art. 8o O Distrito Federal aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) do produto da arrecadação direta dos impostos que não possam ser segregados em base estadual e em base municipal.

Art. 9o Está compreendida na base de cálculo dos percentuais dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios qualquer compensação financeira proveniente de impostos e transferências constitucionais previstos no § 2º do art. 198 da Constituição Federal, já instituída ou que vier a ser criada, bem como a dívida ativa, a multa e os juros de mora decorrentes dos impostos cobrados diretamente, ou por meio de processo administrativo, ou judicial.

O desrespeito à determinação constitucional e legal permite à União decretar intervenção nos estados e Distrito Federal, assim como a intervenção dos estados nos seus respectivos municípios. Tal intervenção é uma exceção, autorizada pela CR/88, para assegurar a aplicação do mínimo exigido nas ações e serviços públicos de saúde. E, ainda,

a Lei de Responsabilidade Fiscal configura crime de responsabilidade a retenção dos recursos mínimos.

Além disso, a Lei Complementar nº 141/2012 prevê a responsabilização do agente público:

Art. 27. Quando os órgãos de controle interno do ente beneficiário, do ente transferidor ou o Ministério da Saúde detectarem que os recursos previstos no inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal estão sendo utilizados em ações e serviços diversos dos previstos no art. 3º desta Lei Complementar, ou em objeto de saúde diverso do originalmente pactuado, darão ciência ao Tribunal de Contas e ao Ministério Público competentes, de acordo com a origem do recurso, com vistas:

I – à adoção das providências legais, no sentido de determinar a imediata devolução dos referidos recursos ao Fundo de Saúde do ente da Federação beneficiário, devidamente atualizados por índice oficial adotado pelo ente transferidor, visando ao cumprimento do objetivo do repasse;

II – à responsabilização nas esferas competentes.

No Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, que detalha a aplicação da Lei Complementar nº 141/2012, ficou estipulado que o descumprimento dos percentuais mínimos a serem aplicados em Saúde deve ser comunicado:

I – ao órgão de auditoria do SUS;

II – à direção local do SUS;

III – ao responsável pela administração orçamentária e financeira do ente federativo;

IV – aos órgãos de controle interno e externo do ente federativo;

V – ao Conselho de Saúde; e

VI – ao Ministério Público.

O descumprimento também autoriza, como sanção, a retenção de parcelas dos fundos de participação. Para tanto, o Ministério da Saúde comunica o fato à Secretaria do Tesouro Nacional, para efetivação do bloqueio. O objetivo das sanções é assegurar a aplicação regular dos recursos em ações e serviços públicos, conforme a prioridade dispensada à saúde pela CR/88.

Em 2016, foi aprovada, no Congresso Nacional, a EC nº 95 que estabelece limites para gastos, entre eles, aqueles com a saúde pública, aplicando, na prática, um montante

inferior aos 15% constitucionalmente determinados. Sobre tal tema, está destinado um capítulo mais adiante.





## 5. OS PRINCÍPIOS DO SUS E A EQUIDADE

O sistema de saúde brasileiro é regulado pela Lei nº 8.080/90, também conhecida como Lei Orgânica do SUS, e pela Lei nº 8.142/91. Apesar disso, ressalta-se que a legislação do SUS não se limita a essas leis, que são normas reguladoras e orientam a edição dos diversos atos normativos que fazem parte do arcabouço jurídico do sistema de saúde brasileiro. O SUS é considerado um dos maiores do mundo<sup>6</sup> com cobertura em todo o território nacional, conforme a Lei nº 8.080/90:

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

No art. 4º da referida Lei, o Sistema é formado pelo “conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas e federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público”.

O SUS afasta o entendimento de que saúde é "o Estado de não-doença" e concretiza a nova concepção de saúde, trazida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no Brasil, centrada na prevenção dos agravos e na promoção da saúde. A partir de então, a saúde passa a ser relacionada com a qualidade de vida que engloba a alimentação, o trabalho, o nível de renda, a educação, o meio ambiente, o saneamento básico, a vigilância sanitária e farmacológica, a moradia, o lazer, etc. Ou seja, os indicadores de saúde passam pelo bem-estar social da população.

No capítulo anterior, viu-se que o SUS é fruto de luta e conquistas sociais, especialmente do Movimento Sanitarista, em meio ao processo de redemocratização do Brasil. Consagrado na CR/88, pode-se dizer que o SUS é uma Política de Estado que se aproxima dos princípios do chamado Estado de Bem-Estar-social (Welfare State), contrapondo-se à perspectiva liberal e neoliberal que defendem a redução do papel do Estado. É, portanto, necessário compreender o significado, nesse contexto, da relação

---

<sup>6</sup> Cf. Souza, Renilson R. (2002) “O Sistema Público de Saúde Brasileiro”. Seminário Internacional: Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo, Brasil 11-14 de maio de 2002. Brasília: Ministério da Saúde [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf)

Estado, público e privado, em uma sociedade capitalista e periférica, como a brasileira (Teixeira, 2011).

A sociedade fez opção por um sistema de saúde característico de um Estado de bem-estar e substituiu o sistema excludente e desigual, anterior à CR/88. Esta última reconheceu e ofereceu status constitucional a princípios, pensamentos e valores defendidos pelo Movimento da Reforma Sanitária. As ações e os serviços de saúde, direcionados para a democratização, deixaram de ser restritos e passaram a ser universais, deixaram de ser centralizados e passaram a nortear-se pela descentralização. (Barros e Sousa, 2016)

(...) é, por definição constitucional, um sistema público de saúde, nacional e de caráter universal, baseado na concepção de saúde como direito de cidadania, na noção de unicidade e, ao mesmo tempo, nas diretrizes organizativas de: descentralização, com comando único em cada esfera de governo; integralidade do atendimento; e participação da comunidade. (Souza, 2002:35).

Conforme o Art. 198 da CR/88 e o Art. 7º da Lei nº 8.080/90, o SUS tem como princípios básicos a universalidade, a gratuidade, a integralidade, a igualdade. Como estratégias organizativas, destaca-se a descentralização, o comando único em cada esfera de governo e a participação social (Paim e Noronha, 2008).

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. (Redação dada pela Lei nº 13.427, de 2017)

Em suma, o SUS foi criado universal, integral, igualitário e gratuito. Um sistema público desenhado para o atendimento de todo ser humano, em território nacional, de forma não discriminatória e equitativa. Em formato de rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços, é constituído pela União, Distrito Federal, estados e municípios. (Aith et. al, 2014).

## **5.1 Breves conceitos dos princípios do SUS**

A doutrina divide os princípios do SUS em doutrinários ou finalísticos que são aqueles que se pretendem alcançar, ou seja, referem-se à natureza do sistema: a Universalidade, a Equidade e a Integralidade da atenção à saúde. E os princípios estratégicos, ou organizativos, que dizem respeito à natureza do sistema que se pretende conformar. Eles direcionam as diretrizes políticas, organizativas e operacionais: Descentralização, Regionalização, Hierarquização e Participação social.

## **5.1.1.Dos princípios Doutrinários ou Finalísticos**

### **5.1.1.1 Universalidade**

A universalidade, uma das bandeiras mais fortes, alterou a realidade de exclusão do sistema até então vigente. A CR/88 eliminou qualquer tipo de impedimento jurídico de acesso, quando extirpou a limitação do acesso a bens e serviços de saúde aos trabalhadores formais.

Sexo, raça, idade, religião, renda ou conduta social não são limitadores de acesso ao Sistema, enfim, todo ser humano, em território de brasileiro, independente de ser nacional ou estrangeiro, habitante ou visitante, trabalhador ou não, tem o seu acesso ao SUS, garantido em todos os níveis de assistência. Sob essa perspectiva, a CR/88 assegura, mais uma vez, o direito à saúde como direito fundamental e intrínseco ao ser humano.

O passo mais fundamental que um país pode dar para fomentar a equidade em saúde é promover a cobertura universal: acesso universal a todo um leque de serviços de saúde necessários, pessoais ou não- pessoais, com proteção social da saúde (WHO, 2008)

A universalização dos serviços de saúde impõe ao Estado o desafio de ofertar serviços e ações nessa área a todos que deles necessitem, desde aquelas ações preventivas e de promoção até aquelas de redução de agravos (Brasil, 2000).

Além disso, é preciso entender que tal princípio não se limita à ideia de acesso a toda a população, mas é também instrumento de eliminação de barreiras jurídicas, econômicas, culturais e sociais para a sua materialização.

De acordo com Teixeira (2011), do ponto de vista econômico, tal princípio desafiou o Estado a garantir o acesso de toda população, quer sejam os municípios em que habitam ricos ou pobres, urbanos ou rurais, periféricos ou centralizados, pequenos ou grandes. Para tanto, é imprescindível investimento e ampliação da infraestrutura de saúde, de norte a sul, e de leste a oeste do país. Já em relação aos aspectos sócio-culturais<sup>7</sup>, esse

---

<sup>7</sup> “A transposição dessa barreira cultural e comunicativa entre os usuários e o sistema de saúde é, certamente, um dos maiores desafios a serem enfrentados na perspectiva da universalização do acesso, não só aos serviços (do ponto de vista territorial), senão que à informação necessária para o envolvimento das pessoas dos diversos grupos populacionais no processo de promoção e recuperação da saúde individual e coletiva. Também, nessa linha, vem sendo desenvolvidos esforços variados, que vão desde o desenvolvimento de

princípio impôs ao Estado a adequada comunicação em saúde, especialmente, entre profissionais e pacientes, dadas as disparidades inerentes a um país continental como o Brasil. A universalidade, portanto, refere-se ao processo de extensão de cobertura dos serviços.

### **5.1.1.2 Integralidade**

Pode-se afirmar que a integralidade proposta pelo SUS refere-se ao modelo de atenção. Tal princípio considera o conjunto de ações para a promoção, prevenção de riscos e agravos, assistência e recuperação da saúde, seja por ações para a detecção precoce de doenças, diagnóstico, seja para o tratamento ou reabilitação.

A integralidade expressa no artigo 198, inciso II, da CR/88, nas palavras de Aith (2014:14) “(...) pode ser interpretada como um princípio constitucional do sistema, à medida que o artigo 196 da Constituição dispõe que o Estado deve adotar políticas sociais e econômicas que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde”

A integralidade dos serviços públicos de saúde, com prioridade para as ações preventivas, abarca a noção de que o sistema público deve oferecer atenção integral às pessoas, compreendendo ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde e englobando serviços de atenção primária, secundária e terciária. A integralidade inclui, ainda, os serviços de assistência farmacêutica e os de recuperação e reabilitação. (Aith, 2014:13)

Assim, a integralidade propicia o entrosamento de políticas, programas, práticas e cuidados reafirmando o dispositivo do Art. 196 da CR/88 que garante o direito à saúde “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Paim e Silva, 2010).

---

ações de educação e comunicação em saúde direta ou indiretamente realizadas pelos trabalhadores do setor, com auxílio de tecnologias as mais diversas, inclusive da mídia até a normatização das bulas dos medicamentos e a implantação de serviços de ouvidoria, controle e avaliação da assistência, de modo a se multiplicar os canais de comunicação entre os produtores dos serviços (trabalhadores de saúde), gestores e usuários do sistema.” (Teixeira, 2011:4)

### **5.1.1.3 Equidade**

A equidade recebe maior atenção na década de 80, a partir da estratégia formulada pela OMS, “Saúde Para Todos no Ano 2000”, que visou a promoção de ações de saúde baseadas na noção de necessidade, destinadas a atingir a todos, independente de raça, gênero, condições sociais, entre outras diferenças que possam ser definidas socioeconômico e culturalmente (Viana et. al, 2003).

Sobre a equidade, nesse momento, destaca-se que, a partir da noção de desigualdade, tal princípio diz respeito à necessidade de se “tratar desigualmente os desiguais”, de modo a se alcançar a igualdade de oportunidades de sobrevivência, de desenvolvimento pessoal e social entre os membros de uma dada sociedade.

Equidade é a ausência de diferenças sistemáticas e potencialmente remediáveis em um ou mais aspectos de saúde nos grupos ou subgrupos populacionais definidos socialmente, economicamente, demograficamente ou geograficamente (ISEH, 2001)<sup>8</sup>

Para tanto, ultrapassar as desigualdades em saúde implica redistribuição, inclusive, do perfil da oferta de ações e serviços. Enfim, é reconhecer que as desigualdades devem ser superadas.

## **5.1.2 Dos princípios Estratégicos ou Organizativos**

### **5.1.2.1 Descentralização e regionalização**

Os princípios da descentralização da gestão, expressos no Art 9º da Lei 8.080/90, e da regionalização formam um misto que, apesar de conceitualmente distintos, ao longo dos anos, as ações e as políticas adotadas para alcançá-los os tornaram próximos.

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

---

<sup>8</sup> Cf. International Society for Equity in Health (2001) Working definitions.

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

A descentralização da gestão alude à transferência de poder de decisão, competência, responsabilidades e funções, nos três níveis de atenção e seus respectivos territórios, no que diz respeito à condução político-administrativa do sistema de saúde. A regionalização refere-se à delimitação de território para atuação do SUS. Para tanto, considera-se a divisão e subdivisão político-administrativa do País colocando o município mais próximo do paciente no atendimento de ações e serviços básicos de saúde.

Considerando que o Brasil é um país extremamente desigual, com grande discrepância entre as regiões e no interior delas, é preciso que os gestores considerem no planejamento local as diferenças na própria composição dessas redes e as desvantagens que algumas localidades apresentam. (Kuschnir, 2011: 122)

De acordo com o Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, “Região de Saúde” é o

espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

O referido decreto também institui entre os entes federativos as Comissões Intergestores como as instâncias de pactuação consensual para, a partir da organização e do funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, definir as regras da gestão compartilhada do SUS.

A Lei 12.466/11 acrescenta os Arts. 14-A e 14-B à Lei no 8.080/90 e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Reconhece as comissões:

a) no âmbito nacional, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) é formada por quinze gestores das três esferas de governo (União, estados, DF e municípios), de forma paritária. Cinco membros são indicados pelo Ministério da Saúde, cinco pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS). Observa-se que a representação de estados



e municípios nessa Comissão é regional, sendo um representante para cada uma das cinco regiões no País (Centro-Oeste, Nordeste, Norte, Sudeste e Sul). As decisões são tomadas por consenso e não por votação.

b) no âmbito estadual, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) é o fórum de negociação, articulação e pactuação política, entre o estado e os municípios, para orientar, regulamentar e avaliar os aspectos operacionais do processo de descentralização das ações de saúde. É composta, paritariamente, por representantes do governo estadual, indicados pelo Secretário de Estado da Saúde, e dos secretários municipais de Saúde, indicados pelo órgão de representação do conjunto dos municípios do estado, o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS).

c) no âmbito regional, a Comissão Intergestores Regional (CIR) é uma instância de cogestão no espaço regional cujo objetivo é constituir um canal permanente e contínuo de negociação e decisão entre os gestores municipais e o estado para constituição de rede regionalizada.

Sauter (2012:266) afirma que

(...) o processo de descentralização tem ampliado o contato do SUS com a realidade das necessidades da população, colocando os gestores à frente de desafios para organizar uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde, com qualificação da gestão. Diante dessas necessidades e dificuldades, a União, os estados e os municípios pactuaram responsabilidades na gestão do sistema e da atenção em saúde por meio do Pacto pela Saúde, um instrumento que vai produzir mudanças significativas no SUS. O Pacto pela Saúde comporta três dimensões - o Pacto pela Vida, o Pacto de Gestão e o Pacto em Defesa do SUS. A regionalização é o eixo orientador e estruturante do Pacto de Gestão e objetiva tornar possível acordos entre as três esferas do sistema para promover inovações, com instrumentos de gestão com vista à maior eficiência, redefinindo ainda novas responsabilidades dos gestores de acordo com as necessidades de saúde da população. O Pacto Pela Saúde tem como finalidade a qualificação da gestão pública do SUS, buscando maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas.

Para o SUS, a regionalização é uma estratégia para a formação de um Sistema de saúde mais eficiente, nos municípios e estados, por meio da ampliação e do acesso aos serviços, executando ações de prevenção e promoção em seus respectivos territórios (Sauter, 2012)

### **5.1.2.2 Hierarquização**

A hierarquização dos serviços diz respeito à organização dos serviços e unidades de saúde, de acordo com o grau de complexidade tecnológica e especificidade de atendimento em três níveis: baixa (unidades básicas de saúde), média (hospitais secundários e ambulatórios de especialidades) e alta complexidade (hospitais terciários).

A construção de uma rede baseia-se na constatação de que os problemas de saúde não se distribuem uniformemente na população, no espaço e no tempo, e envolvem tecnologias de diferentes complexidades e custos. Assim, a organização dos serviços é condição fundamental para que estes ofereçam as ações necessárias de forma apropriada. Para isso, é preciso definir as unidades que compõem a rede por níveis de atenção (hierarquização) e distribuí-las geograficamente (regionalização). (Kuschnir, 2011: 124)

Aliado a isso, articula-se, através de sistema de referência, da menor para a maior complexidade, e contrarreferência, da maior para a menor complexidade. Tal modelo de hierarquização garante o acesso aos serviços do Sistema, desde o mais simples até o mais complexo, de acordo com as reais necessidades do tratamento.

### **5.1.2.3 Participação Social**

A participação social conduziu os processos de construção do SUS, conforme já exposto em capítulo anterior. Sob essa perspectiva, compreende-se a importância do controle social como princípio organizativo do Sistema. Nesse sentido, a participação social no SUS é entendida como as ações que os cidadãos exercem para monitorar, fiscalizar, avaliar e interferir na gestão estatal, e não o inverso. (Rolim et. al, 2013)

No âmbito do SUS, a participação social está regulamentada pela Lei nº 8.142/1990. A normativa dispõe sobre Conselhos locais, municipais e estaduais e sobre as Conferências de Saúde nos níveis municipal, estadual e nacional, nos quais os atores participam de forma representada. Em tais espaços acontece o exercício da participação e do controle social sobre a implementação das políticas de saúde nas três esferas. (Brasil, 2013)

Os Conselhos de Saúde, como meios através dos quais a população, de forma autônoma, pode intervir no processo de gestão das políticas públicas, para, em conjunto com o órgão gestor, criar estratégias, controlar, fiscalizar e deliberar sobre as políticas públicas em cada esfera do governo, podem se constituir ainda em espaços democráticos de construção de uma nova ordem capaz de revigorar o sentido autêntico de liberdade, democracia e igualdade social (roli et. al, 2013:122)

O Art. 1º da Lei nº 8.142/90 dispõe:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

§ 3º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§ 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

Os Conselhos de Saúde, nas três esferas, são órgãos permanentes e deliberativos para tomadas de decisões nos assuntos da saúde. Ressalta-se que o Conselho Municipal de Saúde propõe e acompanha as ações relativas à saúde local. São paritários e constituídos 50% de utentes e 50% de representantes dos governos, de prestadores e de trabalhadores da SUS.

Em relação ao Conselho de Saúde, quando a Lei definiu que deve haver paridade entre o segmento dos usuários em relação aos demais, fez aí uma regra explícita para que um lado não se confundisse com o outro, para que não se quebrasse a paridade, colocada como imprescindível e essencial, deslocando a maior representatividade para os usuários. A paridade colocada como essência foi

destacada no Artigo 1º §4: “paridade entre o segmento dos usuários e o conjunto dos demais segmentos”, portanto, não pode ser quebrada, logo quem tem assento próprio não pode ocupar assento comum de usuário, sob pena de quebra do equilíbrio entre as partes. Por uma questão de princípio ético, não poderíamos ter entre os usuários pessoas que tenham ligação ou dependam dos outros três segmentos, pois existem vários conflitos de interesses entre os segmentos de difícil conciliação e neutralidade. (Minas gerais, 2012: 66)

## 5.2 Sobre a Equidade

O Movimento da Reforma Sanitária, sob a crítica do sistema de saúde vigente, pretendia não apenas garantir direito à saúde a todos, mas também apropriar-se da noção de equidade no tocante à distribuição mais ampla dos recursos da saúde exigindo tanto organizar um sistema de saúde de maneira eficaz quanto atender às diversas necessidades da população frente aos escassos recursos (Viana, 2003).

As dimensões da desigualdade em saúde são atribuídas a diferentes determinantes que podem corresponder a um conjunto de fatores interligados às condições de saúde e adoecimento, que definem o padrão de morbimortalidade dos diferentes grupos sociais, e/ou as diferenças na distribuição, organização e utilização dos recursos em saúde. (Viana, 2003:59)

Em um contexto de desigualdades, a equidade permite o melhor atendimento, se observada a diversidade. Um dos princípios fundamentais, norteadores do SUS no Brasil, a equidade, positivada no inciso VII, Art. 7º da lei 8.080, abarca o acesso universal e igualitário e a ação sobre os determinantes dos níveis de saúde. Na legislação, a “igualdade de assistência” é entendida como sinônimo de equidade. Torna-se, portanto, importante compreender qual a acepção de equidade adota-se, como princípio finalístico do SUS, já que, dependendo da definição, pode-se modificar muito as decisões, políticas e condutas para o Sistema (Duarte, 2000)

O termo equidade o surge, pela primeira vez, em documento oficial, em 1993, na Norma Operacional Básica do SUS (NOB SUS 01/93). Vários são os conceitos para equidade e, no campo sanitário, não é diferente. Equidade é comumente definida como “igualdade de acesso”, “tratamentos iguais para mesmas necessidades”, “tratamento desigual para os desiguais” ou, ainda, “distribuição de recursos que é feita em função das necessidades de saúde de uma determinada população<sup>9</sup>”,

---

<sup>9</sup> Cf. Brasil (2009) “Equidade em Saúde” *Glossário Temático Economia da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.

Essa polissemia pode ser justificada pelo fato de que o setor sempre trabalhou com o enfrentamento de situações específicas, em função de dados epidemiológicos que, grosso modo, revelam as condições sociais da grande maioria da população; aliás, procedimento previsto no inciso VII, do Artigo 7º, da Lei Orgânica da Saúde (“utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática”). Ou seja, na área sempre houve um atendimento desigual para situações desiguais. (Backx, 2005:6)

A variedade conceitual, de modo geral, leva ao consenso em relação à definição formulada por Margaret Whitehead, na obra *The concepts and principles of equity in health* (19910). A autora conceitua iniquidades em saúde como “as diferenças desnecessárias e evitáveis e que são, ao mesmo tempo, consideradas injustas e indesejáveis. O termo iniquidade tem, assim, uma dimensão ética e social”.

Whitehed, sob a dimensão ética e social, resgata e lapida o conceito de justiça como equidade, conforme Jonh Rawls, para aplicá-lo na saúde. Para Rawls (1992), deve ser celebrado um contrato social no qual todos, em posição original, deliberam princípios normativos para se alcançar o justo. O autor esclarece que tais princípios, por ele denominados de “princípios de justiça”, devem ser instrumentalizados por políticas e instituições, estas como intermediadoras para o convívio social.

O pensador, em sua teoria, afirma que os princípios atribuem direitos e deveres às instituições e definem a distribuição adequada dos benefícios. Ou seja, as instituições e políticas devem ter por objetivo neutralizar as contingências sociais e culturais, assim como assegurar igualdade de oportunidades para que cada pessoa possa cultivar seus próprios talentos. Sob esse diapasão, é possível afirmar que uma política social e econômica eficiente proporciona maior cobertura, integração e qualidade dos serviços e políticas públicas (Maciel-Lima e Kfourri Neto, 2013)

No que se refere à ideia de cooperação social, Rawls (1992:30), em sua obra “Justiça como equidade: uma concepção política, não metafísica”, esclarece

A justiça como equidade parte da ideia de que a sociedade deve ser concebida como um sistema equitativo de cooperação, e adota uma concepção de pessoa adequada a essa ideia.

(...)

O senso de justiça é a capacidade de entender, de aplicar e de agir a partir da concepção pública de justiça que caracteriza os termos equitativos da cooperação social. A capacidade de concepção do bem é a capacidade da pessoa de formar, de revisar e racionalmente perseguir uma concepção da vantagem racional, ou do bem. No caso da cooperação social, esse bem não pode ser entendido estreitamente, mas como uma concepção do que é valioso na vida humana.

Assim, a concepção do bem consiste normalmente num esquema mais ou menos determinado de fins últimos, isto é, fins que desejamos realizar por eles próprios, bem como ligações com outras pessoas e lealdades a vários grupos e associações.

(...)

Essa concepção de justiça fornece uma descrição das virtudes cooperativas adequadas a uma doutrina política em vista das condições e requisitos de um regime constitucional. Não deixa de ser uma concepção moral pelo fato de restringir-se à estrutura básica da sociedade, na medida em que essa restrição é o que permite que ela sirva como uma concepção política da justiça das nossas presentes circunstâncias. Assim, numa interface consensual (tal como entendida aqui), a concepção da justiça como equidade não é considerada meramente como um *modus vivendi*

Em termos práticos, pode-se inferir que, de acordo com essa teoria, é preciso que os ricos renunciem as vantagens das circunstâncias sociais e naturais que os beneficiam, salvo se tais benefícios sejam extensivos aos demais, a fim de aparar os feitos negativos da desigualdade. Para Rawls (1992), esse é o princípio da diferença

não importa o quanto a situação de cada pessoa seja melhorada; do ponto de vista do princípio da diferença, não há ganho algum a não ser que o outro também ganhe.

Sob essa égide, Whitehead (1990) trouxe o conceito de equidade em saúde, na perspectiva da justiça social. Entende-se, por essa perspectiva, que a injustiça se constitui de desigualdades que não beneficiam a todos sendo, portanto, necessário compensar os efeitos das desigualdades de condições, por meio de mecanismos de discriminação positiva.

A formulação de uma resposta política forte e adequada às iniquidades de saúde obriga a agir numa ampla variedade de campos: em primeiro lugar, devem ser estabelecidos os valores; a seguir, há que se descrever e analisar as causas; depois, devem ser erradicadas as causas profundas das iniquidades; e, por último, devem-se reduzir as consequências negativas das más condições de saúde” (Whitehead, 1990).

Assim, a equidade em saúde tem acepção distributiva considerando as diferentes necessidades dos cidadãos. Implicaria em promover redistribuição de bens e serviços determinantes da saúde, de forma a minimizar diferenças. Para a autora, todos devem ter justa oportunidade para desenvolver pleno potencial de saúde, ou seja, ninguém deve estar em desvantagem. Reafirma, portanto, a ideia de redução das diferenças consideradas “desnecessárias, evitáveis e injustas”, o que implica na igualdade de oportunidades: igualdade de acesso para iguais necessidades, uso igual dos serviços para necessidades iguais e igual qualidade de atenção para todos. O alcance da equidade, portanto,

É suficiente observar que, numa sociedade marcada por profundas divisões entre concepções opostas e incomensuráveis do bem, a justiça como equidade permite-nos pelo menos conceber como a unidade social pode ser possível e estável. (Rawls, 1992:45)

Então, a equidade se concretizaria pela implementação de políticas equânimes-que reconhecem as diferenças (justas ou injustas) e pertinentes às necessidades, seja pela distribuição de recursos; oportunidades de acesso, ou utilização dos serviços. A equidade coloca-se, portanto, como fio condutor para a formulação de políticas de saúde, mesmo que não tenha efeitos imediatos para a redução de iniquidades mais efetivas e com respostas a problemas específicos.

## 6. COMPREENSÃO SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS

Atualmente é comum ouvir dizer a expressão “políticas públicas”. Comumente, tal ideia está atrelada a algum tipo de conflito ou disputa social envolvendo atores políticos, atores não-políticos e demais cidadãos. A mídia tem constantemente apresentado a denominada política pública como solução a temas que afetam os indivíduos, independentemente da escolaridade, sexo, religião, raça ou nível de renda.

Propõe-se expor breves considerações históricas sobre políticas públicas, apresentar alguns conceitos presentes na literatura e elucidar objetivos e importância da política pública, nomeadamente, no âmbito da saúde.

### 6.1 O surgimento da política pública

O Século XX foi marcado por grandes transformações sociais, políticas e econômicas no mundo. Até então, a função estatal se limitava à segurança (interna e das fronteiras), à liberdade e à defesa da propriedade privada.

(...) o Estado Moderno surgiu entre dois fatos históricos: a queda do Império Romano do Oriente, em 1433, e a Revolução Francesa, em 1789. Segundo Oliveira (2006), o interregno entre tais momentos históricos assinalava uma época de crise do feudalismo, de crescimento da economia de mercado que dava importância aos centros urbanos e, também, de descobrimento do Novo Mundo - a América. Assim, surgiram as revoluções burguesas, provocadas pela insatisfação da sociedade com a estrutura política e social do Estado absolutista. A crítica, a visão e a ação burguesa buscavam conceber o Estado através de princípios como: liberdade e propriedade (...). Apesar disso, a livre concorrência dos mercados e as práticas individualistas, cada vez mais presentes nas atividades socioeconômicas, e o evento da Revolução Industrial, originaram as condições desumanas de vida e trabalho, por insuficiência de sua própria estrutura ideológica e administrativa do reconhecimento apenas dos direitos individuais. (...) Destarte, no momento em que as economias conduzidas por um regime econômico caracterizado como liberalismo do Estado mínimo (mercado autorregulado) vieram a entrar em crise, surge, no século XX, o Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*), um Estado com papel de formulador, agenciador e implementador de bens e serviços públicos, trazendo em seu bojo a preocupação finalista de desenvolver políticas que visassem à justiça social através de políticas econômicas e sociais mais inclusivas. (Pereira e Silva, 2014:11)

Com o desenvolvimento da democracia e a demanda do “bem-estar social”, é exigida do Estado uma atuação diferenciada e com um olhar voltado para as necessidades



específicas e cotidianas da sociedade. O campo da ciência política não ficou alheio a tais modificações que resultaram em uma nova área de investigação social, denominada política pública (Tude, s/d.)

A política pública, enquanto disciplina acadêmica, surgiu nos Estados Unidos da América, baseada na análise de atuação do Estado e suas instituições, sem constituir relação com as bases teóricas e com ênfase na ação dos governos. Já na Europa, o surgimento da disciplina se deu por meio dos desdobramentos de trabalhos baseados em teorias explicativas sobre o papel do Estado (Souza, 2006).

Conforme Souza, (2006:24) são considerados os “pais” da área de políticas públicas: H. Laswell, H. Simon, C. Lindblom e D. Easton:

Laswell (1936) introduz a expressão *policy analysis* (análise de política pública), ainda nos anos 30, como forma de conciliar conhecimento científico/ acadêmico com a produção empírica dos governos e, também, como forma de estabelecer o diálogo entre cientistas sociais, grupos de interesse e governo.

Simon (1957) introduziu o conceito de *racionalidade limitada dos decisores públicos* (policy makers), argumentando, todavia, que a limitação da racionalidade poderia ser minimizada pelo conhecimento racional. Para Simon, a racionalidade dos decisores públicos é sempre limitada por problemas, tais como informação incompleta ou imperfeita, tempo para a tomada de decisão, auto-interesse dos decisores, etc., mas a racionalidade, segundo Simon, pode ser maximizada até um ponto satisfatório, pela criação de estruturas (conjunto de regras e incentivos) que enquadrem o comportamento dos atores e modele esse comportamento na direção de resultados desejados, impedindo, inclusive, a busca de maximização de interesses próprios.

Lindblom (1959; 1979) questionou a ênfase no racionalismo de Laswell e Simon e propôs a incorporação de outras variáveis à formulação e à análise de políticas públicas, tais como as relações de poder e a integração entre as diferentes fases do processo decisório, o que não teria necessariamente um fim ou um princípio. Daí por que as políticas públicas precisariam incorporar outros elementos à sua formulação e à sua análise, além das questões de racionalidade, tais como o papel das eleições, das burocracias, dos partidos e dos grupos de interesse.

Easton (1965) contribuiu para a área ao definir a política pública como um sistema, ou seja, como uma relação entre formulação, resultados e o ambiente. Segundo Easton, políticas públicas recebem inputs dos partidos, da mídia e dos grupos de interesse, que influenciam seus resultados e efeitos.

Desde então, a área de políticas públicas consolidou-se em teorias próprias e análises de acontecimentos de natureza político-administrativa. Assunto que tem sido intensamente aproveitado “por pesquisadores, políticos e administradores que lidam com problemas públicos, em diversos setores de intervenção e nas mais diferentes áreas: ciência política, sociologia, economia, administração pública, direito etc” (Galvão, 2012:1).

De acordo com Lima e D' Ascenzi (2013:3), “o campo de estudos de implementação de políticas públicas está fortemente atrelado às necessidades de desenvolvimento de melhorias nos processos político-administrativos”.

## 6.2 O que é política pública?

Sabe-se que a sociedade tem como principal característica a diversidade de seus membros no que se refere à idade, sexo, religião, estado civil, escolaridade, renda, atuação profissional, entre tantas outras variáveis. Além disso, essa diversidade alcança multiplicidade de ideias, valores, méritos e anseios levando os indivíduos, nos vários papéis que desempenham, a conflitos e demandas bastante complexas, numa sociedade em constante transformação e evolução.

Tais demandas (novas, recorrentes ou reprimidas)<sup>10</sup> e/ou conflitos podem ter origens diversas e em âmbitos distintos de atuação do Estado, como saúde, educação, transporte, segurança pública, participação política, controle da corrupção, preservação ambiental, tecnologia, ética e tantas outras.

A administração desses conflitos e/ou demandas torna-se, portanto, um grande desafio para o Estado que deve compreender que, para a sobrevivência e avanço da sociedade, é saudável a existência de situações adversas dentro de limites administráveis.

De acordo com Ruas (1998:1), há

(...) apenas dois meios: a coerção pura e simples e a política. O problema com o uso da coerção é que, quanto mais é utilizada, mais reduzido se torna o seu impacto e mais elevado se torna o seu custo. Resta, então, a política. Esta envolve coerção - principalmente como possibilidade - mas que não se limita a ela.

É sob essa linha de raciocínio que surge a política pública com o objetivo de administrar os conflitos e/ou demandas existentes em uma sociedade. Entretanto, tal

---

<sup>10</sup> Ruas (1998:3) diferencia os tipos de demandas da seguinte maneira: “as demandas novas são aquelas que resultam do surgimento de novos atores políticos ou de novos problemas. Novos atores são aqueles que já existiam antes, mas não eram organizados; quando passam a se organizar para pressionar o sistema político, aparecem como novos atores políticos. (...) As demandas recorrentes são aquelas que expressam problemas não resolvidos ou mal resolvidos, e que estão sempre voltando a aparecer no debate político e na agenda governamental. (...) As demandas reprimidas são aquelas constituídas por "estados de coisas" ou por não-decisões.”

definição apresenta-se muito simples, merecendo maior elucidação em face da enorme pluralidade de pensamentos sobre o que são as chamadas políticas públicas.

Inicialmente, cabe ressaltar a diferença entre políticas públicas e políticas sociais:

Os estudos sobre políticas públicas buscam explicar a *natureza* das políticas e seus *processos* e não o conteúdo, sendo que as respostas se dão no sentido de “por que” e “como”. Já os estudos sobre as políticas sociais discutem o Estado do Bem-estar Social, tendo o processo como pano de fundo, focando nas *consequências* da política, o que a política *faz* ou *fez*, procura analisar as questões que a política busca resolver. Destaques dos autores (Souza e Brandalise, 2014: 2)

Além disso, é importante perceber a distinção entre os termos polity, politics e policy. Frey (2000:242) esclarece:

- a dimensão institucional. ‘polity’ se refere à ordem do sistema político, delimitada pelo sistema jurídico, e à estrutura institucional do sistema político-administrativo;
- no quadro da dimensão processual. ‘politics’ tem-se em vista o processo político, frequentemente de caráter conflituoso, no que diz respeito à imposição de objetivos, aos conteúdos e às decisões de distribuição;
- a dimensão material. ‘policy’ refere-se aos conteúdos concretos, isto é, à configuração dos programas políticos, aos problemas técnicos e ao conteúdo material das decisões políticas.

Apresentadas tais considerações iniciais, Ruas (1998, 1) conceitua:

As políticas públicas (policies), por sua vez, são outputs, resultantes da atividades política (politics): compreendem o conjunto das decisões e ações relativas à alocação imperativa de valores. Nesse sentido é necessário distinguir entre política pública e decisão política. Uma política pública geralmente envolve mais do que uma decisão e requer diversas ações estrategicamente selecionadas para implementar as decisões tomadas. Já uma decisão política corresponde a uma escolha dentre um leque de alternativas, conforme a hierarquia das preferências dos atores envolvidos, expressando - em maior ou menor grau - uma certa adequação entre os fins pretendidos e os meios disponíveis. Assim, embora uma política pública implique decisão política, nem toda decisão política chega a constituir uma política pública. Um exemplo encontra-se na emenda constitucional para reeleição presidencial. Trata-se de uma decisão, mas não de uma política pública. Já a privatização de estatais ou a reforma agrária são políticas públicas. (destaque da autora)

Souza (2006:26) define

política pública como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real.

Para Bucci (2006:39)

Política pública é o programa de ação governamental que resulta de um processo ou conjunto de processos juridicamente regulados – processo eleitoral, processo de planejamento, processo de governo, processo orçamentário, processo legislativo, processo administrativo, processo judicial – visando coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas, para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados

Frey (2000:237), entende que

(...) o desenvolvimento de uma sociedade resulta de decisões formuladas e implementadas pelos governos dos Estados nacionais, subnacionais e supranacionais, em conjunto com as demais forças vivas da sociedade, sobretudo as forças de mercado em seu sentido lato. Em seu conjunto, essas decisões e ações de governo e de outros atores sociais constituem o que se conhece com o nome genérico de *políticas de saúde*” (destaque do autor)

Lima (2012:105) percebe-se a política pública como “um conjunto de decisões e não uma decisão isolada”. E para Heidemann (2010) as políticas públicas são:

(...) ferramentas estratégicas de ação e têm por objetivo fazer uma inter-relação entre Governo e sociedade, estabelecendo padrões e medidas de condicionamento das dinâmicas e atividades políticas, sociais, econômicas e ambientais, em prol de um desenvolvimento sustentável e do bem-estar social.

(...)

Por fim, compreende-se que as políticas públicas, em geral, e as políticas sociais, em particular, são caracterizadas tanto pelo seu aspecto técnico-administrativo quanto pelo seu aspecto político, haja vista que, além de serem ferramentas de planejamento dos Governos, as políticas públicas também representam uma forma de intervenção do Estado na vida social, pois se configuram em interesses e expectativas das classes sociais em geral, dos diversos setores e instituições, sejam públicas ou privadas, ou seja, as políticas públicas influenciam significativamente na dinâmica dos diversos segmentos da vida em sociedade.

Por fim, Thomas Dye (2005) apud Heidemann, (2010: 22) define que “política pública é tudo o que os governos decidem fazer ou deixar de fazer”. Tal definição expõe a ausência de atuação do Estado não como inércia, mas, sim como uma escolha de não intervenção. Heidemann (2010: 21) esclarece que “para o leitor de língua portuguesa, se faz mister ressaltar que a definição de política pública inclui, ao mesmo tempo, dois elementos-chave, a saber: ação e intenção. ”

Além disso, ressalta-se que as políticas públicas são de caráter público e sua dimensão não se faz pelo seu tamanho e, sim, pelo imperativo, ou seja, são decisões (ação ou a não ação), “revestidas da autoridade soberana do poder público” (RUA, 1998,1).

Cabe salientar, também, que as políticas públicas são classificadas em diferentes tipos. Theodor Lowi (1964; 1972) Apud Heidemann (2010:28) desenvolveu a conhecida tipologia:

Para Lowi, a política pública pode assumir quatro formatos. O primeiro é o das políticas distributivas, decisões tomadas pelo governo, que desconsideram a questão dos recursos limitados, gerando impactos mais individuais do que universais, ao privilegiar certos grupos sociais ou regiões, em detrimento do todo. O segundo é o das políticas regulatórias, que são mais visíveis ao público, envolvendo burocracia, políticos e grupos de interesse. O terceiro é o das políticas redistributivas, que atinge maior número de pessoas e impõe perdas concretas e no curto prazo para certos grupos sociais, e ganhos incertos e futuro para outros; são, em geral, as políticas sociais universais, o sistema tributário, o sistema previdenciário e são as de mais difícil encaminhamento. O quarto é o das políticas constitutivas, que lidam com procedimentos. Cada uma dessas políticas públicas vai gerar pontos ou grupos de vetos e de apoios diferentes, processando-se, portanto, dentro do sistema político de forma também diferente.

Enfim, a contínua circulação, interação, mudanças dinâmica e aceleradas modificações dos conflitos e das demandas, sejam dos indivíduos ou sociedade, permitem concluir que política pública é um processo inacabado que condiciona o desempenho e a estruturação burocrática do Estado para o seu próprio desenvolvimento.

### **6.3 Aplicação de políticas públicas de saúde**

As políticas públicas são um importante meio de ação estatal em prol do desenvolvimento social, impulsionada pelos conflitos e disputas. Elas pretendem responder às questões dos diversos atores sobre o espaço e a definição da atuação ou não- atuação do governo.

Além disso, é imprescindível o conhecimento legal-institucional, habilidade para prever e antecipar possíveis efeitos das políticas públicas sobre comportamentos individuais e coletivos. Enfim, encontrar soluções dos problemas públicos que sejam tecnicamente eficientes e politicamente viáveis.

O Brasil, instituído como Estado Democrático de Direito, nos termos do Art. 3º da CR/88, objetiva construir uma sociedade livre, justa e solidária, bem como reduzir as desigualdades sociais e regionais. Como resposta, apresenta-se a política pública como instrumento de extinção ou minimização de situação impeditiva de gozo do direito social à saúde. Políticas equitativas constituem um meio para se alcançar a igualdade e equivalem

às ações de governo que regulam e organizam as funções públicas do Estado para o ordenamento setorial.

No âmbito da saúde as políticas públicas, agregam o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. (Lucchese, 2004)

O artigo 196 da CR/88 dispõe que o direito à saúde será garantido mediante políticas sociais e econômicas. Em outras palavras, para alcançar os objetivos propostos no dispositivo legal mencionado, é preciso utilizar-se das políticas públicas, a fim de organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade. Afinal, o dispositivo legal, por si só, não possibilita o gozo de tal direito e a execução das orientações propostas.

O setor da saúde é um ambiente complexo, diverso, variado e dinâmico. As decisões, ações ou não ações são capazes de atingir de formas e dimensões distintas indivíduos, atores (políticos ou não) e outros setores. É, portanto, desafiante agir, não agir ou definir prioridades quando o assunto é a saúde.

Na construção das políticas de saúde, é imprescindível conhecer a realidade social, as instituições envolvidas, as barreiras existentes e os preceitos legais para que as decisões tomadas sejam efetivas ao que se pretende. Nessa conjuntura, questiona-se se os indivíduos têm acesso às ações e aos serviços de saúde necessários para a resolução de seus problemas, ou se existem restrições e barreiras importantes de acesso. Ou ainda, se ações e serviços de saúde estão sendo planejados e programados de acordo com as necessidades e realidade de local. (Lucchese, 2004)

Baseando-se nas teorias apresentadas, neste e no capítulo anterior, infere-se que a Reforma Sanitária apresentou ao Estado brasileiro a opção do direito à saúde como direito fundamental. Mas não apenas isso, pois apresentou o SUS como política social regida por princípios amplamente defendidos e pactuados. E, nesses moldes, a concretização do direito à saúde se daria “mediante políticas sociais e econômicas”.

A formulação de uma política não pode estar distante da equidade. Especificamente, para a saúde, as políticas públicas deverão observar os princípios impostos na Lei orgânica do SUS.

Pois isso, devem ser considerados, na tomada de decisão, diálogo e negociação entre os diferentes atores envolvidos e os fenômenos político-administrativos, a fim de se

alcançar uma política pública que responda aos anseios da sociedade. Enfim, esse é o desafio para a construção de uma política pública eficaz.

## **7. A POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTO, A POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E SUAS LÓGICAS ORGANIZATIVAS.**

Medicamentos e seu acesso são importantes instrumentos de saúde, notadamente, quando bem utilizados. Tornam-se, portanto, relevantes as ações e políticas para aumentar a segurança no acesso e uso dos medicamentos que, a despeito de mobilização de recursos e de esforços, resultam de maneiras diferentes, desde a organização sociocultural, erros de medicação, eventos adversos até fatores econômicos e políticos administrativos. (Brasil, 2015).

Uma das questões importantes no SUS é a garantia de acesso a medicamentos. Assim, a Lei n.º 8.080/90, em seu artigo 6.º, estabelece como campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) a “formulação da política de medicamentos (...) de interesse para a saúde (...)”, bem como a assistência terapêutica, inclusa a dispensação de medicamento, como campo de atuação do SUS. Nesse sentido, a política de assistência farmacêutica foi definida apenas em 1998, com a publicação da Política Nacional de Medicamentos e, em 2004, foi delineada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

Destaca-se que as ações de Assistência Farmacêutica devem ser realizadas com base nos preceitos estabelecidos no artigo 198 da CR/88 e no artigo 7º da Lei 8.080/90, em consonância com as diretrizes da OMS, que tem capitaneado em conjunto com outras instituições gestoras e de pesquisa, que buscam o Uso Racional de Medicamentos, a Prescrição Racional, a Seleção de Medicamentos Essenciais e a disponibilização de Informações Científicas e Independentes aos Profissionais de Saúde, por meio de Boletins e de Formulários Terapêuticos Nacionais (Ministério da Saúde, 2000).

O cenário do mercado farmacêutico brasileiro, à época da formulação na PNM, movimentava, aproximadamente 9,6 bilhões de dólares/ano, 47.100 (quarenta e sete mil e cem) empregos diretos e investimentos globais de cerca de 200 milhões de dólares (Ministerio da Saúde, 1998).

O setor é constituído por cerca de 480 empresas, entre produtores de medicamentos, indústrias farmoquímicas e importadores. Há, no País, cerca de 50 mil farmácias, incluindo as hospitalares e as homeopáticas, que comercializam 5.200 produtos, com 9.200 apresentações. (Ministério da Saúde, 1998).



O perfil de consumo em termos de acesso demonstrava que

(...) O consumidor brasileiro pode ser dividido em três grupos: o primeiro, formado por aqueles com renda acima de 10 salários mínimos, que corresponde a 15% da população, consome 48% do mercado total e tem uma despesa média anual de 193,40 dólares per capita; o segundo apresenta uma renda entre quatro a 10 salários mínimos, que corresponde a 34% da população, consome 36% do mercado e gasta, anualmente, em média, 64,15 dólares per capita; o terceiro tem renda de zero a quatro salários mínimos, que representa 51% da população, consome 16% do mercado e tem uma despesa média anual de 18,95 dólares per capita (Ministério da Saúde, 1998).

Assim, era necessária a implementação de política de medicamentos que observasse os aspectos relativos ao uso racional, à segurança, à eficácia, à qualidade dos produtos e, notadamente, ao acesso da população aos fármacos (Ministério da Saúde, 1998).

Nesta área, em especial, após a publicação da PNM e da PNAF, muitos foram os avanços e as conquistas, sejam em relação ao acesso a medicamentos (nos Componentes Básico e no Estratégico), como ao acesso ao tratamento de doenças cujas linhas de cuidado estão estabelecidas em PCDT e disponibilizados no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).

A PNM e a PNAF, como partes integrantes da Política Nacional de Saúde do Brasil, basearam-se nos princípios e nas diretrizes do SUS. Elas são fundamentais para as ações de promoção da melhoria das condições da assistência à saúde da população, para a consolidação do SUS, para o desenvolvimento social do país e para a assistência integral à saúde (Negri, 2002).

## **7.1 A origem**

As ações de cuidados de saúde, até o início dos anos setenta do século passado, foram pautadas pela inexistência de uma política pública para a assistência farmacêutica. Apesar dessa ausência de um Estado como articulador da produção e do consumo de medicamentos, a sociedade se organizou por meio das atividades controladas através das classes profissionais liberais e do domínio da técnica e do conhecimento no compasso de cada época da história.

O marco da Assistência Farmacêutica se deu somente em 1971, com a criação da Central de Medicamentos (CEME). O plano diretor da CEME foi elaborado no período de falência do governo militar, pelo então secretário geral do Ministério da Saúde, Mozart Abreu Lima, regulamentado em 25 de junho de 1971, através do Decreto nº. 68.806. Inicialmente, a Assistência Farmacêutica estava subordinada à Presidência da República, mas, em 1975, por meio do Decreto nº. 75.985, foi transferida ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). E, finalmente, em 1985, pelo Decreto nº. 67.91.439, passou a ser de responsabilidade do Ministério da Saúde (Lima e Pinto, 2003).

A atuação da CEME, por meio de uma política centralizada, restringia-se à aquisição e à distribuição de medicamentos à população (com baixo poder aquisitivo) e ao incrementando à pesquisa científica e tecnológica, por meio de laboratórios governamentais e da indústria privada. Por meio dessa atuação, definiram-se as políticas, centralizaram-se as compras governamentais de medicamentos e a CEME agiu como órgão de incentivo ao desenvolvimento e à comercialização medicamentos (Brasil, 2010).

Pode-se afirmar que a CEME iniciou a organização e a ampliação da Assistência Farmacêutica no Brasil, garantindo o abastecimento de medicamentos essenciais à população (Cosendey et. al, 2000).

Alinhada à perspectiva mundial, consolidada na I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, ocorrida em Alma-Ata<sup>11</sup>, para garantir o abastecimento dos medicamentos essenciais, elaborou-se uma lista de medicamentos essenciais, através da Portaria do Ministério de Previdência e Assistência Social nº. 233, que se constituiu como um instrumento de fornecimento de medicamentos prioritários para as unidades de saúde. Em 1964, o Decreto nº. 53.612 estabelecia a primeira lista denominada Relação Básica e Prioritária de Produtos Biológicos e Materiais para Uso Farmacêutico Humano e Veterinário. Dessa maneira, a listagem de medicamentos essenciais proposta vem representando um elemento estratégico na política de medicamentos até os dias atuais. (Cosendey et. al, 2000).

Em 1987, a CEME lançou o Programa de Farmácia Básica que tinha como objetivo suprir e padronizar, inicialmente, 40 (quarenta) itens, no âmbito nacional, dos

---

<sup>11</sup> “Em setembro de 1978, foi realizada a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada pela OMS e UNICEF, em Alma-Ata, capital do Kazaquistão. A Conferência foi assistida por mais de 700 (setecentos) participantes e resultou na adoção de uma Declaração que reafirmou o significado da saúde como um direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais.” (Mendes, 2004)

medicamentos utilizados no tratamento de doenças de ocorrência comum no Brasil, em nível ambulatorial. O programa idealizado não logrou êxito, tendo em vista a diversidade de perfil epidemiológico, demográfico e de morbimortalidade, inerentes ao país de território continental como o Brasil. (Oliveira et al., 2006; Cosendey et Al., 2000)

Naquela época, a Assistência Farmacêutica era centralizada na Ceme, e a competência de estruturação e implementação da mesma, mediante critérios epidemiológicos ou quaisquer outros, por parte dos municípios, não foi delegada aos mesmos.

Além disso, os critérios de distribuição dos medicamentos não seguiam parâmetros técnicos, resultando na utilização inadequada e na perda de parcela significativa dos medicamentos, fosse por prazo de validade vencido, ou por armazenagem inadequada (...) (Marin, 2003:121)

Em diagnóstico realizado em 1987, restou demonstrado que a Relação de Medicamentos Básicos (RMB), mais tarde nomeada de Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), não foi amplamente incorporada pelos prescritores. Além disso, demonstrou-se que o órgão limitava-se à distribuição de medicamentos e mantinha-se com pouca articulação entre o medicamento, a Assistência Farmacêutica e o sistema de saúde. (Braga, 2005)

Em 1997, sob críticas de ineficiência, desperdício e desvio de seus objetivos iniciais, a CEME foi extinta, tendo suas competências e programas distribuídos entre órgãos do Ministério da Saúde, estados e municípios. (OPAS, 2005).

**Quadro 01: Principais atos legais no período 1970 até o final da década de 1980.**

Ano	Norma	Assunto
1971	Decreto nº 68.806	Cria a Central de Medicamentos (CEME)
1971	Lei nº 5.772	Institui o código industrial e dá outras providências.
1973	Lei nº 5.991	Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos, correlatos e dá outras providências
1973	Decreto nº 72.552	Estabelece o Primeiro Plano Diretor de Medicamentos
1974	Decreto nº 74.170	Regulamenta a Lei 5.991/73
1974	Lei 6.259	Institui o Sistema Nacional e Vigilância Epidemiológica
1975	Decreto 78.231	Regulamenta a Lei 6.259 de 1975
1975	Portaria 514/MPAS/GM	Homologa a Relação Nacional de Medicamentos Básicos
1976	Lei nº 6.360	Dispõe sobre a vigilância sanitária sobre medicamentos.
1976	Portaria MPAS/GM 817	Atualiza a Relação Nacional de Medicamentos Básicos

1977	Decreto nº 79.094	Regulamenta a Lei 6.360/76
1988	-	1º Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Políticas de Medicamentos (1º ENAFPM)

---

**Fonte: Kornis et. al, 2008**

A desativação da CEME deu início ao processo de discussão sobre o acesso de medicamentos entre diversos segmentos: foram identificados e analisados os principais problemas do setor farmacêutico nacional. Aliado a isso, a CR/88, que estabeleceu o SUS, tendo como princípios e diretrizes o conceito ampliado de saúde, garantiu a saúde como direito social.

Mesmo com a execução de diversas ações pelo governo brasileiro, voltadas à organização das atividades públicas relacionadas aos medicamentos, tais iniciativas ainda não estavam alinhadas à Política Nacional de Saúde que passou a vigorar após a aprovação da Constituição Federal de 1998. A Lei Orgânica da Saúde foi clara ao determinar como competência do SUS a elaboração de uma Política Nacional de Medicamentos. Por mais que houvesse progressos relacionados ao campo dos medicamentos e da assistência farmacêutica, faltava o estabelecimento de um pilar central que orientasse as ações do governo de uma forma mais sólida e estável (Taveira, 2013: 30)

Nesse contexto, a Secretaria de Políticas de Saúde coordenou o processo de elaboração e construção da PNM que se estabeleceu por meio da Portaria GM nº. 3916, de 30 de outubro de 1998. A Secretaria de Políticas de Saúde, quando da publicação de “Políticas de Saúde: metodologia de formulação”, definiu, de forma clara, o que é uma política de saúde, quais são suas finalidades, conteúdo e processos de formulação e implementação. Com base no método exposto na publicação, deu-se a construção da PNM (Brasil, 1998).

A PNM apresenta-se fortalecendo os princípios e diretrizes constitucionais do SUS, tendo como finalidade principal “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais” (Ministério da Saúde, 1998)

Em 1999, seguindo as diretrizes da PNM, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)<sup>12</sup> e o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária foram criados por meio da Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999.

---

<sup>12</sup> A ANVISA é responsável pela regulamentação, controle e fiscalização de produtos e serviços de que podem ocasionar riscos à saúde sendo, por conseguinte, a regulamentação de medicamentos de sua competência

Art. 1º O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária compreende o conjunto de ações definido pelo § 1º do art. 6º e pelos arts. 15 a 18 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, executado por instituições da Administração Pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, que exerçam atividades de regulação, normatização, controle e fiscalização na área de vigilância sanitária.

No mesmo ano, também sob a diretriz da PNM, foi promulgada a “Lei de Genéricos” (Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999) sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico e dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos. O objetivo dessa lei foi proporcionar o maior acesso da população brasileira aos medicamentos, por meio de menores preços, mas com a manutenção da qualidade e da segurança necessárias, podendo ser esses medicamentos de referência intercambiável. Tal lei representou um esforço do Ministério da Saúde para a redução dos custos da terapia farmacológica possibilitando acesso de maior parcela da população aos tratamentos.

Pelo do Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003, o Departamento de Assistência Farmacêuticos Insumos Estratégicos foi criado sendo, pela primeira vez, institucionalizada a assistência farmacêutica no Ministério da Saúde (MS).

Em 2004, o Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução nº 338, de 06 de maio, aprovou a PNAF como parte da Política Nacional de Saúde. A PNAF, como a “política de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial, de formação de recursos humanos”) é um instrumento para orientar as políticas específicas de Assistência Farmacêutica e as demais a ela relacionadas (Conselho Nacional de Saúde, 2004).

No ano de 2006, por meio da Portaria GM/MS nº 399, instituiu-se o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e da Gestão, o qual estabeleceu que os recursos federais seriam repassados aos estados e municípios por meio de cinco blocos de financiamento. Além disso, determinou, também, que a responsabilidade de financiamento da Assistência Farmacêutica seria dos três gestores do SUS (federal, estadual e municipal) e, para tanto, tais gestores deveriam provisionar recursos para a aquisição de medicamentos, insumos e atividades necessárias da Assistência Farmacêutica. Conforme a Portaria GM/MS nº 1.555, de 30 de julho de 2013, o Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) é destinado à aquisição de medicamentos e insumos da Assistência Farmacêutica no âmbito da atenção básica em saúde e o financiamento é de responsabilidade das três esferas do governo (Ministério da Saúde, 2006; Ministério da Saúde, 2013; Brasil, 2015).

O histórico acima apresentado revela uma importante evolução, especialmente após a PNM e a PNAF, na organização da estrutura do Estado para atender à demanda de acesso aos medicamentos e à melhoria efetiva na qualidade da oferta de serviços farmacêuticos no País. Após a edição desses dois instrumentos legais (PNM e PNAF), que se consolidaram como elementos fundamentais orientadores das ações do Estado Brasileiro na área de medicamentos e assistência farmacêutica, não há como negar a melhoria da qualidade dos produtos e serviços farmacêuticos oferecidos no Brasil.

## **7.2 Política Nacional de Medicamentos**

A atenção integral às pessoas compreende ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, englobando serviços de atenção primária, secundária e terciária, a recuperação e a reabilitação, além da assistência farmacêutica (Brasil,2015)

O papel essencial dessa assistência farmacêutica é aperfeiçoar a cadeia do medicamento, promover seu uso racional e reduzir o fluxo de pessoas e de gastos com medicamentos e correlatos nos serviços de saúde. Assim, uma política destinada à atenção farmacêutica deve ser fundamentada no acesso e, para que seja real, é necessário que os medicamentos essenciais estejam disponíveis nos serviços, com custo satisfatório e justo, qualidade e eficácia. (Soler, 2004)

(...) o que garantirá a sustentabilidade desse processo há que ser a promoção do uso racional dos medicamentos, para que se assegurem estratégias terapêuticas custo-efetivas. (...) Importa, ainda, numa definição dos objetivos e das metas para o setor farmacêutico, assim como as suas prioridades. E, por fim, a identificação das estratégias necessárias para que se alcancem estes objetivos e se identifique os vários atores responsáveis pela implantação dos principais componentes desta política (...). (Soler, 2004: 6).

A PNM atende, assim, as diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS) que entende que uma política nacional de medicamento deve ser parte e estar alinhada com a política de saúde, com os objetivos sanitários gerais e com os objetivos mais amplos de um país “(...) porque promove equidade e ajuda a estabelecer prioridades para o sistema de saúde. O pensamento central é o uso de um número limitado de medicamentos cuidadosamente selecionados com base em evidências clínicas e orientações que conduzem a uma melhor oferta de medicamentos, a uma prescrição mais racional e a custos mais baixos.” (WHO 2001:6).

Para tanto, a atuação da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, formando uma rede, regionalizada e hierarquizada, está prevista na PNM, a fim de assegurar o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo possível, guiada pelas diretrizes constitucionais da descentralização (política e administrativa), da integralidade de atendimento e da participação da comunidade na sua gestão. (Ministério da Saúde, 1998; Aith et al., 2014).

Seguindo esse direcionamento, a definição da PNM se deu de forma integrada à Política Nacional de Saúde, representando não só um esforço, mas uma atuação estratégica do Estado, de forma a garantir a efetiva implementação do Sistema Único de Saúde, especificamente com relação ao provimento da assistência terapêutica à população.

O documento publicado como PNM é estruturado em onze partes: a) Apresentação; b) Portaria; c) Prefácio; d) Introdução; e) Justificativa; f) Diretrizes; g) Prioridades; h) Responsabilidades das esferas de governo no âmbito do SUS; i) Acompanhamento e Avaliação; j) Terminologia; l) Bibliografia. Essa estruturação mostrou-se coerente com os seus objetivos, propósito e em relação à problemática a qual se propôs tratar.

A PNM atende, assim, as diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS) que entende que uma política nacional de medicamento deve ser parte e estar alinhada com a política de saúde, com os objetivos sanitários gerais e com os objetivos mais amplos de um país. (Tavieira, 2013)

Essa Política estabelece as diretrizes e as prioridades que resultaram em importantes avanços na regulamentação sanitária, no gerenciamento de medicamentos e na organização e gestão da Assistência Farmacêutica no SUS, as quais devem ser observadas pelos entes federativos. Dentre essas diretrizes estabelecidas, destacam-se aquelas que são tidas como prioritárias.

Foram definidas oito diretrizes: 1) Adoção de uma relação de medicamentos essenciais; 2) Regulamentação sanitária de medicamentos; 3) Reorientação da Assistência Farmacêutica; 4) Promoção do uso racional de medicamentos; 5) Desenvolvimento científico e tecnológico; 6) Promoção da produção de medicamentos; 7) Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; 8) Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

### 7.2.1 Adoção de Relação de Medicamentos Essenciais

A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) é constituída por produtos considerados básicos, indispensáveis, em apresentações e dosagens adequadas para a utilização por crianças e idosos, para tratar e controlar as doenças, definidas através de estudos epidemiológicos, mais prevalentes, respeitadas as diferenças regionais do Brasil (Ministério da Saúde, 1998).

Essa relação serve como instrumento orientativo para a organização das listas estaduais e municipais favorecendo, assim, a descentralização da gestão, bem como a prescrição, o abastecimento de medicamentos, a produção farmacêutica e o desenvolvimento científico-tecnológico. Assim, deve ser sistematicamente atualizada, especialmente, no que concerne ao conjunto dos medicamentos voltados para a assistência ambulatorial, adequando-se no nível local. (Ministério da Saúde, 1998)

A consolidação do processo de revisão permanente da RENAME, instrumento básico de racionalização no âmbito do SUS, com atualização contínua, representa medida indispensável, haja vista que a seleção se baseia nas prioridades nacionais de saúde, bem como na segurança, na eficácia terapêutica comprovada, na qualidade e na disponibilidade dos produtos. (Brasil, 1998)

O processo de atualização e incorporação de novos fármacos é orquestrado pelo Ministério da Saúde por meio da coordenação de suas Secretarias de Políticas de Saúde, de Vigilância Sanitária e de Assistência à Saúde, além dos gestores estaduais e municipais em seus níveis de atenção conforme disposto na PNM:

Inicialmente, a definição de produtos a serem adquiridos e distribuídos de forma centralizada deverá considerar três pressupostos básicos, de ordem epidemiológica, a saber:

- a) doenças que configuram problemas de saúde pública, que atingem ou põem em risco as coletividades, e cuja estratégia de controle concentra-se no tratamento de seus portadores;
- b) doenças consideradas de caráter individual que, a despeito de atingir número reduzido de pessoas, requerem tratamento longo ou até permanente, com o uso de medicamentos de custos elevados;
- c) doenças cujo tratamento envolve o uso de medicamentos não disponíveis no mercado.

Após essa análise, a decisão deverá, ainda, observar critérios mais específicos, relativos a aspectos técnicos e administrativos, de que são exemplos:



- a) o financiamento da aquisição e da distribuição dos produtos, sobretudo no tocante à disponibilidade de recursos financeiros;
- b) o custo-benefício e o custo-efetividade da aquisição e distribuição dos produtos em relação ao conjunto das demandas e necessidades de saúde da população;
- c) a repercussão do fornecimento e uso dos produtos sobre a prevalência ou incidência de doenças e agravos relacionados aos medicamentos fornecidos;
- d) a necessidade de garantir apresentações de medicamentos, em formas farmacêuticas e dosagens adequadas, considerando a sua utilização por grupos populacionais específicos, como crianças e idosos.

### **7.2.2 Assistência Farmacêutica**

A Assistência Farmacêutica é considerada uma das diretrizes prioritárias da PNM, devido a sua relevância para os demais programas de saúde. Além disso, representa uma das áreas com maior impacto financeiro, em suas três esferas de atuação, no âmbito do SUS. Nesse diapasão, a crescente demanda por medicamentos envolve um elevado percentual de recursos financeiros e, conseqüentemente, a ausência de um gerenciamento efetivo pode acarretar grandes desperdícios, como ocorrera no passado. Por isso, torna-se imprescindível o adequado e o permanente planejamento, execução, acompanhamento e avaliação dos resultados para o gerenciamento eficaz nas ações da assistência farmacêutica (Marin, 2003).

A descentralização da gestão, a promoção do uso racional dos medicamentos, a otimização, a eficácia na distribuição (no setor público) de medicamentos e o desenvolvimento de iniciativas para a redução nos preços dos produtos fundamentaram o novo modelo da assistência farmacêutica. (Brasil, 1998; Negri, 2002).

Essa reorientação foi formada sob a perspectiva de que o medicamento, como um insumo estratégico para saúde da população, é capaz de causar grande impacto sobre a capacidade resolutiva de problemas de saúde (Brasil, 2001).

De acordo com a PNM, a assistência farmacêutica é definida como:

grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a

difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos

Em paralelo, a assistência farmacêutica no SUS envolve as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, controle da qualidade e utilização (prescrição e a dispensação), visando a disponibilidade dos produtos, segundo as necessidades da população, identificadas com base em critérios epidemiológicos (Ministério da Saúde, 1998).

Em 2004, o Conselho Nacional de Saúde aprovou e publicou a Resolução da Conferência Nacional da Saúde (CNS) nº 338, de 6 de maio de 2004, que estabelece a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, definindo Assistência Farmacêutica como:

Um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (Conselho Nacional de Saude, 2004).

Em outras palavras, a implementação da Assistência Farmacêutica está fundamentada no “Ciclo da Assistência Farmacêutica” que compreende um sistema integrado e de sequências lógicas cujos componentes apresentam naturezas técnicas, científicas e operacionais que representam as estratégias e o conjunto de ações necessárias para a sua implementação da Assistência Farmacêutica, quais sejam: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação, com suas interfaces nas ações da atenção à saúde (Brasil, 2001).

Porém, dar assistência integral à saúde não é equivalente a cumprir corretamente as etapas do ciclo. A reorientação da assistência farmacêutica objetivou organizar o anterior modelo dessa assistência, que se limitou à aquisição e à distribuição de medicamentos, mas não a coordenar e a disciplinar, pelos três gestores, o acesso da população sob o fundamento: a) da descentralização da gestão; b) da promoção do uso racional dos medicamentos; c) da otimização e na eficácia do sistema de distribuição no setor público; d) do desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos. (Ministério da Saúde, 1998; Portela et al., 2010).

### 7.2.3 Promoção do Uso Racional de Medicamentos

No que tange à promoção do uso racional de medicamentos, a proposição de cuidado para com a informação relativa às repercussões sociais e econômicas do receituário médico, principalmente no nível ambulatorial, no tratamento de doenças prevalentes, é uma importante estratégia para a conscientização de pacientes e consumidores.

A promoção do uso racional de medicamentos enfatiza a importância da educação dos usuários ou consumidores sobre os riscos da automedicação, da interrupção e da troca da medicação prescrita, destacando a adoção de medicamentos genéricos e a caracterização da farmácia como estabelecimento comercial diferenciado (Ministério da Saúde, 1998).

Ressalta-se que o processo informativo, proposto pela PNM, não se restringe apenas aos consumidores e pacientes, mas também aos profissionais da saúde envolvidos no processo, desde a prescrição até a dispensação dos fármacos. Para tanto, viu-se a necessidade de capacitação de recursos humanos e da adequação dos currículos escolares.

Será estimulado, por intermédio de diferentes mecanismos de articulação intersetorial, o acesso do profissional a conhecimentos e treinamentos voltados ao desenvolvimento de habilidades específicas, como aquelas relacionadas ao gerenciamento de sistemas de saúde e de informação, guias terapêuticos padronizados e farmacovigilância.

Além disso, buscar-se-á promover a educação continuada dos profissionais de saúde sobre farmacologia e terapêutica aplicada e outros aspectos envolvidos no uso racional de medicamentos, bem como no manejo dos produtos, além da disseminação de informações objetivas e atualizadas. (Ministério da Saúde, 1998)

Um grande avanço trazido pela PNM foi o estímulo à adoção de medicamentos genéricos, desde a produção, a comercialização, a prescrição e o uso, mediante ação intersetorial, respaldada nos seguintes pontos:

- a) estabelecimento de procedimentos para o registro de medicamentos genéricos;
- b) estabelecimento dos requisitos nacionais para a demonstração de equivalência terapêutica, principalmente em relação à biodisponibilidade;
- c) levantamento e utilização da infraestrutura e da capacidade do País para a realização de estudos de bioequivalência disponível na rede de laboratórios;
- d) identificação de mecanismos de incentivo à produção de medicamentos genéricos;

e) estabelecimento de regulamentação referente à comercialização, prescrição e dispensação de medicamentos genéricos em todo o Território Nacional. (Ministério da Saúde, 1998)

Outro ponto de atuação para promoção do uso racional dos medicamentos é a publicidade de produtos farmacêuticos (direcionada aos médicos, ao comércio farmacêutico e à população leiga). As inserções publicitárias, nas mais variadas maneiras, viram-se obrigadas a enquadrarem-se às diretrizes éticas da CNS, bem como nos padrões éticos aceitos internacionalmente.

#### **7.2.4 Organização das Atividades de Vigilância Sanitária de Medicamentos**

A PNM, visando à segurança, à eficácia e à qualidade dos medicamentos, previu a regulação sanitária, com base nas atividades de inspeção e fiscalização regulares e sistemáticas, a partir da criação da ANVISA e da reestruturação do sistema de vigilância sanitária nas três esferas de gestão do SUS (Ministério da Saúde, 1998).

Assim, a regulação sanitária de medicamentos estabeleceu-se por meio de ações de registro, autorização para funcionamento de fabricantes, distribuidores e varejistas do setor farmacêutico, restrições e eliminações de produtos inadequados, bem como por meio da promoção da produção e do uso de medicamentos genéricos, através dos procedimentos próprios da Vigilância Sanitária, periodicamente revisados, sistematizados e consolidados em “manuais técnico-normativos, roteiros, modelos e instruções de serviço, viabilizando-se, ainda, ampla divulgação”. (Ministério da Saúde, 1998; Negri, 2002)

Nesse contexto, aplica-se, inclusive, a revisão dos procedimentos relativos ao registro de medicamentos de marca e similares. A adoção desses instrumentos concorrerá para a equalização e a agilização das atividades e tarefas a serem cumpridas, quer as de natureza técnico-normativa, quer as de caráter administrativo, de que são exemplos: o registro de produtos, as inspeções em linhas de produção, a fiscalização e a farmacovigilância. (Ministério da Saúde, 1998).

Além disso, a PNM previu, para o aperfeiçoamento das ações, a vigilância e a consolidação de sistema de informação, contendo:

- a) produtos registrados, sua composição, indicações principais e formas de comercialização;
- b) vigilância de medicamentos (farmacovigilância);

- c) produtos retirados do mercado e justificativas correspondentes;
- d) ensaios clínicos;
- e) normas e regulamentos atinentes à determinação do grau de risco de medicamentos e farmoquímicos;
- f) registros e regulamentos da qualidade dos produtos de comercialização autorizada e empresas;
- g) controle da comercialização e uso de produtos psicotrópicos e entorpecentes, inclusive nas farmácias magistrais;
- h) controle da propaganda dos medicamentos de venda livre;
- i) regulamentação e controle da propaganda realizada pelos fabricantes de medicamentos junto aos prescritores, de modo a resguardarem-se os padrões éticos.

Além disso, a promoção de produção de medicamentos, de acordo com a PNM, deve ser incentivada para medicamentos da RENAME e genéricos, especialmente, pelos laboratórios oficiais para atender os produtos destinados à atenção básica. Para tanto, preconiza-se a necessidade de modernização dos parques industriais nacionais para obtenção de níveis de eficiência e competitividade, notadamente, em relação aos preços dos produtos (Ministério da Saúde, 1998).

### **7.3 Política Nacional de Assistência Farmacêutica**

A PNAF foi construída em um cenário de resgate dos princípios da Reforma Sanitária, os quais originaram o SUS, como também em um cenário de construção de uma proposta para solucionar problemas afetos aos medicamentos, a despeito dos avanços já ocorridos desde a PNM:

conflitos entre a saúde e a área econômica; dificuldade em regular e fiscalizar um setor dominado por empresas multinacionais e farmácias privadas; dependência de matéria-prima; dificuldades de implementação de projetos de pesquisa, ciência e tecnologia, dentre outros (Taveira, 2013:34).

Como fruto das discussões sobre Assistência Farmacêutica, ocorridas na I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica<sup>13</sup> e da XII

---

<sup>13</sup> A IX Conferência Nacional de Saúde (1992), bem como as X e XI recomendaram a convocação de conferência temática sobre Assistência Farmacêutica. Essa recomendação constou, também, nos relatórios da

Conferência Nacional de Saúde, ambas ocorridas em 2003, a CNS aprovou e publicou a Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004, que estabelecia a PNAF como parte integrante da Política Nacional de Saúde, envolvendo um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde e garantindo os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade (Brasil, 2011; Conselho Nacional de Saúde, 2004).

A partir de então, a Assistência Farmacêutica passou a ser percebida como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, com vias a garantir a intersetorialidade inerente ao SUS, quais sejam, políticas de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de recursos humanos, dentre outras (Brasil, 2006).

Importa salientar que, inclusa à PNAF, estão ações de Assistência Farmacêutica relacionadas à Atenção Farmacêutica, modelo de prática farmacêutica relativo a atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde, bem como do farmacêutico ao usuário. Tudo isso visando proporcionar melhoria da qualidade de vida e da segurança no uso do medicamento. (Conselho Nacional de Saúde, 2004)

Diferindo da PNM, a PNAF apresenta os seus princípios para a compreensão da Assistência Farmacêutica como uma política pública e a definição do seu conceito, conforme descrito anteriormente. Para o cumprimento da PNAF, foram definidos treze eixos estratégicos:

Garantia de acesso e equidade às ações de saúde, inclui, necessariamente, a Assistência Farmacêutica;

Manutenção de serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde, nos diferentes níveis de atenção, considerando a necessária articulação e a observância das prioridades regionais definidas nas instâncias gestoras do SUS;

Qualificação dos serviços de assistência farmacêutica existentes, em articulação com os gestores estaduais e municipais, nos diferentes níveis de atenção;

Descentralização das ações, com definição das responsabilidades das diferentes instâncias gestoras, de forma pactuada e visando a superação da fragmentação em programas desarticulados;

---

10ª e 11ª Conferências. Somente em 2000, foi criado Grupo de Trabalho para coordenação e realização da Conferência. (Conselho Nacional de Saúde, 2005).

Desenvolvimento, valorização, formação, fixação e capacitação de recursos humanos;

Modernização e ampliação da capacidade instalada e de produção dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais, visando o suprimento do SUS e o cumprimento de seu papel como referências de custo e qualidade da produção de medicamentos, incluindo-se a produção de fitoterápicos;

Utilização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), atualizada periodicamente, como instrumento racionalizador das ações no âmbito da assistência farmacêutica;

Pactuação de ações intersetoriais que visem à internalização e o desenvolvimento de tecnologias que atendam às necessidades de produtos e serviços do SUS, nos diferentes níveis de atenção;

Implementação de forma intersetorial e, em particular, com o Ministério da Ciência e Tecnologia, de uma política pública de desenvolvimento científico e tecnológico, envolvendo os centros de pesquisa e as universidades brasileiras, com o objetivo do desenvolvimento de inovações tecnológicas que atendam os interesses nacionais e às necessidades e prioridades do SUS;

Definição e pactuação de ações intersetoriais que visem à utilização das plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos no processo de atenção à saúde, com respeito aos conhecimentos tradicionais incorporados, com embasamento científico, com adoção de políticas de geração de emprego e renda, com qualificação e fixação de produtores, envolvimento dos trabalhadores em saúde no processo de incorporação desta opção terapêutica e baseado no incentivo à produção nacional, com a utilização da biodiversidade existente no País;

Construção de uma Política de Vigilância Sanitária que garanta o acesso da população a serviços e produtos seguros, eficazes e com qualidade;

Estabelecimento de mecanismos adequados para a regulação e monitoração do mercado de insumos e produtos estratégicos para a saúde, incluindo os medicamentos;

Promoção do uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo.

A PNAF não identifica a justificativa para a sua adoção, qual o seu propósito e objetivos, quais são claramente as suas diretrizes e prioridades, além de não terem sido definidas as responsabilidades e parâmetros para a sua avaliação. Apesar disso, trouxe avanços e complementou esforços e ações da PNM com o aperfeiçoamento na organização da Assistência Farmacêutica.

## 7.4 Sobre o Pacto pela Saúde

O Pacto pela Saúde, instituído, em 2006 pela Portaria GM/MS nº 399, contempla o Pacto firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão:

A implantação deste Pacto, nas suas três dimensões – Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão –, possibilita a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e, ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social.

O Pacto pela Saúde é

(...) um conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Sua implementação se dá por meio da adesão de municípios, estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que, renovado anualmente, substitui os anteriores processos de habilitação e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação. A transferência dos recursos também foi modificada, passando a ser divididas em seis grandes blocos de financiamento: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos em Saúde (Conselho Nacional de Saúde)

Os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão definem que os recursos federais serão repassados aos estados e municípios por meio de cinco blocos de financiamento: a) Atenção Básica; b) Atenção de Média e Alta Complexidade; c) Vigilância em Saúde; d) Assistência Farmacêutica e d) Gestão do SUS (Brasil, 2006).

O Pacto pela Vida constitui-se pelo conjunto compromissos sanitários, na forma de objetivos, marcados a partir da análise da situação de saúde do Brasil e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais.

Representa uma ação prioritária no campo da saúde a ser realizada com foco nos resultados, com clara definição dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados (Ministério da Saúde, 2006).

Já o Pacto de Gestão observa os princípios do SUS e busca a efetiva descentralização das atribuições do Ministério da Saúde para os estados e para os municípios, além da desburocratização dos processos normativos.



Nesse pacto são definidas de forma clara as responsabilidades de cada um dos entes federados, propiciando a gestão solidária e compartilhada do SUS. As prioridades do Pacto de Gestão são: definir de forma inequívoca a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS e estabelecer as diretrizes para gestão do SUS (Ministério da Saúde, 2006).

E o Pacto em Defesa do SUS reafirma esse sistema como política de Estado, e não como política de saúde, e propõe projeto de mobilização, a fim da sociedade (completar o raciocínio), nas questões relacionadas ao direito à saúde e ao financiamento do setor (Ministério da Saúde, 2006).

Com o estabelecimento do Pacto pela Saúde, em 2006, mais especificamente no Pacto de Gestão, houve a definição de que o financiamento referente à Assistência Farmacêutica é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS. A Portaria GM/MS n. 204, de 29 de janeiro de 2007, regulamentou a forma de transferência dos recursos financeiros federais, estabelecendo, entre outros, o bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica, constituído por três componentes: o Componente Básico, o Componente Estratégico e o Componente Especializado (Brasil, 2011)

## **7.5 Financiamento da Assistência Farmacêutica**

Entre os seis blocos de financiamento da saúde no Brasil, para o presente trabalho, importa compreender o da Assistência Farmacêutica que passou pelo processo de descentralização após a publicação da PNM. Ele é constituído por três componentes: a) Componente básico da Assistência Farmacêutica; b) Componente estratégico da Assistência Farmacêutica; e c) Componente de medicamentos de dispensação excepcional.

Atualmente, a Portaria GM/MS nº 1.555, de 30 de julho de 2013, dispõe que o CBAF, de responsabilidade dos três entes do Estado, é destinado à aquisição de medicamentos e insumos da atenção básica em saúde. (Ministério da Saúde, 2013).

Além disso, essa Portaria dispõe sobre o financiamento da insulina humana NPH 1000 UI/ml e regular 100 UI/ml, medicamentos contraceptivos e insumos do Programa Saúde da Mulher. Reitera, ainda, que a execução das ações e serviços de saúde é descentralizada e de responsabilidade dos estados, do Distrito Federal e dos municípios:

Art. 5º Cabe ao Ministério da Saúde o financiamento e a aquisição da insulina humana NPH 100 UI/ml e da insulina humana regular 100 UI/ml, além da sua

distribuição até os almoxarifados e Centrais de Abastecimento Farmacêutico Estaduais e do Distrito Federal.

Parágrafo único. Compete às Secretarias Estaduais de Saúde a distribuição da insulina humana NPH 100 UI/ml e da insulina humana regular 100 UI/ml aos Municípios.

Art. 6º Cabe ao Ministério da Saúde o financiamento e a aquisição dos medicamentos contraceptivos e insumos do Programa Saúde da Mulher, constantes do Anexo I e IV da RENAME vigente, sendo a sua distribuição realizada nos seguintes termos:

I - entrega direta ao Distrito Federal, aos Municípios das capitais dos Estados e aos Municípios com população superior a 500.000 (quinhentos mil) habitantes; e

II - nas hipóteses que não se enquadrarem nos termos do inciso I do "caput", entrega às Secretarias Estaduais de Saúde para posterior distribuição aos demais Municípios.

(...)

Art. 8º A execução das ações e serviços de saúde no âmbito do Componente Básico da Assistência Farmacêutica é descentralizada, sendo de responsabilidade dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Art. 9º Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios são responsáveis pela seleção, programação, aquisição, armazenamento, controle de estoque e prazos de validade, distribuição e dispensação dos medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente, conforme pactuação nas respectivas CIB, incluindo-se:

I - plantas medicinais, drogas vegetais e derivados vegetais para manipulação das preparações dos fitoterápicos da RENAME em Farmácias Vivas e farmácias de manipulação do SUS;

II - matrizes homeopáticas e tinturas-mães conforme Farmacopeia Homeopática Brasileira, 3ª edição, para as preparações homeopáticas em farmácias de manipulação do SUS; e

III - a aquisição dos medicamentos sulfato ferroso e ácido fólico do Programa Nacional de Suplementação de Ferro a partir de agosto de 2013.

Art. 10. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios disponibilizarão, de forma contínua, os medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica indicados nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para garantir as linhas de cuidado das doenças contempladas no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. (Ministério da Saúde, 2013)

Sobre o Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica, este é financiado, adquirido e repassado pelo Ministério da Saúde aos estados e municípios. Assim, ao Ministério da Saúde é conferida a obrigação de elaboração dos protocolos de tratamento, planejamento, aquisição centralizada e a distribuição dos medicamentos, produtos e

insumos aos estados e municípios, restando aos estes o recebimento, o armazenamento e a distribuição (Brasil, 2011, Brasil, 2015).

Os medicamentos e insumos considerados estratégicos são aqueles destinados ao controle e ao tratamento de agravos endêmicos específicos, agudos ou crônicos cuja abordagem, controle e tratamento concentram-se no terapêutica dos portadores das doenças, quais sejam, tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de Chagas, cólera, esquistossomose, filariose, influenza, meningite, oncocercose, peste, tracoma, antirretrovirais do programa DST/Aids, hemoderivados, imunobiológicos (soros e vacinas), talidomida para tratamento do lúpus eritematoso sistêmico e da doença do enxerto versus hospedeiro. Em resumo, este componente destina-se ao controle de endemias consideradas problemas de saúde pública e cuja estratégia de controle está presente em programas com protocolos e normas específicos. (Brasil, 2011, Brasil, 2015).

Além desses, também são destinados medicamentos e insumos aos Programas de Combate ao Tabagismo e Alimentação e Nutrição (Brasil, 2007).

E, por fim, o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), regulado pela Portaria nº 1.554, de 30 de julho de 2013, objetiva o cuidado integral do paciente ambulatorial e que as linhas de tratamento farmacológico (ou não) estão estabelecidas em PCDT, publicados pelo Ministério da Saúde. A Portaria, também, preconiza que o acesso aos medicamentos é garantido, de acordo com pactuação entre a União, estados, Distrito Federal e municípios, conforme as diferentes responsabilidades definidas nesse documento.

Art. 3º Os medicamentos que fazem parte das linhas de cuidado para as doenças contempladas neste Componente estão divididos em três grupos conforme características, responsabilidades e formas de organização distintas:

I - Grupo 1: medicamentos sob responsabilidade de financiamento pelo Ministério da Saúde, sendo dividido em:

a) Grupo 1A: medicamentos com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde e fornecidos às Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal, sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; e

b) Grupo 1B: medicamentos financiados pelo Ministério da Saúde mediante transferência de recursos financeiros às Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal para aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;

II - Grupo 2: medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal pelo financiamento, aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; e

III - Grupo 3: medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios para aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação e que está estabelecida em ato normativo específico que regulamenta o Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

(...)

Art. 15. A incorporação, exclusão, ampliação ou redução de cobertura de medicamentos no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica ocorrerá mediante decisão do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC).

§ 1º O impacto orçamentário das incorporações ou ampliação de cobertura de que trata o "caput" será calculado pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DAF/SCTIE/MS).

§ 2º A responsabilidade pelo financiamento das incorporações de medicamentos, de ampliação de cobertura para medicamentos já incorporados e incorporações de novas concentrações e/ou apresentações farmacêuticas será pactuada no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), respeitando-se a manutenção do equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão do SUS e a garantia da linha de cuidado da doença.

Art. 16. A inclusão efetiva de um medicamento nos Grupos 1, 2 e 3 deste Componente ocorrerá somente após a publicação da versão final do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas específico pelo Ministério da Saúde, observadas as pactuações no âmbito da CIT.

Art. 17. O Ministério da Saúde, em pactuação na CIT, poderá avaliar a transferência, em qualquer momento, de medicamentos deste Componente para outros Componentes da Assistência Farmacêutica ou a sua transferência entre os Grupos 1, 2 e 3 deste Componente, garantindo-se a disponibilização desses medicamentos no âmbito do SUS e o equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão do SUS. ( da Saúde, 2013)

Além dos três componentes, implementou-se uma ação mais específica denominada “Programa Farmácia Popular do Brasil”, a fim de se ampliar o acesso da população a medicamentos por preços menores através do subsídio da União por meio de co-pagamento entre usuários e Estado (Vieira, 2010; Kuschnir et al, 2011).

Os medicamentos são fornecidos por "Rede Própria", constituída por Farmácias Populares, em parceria com os estados, Distrito Federal, municípios e hospitais filantrópicos e pelo "Aqui Tem Farmácia Popular", constituído por meio de convênios com a rede privada de farmácias e drogarias (Ministério da Saúde, 2016).

Segundo Vieira (2010), toda essa organização facilita a execução financeira por parte dos gestores do SUS.

### **7.6 Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)**

As garantias constitucionais e os princípios norteadores do SUS, por si só, não são capazes de garantir o atendimento, de maneira satisfatória, de todas as demandas da sociedade, de acesso aos diversos medicamentos existentes no mercado, em razão dos recursos finitos do Estado.

Atualmente o mercado farmacêutico tem lançado inúmeros medicamentos, terapias e procedimentos, tornando aumentada a oferta desses produtos no mercado e, igualmente, tornado crescentes as demandas por esses bens no SUS. No entanto, o seu atendimento, muitas vezes, não é passível de execução, ou incorporação imediata, em face de restrições operacionais e orçamentárias (Werneck et. al, 2009).

Dessa situação, surgem questões e desafios ao gestor que precisa se posicionar, não apenas técnica e eticamente, mas também, observando os princípios do SUS, a economicidade das ações e a farmacoeconomia. Aliado a isso, não se pode olvidar da qualidade e da eficácia da assistência. Assim, como resposta a isso, vê-se a necessidade de elaboração e implementação de PCDT no âmbito do SUS.

Os protocolos são recomendações desenvolvidas sistematicamente para auxiliar no manejo de um problema de saúde, numa circunstância clínica específica, preferencialmente baseados na melhor informação científica. São orientações concisas sobre testes diagnósticos e tratamentos que podem ser usados pelo médico no seu dia-a-dia. Esses protocolos são importantes ferramentas para atualização na área da saúde e utilizados para reduzir variação inapropriada na prática clínica. Cada protocolo clínico deve ser delineado para ser utilizado tanto no nível ambulatorial como hospitalar (Werneck et. al, 2009)

A imprescindível implementação de PCDT, desde a Atenção Primária à alta complexidade, ou seja, nas diversas áreas da assistência, para a adequada gestão dos programas de Assistência Farmacêutica, servem, não apenas para que o profissional e o paciente tomem a decisão mais adequada em relação às condutas preventivas, diagnósticas ou terapêuticas, mas, principalmente, na gestão da assistência e do orçamento.

Os PCDT representam para o gestor um porto seguro de referência sobre a pertinência das demandas que recebe para o planejamento e a execução de suas

ações e ainda para nortear a decisão acerca de que medicamentos devem integrar o rol de seus programas de Assistência Farmacêutica. (Brasil, 2011a)

Os PCDT, por conseguinte, são instrumentos a serviço da gestão e da organização do trabalho. São referências para diagnosticar situações e problemas, planejar, decidir pela implementação das ações e por sua avaliação.

Protocolos são considerados importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços. Orientados por diretrizes de natureza técnica, organizacional e política, têm, como fundamentação, estudos validados pelos pressupostos das evidências científicas. A literatura recente mostra, em relação aos protocolos, número mais alto de estudos sobre os protocolos de atenção à saúde, em relação aos de organização de serviços. Têm como foco a padronização de condutas clínicas e cirúrgicas em ambientes ambulatoriais e hospitalares. Em sua maioria, protocolos clínicos estão baseados em evidências científicas, envolvem a incorporação de novas tecnologias e dão ênfase às ações técnicas e ao emprego de medicamentos. (Werneck et. al, (2009).

Constituir critérios claros de diagnóstico, de tratamento, de doses adequadas e dos mecanismos para o monitoramento clínico de cada doença, em relação à efetividade do tratamento, bem como à supervisão de possíveis efeitos adversos, permite reduzir a variabilidade da prática clínica, assim como a previsibilidade da prescrição.

Na medida em que se estabelecem os padrões assistenciais e que se pode prever o tratamento que será prescrito com base nas diretrizes estabelecidas, será possível ao gestor, com base nos dados epidemiológicos existentes, prevalência das doenças a serem tratadas e série histórica de casos atendidos, realizar uma programação das necessidades dos medicamentos envolvidos e, conseqüentemente, dos recursos orçamentários e financeiros requeridos para a cobertura dessa necessidade e da quantidade e periodicidade da aquisição dos mesmos. No primeiro momento, a programação será feita com base em informações históricas e estatísticas, sujeitas ainda a alguns erros de avaliação. (Brasil 2011a: 124)

Desta forma, os PCDT compõem relevante ferramenta com reflexos extensivos na prescrição médica, na dispensação de medicamentos, no planejamento, na programação e execução das ações de saúde, bem como no levantamento de necessidades para os diversos programas existentes na Assistência Farmacêutica. (Brasil, 2010)

Nas palavras de Espírito Santo (2008:1) os PCDT “são base para a organização sistêmica dos serviços, como um meio para se alcançar a racionalização dos recursos, a otimização do trabalho, mantendo ou melhorando sua qualidade (...)” na medida que determinam, normalizam, padronizam, ou regulam ações ou procedimentos.

Enfim, os PCDT representam relevante instrumento de qualificação e um expressivo avanço na função gerencial e assistencial no âmbito do SUS.

Ao elaborá-los e implantá-los, os gestores do SUS estarão contribuindo, efetivamente, para a qualificação da assistência, para a prescrição segura e eficaz dos medicamentos, para a democratização do conhecimento médico, para o aperfeiçoamento da educação médica continuada, para a melhoria da qualidade da informação prestada aos pacientes sobre as opções terapêuticas existentes nas diversas situações clínicas e para torná-los partícipes das decisões a serem tomadas. (Brasil 2011a:127)

Os PCDT criam mecanismos que garantem prescrição ética, tecnicamente segura e eficaz, evitando o acesso a qualquer medicamento, ou de algum medicamento, mas de qualquer forma. Pelo contrário, promove o uso racional e seguro de medicamentos, em termos de quantidade, qualidade e eficácia, conforme institui a PNM. (Brasil 2010; Ministério da Saúde, 2010)

Não se pode deixar de destacar que os PCDT não são neutros, exercem marcada influência na construção do modelo de atenção e apresentam limites em razão de acompanharem as diretrizes do SUS. Apesar de embasados em referências científicas e tecnológicas, não devem ser utilizados para além de sua real dimensão.

Sua utilização, desprovida de avaliação, de acompanhamento gerencial sistemático e revisões científicas periódicas, constitui significativo risco de se produzir um processo de trabalho pobre e desestimulante, em que planejamento e avaliação não acontecem e em que, para gestores e trabalhadores, não há lugar para a renovação e a inovação. (Brasil, 2006 a)

Os protocolos, conforme orientação do Ministério da Saúde, devem ser centrados no utente, com vistas à integralidade, considerando-o “não como um doente, mas como uma pessoa que traz, em sua demanda, as representações de sua história e as marcas de sua forma de viver: sua inserção social, suas relações e seus saberes” (Brasil,2006 a)

Constituir protocolos é de basilar importância na gestão dos medicamentos no SUS, porque harmoniza condutas terapêuticas, em conformidade com a medicina baseada em evidências, facilita o acesso para grande parte da população, especialmente a de menor renda, e permite a alocação mais eficiente dos recursos orçamentários no tempo certo, de forma a promover a melhoria da saúde no país (Ipea,2010).

Em resumo, na Assistência Farmacêutica, os PCDT objetivam: a) estabelecer os critérios de diagnóstico e tratamento, por meio de medicamentos disponíveis no SUS, e com os mecanismos de controle, acompanhamento e verificação de resultados; b) promover o uso racional de medicamentos; c) criar mecanismos para a garantia da prescrição segura e eficaz; d) garantir o acesso da população aos medicamentos; e)

fornecer subsídios para a implementação de serviços voltados para a prática de um modelo em Atenção Farmacêutica e para a gestão dos medicamentos; f) padronizar condutas terapêuticas; e f) Reduzir a incidência de reações adversas a um medicamento.

Assim, quando do surgimento de novas tecnologias e a conseqüente pressão por sua incorporação, é possível apontar aos gestores a direção para se garantir a necessária segurança, a eficácia e a qualidade dos medicamentos, bem como o uso racional e o acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais (Brasil, 2010)

No Brasil, no âmbito da dispensação de medicamentos, a PNM, a PNAF e as demais políticas e programas, abarcando a assistência farmacêutica, objetivam garantir segurança, eficácia, qualidade dos medicamentos, promoção do uso racional e acesso da população, assim como objetivam responder aos anseios da sociedade, por meio de tomada de decisão, diálogo e negociação entre os diferentes atores envolvidos (BRASIL, 2001).





## 8 SOBRE A JUDICIALIZAÇÃO

A diversidade, uma das principais características da sociedade, gera demandas individualizadas e, conseqüentemente, o conflito condição subjetiva do indivíduo *versus* condição objetiva da limitação de recursos.

Considerando os capítulos anteriores, não há dúvida de que a consagração do direito à saúde e o nascimento do SUS pela CR/88, fruto de avanços e retrocessos, são conquistas inestimáveis para toda a sociedade brasileira que recebeu um sistema de saúde gratuito, pautado, especialmente, na universalidade, na equidade e na integralidade. Nesse sentido, propôs-se aos atuais e pouco mais de 200 milhões de habitantes<sup>14</sup>, distribuídos em um território continental de 8,5 milhões km, uma política social de Estado.

De acordo com Vale (2007), a saúde é um bem jurídico individual e social, requerido por meio de direitos sociais fundamentais. Nesse sentido, o direito à saúde permite exigir do Estado ação ou não ação, a fim de que não prejudique e, concomitantemente, promova a saúde, quer por meio de prevenção, quer por meio do tratamento (Canotilho e Moreira, 2014).

Como estratégia de superar as desigualdades e alcançar a equidade, as políticas públicas se configuram como um importante meio de ação estatal, em prol do desenvolvimento social, para responder sobre o espaço e a definição da atuação, ou não atuação do Estado. No âmbito da saúde, elas agregam o campo de ação social do Estado, orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. (Lucchese, 2004)

Juntamente a essas conquistas, a CR/88 também estabeleceu mecanismos para se garantir e facilitar o acesso e a efetivação dos direitos constitucionais, seja pela via administrativa, seja pela via judicial. Assim, o Estado Democrático, constitucionalmente instituído, ofereceu mecanismos favoráveis para se contestar a incapacidade das instituições em dar provimento às demandas sociais. Especificamente, em relação ao direito à saúde, qualquer habitante do território brasileiro pode reportar-se ao Poder

---

<sup>14</sup> De acordo com o Instituto de Brasileiro de Geografia e Pesquisa (IBGE), em 1991, o Brasil contava com a população de 146.825.475. Em 30.08.2016, o IBGE publicou, no "Diário Oficial da União", a estimativa da população brasileira como sendo de 206.081.432 habitantes.

Judiciário para exigir direitos, constitucionalmente garantidos, de acesso universal e integral. (Bittencourt, 2016)

A busca de efetivação do direito à saúde pela via judicial, cada vez mais crescente, consiste na solicitação e na concessão de medicamentos (e outros produtos ou serviços de saúde) por meio de decisão judicial, sob o argumento constitucional. Esse fenômeno denominado “Judicialização da saúde”, ou “Judicialização das políticas de saúde”, caracteriza-se por “uma dinâmica na qual o Poder Judiciário se substitui ao Executivo na escolha de fornecer esse ou aquele medicamento/tratamento, sob o fundamento de assegurar a efetivação do direito à saúde, previsto constitucionalmente” (Borges e Schumacher, 2013:37)

A interpretação rápida e simplista do Art. 196 da CR/88 limita o direito à saúde em “direito de todos e dever do Estado”, independente da existência de políticas públicas, e afasta o entendimento de que o dever do Estado se efetiva mediante políticas sociais e econômicas.

No entanto, o referido dispositivo constitucional apresenta um Estado Interventor, com ação estatal positiva na efetivação de um direito social da saúde. Nessa configuração, por meio das políticas públicas,<sup>15</sup> estabelecem-se diretrizes, para o setor público e privado, da saúde, visando à garantia do direito constitucional. (Schwartz, 2001).

No contexto, o direito à assistência farmacêutica é dependente de políticas e de recursos públicos para ser garantido, sob a perspectiva de justiça distributiva, ou seja, “é preciso que essas necessidades individuais sejam contextualizadas dentro da política pública de medicamentos.” (Marques, 2006:106)

A despeito disso, as concessões de medicamentos pelo Judiciário e com base em análise simplista do dispositivo constitucional não observam diretrizes, desviam recursos para atender tais decisões judiciais e inviabilizam a sustentabilidade financeira da política imprescindíveis para a concretização do direito à saúde. (Savi e Santos, 2013)

De acordo com Sousa (2014:20), “há judicialização da política sempre que os tribunais, no desempenho normal das suas funções, afectam de modo significativo as condições da acção política. ”

---

<sup>15</sup> No presente capítulo deste trabalho, a referência de políticas públicas restringe-se às políticas de assistência farmacêutica.

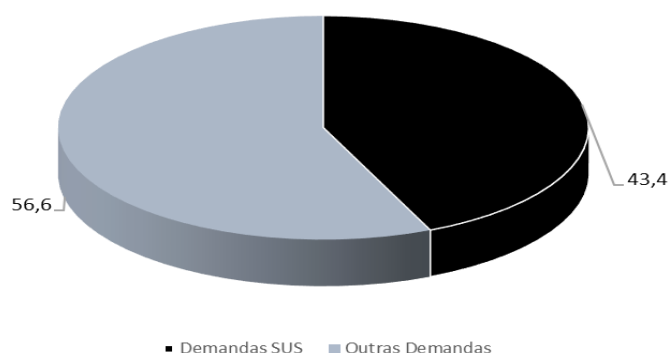
Questiona-se, portanto, se a conduta judiciária na concessão de medicamento sem observar as políticas públicas pertinentes, bem como a sustentabilidade financeira e o planejamento orçamentário, em conformidade com a exigência legal da Lei de Responsabilidade Fiscal<sup>16</sup>, embora imprescindível para a concretização do direito à saúde, não caracterizaria interferência no Poder Executivo, já que questões estão sendo decididas pelo Poder Judiciário “e não pelas instâncias políticas tradicionais: o Congresso Nacional e o Poder Executivo” alterando, assim, a “linguagem na argumentação e, especialmente, no modo de participação da sociedade” (Barroso, 2009: 2).

Enfim, toda a construção histórica, social, ideológica e legislativa do SUS torna-se ameaçada, à medida que o Poder Judiciário se manifesta de forma contrária e sob análise simplista do texto constitucional.

## 8.1 Resultados

De acordo com os dados da GEPCG/PGM, havia cadastradas 4.123 (quatro mil, cento e vinte e três) demandas judiciais, no período compreendido entre 16.05.2016 e 24.05.2017, dos ramos de direito civil e direito administrativo em face do MBH, das quais, 43,4% tratam-se de pedidos envolvendo bens e serviços de saúde.

**Gráfico 01: Percentual de processos judiciais por objeto cadastrados na PGM.**



Fonte: GEPCG/PGM

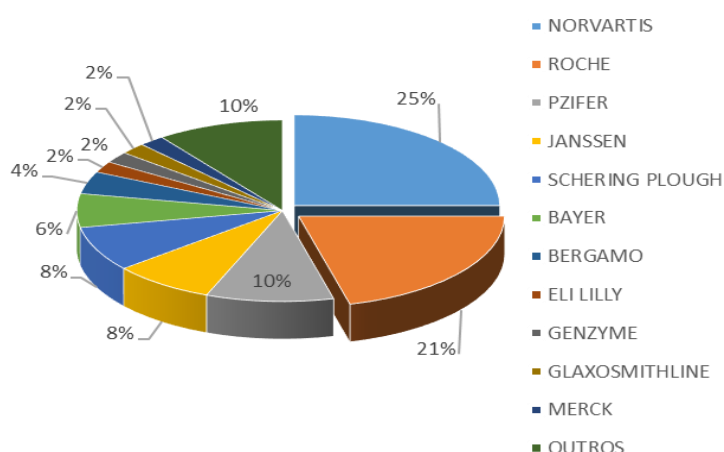
<sup>16</sup> Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000, que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências.

O crescimento das ações judiciais com pedidos de bens e serviços de saúde tem sido exponencial nos últimos anos. Em 2012, a GEAF/SMSA registrou o atendimento de 322 (trezentos e vinte e dois) itens por ordem judicial. Em 2016, o registro quase triplicou, sendo atendidos 955 (novecentos e cinquenta e cinco) itens. Ressalta-se que tais números referem-se aos itens atendidos e não ao número de ações judiciais. Cada ação judicial pode conter mais de um item e pode ter sido atendida pelo MBH, pelo Estado de Minas Gerais (EMG), ou ter sido procedido o bloqueio judicial para a aquisição pelo próprio autor da ação.

De acordo com a GEAF/SMSA, em termos financeiros, em 2017, considerando as demandas cadastradas no órgão, a previsão de gasto mensal é de R\$3.709.725,88 o equivalente a 1,087,896.15 €<sup>17</sup>. Destaca-se que o orçamento previsto, no exercício de 2017, para a Assistência Farmacêutica, é de 81 (oitenta e um) milhões de reais- o equivalente a 23,753,665.70 €. Pode-se inferir, portanto, que a previsão de gasto com o atendimento das demandas judiciais representa de 54,9% do orçamento total da Assistência Farmacêutica.

Ainda, de acordo com os dados da GEAF/SMSA, da previsão mensal de R\$3,7 milhões (838,583.93 €), para cumprimento de decisões judiciais, em 2017, apenas R\$ 549.538,74 (124,549.83 €) referem-se a medicamentos padronizados no SUS. Destaca, também, que, do valor gasto com a Judicialização de medicamentos padronizados, R\$ 28.852,26 (8,455.61€) referem-se a medicamentos da REMUME.

**Gráfico 02: Proporção Financeira versus Laboratório Farmacêutico**

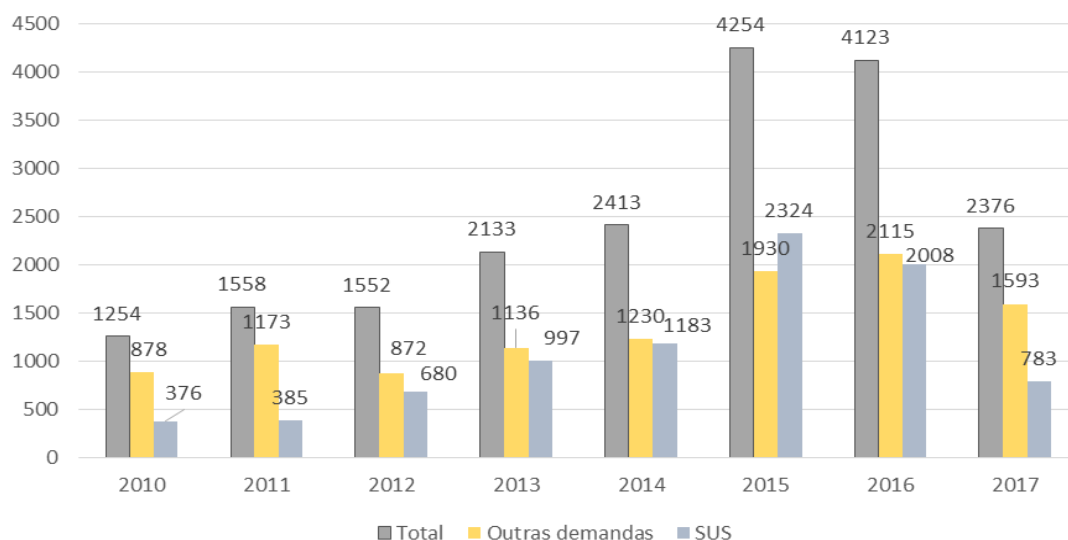


**Fonte: GEAF/SMSA**

<sup>17</sup> Todos os valores constantes neste capítulo foram convertidos no dia 15.05.2017, considerando a cotação do Euro em R\$3,4122), conforme Banco Central do Brasil.

Além disso, importa frisar que, de acordo com informações da GEAF/SMSA, em 2016, 46% dos medicamentos, atendidos pela SMSA, em razão de demanda judicial, concentraram-se em dois laboratórios farmacêuticos, em um universo de quase 60 (sessenta) empresas. Cabe ressaltar que, de acordo com a Associação de Indústria Farmacêutica de Pesquisa (INTERFARMA), conta com 55 (cinquenta e cinco) empresas associadas.

**Gráfico 03: Progressão do número de processos judiciais envolvendo demandas de saúde versus número de demais processos judiciais, conforme dados da PGM.**



Fonte: GEPCG/PGM

O Gráfico 03 apresenta o crescimento de ações judiciais cadastradas na PGM nas quais pelo menos um dos réus seja o MBH. Observa-se um crescimento acentuado das demandas, face ao MBH, em relação aos pedidos de bens e serviços de saúde. Especialmente, a partir de 2014, tais ações judiciais representam em torno de cinquenta por cento do total de ações distribuídas em face ao MBH e gerenciadas pela GEPCG.

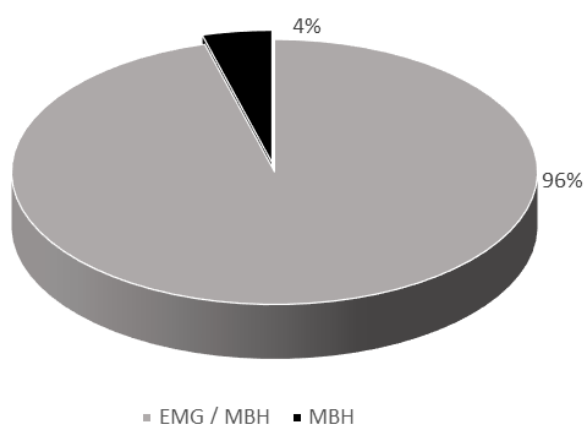
Em relação à amostra pesquisada no presente trabalho, observa-se que, nas ações judiciais analisadas, 62% dos autores eram do sexo feminino e que 52,7% eram idosos. Em relação à faixa etária, classificou-se em idosos e não idosos, tendo em vista que as ações judiciais que envolvam menores de 18 anos são de competência das Varas de Juventude e Infância.

Além disso, 24,1% do total dos autores não demandavam, judicialmente, por meio de representação, 69% eram representados por defensor público e o restante, por advogado particular. Em todos os casos analisados, o pedido fundamentou-se no Art. 6º e no Art.196

da CR/88. Os valores das causas dos 187 processos analisados somavam o montante de R\$ 2.561.389,09 (750,656,20 €), sendo o valor mínimo R\$500,00 (146.53 €), o máximo R\$ 54.981,36 (16,113.17 €) e a média de R\$6.831,97 (2.002,22 €).

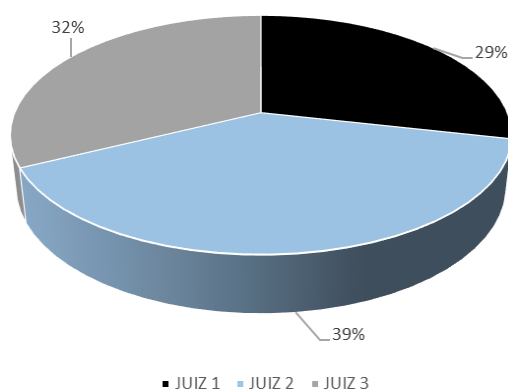
Destaca-se, ainda, que, em 96% da amostra, o MBH e o EMG, solidariamente, compõem o polo passivo das demandas. E que 17,6% dos autores procuraram a Câmara Técnica de Conciliação, antes de ajuizar a ação judicial que solicitava o fornecimento de medicamento pelo Estado.

**Gráfico 04: Perfil do polo passivo das demandas**



A distribuição, por sorteio, das ações judiciais foi realizada de forma equilibrada, entre os três juízes que compõem as Varas da fazenda pública do Juizado Especial do TJMG. Para a presente pesquisa, os juízes foram nomeados de Juiz 1, Juiz 2 e Juiz 3 com, aproximadamente, 28%, 39% e 32%, respectivamente, do total dos processos analisados.

**Gráfico 05: Distribuição das ações judiciais de medicamento**



A amostra foi analisada até a antecipação de tutela. Cabe esclarecer, nos termos do Art. 300 do Código de Processo Civil vigente, a Lei nº 12.105/2016 que diz que

Art. 300- A tutela de urgência será concedida quando houver elementos que evidenciem a probabilidade do direito e o perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo.

§ 1º Para a concessão da tutela de urgência, o juiz pode, conforme o caso, exigir caução real ou fidejussória idônea para ressarcir os danos que a outra parte possa vir a sofrer, podendo a caução ser dispensada se a parte economicamente hipossuficiente não puder oferecê-la.

§ 2º A tutela de urgência pode ser concedida liminarmente ou após justificação prévia.

§ 3º A tutela de urgência de natureza antecipada não será concedida quando houver perigo de irreversibilidade dos efeitos da decisão.

Art. 301. A tutela de urgência de natureza cautelar pode ser efetivada mediante arresto, sequestro, arrolamento de bens, registro de protesto contra alienação de bem e qualquer outra medida idônea para assecuração do direito.

Art. 302. Independentemente da reparação por dano processual, a parte responde pelo prejuízo que a efetivação da tutela de urgência causar à parte adversa, se:

I - a sentença lhe for desfavorável;

II - obtida liminarmente a tutela em caráter antecedente, não fornecer os meios necessários para a citação do requerido no prazo de 5 (cinco) dias;

III - ocorrer a cessação da eficácia da medida em qualquer hipótese legal;

IV - o juiz acolher a alegação de decadência ou prescrição da pretensão do autor.

Parágrafo único. A indenização será liquidada nos autos em que a medida tiver sido concedida, sempre que possível.

Destaca-se que todas as antecipações de tutela deferidas se deram em sede de liminar, ou seja, antes da citação/intimação do réu sobre o processo. É importante frisar, também, que ações processadas no JESP possuem um rito sumaríssimo para que se consiga atender o seu objetivo, preenchendo os critérios elencados no Art. 2º da Lei 9.099/95.

Distribuída a ação, imediatamente, o autor é intimado da data de Audiência de Conciliação. Após, o processo é encaminhado ao juízo que apreciará o pedido de antecipação de tutela, se houver, e dará ciência da ação ao réu. Somente na audiência o réu terá oportunidade de apresentar defesa. A antecipação de tutela adianta os efeitos da decisão final, podendo ser revertida por recurso, ou na sentença final. Pode ser concedida, em sede de liminar, ou seja, antes do réu conhecer a ação.



Diante dessas considerações, merece destacar o prazo para que essas decisões liminares fossem concedidas e, conseqüentemente, cumpridas pelo Estado. De acordo com os dados, a mediana de 261 dias revela o período entre a propositura da ação e a realização da primeira audiência. A moda de 21 dias evidencia o tempo entre a propositura da ação judicial e o deferimento do pedido pelos juízes e de 10 dias para que seja fornecido o medicamento pelo o EMG e o MBH. Em média, o Estado permanecerá cumprindo a decisão judicial por, no mínimo, 213 dias antes da primeira audiência.

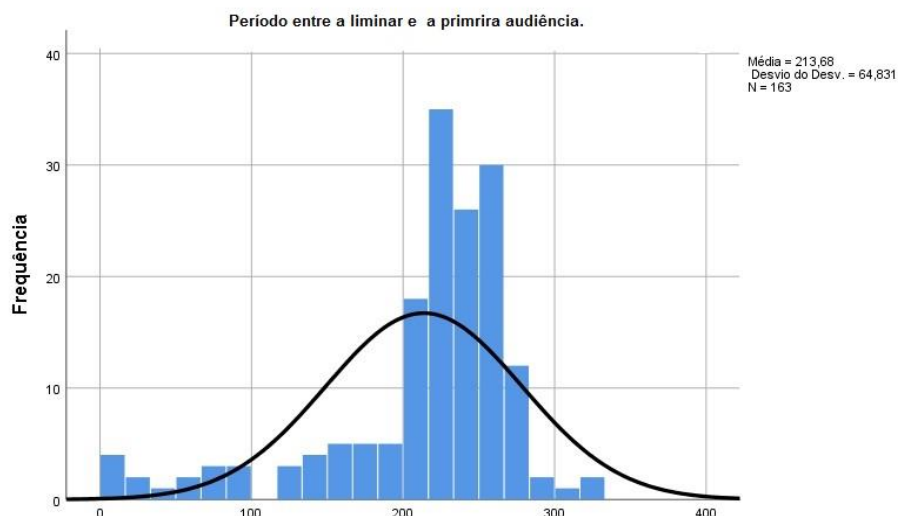
No presente estudo, é importante registrar que o histograma revela importantes informações sobre a distribuição amostral em relação a esses prazos. O Histograma 01 demonstra o caráter assimétrico positivo (2,349) e leptocurtico/alongado da amostra, ou seja, 81,6% da amostra está compreendida entre 1º e o 31º dias. Ou seja, em pouco mais de oitenta por cento da amostra deferiu-se o medicamento em até 31 dias contados desde a distribuição da ação.

**Histograma 01: Prazo para o deferimento da liminar, em dias.**



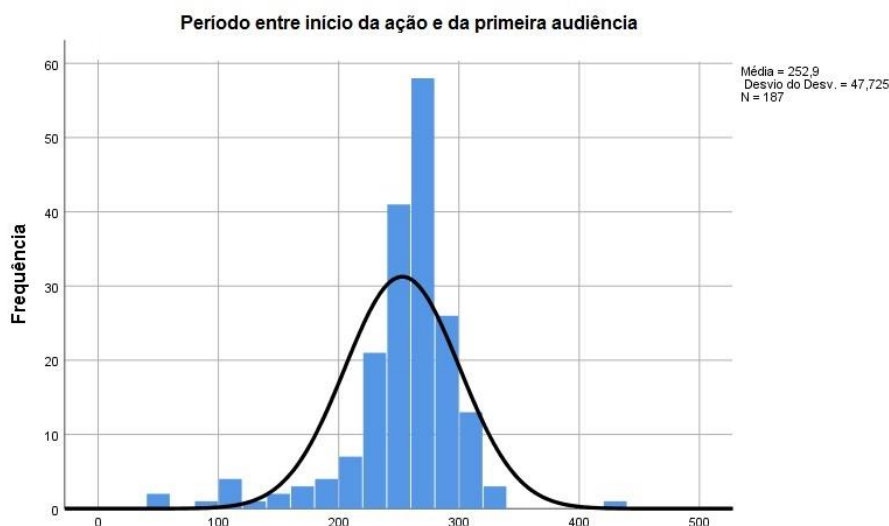
Já o Histograma 02 é assimétrico negativo (-1,469) e platicurtico/achatado, demonstrando dados mais “espalhados” na amostra, se comparado ao histograma anterior. Isso permite dizer que, no caso específico, 76,5% da amostra está localizada entre 222º e 296º dias. Em outras palavras é de, aproximadamente, nove meses o período que o Estado permanecerá fornecendo o medicamento antes da primeira audiência.

### Histograma 02: Período entre liminar e 1ª Audiência, em dias



E, por fim, semelhante ao primeiro, o Histograma 03 é simétrico leptocurtico/alongado com 84,4% da amostra entre os dias 226º e 317º. Esses valores permitem que, desde a distribuição, o autor aguardará até quase um ano para a realização da primeira audiência.

### Histograma 03: Período entre início da ação e a 1ª audiência, em dias



Diante disso, é possível entender o significado dos prazos destacados na amostra. As liminares são deferidas em 21 (vinte e um) dias (moda), contados a partir da data de distribuição do processo, para que o Estado a cumpra em 10 (dez) dias. Merece destaque que a aquisição de medicamentos deve respeitar a legislação para compras públicas e que tal prazo não é razoável para o cumprimento da decisão nos termos da Lei nº 8.666/90, que

institui normas para licitações e contratos da Administração Pública, e a Lei nº 10.520/2002, que institui a modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns. Essas são as principais normas que regulamentam as compras públicas no Brasil.

Além disso, quando a decisão é publicada, o Estado é obrigado ao cumprimento da ordem judicial até que seja proferida a sentença final do processo, o que não ocorre em prazo inferior a 213 (duzentos e treze) dias, em média, lapso temporal entre a decisão liminar e a primeira audiência. É importante compreender que, não havendo conciliação na primeira audiência, poderá ser marcada Audiência de Instrução e Julgamento, ou os autos serão conclusos para decisão final. Salienta-se que não há prazo para que ocorra o final da ação que confirmará, ou revogará a decisão que antecipou a tutela pretendida pelo autor. Assim, durante todo esse período, o Estado permanecerá fornecendo o medicamento deferido por ordem judicial.

Sobre as decisões analisadas, observa-se que 93,6% da amostra possuíam pedido de tutela antecipada, sendo 80,7% delas deferidas, mesmo que parcialmente e, apenas 3,7% indeferidas.

**Tabela 01: Resultado de pedido de antecipação de Tutela**

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Deferida	151	80,7
Não apreciada*	27	14,4
Indeferida	7	3,7
Parcialmente deferida	2	1,1
<b>TOTAL</b>	<b>187</b>	<b>100</b>

\* Até a data da análise o pedido de tutela antecipada ainda não tinha sido apreciada pelo Juízo.

Ao analisar as decisões que antecipam a tutela, observou-se que 94,4% dessas decisões fundamentaram-se no Art.196 da CR/88 para conceder o fornecimento, pelo Estado (EMG e MBH), e 4,3% delas foram indeferidas. Destaca-se que nenhuma das decisões que tiveram o pedido de tutela antecipada negado se baseou na CR/88. Importante ressaltar que 84% das ações judiciais analisadas, após serem distribuídas, foram encaminhadas à Câmara de conciliação para a emissão de parecer técnico sobre a pertinência dos pedidos em relação à política de medicamento no município.

Em conformidade com os documentos emitidos pela Secretaria Municipal de Saúde e/ou Secretaria Estadual de Saúde e juntados, pelo autor da ação, à peça inicial do processo judicial, em 95,7% dos processos analisados, constatou-se que 57,2% dos

fármacos solicitados não pertenciam à “Lista do SUS”. Ou seja, o medicamento solicitado não pertencia à cesta de medicamentos fornecidos pelo Estado (União, estado ou município), nas respectivas listas RENAME, RESME, REMUNE, ou não fazia parte em nenhum dos programas de assistência farmacêutica.

Desses medicamentos divorciados da “Lista do SUS”, possuíam alternativas terapêuticas 63,1% dos casos, e, em 14,4%, o medicamento não tinha indicação para a doença alegada pelo autor da ação judicial. Se considerar os documentos produzidos no curso do processo judicial, o percentual de fármacos com opções terapêuticas fornecidas pelo SUS alcança 83,4% do total de ações.

A variável “Resultado da Liminar” mapeia as decisões deferidas, parcialmente deferidas, indeferidas e não apreciadas. Já a variável “Fundamento da Liminar” informa se a decisão baseou-se na CR/88, em políticas públicas, ou em outra legislação infraconstitucional.

**Tabela 02: Fundamento jurídico por resultado de antecipação de tutela**

<b>Fundamento da Antecipação de Tutela</b>	<b>Resultado da Antecipação de Tutela</b>	<b>Contagem</b>	<b>Porcentagem</b>
Constituição	Deferida	151	94,4
	Indeferida	0	0
	Parcialmente deferida	2	1,2
Políticas Públicas	Deferida	0	0
	Indeferida	5	3,1
	Parcialmente deferida	0	0
Outra	Deferida	0	0
	Indeferida	2	1,2
	Parcialmente deferida	0	0

Garantir o direito à saúde, sobretudo na assistência farmacêutica, é um amplo desafio para o qual seja preciso utilizar-se das políticas públicas, a fim de organizar as funções governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade. Afinal, o dispositivo legal por si só não possibilita o gozo de tal direito e a execução das orientações propostas. De modo diferente desse entendimento, observa-se uma alta correlação positiva (0,843) entre as variáveis “Resultado da Liminar” e “Fundamento da Liminar”, com significância  $p < 0,001$ . Isso permite dizer que as decisões

que determinaram a concessão de medicamentos as quais foram analisadas na amostra não observaram as políticas públicas existentes, limitando-se à interpretação simplista do Art.196 da CR/88, afastando todo o processo de construção do SUS que o estabeleceu como política pública social de obrigatória observação para a efetivação do direito à saúde, de modo universal.

## **8.2 Discussão**

Sobre o conteúdo das decisões, os resultados da análise da amostra demonstram a alta correlação entre deferimento das liminares e o argumento constitucional, o que permite inferir o seguinte cenário: elevado número de deferimento, pelo Poder Judiciário, de pedido de medicamento, ocorre sob o fundamento de que a Constituição garante a saúde como “direito de todos e dever do Estado”.

Importa, mais uma vez, ressaltar que o SUS não nasceu, em 1988, de modo espontâneo e irrefletido, com inclusão de dispositivos constitucionais no ordenamento jurídico brasileiro. Como se demonstrou em capítulos anteriores, o SUS foi concebido pelo Movimento da Reforma Sanitária, face ao sistema campanhista e excludente posto à população brasileira. As décadas que antecederam a CR/88 foram marcadas por conquistas, avanços, retrocessos e, especialmente, na VIII Conferência Nacional de Saúde, pela expressiva participação popular. O relatório desta Conferência que propunha um sistema caracterizado pela universalização inclusiva, nacional, com ações e serviços oferecidos, predominantemente, pela rede pública, com a participação complementar do setor privado, tornou-se “pré-constituente” decisiva para a elaboração do capítulo referente à saúde na CR/88. (Romero, 2017)

O Art. 196 da CR/88 que fundamenta os 94,4% das decisões analisadas para o deferimento de medicamentos, merece a interpretação que o legislador constituinte objetivou alcançar. Diferente do que ocorre, o legislador constituinte não pretendeu um sistema, especialmente aos que acessam o Poder Judiciário, que “oferece tudo a todos”, sem a observância do contexto da gestão, dos princípios, das diretrizes e das políticas públicas vigentes. Pelo contrário, pretendeu um sistema universal, pautado na equidade, na

integralidade dos serviços, sob a gestão descentralizada, regionalizada, hierarquizada e com participação popular.

Sob esse diapasão, o SUS, desenhado na CR/88, é resultante da mudança de paradigma em relação ao direito à saúde no Brasil, no qual deixou de ser seguro social restrito a benefícios e serviços específicos, de caráter contratualista, e tornou-se um direito universal, no qual o papel do estatal é o de garantir o exercício universal desse direito. (Romero, 2017)

Como já analisado nos capítulos anteriores, o SUS, para concretização do direito à saúde, foi concebido como política pública social que contém princípios e diretrizes. O texto constitucional dispõe que a garantia do direito à saúde se dará por meio das políticas e dos mecanismos de efetivação, postos nos princípios e na legislação pertinentes. É, portanto, dever constitucional do Estado agir, ou não agir, e garantir a gestão equitativa dos recursos públicos destinados à saúde.

Diferente disso, a interpretação do dispositivo constitucional, sob análise, dada pela academia e pelos manuais de direito constitucional, limita-se a formar operadores do direito com a visão histórica dos direitos sociais e afastada da inerente observância das políticas públicas para a concretização desses direitos. Assim, juízes, promotores, defensores públicos, advogados e demais operadores do direito restringem-se à análise do texto à doutrina constitucional que se constrói pautada na percepção filosófica sobre o Estado, a saúde e a vida (Bastos e Martins, 2000; Bulos, 2015; Canotilho et. al 2013; Fernandes, 2011; Lenza, 2015; Medina, 2014; Nery Junior, 2013).

Alguns desses doutrinadores tratam o Art. 196 da CR/88 como norma programática e comentam sobre a existência do SUS por meio de abordagem não desejável para o tema. E há, ainda, em manuais de direito constitucional, fonte do direito, a afirmação de que o referido artigo necessita de regulamentação ignorando, assim, o SUS como política social (Padilha, 2014).

Essa realidade sinaliza que pensar o “direito à saúde”, da forma como tem ocorrido, está limitando a efetivação da assistência farmacêutica, ao impor ao Estado o dever de agir positivamente, como também compelir ao afastamento das políticas públicas existentes, historicamente construídas e pensadas, como uma maneira de se alcançar e se concretizar o bem-estar do indivíduo. (Bittencourt, 2016).

Conforme Macedo e Barbaerato-Filho (2011), tal fundamentação para concessão de medicamentos pelo Poder Judiciário é passível de discussão sobre a eficácia do argumento jurídico em relação aos direitos sociais e a avaliação da saúde como bem econômico.

É imperiosa a necessidade de se prosseguir a leitura do Art. 196 da CR/88, “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, para que, realmente, seja concretizado o direito à saúde, visto como dever do Estado.

A PNM, tida como o primeiro posicionamento formal e abrangente do Estado sobre medicamentos, no Brasil, formou-se sob o contexto da Reforma Sanitária e com base nas diretrizes da OMS para se garantir segurança, eficácia e qualidade, promoção do uso racional e o acesso da população aos medicamentos. A PNM reorientou a Assistência Farmacêutica de modo a se refletir na qualidade de vida da população, ao orientar as ações para concretização dessas diretrizes. Pautou-se, também, no acesso a todos, fato que levou à extinção da CEME, em razão da ineficiência na distribuição de medicamentos.

Mais uma vez, destaca-se a importância da interpretação ampliada do Art. 196 da CR/88 que se opõe ao direito constitucional à saúde, que prega a materialização desse direito, em sua plenitude, somente mediante o acesso ao medicamento. Como propostos na PNM, PNAF e demais políticas e programas, a Assistência Farmacêutica não está limitada à aquisição e à distribuição de medicamentos, pelo contrário, o SUS requer Assistência Farmacêutica integral, de qualidade, eficaz e segura.

Torna-se, portanto, preocupante o deferimento de medicamentos pelo Judiciário, ignorando as informações técnicas. Todos os processos judiciais pertencentes à amostra considerada, em algum momento, foram analisados pelos membros da Câmara Técnica de Conciliação. Esta se constituiu para auxiliar o magistrado do JESP na realização de acordos pré-processuais, bem como municiar o juízo de informações técnicas, caso a caso.

Sobre o funcionamento da Câmara Técnica de Conciliação, é importante registrar que se situa, fisicamente, no edifício do JESP. No local, encontram-se disponíveis um profissional (médico, farmacêutico ou enfermeiro da SMSA) e um profissional da Secretária de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES-MG) para prestar orientações e elaborar parecer técnico sob cada demanda.

Há dois caminhos para se acessar a Câmara Técnica de Conciliação. No primeiro, o indivíduo, comumente desacompanhado de advogado, dirige-se ao local e recebe orientações sobre a política existente e quais os fármacos disponíveis, ou alternativos à pretensão por ele apresentada. Nesse momento, o indivíduo poderá aceitar ingressar no programa ou na política, se existente, e ter sua demanda resolvida. Ou, caso contrário, será encaminhado para a atermção de seu pedido e distribuição da ação judicial, juntamente com o parecer técnico emitido pelo profissional técnico. O segundo caminho se perfaz pelas demandas judiciais, distribuídas por advogados particulares ou defensores públicos, que não compareceram à Câmara antes de ajuizarem a ação. Desta forma, após distribuir a demanda judicial e, antes de se manifestar em relação ao pedido liminar, o juízo encaminha o processo à Câmara Técnica de Conciliação para emissão de parecer técnico.

Os pareceres técnicos, elaborados por farmacêutico, enfermeiro ou médico pertencente ao quadro de profissionais da SMSA, relatam informações sobre o diagnóstico alegado pelo autor da ação, sobre a prescrição médica apresentada e sobre a pertinência ou alternativas ao fármaco solicitado em relação às políticas existentes. Destaca-se que há emissão de parecer pelo representante da SMSA, quando o MBH encontra-se como réu da ação. Do mesmo modo, junta-se o parecer técnico emitido pelo representante da SES-MG, quando o EMG encontra-se no polo passivo da demanda. Se ambos forem solidariamente demandados, serão juntados os respectivos pareceres técnicos.

Observa-se que todos os processos judiciais que compõem a amostra receberam o tratamento da Câmara Técnica de Conciliação em algum dos caminhos relatados, já que este é um dos critérios de seleção da amostra. Considerando essa realidade, torna-se mais assustador o percentual de 57,2% dos fármacos solicitados que não pertencerem à “Lista do SUS” e, desses, 83,4% da amostra, considerando os pareceres técnicos, possuíam opções terapêuticas fornecidas pelo SUS. E, além disso, ignorando os PCDT’s, 14,4% dos medicamentos pleiteados não tinham indicação para a doença alegada.

Anexas a este trabalho encontram-se três decisões judiciais (denominadas de Decisão 1, Decisão 2 e Decisão 3) e os respectivos pareceres técnicos juntados aos autos, de escolha aleatória, de cada um dos juízes prolores das decisões que compõem a amostra. Cabe destacar que pareceres e decisões assemelham-se às demais analisadas, permitindo-se, portanto, exemplificar a ausência de análise das políticas públicas e a fundamentação simplista do Art. 196 da CR/88 para o deferimento do medicamento pleiteado. Ou seja, afasta a compreensão de que o Estado brasileiro, mediante políticas



públicas, deva reduzir o risco de doença e de outros agravos e garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, além de contribuir para o agravamento das desigualdades e ir de encontro às conquistas embasadas nas reivindicações do Movimento Sanitário, especialmente a universalidade e equidade, à medida que os pedidos são deferidos.

Sete dias antes da Decisão 1, em face ao EMG e ao MBH, que se fundamentou no seguinte argumento “o artigo 196 da CR dispõe que a saúde é direito de todos e dever do Estado, ora entendido como a Administração Pública em geral”, foi juntado parecer técnico aos autos. Neste documento, o parecerista ponderou que o medicamento pretendido foi submetido à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) não sendo aprovado e, portanto, não faz parte da REMUME. E, por fim, informou que há alternativas terapêuticas disponíveis para satisfação da demanda. Apesar disso, o medicamento foi deferido para que, solidariamente, estado e município arquem com os custos de duas ampolas por mês do medicamento, por prazo seis meses, em sede de decisão liminar, para cumprimento em 10 dias. De acordo com o orçamento apresentado pelo autor, o preço unitário é de R\$ 2.279,00 (667,90 €), totalizando o valor de R\$ 54.696,00 (16.029.54 €). Sobre isso, deve-se considerar que os recursos dispendidos para aquisição do medicamento, provavelmente, serão superiores ao valor da causa, não apenas pelos custos administrativos para a compra, mas em razão da venda urgente ao governo apresentar cotação de preços superior àquela apresentada pelas farmácias ao consumidor final. Além disso, a decisão ignorou a política existente, a deliberação de não incorporação do CONITEC, as opções terapêuticas alternativas e se limitou a atender a prescrição médica, alheia a toda estrutura do SUS.

Em relação à Decisão 2, sob igual fundamentação, foi deferido o pedido de medicamento, sem considerar a informação técnica, juntada aos autos, que informou que os registros do fármaco junto a ANVISA estariam vencidos e apresentou alternativa terapêuticas. Tal decisão se contrapõe à PNM que tem como diretriz a regulamentação sanitária de medicamentos e a garantia da segurança, da eficácia e da qualidade dos medicamentos.

Na Decisão 3, sob os mesmos argumentos, foram deferidos medicamentos, apesar de não serem padronizados e não apresentarem superioridade significativa em relação às alternativas ofertadas pelo SUS. Observa-se que o EMG e o MBH ficam obrigados a cumprir a determinação judicial, por tempo indeterminado, ignorando a

diretriz da PNM, de Promoção do uso racional de medicamentos, tendo em vista que os pacientes que utilizam medicamentos para tratamentos psíquicos devem ser reavaliados a cada dois meses e ter sua receita renovada pelo mesmo período de acordo com as determinações da ANVISA.

Como contraponto destaca-se a decisão, denominada Decisão 4, pertencente a amostra revela-se acertada ao fazer cumprir a política pública existente e não observada pelo Estado ao advertir que o medicamento pleiteado “foi recomendado pelo Conitec para incorporação na rede pública, em 2013, para tratamento de um tipo de câncer de pulmão, sendo aderido” Sendo assim, de maneira coerente ao SUS fez cumprir a políticas existente a despeito da manifestação técnica de que havia “impossibilidade de fornecimento porque o atendimento a pacientes com neoplasias malignas no SUS é realizada por meios de Centros/Unidades de Alta Complexidade em Oncologia” em que se pese ter fundamentado a decisão igualmente no Art.196 da CR/88.

Assim, é importante frisar que a Judicialização não é somente negativa. É um instrumento disponível para se exigir ação estatal na concretização do direito à saúde. Mas é preciso compreender esse instrumento e utilizá-lo de forma a promover o bem comum, assim como ocorreu no início da década de 1990. Consta que à época, além da participação de associações relacionadas aos portadores de HIV/AIDSa, a Judicialização da saúde ganhou força em relação as demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos antiretrovirais tendo como objetivo maior a incorporação de fármacos à política de assistência farmacêutica (Ventura, 2010; Sant'Ana et. al, 2011). Este é um exemplo de atuação positiva da Judicialização. O Relatório da Unaid, *How AIDS Changed Everything*, aponta o Brasil como referência mundial e destaca o importante papel histórico do país no cenário global de combate à doença. (Unaid, 2015).

O mapeamento das ações judiciais que compõem a amostra permite observar, mais uma vez, que, em termos práticos, a interpretação da saúde, limitada ao argumento de dever do Estado, enfraquece as políticas e os programas destinados ao acesso ao medicamento no Brasil.

As decisões analisadas deferiram medicamentos, considerando apenas as prescrições médicas que se descontextualizam dos PCDT's, programas e políticas públicas vigentes. Assim, observa-se a afronta ao princípio da equidade, tendo em vista a assistência

por medicamentos não padronizados, ou não constantes em protocolos, para o atendimento de poucos.

Os dados da GEAF/SMSA reforçam essa contestação: em 2016, o quantitativo de itens não padronizados cadastrados pela SMSA, para o cumprimento de demanda judicial, foi de 955, no atendimento de, aproximadamente, mil pacientes, contrapondo-se à REMUME que contém 766 medicamentos padronizados para o atendimento da população dos pouco mais de 2,5 milhões habitantes do MBH.

A iniquidade em saúde na sociedade brasileira se apresenta, portanto, no acesso desigual a medicamentos, principalmente, se comparada a classe social mais pobre às demais. Por isso, deve ser preocupação permanente das políticas públicas, voltadas para a saúde, a disponibilidade de bens e serviços essenciais. Importa manifestar que a política pública de medicamento não se apresenta como instrumento de extinção, impedimento ou minimização de gozo do direito social à saúde e, sim, como instrumento de superação das desigualdades e alcance da equidade na garantia do direito à saúde (Lucchese, 2004; IPEA, 2010).

Considerando o conceito de equidade já explanado neste trabalho, é possível interpretar o deferimento de medicamentos que ignora as políticas, as instituições e toda a estrutura SUS como interferência do Poder Judiciário no Poder Executivo, uma vez que tais decisões judiciais produzem reflexos importantes.

Primeiramente, aponta-se para a interferência na gestão dos recursos financeiros e o conseqüente aumento do custo social. Como se viu anteriormente, o financiamento do SUS se dá por meio de Blocos de Financiamento. É importante destacar que os valores despendidos para cumprimento de ordem judicial não podem ser debitados na rubrica da Assistência Farmacêutica e, sim, do Fundo Municipal de Saúde. Desta forma, haverá alteração da execução no planejamento dos demais bens e serviços destinados à população. A utilização dos componentes do Bloco da Assistência Farmacêutica, assim como os demais, não pode ser desviada e, para tanto, passa por planejamento, o denominado Ciclo Orçamentário.

O ciclo orçamentário compreende o período de vários anos. No Brasil, esse período é de, no mínimo, três anos, pois começa com a aprovação do Plano Plurianual (PPA), relativo a um período de um ano, que vai do segundo ano do mandato em curso à aprovação da Lei das Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual

(LOA), relativas aos três anos de mandato, e abrange a entrega de orçamento para vigorar no primeiro ano do mandato subsequente. (Minas Gerais, 2013)

De tal modo, o planejamento e a execução do orçamento, pelo Poder Executivo, é precedido de um conjunto de procedimentos. Para a programação, são consideradas as políticas e os programas de saúde, indicadores epidemiológicos, bem como a sazonalidade de dispêndios e arrecadação. E essa programação é submetida aos mecanismos de controle interno e externo. Enfim, há organização dos recursos, antes de executá-los. Todo esse planejamento se dá com fim de executar ações e serviços. Se alterado o planejamento, inevitavelmente, será alterada a execução.

De acordo com a LOA, Lei nº 10.895, de 30.12.2015, do MBH, para o exercício de 2016, o orçamento da SMSA era de R\$3.964.869. (1,161,968,789.93 €). Desse o valor, R\$25.927.588,69 (7,598,496.19 €) estão destinados para a Atenção Básica. Da mesma forma, tantos outros valores estão destinados às diversas ações e serviços do SUS para o MBH. Ou seja, há limite de gastos, não apenas para todo o setor saúde, como também para as políticas, programas e ações do Sistema.

Esse desarranjo orçamentário não se limita ao desvio ou às perdas de recursos financeiros. É ampliado à desorganização da efetivação do direito à assistência farmacêutica aos cidadãos, de forma integral e universal. Percebe-se que a sobreposição das decisões judiciais às opções políticas representa enfraquecimento, ameaça à própria democracia e à complexidade interna do SUS, já que ele atua alheio aos limites estruturais do sistema jurídico posto. Ou seja, o Poder Judiciário decide, analisando caso a caso, inobservando a lógica SUS, atento apenas à lógica da prática das decisões judiciais. E, ainda, sem a percepção de que está diante do contexto de recursos finitos.

Não se pode ignorar que há escassez e que seja preciso definir quem tem direito, como se dará o acesso e quanto cada indivíduo pode utilizar dos bens coletivos, já que não se pode conceder, indefinidamente, tudo para todos. E essa decisão se dá a partir de diretrizes e princípios, sob pena de serem discricionárias e por critério de quem detém o poder de decidir caso a caso: o juiz. (Medeiros, 1998)

As decisões dos gestores, quando da formulação de política pública, baseiam-se nas principais necessidades de saúde da população e nos recursos disponíveis. E a usurpação de recurso destinado para a execução desse fim impede o atendimento equânime. Nesse contexto, o Estado, então, se vê obrigado a excluir, dentre as ofertas do

SUS já pactuadas, bens e serviços para garantir o cumprimento de ordem judicial, já que “ordem judicial não se discute, se cumpre”. (Silvia e Dallari, 2007).

E aqui se apresenta o segundo reflexo dos deferimentos de pedidos de medicamento por ordem judicial: o afastamento da equidade como instrumento de concretização da universalidade.

De acordo como relatório do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), ainda há desigualdade na aquisição de medicamentos pelas famílias brasileiras. Conforme dados coletados pela Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), referentes aos anos 2008-2009, do IBGE, as famílias mais pobres gastavam mensalmente, com cada indivíduo, em média, R\$ 6,55 (1.48 €) na aquisição de medicamentos. Já as mais ricas gastavam em torno de R\$ 59,62 (13.51 €), ou seja, aproximadamente nove vezes mais que as famílias mais pobres. Em termos absolutos, as famílias com menor poder aquisitivo comprometiam muito mais renda familiar na aquisição destes bens essenciais, ou seja, 12% de sua renda monetária. Já as famílias mais abastadas comprometiam somente 1,7% (Ipea, 2010).

É de suma importância garantir aos indivíduos o acesso ao serviço público de assistência farmacêutica, ofertado e padronizado pelo Estado sob a respectiva política pública, a fim de que o direito à saúde seja garantido de forma adequada para toda a coletividade. Enfim, é necessário que o Judiciário conheça os elementos da política pública de medicamentos e exerça sua função jurisdicional “de corrigir as eventuais desigualdades ocorridas no campo sanitário, desde que provocado”. (Silvia e Dallari, 2007)

Ao Judiciário, cabe limitar-se ao cumprimento de seu papel constitucional e evitar o enfraquecimento das políticas públicas que se colocam como instrumento garantidor da efetivação do direito à saúde. Não cabe a este Poder “conceder vontades”, sob pena de torna-se manipulado, garantista e contramajoritário de direitos fundamentais aos jurisdicionados, já que suas decisões interferem, em certas vezes, de forma negativa e evitam a aplicação de decisões tecnicamente eficientes e politicamente viáveis, impulsionando cada vez mais a Judicialização da saúde no Brasil. (Moreira, 2013)

## 9. SOBRE A EC Nº95/2016

A Proposta de Emenda à Constituição (PEC) que limita os gastos públicos pelos próximos 20 anos, PEC nº 241 (na Câmara dos Deputados) e PEC nº 55 (no Senado), foi promulgada em sessão solene do Congresso Nacional, em 15 de dezembro de 2016, e tornou-se a EC nº 95/2016a qual modifica parte dos artigos dos Atos das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) e institui um novo regime fiscal a partir de 2017.

O Novo Regime Fiscal, em suma, limita as despesas primárias dos três Poderes. De acordo com a EC nº 95/2016, em 2017, o teto para as despesas primárias teve como base aquelas realizadas no exercício de 2016 e, para os próximos vinte anos, será reajustado, conforme a publicação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), apontado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Esse regime fiscal permanecerá inalterado até o décimo ano de vigência da EC. Após esse intervalo de tempo, será possível proceder a alterações sobre o método de correção dos limites, por meio de Projeto de Lei Complementar do Presidente da República. (Calderan e Calderan, 2017).

O Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão conceitua<sup>18</sup> despesas primárias como “aquelas que pressionam o resultado primário, alterando o endividamento líquido do Governo (setor público não financeiro) no exercício financeiro correspondente”.

Além do teto das despesas primárias, decorrente da EC nº 95/2016, desde 2000, o Brasil possui um teto estabelecido pela Lei de Responsabilidade Fiscal que decorre de meta de superávit primário. Assim, as despesas primárias serão duplamente penalizadas, já que, além dos limites impostos pela referida emenda constitucional, deverão submeter-se ao superávit primário. Em outras palavras, pode-se dizer que, quanto maior a meta de superávit primário, a cada ano, mais baixo será o teto para as despesas primárias, ou seja, para os gastos sociais (Instituto de Estudos Socioeconômicos, 2017).

Nesse contexto, torna-se importante esclarecer que o valor previsto para a saúde foi menor, em termos reais, em relação ao último ano de vigência da EC nº 29/2000. Ou seja, a regra desta EC resguardava o orçamento federal do SUS, através da correção pela

---

<sup>18</sup> Cf. Glossário disponível em [http://www.orcamentofederal.gov.br/glossario-1/glossario\\_view?letra=D](http://www.orcamentofederal.gov.br/glossario-1/glossario_view?letra=D)

variação nominal do PIB, que incorpora a inflação e o crescimento real do PIB. Diferente do novo regime fiscal que corrige o orçamento apenas pela inflação (IPCA).

A EC nº 95/2016 estabeleceu a RCL de 2016 a qual apresentou queda real, devido à redução da atividade econômica no país. Especificamente, em relação à saúde, houve exceção que, em pouco, altera a realidade de limite de gastos.

Art. 110. Na vigência do Novo Regime Fiscal, as aplicações mínimas em ações e serviços públicos de saúde e em manutenção e desenvolvimento do ensino equivalerão: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 95, de 2016)

I - no exercício de 2017, às aplicações mínimas calculadas nos termos do inciso I do § 2º do art. 198 e do caput do art. 212, da Constituição Federal; e (Incluído pela Emenda Constitucional nº 95, de 2016)

II - nos exercícios posteriores, aos valores calculados para as aplicações mínimas do exercício imediatamente anterior, corrigidos na forma estabelecida pelo inciso

No dispositivo referido do Art. 198, estabeleceu-se que a União não poderia aplicar menos de 15% da RLC. E, no Art. 212, a União aplicará até 18%, mas os estados, o Distrito Federal e os municípios aplicarão 25% do resultado de impostos e transferências para a educação.

No entanto, essa medida é pouco efetiva para se garantir o necessário investimento nos setores. No caso da saúde, de acordo com os dados do Portal da Transparência, nos últimos cinco anos, o maior percentual de aplicação ocorreu em 2015 e não ultrapassou a casa dos 13,7% da RCL, ou seja, a União não aplicou o mínimo constitucional. Não será no ano de 2017 que conseguirá aplicar os mínimos 15% para elevar os gastos com a saúde a patamares considerados, minimamente, aceitáveis, para um congelamento de gastos pelo período de vinte anos.

**Tabela 03: Gasto Público Primário Federal em Saúde em % da RCL**

Ano	RCL*	Despesa Liquidada*	Percentual Aplicado
2016	R\$ 722.474.299,18	R\$ 98.494.822,88	13,6%
2015	R\$ 674.522.742,05	R\$ 92.154.111,99	13,7%
2014	R\$ 641.578.197,33	R\$ 85.130.901,08	13,3%
2013	R\$ 699.643.229,44	R\$ 85.384.222,46	12,2%
2012	R\$ 616.933.348,52	R\$ 84.052.672,78	13,6%

Fonte: Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União

\* Em milhares de reais

Mesmo se, em 2017, o custeio da saúde alcançasse os 15% em relação à RCL, ainda estaria longe do ideal. De acordo com dados do Ministério da Fazenda, o custeio já é inferior ao desejável, tendo em vista que não ultrapassou os 1,7% em relação ao PIB, nos últimos dez anos. A proposta dos sanitaristas, desde a Reforma, era de, no mínimo, dez por cento em relação ao PIB, para que se garantisse o atendimento adequado de uma política de saúde como se quer o SUS: universal, integral, equânime e gratuito a toda a população brasileira.

**Tabela 04: Gasto Público Primário Federal em Saúde em % do PIB**

2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1,7	1,6	1,6	1,7	1,6	1,6	1,7	1,6	1,6	1,7

Fonte: Ministério da Fazenda, 2016

De acordo com os indicadores da Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que, em comparação com os sistemas de saúde da América Latina, o gasto público nessa área, no Brasil, em 2014, situa-se abaixo do gasto de países com sistema universal de saúde e, em alguns casos, abaixo daqueles em que a saúde não se constitui como um dever do Estado (Vieira e Benavides 2016 a)

**Tabela 05: Indicadores de gasto público com saúde de países da América Latina selecionados em 2014, em dólares internacionais (Paridade do Poder de Compra -PPC)**

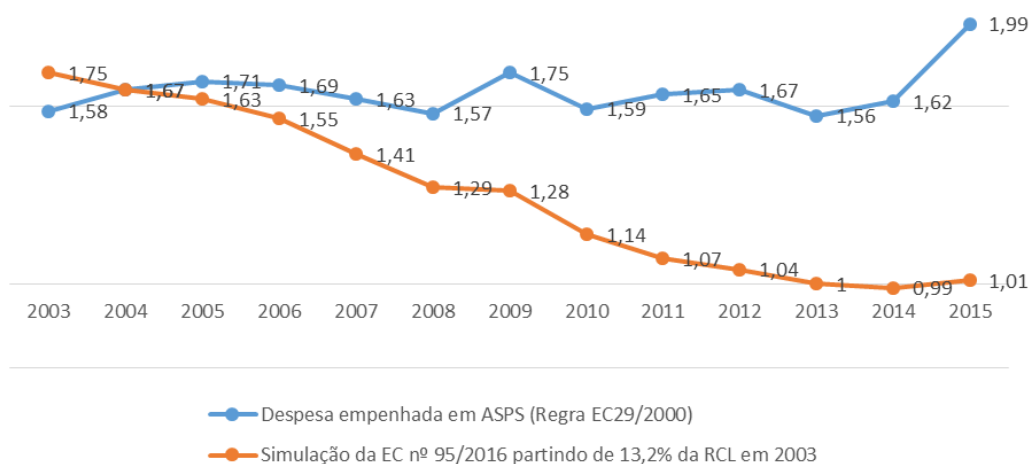
Países	% PIB	Gasto per capita (PPC)*
Uruguai	6,11	1.276
Panamá	5,88	1.228
Colômbia	5,41	723
Nicarágua	5,1	251
Paraguai	4,5	400
El Salvador	4,47	373
Chile	3,85	865
<b>Brasil</b>	<b>3,83</b>	<b>607</b>
México	3,26	581
Argentina	2,65	630
Venezuela	1,54	271

Fonte: Viera e Benavides (2016a) \*Paridade do poder de compra (dólares internacionais).



A EC nº 86/2015 já foi considerada penalizante para o financiamento, quando o desvinculou do PIB. Não restam dúvidas de que a EC nº 95/2016 significará o desmonte do SUS. O Gráfico abaixo, elaborado por Vieira e Benevides (2016 b), realiza um comparativo simulado entre os gastos de saúde, em relação ao PIB, sob a vigência da EC nº 29/2000 e da EC nº 95/2016, no período de 2003 a 2015. O custeio da saúde, sob a vigência da EC nº 95/2016, seria superior ao proposto pela EC nº 29/2000 e, no final do período simulado, haveria uma queda significativa de 0,99 pontos percentuais a qual geraria um investimento em saúde de 1,01% do PIB, ou seja, quase metade em relação à EC nº 29/2000.

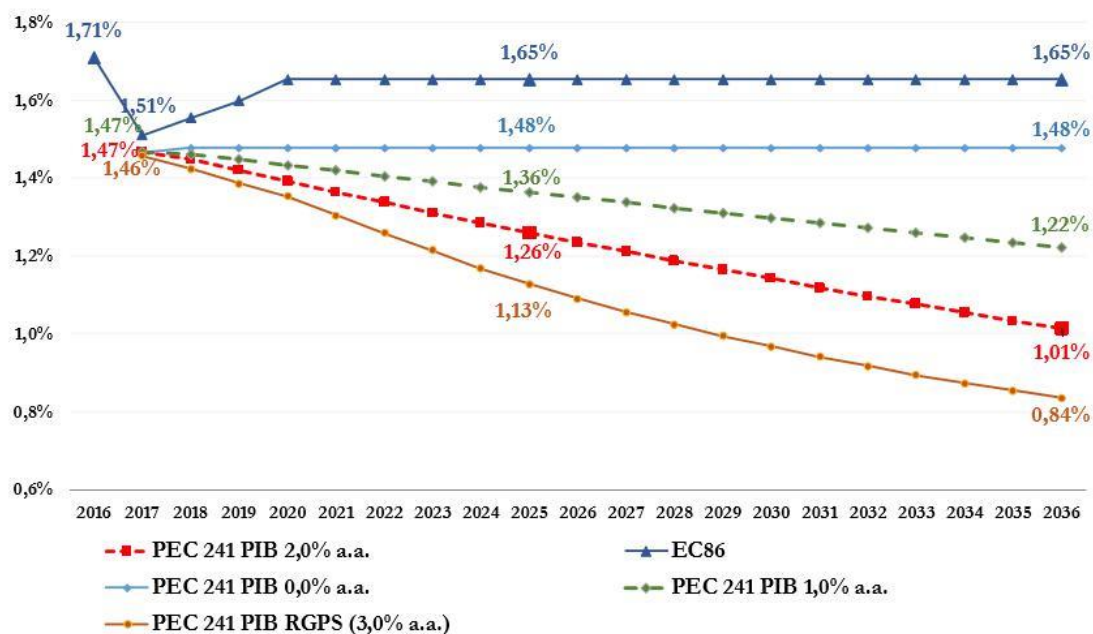
**Gráfico 06: Simulação do impacto da ECnº95/2016 sobre o Gasto Federal do SUS caso vigorasse desde 2003, em % do PIB**



**Fonte: Vieira e Benevides, 2016<sup>a</sup>**

Sob a análise do panorama da saúde no Brasil, tais considerações, embasadas em argumentos econômicos, relevam um prognóstico preocupante. Em relevante trabalho, publicado pelo IPEA, Vieira e Benevides (2016b) apresentaram uma projeção dos impactos da EC nº 86/2015 e da EC nº 95/2016 para os próximos anos. O Gráfico 07 apresenta o resultado das projeções sobre a participação dos limites mínimos de Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) no PIB. A projeção já parte de um valor inferior ao patamar atual, devido à queda no primeiro ano de vigência da EC nº 95/2016. Enquanto, durante a vigência da EC nº 29/2000, o financiamento federal do SUS se situou na faixa entre 1,6% e 1,7% do PIB. Com a previsão, para 2016, o valor seria de 1,71% do PIB, mas, para 2017, o limite mínimo para aplicação em ASPS seria de 1,47% do PIB e ,com a manutenção da regra da EC nº 86/2015, seria de 1,51% do PIB.

**Gráfico 07: Projeção do impacto da EC nº95/2016 sobre o gasto federal com saúde em comparação com a manutenção da regra da EC nº 86/2015 – em % do PIB (Hipóteses: piso da PEC 241 = 13,2% da RCL de 2016; e RCL 2016 = R\$ 689 bilhões).**



Hipóteses: 1) taxa de crescimento real de PIB de 1,1% em 2017 (Focus/Bacen); para 2018 a 2036, cenários com 0,0%, 1,0%, 2,0% (taxa média anual do crescimento do PIB entre 2010 e 2015) e da LDO 2016, anexo RGPS (média de 3,00% a.a.); 2) IPCA de 5,29% em 2017 e 4,5% entre 2018 e 2036; 3) RCL/PIB constante em 11,02% do PIB (previsão 2016); 4) RCL de 2016 estimada em R\$ 689 bilhões, conforme PLOA 2016 (R\$ 759,4 bilhões), com redução de 9,3%, conforme previsão de queda da receita líquida constante do Relatório de Avaliação de Receitas e Despesas Primárias da Secretaria de Orçamento Federal/SOF - 3º Bimestre de 2016 (tabela 9, página 24); 5) PIB nominal de 2016 estimado em R\$ 6.247,9 bilhões, conforme Relatório de Avaliação de Receitas e Despesas Primárias da SOF/MPOG - 3º Bimestre de 2016; 6) Base para aplicação mínima em ASPS conforme a PEC 241 de 13,2% da RCL de 2016.

**Fonte: Vieira e Benevides, 2016b**

A aprovação da EC gerou inúmeras manifestações em todo o Brasil, sob o argumento de que esse regime fiscal sugere desalinhamento ao Estado Democrático de Direito, “destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais”<sup>19</sup> (REFERÊNCIA) e a escolha do constituinte pelo bem-estar e desenvolvimento. Acredita-se que o regime fiscal posto se apresenta como entrave para a efetivação do direito à saúde, em razão da perda de recursos, em relação à regra vigente e à redução do gasto público com a saúde (se verificado o PIB), uma vez que não haverá partilha dos ganhos decorrentes do crescimento econômico durante vinte anos (Vieira e Benevides, 2016b; Rocha, 2017)

<sup>19</sup> Cf. preâmbulo constitucional brasileiro que diz: “Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembleia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL.”.

Em nota sobre a então PEC 241, o CNS considerou o novo regime fiscal um desrespeito à luta do Movimento de Reforma Sanitária. Nessa mesma nota, discorreu que esse regime representa um retrocesso para os direitos sociais consagrados na Constituição brasileira, já que reduz as despesas sociais em detrimento do pagamento dos juros da dívida pública, despesas essas que não tiveram um teto estabelecido para os próximos anos<sup>20</sup>.

Viera e Benavides (2016 b) entendem a que a EC nº95/2016 representa uma ruptura na trajetória, ainda que ela fosse constituída por avanços e retrocessos, mas que se mantinha consistente de consolidação do estado do bem-estar social construído nas últimas décadas. Especificamente para a saúde, os autores projetam aqueles que dispõem de recursos financeiros para o mercado privado aos que têm acesso e informação sobre os próprios direitos e os deveres estatais para a Judicialização; e aos mais vulneráveis, sujeitos à insuficiência da oferta, para a escassez, ou precária qualidade de serviços públicos de saúde.

Conclui-se, portanto, que, de acordo o novo regime, não será possível efetuar o aumento de despesas totais e reais acima da inflação, mesmo se a economia do país estiver em crescimento. O novo regime não considera as taxas de crescimento econômico e demográficos, o que, inevitavelmente, acarretará o sucateamento das políticas sociais e a queda da qualidade de vida da população, especialmente, nas áreas da saúde e educação. Ou seja, somente será possível aumentar os investimentos em uma área, desde que sejam feitos cortes em outras (Mariano, 2017).

Diferenciando-se de experimentos em outros países que adotaram o regime de limite de gastos públicos, o novo regime desconsidera as taxas de crescimento da economia, o aumento dos gastos com saúde e reduz a participação no PIB das despesas primárias. Além de desconsiderar a necessidade de investimentos para manutenção dos serviços existentes, ou para a manutenção daqueles a ser incorporados para a garantia do direito à saúde como, por exemplo, o envelhecimento populacional que exigirá o aumento do gasto público.

---

<sup>20</sup> Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2016/docs/06jun27\\_REJEITAR\\_A\\_PEC\\_241.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2016/docs/06jun27_REJEITAR_A_PEC_241.pdf)

**Tabela 06: Projeção da população, por faixa etária**

Grupo Etário	2000		2016		2030	
	População	(%)	População	(%)	População	(%)
	<b>173.448.346</b>	<b>100%</b>	<b>206.081.432</b>	<b>100%</b>	<b>226.917.266</b>	<b>100%</b>
0-14	52.107.064	30	46.769.405	22,7	36.876.479	16,3
15-24	34.444.300	19,9	34.207.218	16,6	28.018.288	12,3
25-59	72.661.251	41,9	100.171.348	48,6	113.153.294	49,9
60-90+	14.235.731	8,2	24.933.461	12,1	48.869.205	21,5

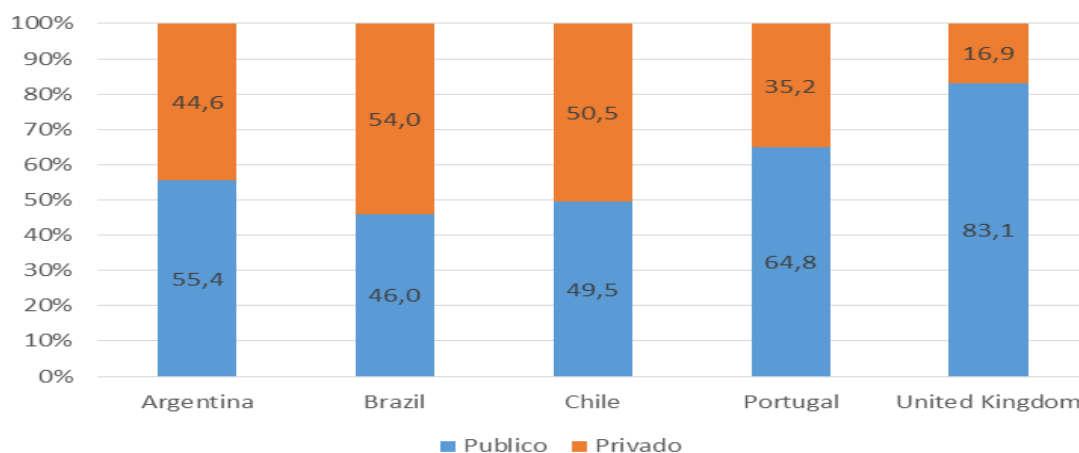
Fonte: IBGE

De acordo com as projeções do IBGE, a alteração para a estrutura etária brasileira é considerável, nos últimos anos, e mais expressiva, se comparados os dados do ano de 2000 para o de 2036. A população entre 15 e 24 anos de idade teve uma queda de 7,6 pontos percentuais. Já a população com idade compreendida entre 25 a 59 anos teve um aumento de oito pontos percentuais. A população acima de sessenta anos quase triplicou, apresentando um aumento de 13,3 pontos percentuais. Em termos absolutos, a população acima de 60 anos passará de 14,2 milhões, em 2000, para 48,9 milhões habitantes em 2036.

Sabe-se que os gastos de saúde da população idosa são maiores em relação ao restante da população demandando, assim, mais investimento, principalmente se considerado um aumento populacional tão expressivo. Conforme dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, mais de cinquenta por cento da população entrevistada, com idade acima de 65 anos, referiu diagnóstico de hipertensão, quase 20%, de diabetes e 25% de colesterol alto. Doenças crônicas que, se não controladas sabidamente, geram ainda mais custos à saúde.

Não se pode afastar a realidade de que, de acordo com os dados do Banco Mundial, em 2014, o gasto público no custeio da saúde representou 45,5 e atendeu, exclusivamente, a 75% da população brasileira, com a oferta integral de bens e serviços de saúde, ou seja, sem cobertura da saúde suplementar. Além disso, bens e serviços de vigilância em saúde (sanitária e epidemiológica), vacinação, tratamentos de alto custo não cobertos pelos planos de saúde, nomeadamente, o oncológico e o transplante de órgãos, são atendidos, na sua totalidade, pela rede pública de serviços de saúde (Vieira e Benevides, 2016a)

**Gráfico 08: Proporção do gasto público e privado no custeio da saúde, em 2014**



Fonte: Banco Mundial

O gasto público com a saúde mostra-se em desacordo com a política do SUS que visa um atendimento universal e integral para redução das desigualdades. Ter 54% do custeio da saúde com despesas privadas permite inferir que, em razão de falhas estruturais, parte da população recorre aos planos e seguros de saúde, acentuando ainda mais as iniquidades no país, à medida que cria um atendimento desigual àqueles com maior poder aquisitivo, permitindo-os usufruir de melhores serviços, tendo como contrapeso um serviço de diferenciada qualidade aos utentes do SUS. Enfim, o gasto privado maior, por meio de desembolso direto, ou por meio de aquisição de planos e seguros de saúde, e a menor participação de recursos públicos no setor concretizam a forma mais iníqua e excludente de financiamento.

Os defensores da EC nº 95/2016 consideram ser essa a única medida capaz de reverter a atual situação econômica do Brasil e afirmam que a redução do gasto público gerará boas expectativas nos agentes econômicos e o aumento do gasto privado. Como consequência, haverá crescimento no país. Parece, entretanto, que desconsideraram outras variáveis ou possibilidades de política fiscal que não implicariam em forte redução das despesas com políticas sociais e infraestrutura e realizaram uma reforma fiscal do Estado, de maneira implícita, sem o devido debate técnico e da sociedade civil.

Existem outros caminhos capazes de conservar o interesse da maior parcela da população brasileira. O CNS já sinalizou alternativas, como revisão da renúncia fiscal e da legislação do imposto de renda, a fim de criar faixas de rendimentos e alíquotas para que sejam tributados os que estão no topo da pirâmide de rendimentos no país. Assim como

reduzir a incidência sobre a produção e o consumo, mas aumentar sobre o patrimônio, renda e riqueza, aliada à revisão de isenção de tributação sobre remessas de lucros e dividendos. Além disso, aumentar a tributação sobre tabaco, álcool e motocicletas, que são fatores que contribuem para o aumento de gastos com a saúde (Conselho Nacional de Saúde, 2016).

A EC nº 96/2016 reforça o subfinanciamento da saúde pública, o excesso de incentivos governamentais para o mercado privado e contribui para a redução do gasto público no total das despesas com a saúde. Um cenário paradoxal para sistema universal de saúde. (Piola et. al, 2013)

Essa realidade permite dizer que os objetivos da Ordem Social, positivados no Art. 193 da CR/88, sob a lógica de bem-estar e justiça social, tornam-se formalidades constitucionais sem eficácia e sem concretude, já que foram esvaziados pela EC nº 95/2016. E esta, como medida fiscal a ser sintetizada no tripé “superávit primário, meta inflacionária e câmbio flutuante”, inevitavelmente resultará em aprofundamento da desigualdade social, recessão econômica e geração de lucros para poucos (Mariano, 2017).

Em suma a EC, sob análise, apresenta um potencial para aprofundar a atual política econômica recessiva, causará desemprego, queda de renda e sucateamento das políticas sociais. Atenderá, portanto, às necessidades do SUS, uma política voltada para o desenvolvimento econômico do país, redução das desigualdades, inclusão social e que reforce o papel dos gastos públicos em saúde como medida de estímulo.

.



## 10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O direito social à saúde, conforme prevê a CR/88, somente pode ser garantido mediante políticas públicas que, por seu caráter coletivo, exigem a ação ou não ação efetiva do Estado para sua concretização.

Restou, claro, para o presente trabalho, que a construção histórica do SUS, especialmente a partir do Movimento Sanitário, resultou na ruptura de um sistema contratualista, excludente e de financiamento seletivo por um sistema que se quer universal, gratuito e equânime. Apesar de todas as dificuldades para a sua implementação, o SUS tem, hoje, um impacto social de grande importância, como sistema de proteção social, em razão dos resultados obtidos e da abrangência da cobertura alcançada.

O sistema de saúde brasileiro se apresenta como política pública social e instrumento de superação das desigualdades, por meio da equidade institucionalizada nas políticas públicas que são um importante meio de ação estatal em prol do desenvolvimento social, impulsionadas pelos conflitos e disputas.

As políticas são desenhadas e programadas para serem executadas, de acordo com as necessidades e a realidade da população. Quando o Judiciário não considera as políticas, conforme o contexto desafiante, apresenta-se o seguinte quadro: gestores tentando equilibrar orçamentos comprometidos por decisões judiciais e juízes tentando se inteirar do que é relativo à saúde, sem compreender o SUS como política para decidir as demandas por medicamentos. Assim, apresentam-se os dois Poderes, Executivo e Judiciário, separadamente, vivendo os dilemas de cumprir as decisões, conciliar as normativas do SUS e o financiamento insuficiente.

O Judiciário e seus operadores precisam apreciar as competências do SUS, compreender o financiamento do sistema e a finitude dos recursos. E, principalmente, voltar o olhar para as políticas públicas disponíveis e, na ausência delas, identificar um caminho adequado à realidade do SUS para que se proteja o direito individual e o coletivo, sob pena de emitir decisão divorciada de análise de fatores técnicos, ordinalmente externos à teoria jurídica. Deve-se conhecer a gestão, os procedimentos médicos e farmacológicos na análise de processo judicial. Assim, conhecer o SUS diz respeito a incluir, na análise prévia, a decisão judicial, a pactuação entre gestores, o processo de construção das



políticas, os PCDT e os atos normativos primários (Lei Complementar; Lei Ordinária; Lei Delegada; Medida Provisória; Decreto Legislativo; Decreto Autônomo, entre outros) e secundários (Decretos; Regulamentos; Resoluções; Portarias; Instruções e outros). Não é uma tarefa fácil, mas que garantirá a equidade do SUS, tendo em vista que decisões judiciais modificam, irremediavelmente, os destinos sociais.

Cabe, portanto, ao judiciário agir para a garantia do acesso ao medicamento aos autores das 42,8% das ações judiciais, que compõem a mosta, cujo objeto são medicamentos padronizados. Importa a este Poder fazer cumprir o direito à saúde, pactuado e, conseqüentemente, fortalecer as políticas vigentes. Deve o Judiciário e seus operadores exigirem a elaboração, implementação e efetiva execução de políticas públicas não existentes, em sintonia com os princípios, diretrizes e realidade do SUS e da população brasileira evitando, assim, ser objeto de manipulação e de alvo de pressões corporativas, industriais, mercantis e da sociedade.

A Judicialização não é o único desafio do Executivo. A este cabe manter atualizadas as listas de medicamentos disponibilizados pelo SUS e os respectivos protocolos. As incorporações tecnológicas compatíveis com o custo-efetividade e com o seu uso racional, assim como regular, fiscalizar e normatizar são ações fundamentais para a sustentabilidade do sistema.

Não se alude um Estado negligente frente às necessidades individuais, mas isso não pode servir de argumento para que o direito à assistência farmacêutica se isole da política pública, construída sob a perspectiva da justiça distributiva para garantia de direitos. As necessidades individuais devem ser contextualizadas dentro da política pública de medicamentos para o atendimento às necessidades terapêuticas individuais. E, para tanto, o sistema jurídico e os mecanismos de efetivação de direitos devem garanti-los de forma ininterrupta e pautados pela universalidade e equidade, que vise à assistência segura e eficaz à saúde para todos (Marques e Dallari, 2007).

As políticas públicas são eficientes ferramentas técnicas na construção de uma adequada relação com o Poder Judiciário, especialmente, no que diz respeito às demandas judiciais relacionadas à Assistência Farmacêutica.

Especialmente, em tempos de vigência da EC nº 95/2016, o Poder Judiciário e seus operadores devem permanecer atentos para a realidade de limitação e, mais especificamente, de redução de recursos destinados à saúde. A presente dinâmica de

decisões judiciais fundamentadas no Art. 196 da CR/88, restritamente interpretado, e o conseqüente deferimento absoluto de medicamentos e outros serviços de saúde poderão conduzir à falência do SUS, idealizado e arduamente conquistado pelos sanitaristas.

Não se pretende, portanto, demonizar a Judicialização da saúde, pelo contrário, a norma, o indivíduo e a sociedade são indissociáveis e a democracia admite que se busque o Judiciário sempre não haja satisfação de direito. No entanto, para a concretização do direito à saúde da maneira como o legislador constituinte propôs, é imprescindível a aproximação e o diálogo institucional entre Executivo e Judiciário sob pena de reforçar as iniquidades.



## 11. LISTA DAS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aith, Fernand; Bujdoso, Yasmin; Nascimento, Paulo R.; Dallari, Sueli G. (2014) “Os princípios da universalidade e integralidade do SUS sob a perspectiva da política de doenças raras e da incorporação tecnológica” *Revista de Direito Sanitário*. (1) 15, 10-39.

ANVISA: Agencia Nacional de Vigilância Institucional  
<http://portal.anvisa.gov.br/institucional> [10 junho de 2017].

Arouca, Sérgio (1998) “Reforma sanitária” In: *Biblioteca Virtual*. Fundação Rio de Janeiro: Oswaldo Cruz <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html> [10 junho de 2017].

Arouca, Sérgio (1998) “Reforma sanitária” In: *Biblioteca Virtual*. Rio de Janeiro, Fiocruz <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05> [10 junho de 2017]

Backy, Sheila de S. (2005) “Equidade, desigualdade e iniquidade em saúde: mote contra o projeto de universalidade” in *II Jornada Internacional de Políticas Públicas*. São Luís, Brasil 23-26 de agosto 2005. São Luís: Universidade Federal do Maranhão. [http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos2/Sheila\\_de\\_Souza\\_Backx254.pdf](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos2/Sheila_de_Souza_Backx254.pdf) [10 junho de 2017].

Barros, Fernando P. C.; Sousa, Maria F. (2016) “Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS” *Saúde & Sociedade*. 25(1), p.9-18

Barroso, Luís E. (2009) “Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática” *Thesis*. (1)5, p.23-32.

Bastos, Celso R.; Martins, Ives G. (2000). *Comentários à constituição do Brasil*. São Paulo: Saraiva.

Belo Horizonte. Lei Municipal nº 9.011/2005, Diário Oficial do Município, 1 de janeiro de 2005.

Belo Horizonte. Lei Orçamentaria Anual nº 10.895/2015. Diário Oficial do Município. 30 de dezembro de 2015.

Bertolozzi, Maria R.; Greco, Rosangela M. (1996) “As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais” *Revista da Escola de Enfermagem da*

USP. (3) 30, 380-398. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62341996000300004> [23 de junho de 2017]

Bittencourt, Guaraci B. (2016) “O ‘Estado da Arte’ da produção acadêmica sobre o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil” *Caderno Ibero-Americano de Direito Sanitário*. (1)5, 102-121. DOI: <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v5i1.261> [10 junho de 2017].

Borges, Danielle C. L.; Schumacher, Mercedes. (2013) “O equilíbrio entre o individual e o coletivo na busca pela universalidade do Sistema Único de Saúde”. *Caderno Ibero Americano de Direito Sanitário*. DOI: <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v2i2.66> [10 junho de 2017].

Braga, José C. S.; Paula, Sergio G. (1981) *Saúde e previdência: estudos de política social*. São Paulo: CEBES-HUCITEC.

Braga, Maria. H. (2005) “Assistência Farmacêutica : um desafio para o SUS” <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Entrevista2.pdf> [10 junho de 2017].

Brandalise, Mary A. T.; Souza, Cristina S. (2014) “Avaliação de políticas públicas: conceitos filosóficos e epistemológicos” in III Congresso Nacional de Avaliação em Educação. Bauru, Brasil 22-24 de Setembro de 2014. São Paulo: CECEMCA/UNESP, <http://wwwp.fc.unesp.br/Home/paginas/conave3/andreliza-cristina.pdf> [10 junho de 2017].

Brasil (1998) *Políticas de saúde: metodologia de formulação*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

Brasil (2000) *Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas*. Brasília: Ministério Saúde

Brasil (2001) *Política nacional de medicamentos 2001*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Brasil (2006 a). *Cadernos de Atenção Básica: saúde bucal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil (2006) *Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil (2007) *Sistema Único de Saúde*. Brasília: CONASS, 2007.

Brasil (2009) “Equidade em Saúde” Glossário Temático Economia da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil (2010) *Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas*. Brasília: Ministério da Saúde

Brasil (2011 a) *Assistência Farmacêutica no SUS*. Brasília: CONASS.

Brasil (2011) *O Financiamento da Saúde*. Brasília: CONASS

Brasil (2013) *Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil (2015) *Assistência Farmacêutica no SUS*. Brasília: CONASS, 2015.

Brasil, Constituição da República Federativa do Brasil/1988, Diário Oficial da União, 5 de outubro de 1988.

Brasil, Decreto nº 4.682/1923, Diário Oficial da União, 24 de janeiro de 1923.

Brasil, Decreto nº 4.726/2003, Diário Oficial da União, 9 de junho de 2003.

Brasil, Decreto nº 53.612, Diário Oficial da União, 26 de fevereiro de 1964.

Brasil, Decreto nº 7.508/2011, Diário Oficial da União, 28 de junho de 2011.

Brasil, Decreto nº 7.827/2012, Diário Oficial, 16 de outubro de 2012.

Brasil, Decreto nº 8.412/2015, Diário Oficial da União, 26 de fevereiro de 2015.

Brasil, Emenda Constitucional nº 29/2000, Diário Oficial, 13 de setembro de 2000.

Brasil, Emenda Constitucional nº 86/2015, Diário Oficial, 17 de março de 2015.

Brasil, Emenda Constitucional nº 95/2016, Diário Oficial da União, 15 de dezembro de 2016.

Brasil, Lei Complementar nº 141/2012, Diário Oficial, 13 de janeiro de 2012.

Brasil, Lei nº 1.261/1904, Diário Oficial, 31 de outubro de 1904.

Brasil, Lei nº 10.520/2002, Diário Oficial da União, 17 de julho de 2002.

Brasil, Lei nº 12.257/2011, Diário Oficial da União, 18 de novembro de 2011.

Brasil, Lei nº 12.466/11, Diário Oficial da União, 24 de agosto de 2011.

Brasil, Lei nº 13.105, Diário Oficial da União, 16 de março de 2015..

Brasil, Lei nº 8.080/1990, Diário Oficial da União, 19 de setembro de 1990.

Brasil, Lei nº 8.142/1990, Diário Oficial da União, 28 de dezembro de 1990.

Brasil, Lei nº 8.666/90, Diário Oficial da União, 21 de junho de 1993.

Brasil, Lei nº 9.099/1995, Diário Oficial da União, 26 de setembro de 1995.

Brasil, Lei nº 9.782/1999, Diário Oficial da União, 26 de janeiro de 1999.

Brasil, Lei nº 9.787/1999, Diário Oficial da União, 10 de fevereiro de 1999.

Brasil. (2015) *A Gestão do SUS. Coleção Para Entender a Gestão do SUS*.

Bucci, Maria P. D. (2006) “O conceito de política pública em direito”. In: Bucci, Maria P. D. (ed.) *Políticas públicas – reflexões sobre o conceito jurídico*. São Paulo: Saraiva

Bulos, Uadi L. (2015) *Constituição federal anotada*. São Paulo: Saraiva.

Cabral, Danilo (2016) *Inconformismo com a falta de estrutura do Sistema Único de Saúde - SUS e da Previdência Social em Municípios nordestinos*. Brasília, Câmara dos Deputados.

<http://www.camara.leg.br/internet/sitaqweb/TextoHTML.asp?etapa=3&nuSessao=228.2.55.O&nuQuarto=29&nuOrador=2&nuInsercao=0&dtHorarioQuarto=14:50&sgFaseSessao=BC%20%20%20%20%20%20%20%20%20&Data=19/09/2016&txApelido=GONZAGA%20PATRIOTA&txEtapa=Com%20reda%C3%A7%C3%A3o%20final> [10 de junho de 2017].

Calderan, André M. Calderan, Andreia. (2017) Implementação da emenda constitucional 95/2016: reflexões sobre suas possíveis implicações nas políticas educacionais da infância. São Paulo: USP [www3.fe.usp.br/secoes/inst/novo/agenda\\_eventos/inscricoes/PDF.../58844.doc](http://www3.fe.usp.br/secoes/inst/novo/agenda_eventos/inscricoes/PDF.../58844.doc) [10 junho de 2017].

CANDAU, Marcolino G.; BRAGA, Ernani (1948) “Novos rumos para a Saúde Pública Rural”. *Revista do Serviço Especial de Saúde Pública*. (2)2, 569-590.

Canotilho, Joaquim J. G. Moreira, Vital (2014) *Constituição da República Portuguesa Anotada*. Coimbra: Coimbra Editora

Canotilho, Joaquim. J. G (2007). *Direito Constitucional e Teoria da Constituição*. Coimbra: Almedina, 2007.

Carvalho, Gilson (2013) “A saúde pública no Brasil” *Estudos Avançados*. (78) 27, 7–26.

Cohn, Amélia (1995) “Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil” in: Laurell, A. C. (ed.). *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. São Paulo: Cortez.

Conotilho, Joaquim J. G; Mendes, Gilmar F.; Sarlet, Ingo W.; Streck, Lenio. L. (2013) *Comentários à Constituição do Brasil*. São Paulo: Saraiva.

Conselho Nacional de Saúde (1986) “VIII Conferência Nacional de Saúde”. Brasília, Brasil 17-21 março de 1986. Brasília: Ministério da Saúde.

Conselho Nacional de Saúde (1992) “IX Conferência Nacional de Saúde”. Brasília, Brasil 9-14 agosto de 1992. Brasília: Ministério da Saúde

Conselho Nacional de Saúde (2004) “IX Conferência Nacional de Saúde”. Brasília, Brasil 07-11 de dezembro de 2003 . Brasília: Ministério da Saúde

Conselho Nacional de Saúde (2005) “I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica”, Brasília, 15-18 setembro de 2003. Brasília: Ministério da Saúde.

Conselho Nacional de Saúde (2016) *O conselho nacional de saúde e a PEC 241/2016. Por uma solução das contas públicas que respeite os direitos sociais. Não a PEC 241*. em: [https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2016/10/O-CONSELHO-NACIONAL-DE-SAUDE-E-A-PEC241\\_OUT16.pdf](https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2016/10/O-CONSELHO-NACIONAL-DE-SAUDE-E-A-PEC241_OUT16.pdf)[https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2016/10/O-CONSELHO-NACIONAL-DE-SAUDE-E-A-PEC241\\_OUT16.pdf](https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2016/10/O-CONSELHO-NACIONAL-DE-SAUDE-E-A-PEC241_OUT16.pdf) [10 de junho de 2017].

Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº 338/2004, Diário Oficial da União, 06 de maio de 2004.

Conselho Nacional de Saúde. <http://conselho.saude.gov.br/> [10 junho de 2017]



Cosendey MAE, Bermudez JAZ, Reis ALA, Silva HF, Oliveira MA, Luiza VL. (2000) “Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. *Cadernos de Saúde Pública* 16 (1),171-82.

Costa, Nilson R; Silva, Pedro L. B.; Ribeiro, José M. S. (2000) “A experiência internacional de reforma do setor saúde: inovações organizacionais e de financiamento” *RAP*. 34(1), 209-27

Duarte, Cristina M. R. (2000) “Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro?” *Ciência & Saúde Coletiva*. (2) 5, 443-463. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000200016> [10 de junho de 2017].

Dye, Thomas R. (2005) *Undertanding public policy*. New Jersey: Prentice

ENSP: Escola Nacional de Saúde <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/introducao.pdf>

Escorel, Sarah (1999) *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ

Espírito Santo. Secretaria de Saúde. (2008) *Linhas-Guia e Manuais. Anexo 6. Linhas-Guia e Manuais*. Disponível em: <http://www.sedes.na.es.gov.br/projetodesaudees/anexo%20> [10 de junho de 2017].

Fausto, Boris (2009). *História do Brasil*. São Paulo: Edusp, 2009.

Fernandes, Bernardo G. (2011) *Curso de direito constitucional*. Rio de Janeiro: Lumen.

Figueiredo Neto, Manoel V.; Silva, Priscyla F.; Rosa, Lúcia C. S.; Cunha, Carlos L. F; Santos, Rafael V. S. G. (2010) “O processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde brasileiro e as novas perspectivas” *Âmbito Jurídico*, 76(13) [http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=7781](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7781) [10 de junho de 2017].

Finkelman, Jacobo (2002) *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ

Fonseca, Cristina M. O. (2007) *Saúde no governo vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz

Frey, Klaus (2000) “Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil” *Planejamento e Políticas Públicas*, 21

Galvão, Márcio A. M. (2012) *Origem das políticas de saúde pública no Brasil: do Brasil-colônia a 1930*. Ouro Preto: UFOP

Gerhardt, Tatiana. E.; Silveira, Denise. T. (2009) *Métodos de pesquisa*. Porto Alegre: Editora da UFRGS.

Heidemann, Francisco. G. (2010) “Do sonho do progresso às políticas de desenvolvimento” in Heidemann, Francisco. G. (ed) *Políticas Públicas e Desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise*. Brasília: Editora Universidade de Brasília

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística “IBGE” <http://www.ibge.gov.br> [10 de junho de 2017].

Instituto de Estudos Socioeconômicos (2017) Orçamento 2017 prova: teto dos gastos achata despesas sociais e beneficia sistema financeiro <http://www.inesc.org.br/noticias/noticias-do-inesc/2017/marco/orcamento-2017-prova-teto-dos-gastos-achata-despesas-sociais-e-beneficia-sistema-financeiro> [10 de junho de 2017].

International Society for Equity in Health (2001) Working definitions.

IPEA. (2010) “Programas de Assistência Farmacêutica do Governo Federal: evolução recente das compras diretas de medicamentos e primeiras evidências de sua eficiência 2005 a 2008.” Nota técnica, Nº 74, 2010 [http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/comunicado/101216\\_comunicadoipea74.pdf](http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/comunicado/101216_comunicadoipea74.pdf) [10 de junho de 2017].

IPEA: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada “IPEA” [www.ipea.gov.br](http://www.ipea.gov.br) [10 de junho de 2017].

John Rawls, John (1997) *Uma Teoria da Justiça*. Tradução Almiro, Piseta Almiro; Esteves, Lenita M. R. esteves. São Paulo: Martins Fontes. 2000

Kornis, George E. M; Zaire, Carla Edialla F; Braga, Maria Helena.. (2008) “Os marcos legais das políticas de medicamentos no Brasil contemporâneo (1990-2006)”. *Revista de Atenção Primária em Saúde*. (11)1, 85-99

Kuschnir Rosana; Lima, Luciana D.; Baptista, Tatiana Vargas F.; Machado, Cristiani (2011) “Organização da atenção” In Qualificação de gestores do SUS Oliveira, Oliveira, Roberta G.; Grabois; Victor M. J., Rio de Janeiro: EAD/Ensp

Laswell, H.D. (1936) *Politics: Who Gets What, When, How*. Cleveland: Meridian Books.

Lenza, Pedro (2015) *Direito Constitucional esquematizado*. São Paulo: Saraiva.

Lima, Ana L. G. S.; Pinto, Maria M. S. (2003) “Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde” *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 10(3), 1037-1051 <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702003000300012> [10 de junho de 2017].

Lima, Luciana; D'Ascenzi, Luciano. (2013). “Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas” *Revista de Sociologia e Política*. 21(48), 101-110. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-44782013000400006> [10 de junho de 2017].

Lima, Nísia T.; Fonseca, Cristina O; Hochman, Gilberto (2005) “A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: a reforma sanitária em perspectiva histórica” in: Lima, Nísia Trindade et al. (eds.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Lima, Waner Gonçalves (2012) “Política pública: discussão de conceitos” *Interface*; (5) 5

Lowi, Theodor. (1972) “Four Systems of Policy, Politics, and Choice” *Public Administration Review*, 32, 298-310.

Lucchese, Patrícia T. R. (2004) “Políticas públicas em Saúde”. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS

Luiz Moreira (2013) *Judicialização da política no Brasil* <http://diplomatie.org.br/judicializacao-da-politica-no-brasil/http://diplomatie.org.br/judicializacao-da-politica-no-brasil/> [10 de junho de 2017].)

Macedo, Eloisa I.; Lopes, Luciane C.; Barberato-Filho, Silvio. (2011). “Análise técnica para a tomada de decisão do fornecimento de medicamentos pela via judicial” *Revista de Saúde Pública*. 45(4), 706-713. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000044> [10 de junho de 2017].

Maciel-Lima, Sandra; Kfoury Neto; Miguel (2013) “O direito à saúde: equidade versus alta complexidade”. *Direitos sociais e políticas públicas II*. Florianópolis: FUNJAB <http://www.publicadireito.com.br/publicacao/unicuritiba/livro.php?gt=113> [16 de Março de 2017]In: *Direitos Sociais e Políticas Públicas II*. FUNJAB. ISSN 978-85-7840-160-3

Mariano, Cynara M. (2017) “Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre” *Revista de Investigações Constitucionais*. (4) 1, 259-281.

Marin, Nelly (2003) *Assistência farmacêutica para gerentes municipais*. Rio de Janeiro: OPAS/OMS.

MARQUES, Silvia B. (2006) “A garantia do direito social à assistência farmacêutica: o papel do sistema jurídico e do sistema político” *Revista de Direito Sanitário*. (1/2/3)7, 195-217. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v7i1-3p195-217> [10 de junho de 2017].

Marques, Silvia B.; Dallari, Sueli G. (2007) “Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo” *Revista de Saúde Pública*. (1):41, 101-7.

Matta, G. C. (2007) “Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde” In: Matta, G. C., Pontes, A. L. M. (eds.). *Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 61-80

Medeiros, Marcelo (1998) *Princípios de justiça na alocação de recursos em saúde. Texto para discussão nº 687*. Brasília: Ipea [10 de junho de 2017].

Medina, José M. G. (2014) *Constituição federal comentada*. São Paulo: Revista dos Tribunais.

Mendes, Isabel A. C. (2004) “Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores”. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 3 (12), 447-448.

Minas Gerais (2012). Guia do aluno: Módulo 1: Curso Técnico em Vigilância em Saúde: Unidade 1: Saúde, Políticas Públicas e o SUS: Unidade 2: Ética e as Relações Pessoais. Belo Horizonte: ESP-MG.

Minas Gerais Secretaria. Estatual de saúde de Minas Gerais (2013) *Manual para o gestor municipal de saúde*. Belo Horizonte: SES-MG.

Ministério da Fazenda (2016) “Relatório de Análise Econômica dos Gastos Públicos Federais Evolução dos Gastos Públicos Federais no Brasil: Uma análise para o período 2006-15” *Secretaria de Política Econômica*. Brasília: Ministério da Fazenda [http://www.spe.fazenda.gov.br/notas-e-relatorios/relatorio\\_gasto\\_publico\\_federal\\_site.pdf](http://www.spe.fazenda.gov.br/notas-e-relatorios/relatorio_gasto_publico_federal_site.pdf) [10 de junho de 2017].

Ministério da Saúde (2000) “Política Nacional de Medicamentos”. *Revista de Saúde Pública*, 34(2), 206-209. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000200018>

Ministério da Saúde (2009) Glossário Temático Economia da Saúde do Ministério da Saúde Equidade em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde

Ministério da Saúde, Portaria GM/MS nº 1.555/2013, Diário Oficial da União, 30 de julho de 2013.

Ministério da Saúde, Portaria GM/MS nº 399/2006, Diário Oficial da União, 22 de fevereiro de 2006.

Ministério da Saúde, Portaria nº 111, Diário Oficial da União, 28 de janeiro de 2016.

Ministério da Saúde, Portaria nº 3.916/1998, Diário Oficial da União, 30 de outubro de 1998.

Ministério da Saúde, Portaria nº 545/1993, Diário Oficial da União, 20 de maio de 1993.

Ministério da Saúde, Portaria nº 55, Diário Oficial da União, de 29 de janeiro de 2010.

Ministério da Transparência, Fiscalização e Controladoria Geral da União “Portal da Transparência” <http://www.portaldatransparencia.gov.br> [10 de junho de 2017].

Negri, Barjas (2002) Política Federal de Assistência Farmacêutica 1990 a 2002. Brasil. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde

Nery Junior, Nelson (2013) *Constituição Federal comentada e legislação constitucional*. São Paulo: Revista dos Tribunais.

Nunes, Everardo D. (2000) “Sobre a história da saúde pública: idéias e autores” *Ciência & Saúde Coletiva*. 5(2), 251-264. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000200004> [10 de junho de 2017].

Oliveira, E.A.; Labra M.E.; Bermudez J. (2006) “A produção pública de medicamentos no Brasil: uma visão geral” *Cadernos de. Saúde Pública*. 22(11), 2379-89

OPAS (2005). Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil. Brasília: OPAS.

Padilha, Rodrigo (2014) *Direito Constitucional Esquematizado*. Imprensa: São Paulo.

Paim, Jairnilson S.; Noronha, Mônica V. A. K. (2008) “Uma Nota sobre o Princípio da Integralidade do SUS” in Noronha, Mônica V. A. K.; PAIM, Jaimilson S. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA

<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/5975/1/Paim%20JS.%202010%20Artigo2.pdf> [10 de junho de 2017].

Paim, Jairnilson S.; Silva, Lígia M. V. S. (2010) “Universalidade, integralidade, equidade e SUS” *Boletim do Instituto de Saúde*. 12(2), 109-114. [http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-18122010000200002&lng=pt&tlng=pt](http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000200002&lng=pt&tlng=pt) [10 de junho de 2017].

Paiva, Carlos H. A.; Teixeira, Luiz A. (2014) “Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores” *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 21(1), 15-36. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002> [10 de junho de 2017].

PBH: Prefeitura Municipal de Belo Horizonte “Portal da Transparência” <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?app=acessoinformacao> [10 de junho de 2017].

Pereira, Naira M. A.; Silva, Jonathas L. C. (2014) “Uma reflexão sobre políticas públicas: fundamentos de origem e percepções conceituais” *INTERFACE*, 11 (1) [10 de junho de 2017].

Peres, Maria A. A. (2013) “Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro: 90 anos de sua criação” *Escola Anna Nery*. 17(1), 7-9. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000100001> [16 de Março de 2017]

Piola, Sérgio F.; Mendes, Francisco; Servo, Luciana M.S.; Sá, Edvaldo B.; Paiva, Andrea B (2013) *Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde*. A

*saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial*. Rio de Janeiro: Fiocruz

Polignano, Marcus V. (2001) “História das políticas de saúde no. Brasil: uma pequena revisão”. *Cadernos do Internato Rural*, (35) <http://internatoruarl.medicina.ufmg.br/textos.htm> [10 de junho de 2017]. Faculdade de Medicina/UFMG [10 de junho de 2017].

Portela, A.S.; Leal, A.A.F ; Werner, R.P.B; Simões, M.O.S. ; Medeiros, A. C. D. (2010) “Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios” *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*. (1) 31, 9–14.

Rawls, John. (1992). Justiça como equidade: uma concepção política, não metafísica. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, (25), 25-59. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-64451992000100003> [10 de junho de 2017].

Rocha, Luciano V. (2017) *A EC 95/16 entre o teto e o assoalho do estado* <http://www.migalhas.com.br/dePeso/16,MI251944,11049-A+EC+9516+entre+o+teto+e+o+assoalho+do+estado> [10 de junho de 2017].

Rolim, Leonardo B.; Cruz, Rachel S. B. L. C.; Sampaio, Karla J. A. J. (2013). “Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa” *Saúde em Debate*. 37(96), 139-147. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000100016> [16 de Março de 2017]

Romero, Luiz C. P. (2017) *O Sistema único de saúde – um capítulo à parte* <http://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/outras-publicacoes/volume-v-constituicao-de-1988-o-brasil-20-anos-depois.-os-cidadaos-na-carta-cidada/seguridade-social-o-sistema-unico-de-saude-um-capitulo-a-parte/view> [10 de junho de 2017].

Ruas, Maria G. (1998) “Análise de Políticas Públicas: Conceitos Básicos”. In: *O Estudo da Política: Temas Selecionados*. (15). Brasília: Paralelo 15, 1998.

Sant'Ana, João M. B.; Pepe, Vera L. E.; Figueiredo, Tatiana A.; Osorio-de-Castro, Claudia G. S.; Ventura, Miriam. (2011). “Racionalidade terapêutica: elementos médico-sanitários nas demandas judiciais de medicamentos”. *Revista de Saúde Pública*, 45(4), 714-721. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000042> [10 de junho de 2017].

Santos, Luiz A. C.; Barbosa, Ieda C.; Gomes, Mauro L. (2007) “Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público” *Cadernos de Saúde Pública*. 25(9), 2086-2087. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900023> [10 de junho de 2017]. [data].

Sauter, Angela M. W.; Oliveira, Nara M. G.; Kop, Águída W. (2012) “Política de regionalização da saúde: das normas operacionais ao Pacto pela Saúde” *Revista Mineira de Enfermagem*. 16(2), 265-274. DOI: <http://www.dx.doi.org/S1415-27622012000200016> [10 de junho de 2017].

Savi, Luciane A.; Santos, Elisa S. (2013) “O papel do administrador público nas demandas judiciais no serviço de assistência farmacêutica” *Cadernos IberAmericano de Direito. Sanitário*. (2) 2. DOI: <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v2i2.93> [10 de junho de 2017].

Scatena, João H. G.; Tanaka, Oswaldo Y. (2001) “Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde” *Saúde e Sociedade*. 10(2), 47-74. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902001000200005> [10 de junho de 2017].

Schwartz, Germano (2001). *Direito à saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica*. Porto Alegre: Livraria do Advogado

Serapioni, Mauro (2000) “Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração” *Ciência & Saúde Coletiva*. 5(1), 187-192. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100016> [10 de junho de 2017].

SIOPS: Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde “SIOPS Data SUS” <http://siops.datasus.gov.br/> [10 de junho de 2017].

Soler, Orenzio (2004) “Assistência farmacêutica básica no Amapá: descentralização e acesso” Tese de Doutorado em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido. Universidade Federal do Pará

Sousa, Boaventura. S. (2014) *Para uma revolução democrática da justiça*. Coimbra: Almeidina.

Souza, Celina. (2003) “Políticas Públicas: questões temáticas e de pesquisa” *Caderno CRH*. 39, 11-24



Souza, Celina. (2006). “Políticas públicas: uma revisão da literatura” *Sociologias*, (16), 20-45. <https://dx.doi.org/10.1590/S1517-45222006000200003> [10 de junho de 2017].

Souza, Renilson R. (2002) “O Sistema Público de Saúde Brasileiro”. Seminário Internacional: Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo, Brasil 11-14 de maio de 2002. Brasília: Ministério da Saúde

Souza, Renilson R. (2002) “O Sistema Público de Saúde Brasileiro”. *Seminário Internacional: Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas*. São Paulo, Brasil 11-14 de maio de 2002. Brasília: Ministério da Saúde

Taveira, Rodrigo A. V. (2013) *Alinhamento entre a regulação sanitária e as políticas públicas de medicamentos no Brasil*. 2013 Dissertação de mestrado em Ciências Farmacêuticas. Universidade de Brasília. <http://repositorio.unb.br/handle/10482/14267> [10 de junho de 2017].

Teixeira, Carmen. (2011) “Os princípios do sistema único de saúde. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Brasil Junho de 2011 [10 de junho de 2017].

Teixeira, Sonia M. F. (1989) “Política de saúde na transição conservadora” *Revista Saúde Debate*. 26, 42-43.

Tude, João JM (s/d). *Conceitos gerais de Políticas Públicas*. In: <http://www2.videolivriaria.com.br/pdfs/24132.pdf> [10 de junho de 2017].

Unaid (2015) *How AIDS Changed Everything*. Geneva: Unaid. [http://www.unaid.org/sites/default/files/media\\_asset/MDG6Report\\_en.pdf](http://www.unaid.org/sites/default/files/media_asset/MDG6Report_en.pdf)

Vale, L A M M. Racionamento e racionalização no acesso à saúde: contributo para uma perspectiva jurídico-constitucional. Coimbra, 2007.

Ventura, Miriam; Simas, Luciana; Pepe, Vera L. E.; Schramm, Fermin R.. (2010) “Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde” *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 20(1), 77-100. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000100006>

Viana, Ana Luiza d’A.; Fausto, Márcia C. R.; Lima, Luciana D. (2003) “Política de saúde e equidade”. *São Paulo em Perspectiva*. 17(1) 58-68

Vianna, Solon M. (2005) “A Seguridade Social e o SUS: re-visitando o tema” *Saúde e Sociedade*. 14(1), 7-22. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902005000100003> [10 de junho de 2017].

Vieira, Fabiola S. (2010) “Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil” *Revista Panamericana de Salud Publica*. (2) 27, 149–56. <https://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892010000200010><https://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892010000200010> [10 de junho de 2017].

Vieira, Fabiola S.; Benevides, Rodrigo P. S. (2016a) “O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado” *Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas*. (3)10 <http://dx.doi.org/10.21057/repam.v10i3.21860> [10 de junho de 2017].

Vieira, Fabiola S.; Benevides, Rodrigo P. S. (2016b) “Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do sistema único de saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil” Nota técnica nº 28. Brasília: IPEA.

Werneck, Marcos A. F; Faria, Horácio P.; Campos, Kátia F. C. (2009) *Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço*. Belo Horizonte: Nescon /UFMG Coopmed.

Whitehead M: The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*. 1992, 22 (3): 429-45.

Whitehead, Margareth (1990). *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

WHO: World Health Organization. *How to develop and implement a National Drug Policy*. Geneva: 2001

WHO: World Health Organization. *Library Cataloguing-in-Publication Data The world health report 2008: primary health care now more than ever*.

World Bank “World Bank Data” <http://data.worldbank.org/> [10 de junho de 2017].



## **ANEXO**

**DECISÃO 1 E RESPECTIVO PARECER TÉCNICO**



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS**

**PODER JUDICIÁRIO**

**BELO HORIZONTE**

**16ª UNIDADE JURISDICIONAL CÍVEL**

AVENIDA FRANCISCO SALES, 1446, SANTA EFIGÊNIA, BELO HORIZONTE - MG, FONE: (31) 3253-2150

**DECISÃO EM PEDIDO DE URGÊNCIA**

**PROCESSO:** xx- Procedimento do Juizado Especial Cível

**PROMOVENTE(S):**

xx

**PROMOVIDO(S):**

MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE

ESTADO DE MINAS GERAIS

Vistos, etc.,

A parte autora propôs a presente ação, com pedido LIMINAR, pretende a obtenção do medicamento OMALIZUMABE 150mg/ampola, narrado na peça de ingresso.

Analisando os autos, verifico que se encontram presentes os requisitos previstos no artigo 300 do CPC/2015 para a concessão da tutela provisória de urgência antecipada incidental pretendida.

Os documentos acostados demonstram que a autora está acometida de doença grave, sendo necessária a utilização com urgência do medicamento solicitado imediatamente para o respectivo tratamento, sob pena de comprometimento irreversível de órgãos ou funções orgânicas.

Demonstrou a ainda a parte demandante não possuir rendimentos suficientes a custear o medicamento pretendido até a decisão final de mérito neste litígio, tendo anexado ao feito os orçamentos respectivo, enquadrando-se o seu pleito ao teto máximo permitido pelos Juizados Especiais da Fazenda Pública.

O artigo 196 da CR dispõe que a saúde é direito de todos e dever do Estado, ora entendido como a Administração Pública em geral.

A jurisprudência é pacífica no sentido de haver solidariedade entre os entes da federação pela prestação adequada da saúde aos cidadãos, incumbindo tal obrigação, portanto, a qualquer das esferas governamentais.

Diante de tais considerações, restam presentes os elementos que evidenciem as alegações iniciais, bem como o perigo de dano irreparável ou de difícil reparação à parte demandante na demora da prestação jurisdicional. Ressalto a reversibilidade do provimento antecipatório (§3º artigo 300 NCPC/2015), uma vez que, acaso revogada a liminar, poderá a parte ré se valer dos meios cabíveis para a cobrança ao demandante das perdas e danos suportados injustamente.

Ante o exposto, DEFIRO o pedido de antecipação dos efeitos da tutela, inaudita altera pars, determinando que o réu forneça à parte autora, o medicamento OMALIZUMABE 150mg/ampola, quantidade de 02 (duas) ampolas por mês, durante seis meses, até a suspensão total do tratamento, no prazo de 10 (dez) dias, sob pena de bloqueio judicial no valor correspondente ao medicamento.

Intime-se a parte autora para ciência desta decisão.

Cite-se. Intime-se o réu para o cumprimento da presente medida liminar, no prazo acima mencionado.

Oficie-se à Secretaria de Saúde do réu para o cumprimento desta tutela antecipada, no prazo acima definido, remetendo-se-lhes cópia da petição inicial e de eventual emenda deferida, dos relatórios médicos juntados pela parte autora, bem como da presente decisão.

Diante da possibilidade de prestação pelo ente federado, determino que seja ainda oficiada a Secretaria de Saúde, a fim de que inclua a parte autora em seu programa respectivo, consoante Recomendação 10/2012 da CGJ, baseada no Enunciado 31 do CNJ, devendo informar em juízo, no prazo de 10 dias, acerca da possibilidade de atendimento ao pleito exordial, de maneira extrajudicial, no todo ou em parte.

Determino que a Sra. Escrivã assine os ofícios por ordem desta Magistrada.

**BELO HORIZONTE, xx de xxxxx de xxxxx**

**Juiz 1**

*Documento assinado eletronicamente pelo(a) juiz(íza)*

Ao comparecer em Juízo, esteja munido de doc. de identificação e trajando vestimenta adequada ao ambiente forense.

**O horário de atendimento às partes nas Secretarias de Juízo é de 08:00 às 18:00 horas.**



CÂMARA DE CONCILIAÇÃO DA SAÚDE/TJMG	
201xx/CC Nº: xx	DATA: xx/xx/xxx
<b>ESCLARECIMENTOS AO JUDICIÁRIO</b>	
<b>NOME DO PACIENTE:</b> xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	
<b>NÚMERO DO PROCESSO:</b> xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	
<b>JUIZ SOLICITANTE:</b> Juiz 1	
<b>OBJETO DA SOLICITAÇÃO:</b> OMALIZUMABE 150mg/ampola, na quantidade inicial de 02 (duas) ampolas por mês, durante 06 (seis) meses, até suspensão total do tratamento.	
<b>O(S) MEDICAMENTO(S) SOLICITADO(S):</b>	

O(s) medicamento(s) **não** faz(em) parte do elenco de medicamentos da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais de Belo Horizonte.

**DO QUADRO CLÍNICO**

URTICÁRIA CRÔNICA ESPONTÂNEA (OU IDIOPÁTICA) (CID L 50.1).

**OBSERVAÇÕES/ ALTERNATIVAS TERAPÊUTICAS PADRONIZADAS**

A inclusão de novos medicamentos ou a ampliação da cobertura dos medicamentos já padronizados pode ser realizada apenas pelo Ministério da Saúde, a partir da avaliação técnico-científica das opções terapêuticas existentes, de estudos de relação custo-benefício e custo-efetividade e demais parâmetros pertinentes, a ser realizado mediante os critérios estabelecidos pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde (CONITEC/MS). O **OMALIZUMABE** foi analisado pela Comissão Nacional de Tecnologias para incorporação no SUS para asma grave. Os processos de solicitação resultaram em decisão de não incorporação. O tratamento da urticária crônica está previsto no SUS com o fornecimento dos fármacos corticóides e os fármacos antialérgicos, os quais são disponibilizados por meio do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, executado pelos municípios. Tais medicamentos estão descritos nas tabelas abaixo:

**ANTIALÉRGICOS E MEDICAMENTOS USADOS EM ANAFILAXIA**

ITEM	DESCRIÇÃO	NÍVEL DE ATENÇÃO	LOCAL DE ACESSO PARA O USUÁRIO	GRUPO FARMACOLÓGICO
1	DEXCLORFENIRAMINA, MALEATO 0,4 MG/ML, SOLUÇÃO ORAL, FRASCO 100 ML + COPO MEDIDOR.	ATENÇÃO PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E URGÊNCIA	CENTROS DE SAÚDE	ANTI-HISTAMÍNICOS



ITEM	DESCRIÇÃO	NÍVEL DE ATENÇÃO	LOCAL DE ACESSO PARA O USUÁRIO	GRUPO FARMACOLÓGICO
2	LORATADINA 1 MG/ML, XAROPE, FRASCO 100 ML.	ATENÇÃO PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E URGÊNCIA	CENTROS DE SAÚDE	ANTI-HISTAMÍNICOS
3	LORATADINA 10 MG, COMPRIMIDO.	ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA	CENTROS DE SAÚDE	ANTI-HISTAMÍNICOS
4	PROMETAZINA, CLORIDRATO 25 MG, COMPRIMIDO REVESTIDO.	ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA	CENTROS DE SAÚDE	ANTI-HISTAMÍNICOS

**ANTI-INFLAMATÓRIOS ESTEROIDES**

ITEM	DESCRIÇÃO	NÍVEL DE ATENÇÃO	LOCAL DE ACESSO PARA O USUÁRIO	GRUPO FARMACOLÓGICO
1	DEXAMETASONA, ACETATO 1 MG/G, CREME, BISNAGA 10 G.	ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA	CENTROS DE SAÚDE	CORTICOSTEROIDES
2	PREDNISOLONA, FOSFATO SÓDICO 3 MG/ML, SOLUÇÃO ORAL, FRASCO 100 ML + MEDIDOR.	ATENÇÃO PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E URGÊNCIA	CENTROS DE SAÚDE	CORTICOSTEROIDES
3	PREDNISONA 20 MG, COMPRIMIDO.	ATENÇÃO PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E URGÊNCIA	CENTROS DE SAÚDE	CORTICOSTEROIDES
4	PREDNISONA 5 MG, COMPRIMIDO.	ATENÇÃO PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E URGÊNCIA	CENTROS DE SAÚDE	CORTICOSTEROIDES

O acesso aos medicamentos do componente básico é feito por nas unidades básicas de saúde municipais (postos de saúde), mediante apresentação de receituário médio e documento de identificação.

Esclarece-se que, no âmbito do SUS, não é permitido que seja privilegiada a aquisição de medicamentos/ insumos/ dietas por marcas. O bem a ser disponibilizado no serviço público de

saúde deve ser aquele que atenda a todas as exigências técnicas contidas em edital e que apresente o menor preço, após cumprimento de todas as exigências legais e verificação de documentação que o regulamente junto às autoridades sanitárias nacionais.

<b>PROPOSTA DE CONCILIAÇÃO</b>
--------------------------------

**Sim. Providências para efetivar o acordo:**

Proposta de alternativas terapêuticas.

**Não. Motivo:**

**Parcial.**

**Item (ns) passível (is) de conciliação (ões):**

**Providências para efetivar o acordo:**

**Motivo(s) da não conciliação:**

**Belo Horizonte, xx de xxxxxxxxx de xxxx**

**Assinatura do Parecerista**

**DECISÃO 2 E RESPECTIVO PARECER TÉCNICO**



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS**

**PODER JUDICIÁRIO**

**BELO HORIZONTE**

**16ª UNIDADE JURISDICCIONAL CÍVEL**

AVENIDA FRANCISCO SALES, 1446, SANTA EFIGÊNIA, BELO HORIZONTE - MG, FONE: (31) 3253-2150

## **DECISÃO EM PEDIDO DE URGÊNCIA**

**PROCESSO:** xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx - Procedimento do Juizado Especial Cível

**PROMOVENTE(S):**

xx

**PROMOVIDO(S):**

MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE

ESTADO DE MINAS GERAIS

Vistos etc...

Aparte autora propôs a presente ação, com pedido de tutela de urgência, pretende a obtenção do medicamento narrado na peça de ingresso.

Analisando os autos, verifico que se encontram presentes os requisitos previstos no artigo 300 do NCPC/2015 para a concessão da tutela de urgência pretendida.

Os documentos acostados demonstram que a autora está acometida de doença grave, sendo necessária a utilização com urgência do medicamento solicitado imediatamente para o respectivo tratamento, sob pena de comprometimento irreversível de órgãos ou funções orgânicas.

Demonstrou a ainda a parte demandante não possuir rendimentos suficientes a custear o medicamento pretendido até a decisão final de mérito neste litígio, tendo anexado ao feito o orçamento respectivo, enquadrando-se o seu pleito ao teto máximo permitido pelos Juizados Especiais da Fazenda Pública.

O artigo 196 da CR dispõe que a saúde é direito de todos e dever do Estado, ora entendido como a Administração Pública em geral.

A jurisprudência é pacífica no sentido de haver solidariedade entre os entes da federação pela prestação adequada da saúde aos cidadãos, incumbindo tal obrigação, portanto, a qualquer das esferas governamentais.

Diante de tais considerações, restam presentes os elementos que evidenciem as alegações iniciais, bem como o perigo de dano irreparável ou de difícil reparação à parte demandante na demora da prestação jurisdicional. Ressalto a reversibilidade do provimento antecipatório (§3º artigo 300 NCPC/2015), uma vez que, acaso revogada a liminar, poderá a parte ré se valer dos meios cabíveis para a cobrança ao demandante das perdas e danos suportados injustamente. Ante o exposto, **DEFIRO o pedido de tutela de urgência, inaudita altera pars**, determinando que os réus forneçam solidariamente à parte autora o medicamento pretendido na exordial, de maneira contínua, qual seja CLORIDRATO DE BUFLomedil 150mg, na quantidade de 60 (sessenta) comprimidos por mês, uso contínuo, sem prejuízo de alteração do(s) período(s) de uso e da(s) dosagem(ns) do(s) medicamento(s), no prazo de 10 (dez) dias, sob pena de bloqueio judicial no valor correspondente ao medicamento.

Intime-se a parte autora para ciência desta decisão.

Cite-se. Intime-se os réus para o cumprimento da presente medida liminar, no prazo acima mencionado.

Oficie-se às Secretarias de Saúde dos réus para o cumprimento desta tutela antecipada, no prazo acima definido, remetendo-lhe(s) cópia da petição inicial e de eventual emenda deferida, do(s) relatório(s) médico(s) juntado(s) pela parte autora, bem como da presente decisão.

**BELO HORIZONTE, xx de xxxxxxx de xxxx**

**Juiz 2**

*Documento assinado eletronicamente pelo(a) juiz(íza)*

Ciente:

Ao comparecer em Juízo, esteja munido de doc. de identificação e trajando vestimenta adequada ao ambiente forense.

**O horário de atendimento às partes nas Secretarias de Juízo é de 08:00 às 18:00 horas.**



CÂMARA DE CONCILIAÇÃO DA SAÚDE/TJMG	
201x/CC N°: xx	DATA: xx/xx/xxxx
<b>ESCLARECIMENTOS AO JUDICIÁRIO</b>	
<b>NOME DO PACIENTE:</b> xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	
<b>NÚMERO DO PROCESSO:</b> xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	
<b>JUIZ SOLICITANTE:</b> Juiz 2	
<b>OBJETO DA SOLICITAÇÃO:</b> CLORIDRATO DE BUFLOMEDIL 150 mg (Bufedil®), na quantidade de 60 (sessenta) comprimidos por mês, uso contínuo.	
<b>O(S) MEDICAMENTO(S) SOLICITADO(S):</b>	

O(s) medicamento(s) **não** faz(em) parte do elenco de medicamentos da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais de Belo Horizonte.

#### DO QUADRO CLÍNICO

ATEROSCLEROSE MMII (CID I 70.2)

#### OBSERVAÇÕES/ ALTERNATIVAS TERAPÊUTICAS PADRONIZADAS

Conforme consulta em site da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, todos os registros de medicamentos que possuem o fármaco **cloridrato de buflomedil** estão vencidos desde 2014:

Consultas / Medicamentos / Resultados

Resultado da Consulta de Produtos - Medicamento						
	Nome Comercial	Registro	Processo	Nome da Empresa - CNPJ	Situação	Vencimento
<input type="checkbox"/>	BUFLEAZI	135690543	25351.051428/2008-27	EMS SIGMA PHARMA LTDA - 00.923.140/0001-31	Publicado Deferimento	06/2014
<input type="checkbox"/>	BUFLOTEN	102350954	25351.061645/2008-25	EMS S/A - 57.507.378/0003-65	Publicado Deferimento	05/2014
<input type="checkbox"/>	BUFLOVAS	167730109	25351.055610/2008-57	LEGRAND PHARMA INDÚSTRIA FARMACÉUTICA LTDA - 05.044.984/0001-26	Publicado Deferimento	06/2014
<input type="checkbox"/>	VASMEDIL	105830659	25351.050988/2008-64	GERMED FARMACEUTICA LTDA - 45.992.062/0001-65	Publicado Deferimento	06/2014
<input type="checkbox"/>	cloridrato de buflomedil	102350925	25351.579421/2007-94	EMS S/A - 57.507.378/0003-65	Publicado Deferimento	02/2014
<input type="checkbox"/>	cloridrato de buflomedil	135690515	25351.580067/2007-41	EMS SIGMA PHARMA LTDA - 00.923.140/0001-31	Publicado Deferimento	02/2014
<input type="checkbox"/>	cloridrato de buflomedil	105830624	25351.575080/2007-88	GERMED FARMACEUTICA LTDA - 45.992.062/0001-65	Publicado Deferimento	02/2014
<input type="checkbox"/>	cloridrato de buflomedil	167730069	25351.575090/2007-13	LEGRAND PHARMA INDÚSTRIA FARMACÉUTICA LTDA - 05.044.984/0001-26	Publicado Deferimento	02/2014

[Voltar](#)

Comunicado do laboratório produtor do medicamento Bufedil®, informa<sup>21</sup>:

*“LABORATÓRIOS BAGÓ DO BRASIL S.A, presente em 19 países, tendo como principal objetivo servir à classe médica e pacientes com excelência, dedicando especial atenção ao padrão de*

<sup>21</sup> <https://www.bago.com.br/web/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=285&lng=br&sid=97>

qualidade de seus produtos, **informa a descontinuação da importação do produto Bufedil® no Brasil.**

O motivo da referida ação é a descontinuação do produto no mercado Europeu. Esclarecemos, ainda, que forneceremos o produto Bufedil® para atender o mercado brasileiro por mais 06 meses, a contar da data de notificação à ANVISA em 30/07/2014.

**Recomendamos, assim, que os profissionais da saúde reavaliem o protocolo de tratamento para o uso do Bufedil® durante o período que o produto ainda será distribuído e, solicitamos aos pacientes que consultem o seu médico para orientações sobre medicamentos e/ou terapias alternativas.**

Colocamo-nos à disposição para maiores esclarecimentos, em nossa central de Serviço de Atendimento ao Cliente (sac@bago.com.br 0800-286569).”

Tendo em vista que todos os registros de medicamentos que possuem o fármaco **cloridrato de buflomedil** estão vencidos desde 2014, sugere-se a avaliação, por parte do médico prescritor, de possíveis alternativas terapêuticas.

Possíveis alternativas terapêuticas poderiam ser:

- **Ácido Acetilsalicílico 100 mg**, antiagregante plaquetário, disponibilizado nos Centros de Saúde de Belo Horizonte
- **Sinvastatina 20 ou 40 mg**, que são antilipêmicos disponibilizados nos Centros de Saúde de Belo Horizonte
- **Clopidogrel 75 mg**, indicado para a prevenção dos eventos aterotrombóticos, que é disponibilizado pelo Estado, para os seguintes CIDs:

I20.0 Angina pectoris

I20.1 Angina pectoris com espasmo documentado

I21.0 Infarto agudo transmural da parede anterior do miocárdio

I21.1 Infarto agudo transmural da parede inferior do miocárdio

I21.2 Infarto agudo transmural do miocárdio de outras localizações

I21.3 Infarto agudo transmural do miocárdio de localização não especificada

I21.4 Infarto agudo subendocárdico do miocárdio

I21.9 Infarto agudo do miocárdio não especificado

I22.0 Infarto recidivante do miocárdio da parede anterior

I22.1 Infarto recidivante do miocárdio da parede inferior

I22.8 Infarto recidivante do miocárdio de outras localizações

I22.9 Infarto recidivante do miocárdio de localização não especificada

I23.0 Hemopericárdio como complicação atual subsequente ao infarto agudo do miocárdio

I23.1 Comunicação interatrial como complicação atual subsequente ao infarto agudo do miocárdio

I23.2 Comunicação interventricular como complicação atual subsequente ao infarto agudo do miocárdio

I23.3 Ruptura da parede do coração sem ocorrência de hemopericárdio como complicação atual subsequente ao infarto agudo do miocárdio Exclui: com hemopericárdio (I23.0)

I23.4 Ruptura de cordoalhas tendíneas como complicação atual subsequente ao infarto agudo do miocárdio

I23.5 Ruptura de músculos papilares como complicação atual subsequente ao infarto agudo do miocárdio

I23.6 Trombose de átrio, aurícula e ventrículo como complicação atual subsequente ao infarto agudo do miocárdio

I23.8 Outras complicações atuais subsequentes ao infarto agudo do miocárdio

I24.0 Trombose coronária que não resulta em infarto do miocárdio

I24.8 Outras formas de doença isquêmica aguda do coração

I24.9 Doença isquêmica aguda do coração não especificada

- **Outras estatinas**, antilipêmicas, que são disponibilizadas pelo Estado, para os seguintes CIDs:

**ATORVASTATINA 10 mg – COMPRIMIDO**

**ATORVASTATINA 20 mg – COMPRIMIDO**

**ATORVASTATINA 80mg – COMPRIMIDO**

CID Descrição

E78.0 Hipercolesterolemia pura

E78.1 Hipergliceridemia pura

E78.2 Hiperlipidemia mista

E78.3 Hiperquilomicronemia

E78.4 Outras hiperlipidemias

E78.5 Hiperlipidemia não especificada

E78.6 Deficiências de lipoproteínas

E78.8 Outros distúrbios do metabolismo de lipoproteínas

**LOVASTATINA 40 mg – COMPRIMIDO**

CID Descrição

E78.0 Hipercolesterolemia pura

E78.1 Hipergliceridemia pura

E78.2 Hiperlipidemia mista

E78.3 Hiperquilomicronemia

E78.4 Outras hiperlipidemias

E78.5 Hiperlipidemia não especificada

E78.6 Deficiências de lipoproteínas

E78.8 Outros distúrbios do metabolismo de lipoproteínas

**PRAVASTATINA 40 mg – COMPRIMIDO**

CID Descrição

E78.0 Hipercolesterolemia pura

E78.1 Hipergliceridemia pura

E78.2 Hiperlipidemia mista

E78.3 Hiperquilomicronemia



E78.4 Outras hiperlipidemias

E78.5 Hiperlipidemia não especificada

E78.6 Deficiências de lipoproteínas

E78.8 Outros distúrbios do metabolismo de lipoproteínas

Os medicamentos se encontram incluídos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, estabelecido pela Portaria MS/GM nº 1554/2013 e suas atualizações. Tal Componente é de responsabilidade dos Estados. Os fármacos podem ser fornecidos, mediante abertura de processo administrativo de solicitação, com apresentação da documentação necessária na Superintendência Regional de Saúde da SES-MG, situada à Avenida do Contorno 8495, bairro: Gutierrez, Tel: 3239-4400.

A inclusão de novos medicamentos ou a ampliação da cobertura dos medicamentos já padronizados pode ser realizada apenas pelo Ministério da Saúde, a partir da avaliação técnico-científica das opções terapêuticas existentes, de estudos de relação custo-benefício e custo-efetividade e demais parâmetros pertinentes, a ser realizado mediante os critérios estabelecidos pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde (CONITEC/MS). Esclarece-se que, no âmbito do SUS, não é permitido que seja privilegiada a aquisição de medicamentos/ insumos/ dietas por marcas. O bem a ser disponibilizado no serviço público de saúde deve ser aquele que atenda a todas as exigências técnicas contidas em edital e que apresente o menor preço, após cumprimento de todas as exigências legais e verificação de documentação que o regulamente junto às autoridades sanitárias nacionais.

<b>PROPOSTA DE CONCILIAÇÃO</b>
--------------------------------

**Sim. Providências para efetivar o acordo:**

Proposta de alternativas terapêuticas.

**Não. Motivo:**

**Parcial.**

**Item (ns) passível (is) de conciliação (ões):**

**Providências para efetivar o acordo:**

**Motivo(s) da não conciliação:**

**Belo Horizonte, xxxx de xxxxx de xxxx**

**Assinatura do Parecerista**

---

Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte  
Rua Afonso Pena, nº 2.336 - Bairro: Funcionários  
Belo Horizonte/MG - CEP 30.130-007

**DECISÃO 3 E RESPECTIVO PARECER TÉCNICO**



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS**  
**PODER JUDICIÁRIO**  
**BELO HORIZONTE**

**16ª UNIDADE JURISDICIONAL CÍVEL**

AVENIDA FRANCISCO SALES, 1446, SANTA EFIGÊNIA, BELO HORIZONTE - MG, FONE: (31) 3253-2150

**DECISÃO EM PEDIDO DE URGÊNCIA**

**PROCESSO:** xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx - Procedimento do Juizado Especial Cível

**PROMOVENTE(S):**

xx

**PROMOVIDO(S):**

MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE

ESTADO DE MINAS GERAIS

Vistos, etc.,

A parte autora propôs a presente ação, com pedido LIMINAR, pretendendo a obtenção dos medicamentos narrados na peça de ingresso.

Analisando os autos, verifico que se encontram presentes os requisitos previstos no artigo 300 do CPC para concessão da antecipação da tutela pretendida.

Os documentos acostados demonstram que a parte autora está acometida de doença, sendo necessária a utilização com urgência dos medicamentos/insumos/equipamentos solicitados imediatamente para o respectivo tratamento, sob pena de comprometimento de seu estado de saúde.

O artigo 196 da CR dispõe que a saúde é direito de todos e dever do Estado, ora entendido como a Administração Pública em geral. A jurisprudência é pacífica no sentido de haver solidariedade entre os entes da federação pela prestação adequada da saúde aos cidadãos, incumbindo tal obrigação, portanto, a qualquer das esferas governamentais.

Diante de tais considerações, restam presentes a verossimilhança das alegações iniciais, a plausibilidade do direito invocado e o perigo de dano irreparável ou de difícil reparação à parte demandante na demora da prestação jurisdicional. Ressalto a reversibilidade do provimento antecipatório, uma vez que, acaso revogada a liminar,

poderá a parte ré se valer dos meios cabíveis para a cobrança ao demandante das perdas e danos suportados injustamente.

Ante o exposto, **DEFIRO o pedido de antecipação dos efeitos da tutela**, determinando que os réus forneçam solidariamente à parte autora os medicamentos pretendidos na exordial, quais sejam: **Venlafaxina 225mg/dia** (01 comprimido de 150mg pela manhã e 01 comprimido de 75mg pela manhã) e **Mirtazapina (Razapina) 30mg/dia**, todos de **uso contínuo**, no **prazo de 10 (dez) dias**, sob pena de bloqueio judicial no valor correspondente aos medicamentos. Intime-se a parte autora para ciência desta decisão e para que junte aos autos, pelo prazo de 15 (quinze) dias, orçamento **legível** dos medicamentos pretendidos, sob as penas da lei.

Intimem-se os réus para o cumprimento da presente medida liminar, no prazo acima mencionado.

Oficiem-se às Secretarias de Saúde dos réus para o cumprimento desta tutela antecipada, no prazo acima definido, remetendo-se-lhes cópia da petição inicial e de eventual emenda deferida, dos relatórios médicos juntados pela parte autora, bem como da presente decisão.

Determino que a Sra. Escrivã assine os ofícios por ordem deste Magistrado.

**BELO HORIZONTE, XX de XXXXXX de XXXX**

**Juiz 3**

*Documento assinado eletronicamente pelo(a) juiz(íza)*

Ciente:

Ao comparecer em Juízo, esteja munido de doc. de identificação e trajando vestimenta adequada ao ambiente forense.

**O horário de atendimento às partes nas Secretarias de Juízo é de 08:00 às 18:00 horas.**



CÂMARA DE CONCILIAÇÃO DA SAÚDE/TJMG	
201x/CC Nº: xxx	DATA: xx/xxx/xxxx
<b>ESCLARECIMENTOS AO JUDICIÁRIO</b>	
NOME DO PACIENTE: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	
NÚMERO DO PROCESSO: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	
JUIZ SOLICITANTE: Juiz 3	
OBJETO DA SOLICITAÇÃO:	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Venlafaxina 150 mg – 30 cp/mês</li><li>• Venlafaxina 75 mg – 30 cp/mês</li><li>• Mirtazapina (Razapina®) 30 mg – 30 cp/mês</li></ul>	
<b>O(S) MEDICAMENTO(S) SOLICITADO(S):</b>	
O(s) medicamento(s) <b>não</b> faz(em) parte do elenco de medicamentos da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais de Belo Horizonte. <b>VALOR APROXIMADO DO TRATAMENTO ANUAL (MÁXIMO DE 60 SALÁRIOS MÍNIMOS: R\$ 56.220)</b>	
Orçamento baseado no Pedido de Antecipação de Tutela: R\$ 4.356	
<b>QUADRO CLÍNICO INFORMADO</b>	
Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos CID10-F 33.2.	
<b>OBSERVAÇÕES/ ALTERNATIVAS TERAPÊUTICAS PADRONIZADAS</b>	

- Venlafaxina 150 mg – 30 cp/mês
- Venlafaxina 75 mg – 30 cp/mês

Antidepressivo não padronizado pelo Município de Belo Horizonte. É oportuno acrescentar considerações emitidas no Parecer técnico do Centro Colaborador do SUS: avaliação de tecnologias e excelência em Saúde – CCATES, acerca da eficácia e segurança da venlafaxina, duloxetine e trazodona no tratamento da depressão:

*Na avaliação da eficácia, os resultados das revisões sistemáticas (RS) demonstraram uma discreta superioridade da venlafaxina frente à fluoxetina. Na avaliação da segurança, ao verificar as taxas de abandono do tratamento e incidência de eventos adversos, grande parte dos estudos se mostrou inconclusiva ou levemente desfavorável à duloxetine ou venlafaxina comparados à fluoxetina. A maioria das RS apresentou evidência de baixa qualidade e todas contribuíram para uma recomendação fraca a favor da venlafaxina. Foram incluídos três guias terapêuticos que não fizeram distinção entre os medicamentos antidepressivos de segunda geração (ex. duloxetine, venlafaxina e trazodona) e os ISRS (ex. fluoxetina) para o desfecho de eficácia.*

*Recomendações: Os resultados de eficácia encontrados neste parecer apontam para a indicação da venlafaxina em caso de resposta inadequada ao tratamento com ISRS. Ao mesmo tempo em que o mecanismo de ação da venlafaxina parece estar relacionado à sua superioridade terapêutica, também estaria relacionado às suas limitações clínicas, principalmente em pacientes*

hipertensos ou com problemas cardíacos. A escolha inicial do medicamento deve ser pautada em vários critérios como: potenciais reações adversas e o custo do tratamento.

**Considerando a baixa qualidade da evidência dos resultados apresentados e o maior custo de tratamento frente às alternativas terapêuticas existentes, a fluoxetina ainda se apresenta como medicamento de primeira escolha para o tratamento do transtorno depressivo em pacientes adultos, uma vez que sua eficácia é comparável às tecnologias avaliadas, com melhor tolerância.”<sup>22</sup>**

Os seguintes antidepressivos, disponibilizados pelo município de Belo Horizonte, podem ser utilizados como alternativas terapêuticas:

DESCRIÇÃO	NÍVEL DE ATENÇÃO	LOCAL DE ACESSO PARA O USUÁRIO	GRUPO FARMACOLÓGICO
AMITRIPTILINA, CLORIDRATO 25 MG, COMPRIMIDO.	ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA	CENTROS DE SAÚDE	ANTIDEPRESSIVOS
CLOMIPRAMINA, CLORIDRATO 25 MG, COMPRIMIDO.	ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA	CENTROS DE SAÚDE	ANTIDEPRESSIVOS
FLUOXETINA, CLORIDRATO 20 MG, CÁPSULA.	ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA	CENTROS DE SAÚDE	ANTIDEPRESSIVOS
IMIPRAMINA, CLORIDRATO 25 MG, COMPRIMIDO.	ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA	CENTROS DE SAÚDE	ANTIDEPRESSIVOS
NORTRIPTILINA, CLORIDRATO 25 MG, CÁPSULA.	ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA	CENTROS DE SAÚDE	ANTIDEPRESSIVOS
NORTRIPTILINA, CLORIDRATO 50 MG, CÁPSULA.	ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA	CENTROS DE SAÚDE	ANTIDEPRESSIVOS

Os medicamentos disponibilizados na REMUME-BH podem ser obtidos no centro de saúde mais próximo da residência da paciente, por alguém que a represente, mediante prescrição médica e documento de identificação.

- Mirtazapina 30 mg – 30 cp/mês

Antidepressivo não padronizado pelo Município de Belo Horizonte. O SUS disponibiliza diversos agentes antidepressivos de primeira linha para o tratamento da depressão que devem ser indicados para o tratamento da parte requerente em substituição a Mirtazapina. A indicação da Mirtazapina se justifica em caso de refratariedade ou intolerância comprovada aos antidepressivos disponíveis no SUS.

Os seguintes antidepressivos, disponibilizados pelo município de Belo Horizonte, podem ser utilizados como alternativas terapêuticas:

DESCRIÇÃO	NÍVEL DE ATENÇÃO	LOCAL DE ACESSO PARA O USUÁRIO	GRUPO FARMACOLÓGICO
AMITRIPTILINA, CLORIDRATO 25 MG, COMPRIMIDO.	ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA	CENTROS DE SAÚDE	ANTIDEPRESSIVOS
CLOMIPRAMINA, CLORIDRATO 25 MG, COMPRIMIDO.	ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA	CENTROS DE SAÚDE	ANTIDEPRESSIVOS

CENTRO COLABORADOR DO SUS: AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS E EXCELÊNCIA EM SAÚDE – CCATES\_ Parecer técnico científico 10/2015\_ Eficácia e segurança da venlafaxina, duloxetina e trazodona no tratamento da depressão\_ Faculdade de Farmácia UFMG\_ Belo Horizonte/ novembro de 2015.

DESCRIÇÃO	NÍVEL DE ATENÇÃO	LOCAL DE ACESSO PARA O USUÁRIO	GRUPO FARMACOLÓGICO
FLUOXETINA, CLORIDRATO 20 MG, CÁPSULA.	ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA	CENTROS DE SAÚDE	ANTIDEPRESSIVOS
IMIPRAMINA, CLORIDRATO 25 MG, COMPRIMIDO.	ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA	CENTROS DE SAÚDE	ANTIDEPRESSIVOS
NORTRIPTILINA, CLORIDRATO 25 MG, CÁPSULA.	ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA	CENTROS DE SAÚDE	ANTIDEPRESSIVOS
NORTRIPTILINA, CLORIDRATO 50 MG, CÁPSULA.	ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA	CENTROS DE SAÚDE	ANTIDEPRESSIVOS

Os medicamentos disponibilizados na REMUME-BH podem ser obtidos no centro de saúde mais próximo da residência da paciente, por alguém que a represente, mediante prescrição médica e documento de identificação.

**Esclarece-se que, no âmbito do SUS, não é permitido que seja privilegiada a aquisição de medicamentos/ insumos/ dietas por marcas. O bem a ser disponibilizado no serviço público de saúde deve ser aquele que atenda a todas as exigências técnicas contidas em edital e que apresente o menor preço, após cumprimento de todas as exigências legais e verificação de documentação que o regulamente junto às autoridades sanitárias nacionais.**

<b>PROPOSTA DE CONCILIAÇÃO</b>
--------------------------------

**Sim. Providências para efetivar o acordo:** Alternativas terapêuticas

**Não. Motivo:** Medicamentos não padronizados

**Parcial.**

**Item (ns) passível (is) de conciliação (ões):**

**Motivo(s) da não conciliação:**

**Belo Horizonte, xxxx de xxxxx de xxxx**

**Assinatura do Parecerista**

**DECISÃO 4 E RESPECTIVO PARECER TÉCNICO**





**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS**  
**PODER JUDICIÁRIO**  
**BELO HORIZONTE**

**16ª UNIDADE JURISDICIONAL CÍVEL**

AVENIDA FRANCISCO SALES, 1446, SANTA EFIGÊNIA, BELO HORIZONTE - MG, FONE: (31) 3253-2150

**DECISÃO EM PEDIDO DE URGÊNCIA**

**PROCESSO:** XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX - Procedimento do Juizado Especial Cível

**PROMOVENTE(S):**

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

**PROMOVIDO(S):**

MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE

Vistos, etc.,

A parte autora requer o fornecimento do medicamento GEFINITIBE 250 mg, para tratamento de doença que vem sofrendo.

Ouvida a Câmara de Conciliação da Saúde estabelecida neste juizado especial, manifestou pela impossibilidade de fornecimento porque o atendimento a pacientes com neoplasias malignas no SUS é realizada por meios de Centros/Unidades de Alta Complexidade em Oncologia.

Ocorre que a busca a tal centro foi comprovada, sendo respondido que apesar de indicada a medicação, não está disponível na rede SUS e que não há similares. É o que se extrai do relatório médico do Hospital da Baleia.

Por sua vez, em pesquisa na internet verifiquei que o Gefinitibe foi recomendado pelo Conitec para incorporação na rede pública, em 2013, para tratamento de um tipo de câncer de pulmão, sendo aderido.

Portanto, não vislumbro motivo para negativa e verifico que se encontram presentes os requisitos previstos no artigo 300 do CPC para a concessão da antecipação da tutela pretendida.

Os documentos acostados demonstram que a parte autora está acometida de doença, sendo necessária a utilização com urgência do(s) medicamento solicitado(s)

imediatamente para o respectivo tratamento, sob pena de comprometimento de seu estado de saúde.

O artigo 196 da CR dispõe que a saúde é direito de todos e dever do Estado, ora entendido como a Administração Pública em geral. A jurisprudência é pacífica no sentido de haver solidariedade entre os entes da federação pela prestação adequada da saúde aos cidadãos, incumbindo tal obrigação, portanto, a qualquer das esferas governamentais.

Diante de tais considerações, restam presentes a verossimilhança das alegações iniciais, a plausibilidade do direito invocado e o perigo de dano irreparável ou de difícil reparação à parte demandante na demora da prestação jurisdicional.

Ante o exposto, DEFIRO o pedido de antecipação dos efeitos da tutela, sem oitiva da parte contrária, determinando que o(s) réus forneça(m) solidariamente à parte autora o medicamento pretendido na exordial, de maneira contínua, qual seja GEFITINIBE, 250mg, na quantidade de um comprimido por dia, de uso contínuo, no prazo de 10 (dez) dias, sob pena de bloqueio judicial no valor correspondente aos medicamentos/insumos.

Intime-se a parte autora para ciência desta decisão.

Cite(m)-se. Intime(m)-se o(s) réu(s) para o cumprimento da presente medida liminar, no prazo acima mencionado.

Oficie(m)-se à(s) Secretaria(s) de Saúde do(s) réu(s) para o cumprimento desta tutela antecipada, no prazo acima definido, remetendo-se-lhe(s) cópia da petição inicial e de eventual emenda deferida, do(s) relatório(s) médico(s) juntado(s) pela parte autora, bem como da presente decisão.

Determino que a Sra. Escrivã assine os ofícios por ordem deste Magistrado.

**BELO HORIZONTE, xx de xxxx de xxx**

Juiz 3

Documento assinado *eletronicamente pelo(a) juiz(íza)*

Ciente: Ao comparecer em Juízo, esteja munido de doc. de identificação e trajando vestimenta adequada ao ambiente forense.

**O horário de atendimento às partes nas Secretarias de Juízo é de 08:00 às 18:00 horas.**



CÂMARA DE CONCILIAÇÃO DA SAÚDE/TJMG	
201x/CC Nº: 69	DATA: xx/xx/xxxx
<b>ESCLARECIMENTOS AO JUDICIÁRIO</b>	
NOME DO PACIENTE: Augusto Bento Lucas	
NÚMERO DO PROCESSO: 9013012.23.2017.813.0024	
JUIZ SOLICITANTE: Wagner Sana Duarte Morais	
OBJETO DA SOLICITAÇÃO:	
<ul style="list-style-type: none"><li>Gefitinibe 250 mg, 1 cápsula por dia (30 cp/mês)</li></ul>	
<b>O(S) MEDICAMENTO(S) SOLICITADO(S):</b>	

O atendimento aos pacientes portadores de neoplasias malignas no SUS deve ser realizado por meio dos Centros/Unidades de Alta Complexidade em Oncologia, que visam ao atendimento específico aos pacientes portadores de neoplasia maligna, e se responsabilizam pelo fornecimento de medicamentos estabelecidos e prescritos por profissionais da instituição.

**DO QUADRO CLÍNICO**

Neoplasia Maligna do Pulmão, estágio IV (doença com mutação no gene EGFR) e metástase óssea.

**OBSERVAÇÕES/ ALTERNATIVAS TERAPÊUTICAS PADRONIZADAS**

O fornecimento dos medicamentos destinados ao tratamento do câncer no serviço público de saúde é realizado por hospitais credenciados e habilitados, que devem se responsabilizar pelo tratamento completo e integral do paciente que vem sendo tratado em sua instituição.

Para esse uso, o fornecimento de medicamentos se dá por meio da notificação dos fármacos como procedimentos quimioterápicos no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS). Dentro dele, há a Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC), que é o documento pelo qual os gestores e profissionais de saúde solicitam o ressarcimento. Os medicamentos devem ser fornecidos pelos estabelecimentos credenciados e são posteriormente ressarcidos conforme o código do procedimento informado na APAC pelo governo federal. **Os estabelecimentos habilitados em oncologia pelo SUS são os responsáveis pelo fornecimento de medicamentos oncológicos que neles, livremente, se padronizam, adquirem e prescrevem, sendo posteriormente ressarcidos.**

A inclusão de novos medicamentos ou a ampliação da cobertura dos medicamentos já padronizados pode ser realizada apenas pelo Ministério da Saúde, a partir da avaliação técnico-científica das opções terapêuticas existentes, de estudos de relação custo-benefício e custo-efetividade e demais parâmetros pertinentes, a ser realizado mediante os critérios estabelecidos pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde (CONITEC/MS). Os membros da CONITEC presentes na reunião do plenário do dia 06/06/2013 deliberaram, por maioria simples, recomendar a incorporação do gefitinibe para o tratamento do câncer de pulmão de células não pequenas avançado ou metastático com mutação EGFR, em primeira linha, sem

criação de novo procedimento, sem alteração de valor dos procedimentos disponíveis e sem modificação do modelo de financiamento da quimioterapia no SUS.

Esclarece-se que, no âmbito do SUS, não é permitido que seja privilegiada a aquisição de medicamentos/ insumos/ dietas por marcas. O bem a ser disponibilizado no serviço público de saúde deve ser aquele que atenda a todas as exigências técnicas contidas em edital e que apresente o menor preço, após cumprimento de todas as exigências legais e verificação de documentação que o regulamente junto às autoridades sanitárias nacionais.

<b>PROPOSTA DE CONCILIAÇÃO</b>
--------------------------------

**Sim. Providências para efetivar o acordo:**

**Não. Motivo:** O atendimento aos pacientes portadores de neoplasias malignas no SUS deve ser realizado por meio dos Centros/Unidades de Alta Complexidade em Oncologia, que visam ao atendimento específico aos pacientes portadores de neoplasia maligna, e se responsabilizam pelo fornecimento de medicamentos estabelecidos e prescritos por profissionais da instituição.

**Parcial.**

**Item (ns) passível (is) de conciliação (ões):**

**Providências para efetivar o acordo:**

**Motivo(s) da não conciliação:**

**Belo Horizonte, xxxx de xxxxx de xxxx**

**Assinatura do Parecerista**