



## **A GESTÃO PÚBLICA E A JUDICIALIZAÇÃO DO FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS**

**Natália de Lima Normann<sup>1</sup>  
Cristiano Sielichow<sup>2</sup>**

**RESUMO:** Em vista a crise orçamentária que atravessa o Estado, e visando a sua defesa, o presente trabalho busca demonstrar, primeiramente os direitos e garantias asseguradas aos indivíduos ao longo da história, bem como identificar as atuais garantias constitucionais com aprofundamento na legislação específica do Sistema Único de Saúde, compreendendo as competências dos Entes Federados na prestação dos serviços de saúde, com foco no fornecimento de medicamentos. Dando seguimento, foram reconhecidos os procedimentos disponibilizados para a concessão de medicamentos e nesse aspecto, há de se falar no atual problema enfrentado entre o Poder Executivo e Poder Judiciário quando da concessão de medicamentos judiciais, os quais acarretam cada vez mais na chamada “Judicialização da Saúde”. Resta demonstrada a necessária especialização de magistrados na área da saúde, ou, de forma alternativa o apoio técnico para o julgamento dos feitos desta natureza. De um lado, o dever do Estado em garantir a proteção da dignidade da pessoa humana e o direito fundamental à saúde. De outro, a divisão entre os poderes Judiciário e Executivo prejudicada, haja vista a imposição de cumprimento de decisão liminar em processo de conhecimento interposto por civis que, não necessariamente, tiveram seus direitos negados de forma administrativa, causando assim, o desrespeito de princípios da administração pública, tais como o da autonomia e da discricionariedade do gestor público.

**Palavras-chave:** Medicamentos. Judicialização. Gestão Pública.

**ABSTRACT:** In view of the budget crisis that crosses the State, and with a view to its defense, the present work seeks to demonstrate, first, the rights and guarantees guaranteed to individuals throughout history, as well as to identify the current constitutional guarantees with deepening in the specific legislation of the Single System Of Health, comprising the powers of the Federated Entities in the provision of health services, focusing on the supply of medicines. Following up, the procedures made available for the granting of medicines were recognized and in this aspect, we must speak about the current problem faced by the Executive Branch and the Judiciary when granting judicial medicines, which increasingly involve the so-called "Judicialization of Health". On this point

<sup>1</sup> Acadêmica de Direito da UNICNEC/Osório.

<sup>2</sup> Prof. Me. do Curso de Direito da UNICNEC/Osório.



demonstrating the necessary specialization of magistrates in the area Of health, or, alternatively, technical support for judging acts of this nature. On the one hand, the State's duty to ensure the protection of the dignity of the human person and the fundamental right to health. On the other hand, the division between the judiciary and the executive branch is impaired, due to the imposition of compliance with the preliminary injunction decision brought by civilians who, not necessarily, have their rights denied in an administrative way, thus causing a disrespect for the principles of Public administration, such as the autonomy and discretion of the public manager.

**Key words:** Medicine. Judicialization. Public Management.

## 1 INTRODUÇÃO

Compreendendo a busca histórica do direito em garantir proteção à pessoa natural, necessário faz-se questionar se acerca das consequências negativas quando do fornecimento de medicamentos através de processos judiciais ajuizados contra o Poder Executivo, através do Poder Judiciário. Tendo em vista o cristalino desequilíbrio orçamentário decorrente desta ação, que, além de deslocar a verba que seria utilizada a contemplar o direito de uma terceira pessoa que estava aguardando o mesmo medicamento pela via administrativa, ou até de duas ou mais pessoas que aguardavam medicamentos ou insumos de valor muitas vezes inferior ao daquele que foi deferido liminarmente, causa total insegurança ao Poder Executivo, visto que teve sua autonomia financeira e administrativa desrespeitada, e ainda, insegurança ao demais municípios que tiveram seu direito reduzido frente ao daquele que ingressou com Ação de Obrigação de Fazer contra o Município e o Estado.

Não bastasse o desrespeito aos princípios administrativos acima expostos, necessário mergulhar na questão da nomenclatura dos medicamentos, e a possibilidade do estado em fornecer medicamentos que não estão previstos na Lista do SUS (consolidada pela Lei 8.080 de 1990), visto que, na prática, o simples atestado médico constando que o medicamento genérico ou semelhante, do qual o Estado tem, de fato, o dever de fornecimento e capacidade de alcance ao necessitado, não é aquele que o



requerente realmente necessita. E aqui questiona-se, primeiramente a fragilidade da lei de âmbito federal, devidamente imposta ao Estado Democrático de Direito, frente a um documento escrito por profissional de medicina (receita e ou atestado médico), particular e unilateral, o qual, com o devido respeito, nada comprova que o objetivo do medicamento manipulado pelo laboratório que indica (segundo os seus interesses particulares) seria diverso e mais adequado daquele que é fornecido pelo Estado.

Assim, considerando a imprevisibilidade legislativa neste sentido, impõe-se questionar acerca da razoabilidade de exigir-se do Estado que, tendo determinado medicamento genérico disponível para fornecimento imediato pelo SUS, venha a ser obrigado a fornecer similar manipulado, somente para atender interesses individuais.

## **2 SAÚDE PÚBLICA NA HISTÓRIA**

Entre o período de 1937 até 1953, existia um só Ministério para tratar de educação e saúde pública, este denominado 'Ministério da Educação e Saúde Pública', o qual foi desmembrado somente com a promulgação da Lei 1.920 do ano de 1953, a qual cria o Ministério da Saúde<sup>3</sup>, e determina nova nomenclatura ao Ministério da Educação, qual seja: Ministério da Educação e Cultura.

Criado o Ministério de Saúde, este foi regulamentado através do Decreto n.º 34.596 de 1953<sup>4</sup>, o qual traz, em seu segundo capítulo, a organização do Ministério da Saúde, sendo estas compostas pelos seguintes órgãos: Gabinete do Ministro; Conselho Nacional de Saúde; Comissão Nacional de Saúde; Comissão Nacional de Alimentação; Seção de Segurança Nacional, Serviço de Documentação; Serviço de Estatística da Saúde;

<sup>3</sup> Lei 1920 de 1953. Art. 1º É criado o Ministério da Saúde, ao qual ficarão afetos os problemas atinentes à saúde humana. Parágrafo único. Fará parte do Ministério acima um Departamento de Administração, com Divisões de Pessoal, Material, Obras e Orçamento. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1950-1969/L1920.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L1920.htm)>. Acesso em: 30.10.2016.

<sup>4</sup> Artigo 2º do decreto 34.596 de 1953. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1950-1959/decreto-34596-16-novembro-1953-328248-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 30.10.2016.



Departamento de Administração; Departamento Nacional de Saúde; Departamento Nacional da Criança; Instituto Oswaldo Cruz.

Traçando uma linha do tempo entre 1953 e 1988, tem-se que o Conselho Nacional de Saúde, foi regulamentado pelo Decreto n.º 34.347 de 1954 “para a função de assistir ao Ministério de Estado na determinação das bases gerais dos programas de proteção à saúde”<sup>5</sup>, sendo que a reafirmação de sua atribuição como assistente do Ministério de saúde veio através do Decreto 847 de 1962, quando da redação de suas competências nos artigos 5º e 6º<sup>6</sup> e ainda:

Havia na década de 1960 conselhos consultivos de saúde em algumas unidades federadas, como Conselhos de Saúde e Bem Estar (Consabes), afetos à Secretaria de Estado da saúde e do Bem-Estar Social do Paraná. O Conselho Nacional de Saúde, até a década de cinquenta, ocupava-se apenas de assuntos internos ao Ministério. A partir de 1962, passou a ser órgão consultivo, destinado a “assistir o ministro de Estado da Saúde , com ele cooperando no estudo de assuntos pertinentes a sua pasta” (Decreto n.º847, de 5 de abril de 1962), atribuição que foi ampliada a partir de 1970, quando passou a “examinar e emitir parecer sobre questões ou problemas relativos à promoção, proteção e recuperação da saúde, que sejam submetidos à sua apreciação pelo ministro do Estado, bem como opinar sobre matéria que, por força de lei, tenha que ser submetida à sua apreciação”.<sup>7</sup>

<sup>5</sup>Sítio do Conselho nacional de Saúde – Histórico. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/historia.htm>>. Acesso em: 30.10.2016.

<sup>6</sup> Decreto 847 de 1962. Art. 5º Compete ao Conselho Nacional de Saúde: a) Examinar questões ou problemas que digam respeito à Saúde - sua promoção, proteção e recuperação - propondo o estudo de medidas adequadas à sua solução; b) Propor a realização de indagação científica pesquisas e estudos para esclarecimentos de fatos de relevante interesse no campo de Saúde Pública; c) Propor à administração Sanitária a formulação de esquemas, normas e provimentos de medidas para a ação da Saúde Pública; d) Opinar sobre trabalho com risco de vida insalubre e nocivo à saúde; e) Opinar sobre matéria submetida à sua apreciação por dispositivo legal ou solicitação do Ministro da Saúde, sobre assuntos pelo mesmo julgados oportunos. **Art. 6º** O Conselho Nacional de Saúde será sempre consultado sobre: a) Regulamentos, regimentos, normas, projetos de decretos e de leis, atinentes a problemas de saúde, na esfera de ação do Ministério da Saúde; b) Convênios Internacionais relativos a questões de saúde; c) Composição da proposta orçamentária anual do Ministério da Saúde, podendo oferecer sugestões, quando julgadas necessárias e oportunas; d) Denegação e revogação de registro de especialidades farmacêuticas, quando submetidas à apreciação do Ministro da Saúde, em grau de recurso. Disponível em: <[http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaNormas.action?numero=847&tipo\\_norma=DCM&data=19620405&link=s](http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaNormas.action?numero=847&tipo_norma=DCM&data=19620405&link=s)>. Acesso em: 30 de out de 2016.

<sup>7</sup> BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011 (Coleção Para Entender o SUS). p. 157.



No ano de 1976, foi publicado o Decreto 79.056, que trouxe “o conceito de atividades e medidas de interesse coletivo como atribuição primordial a ser cumprida pelo Ministério da saúde e estabeleceu sua nova organização”<sup>8</sup>, dando nova roupagem ao CNS:

O Conselho Nacional de saúde, que restou como único órgão colegiado do Ministério, incorporou o Conselho de Prevenção Antitóxico e comissões nacionais transformadas em câmeras técnicas de Hemoterapia, de Normas e Padrões de Alimentos e de Fiscalização de Entorpecentes, cabendo-lhe examinar e propor soluções para problemas concernentes à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, como dantes, bem como elaborar normas sobre assuntos específicos de saúde pública a serem observadas.

Em agosto 1990, a redação do artigo 1º do Decreto n.º 99.438 trouxe novas competências ao Conselho Nacional de Saúde<sup>9</sup>, mas somente com a Lei 8.142 publicada no mesmo ano é que o CNS toma a nova forma.

Passa a ser instância permanente e de caráter deliberativo em todos os níveis de gestão do sistema, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, que 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.<sup>10</sup>

<sup>8</sup> BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011 (Coleção Para Entender o SUS). p. 157

<sup>9</sup> BRASIL. Decreto n.º 99.438 de 1990 – Dispõe sobre a organização atribuições do Conselho Nacional de Saúde, e dá outras providências. Art. 1º- Ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, compete: I - atuar na formulação da estratégia e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, em nível federal; II - estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços; III - elaborar cronograma de transferência de recursos financeiros aos Estados, Distrito Federal e Municípios, consignados ao Sistema Único de Saúde; IV -aprovar os critérios e valores para remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial; V - propor critérios para a definição de padrões e parâmetros assistenciais; VI -acompanhar e controlar a atuação do setor privado da área da saúde credenciado mediante contrato ou convênio; VII -acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de saúde, visando à observação de padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sociocultural do país; e VIII -articular-se com o Ministério da Educação quanto à criação de novos cursos de ensino superior na área de saúde, no que concerne à caracterização das necessidades sociais. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1990/decreto-99438-7-agosto-1990-342656-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 07 de set de 2016.

<sup>10</sup> BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saude. – Brasília: CONASS, 2011 (Coleção Para Entender o SUS). p. 158.



### 3 DA CONSTITUIÇÃO DE 1988

Como dito anteriormente, o Brasil viveu tempos de verdadeiro desrespeito com os cidadãos, sendo que esse quadro só obteve alteração com o Constitucionalismo de 1988, o qual trouxe garantias tanto de ordem econômica, quanto social- individual. Reconhecendo a importância e a amplitude da Magna Carta, passamos a analisar, os institutos da estrutura organizacional do Estado, da organização dos poderes, da cidadania, da dignidade da pessoa humana e da garantia ao direito à saúde.

#### 3.1 Da organização do estado

Assim, adentrando na organização do estado, como vem previsto do Título III da Constituição de 1988<sup>11</sup>, tem-se que a sua estrutura organizacional administrativa está dividida da seguinte maneira: Da União; Dos Estados Federados; Do Distrito Federal; e Dos Municípios. Com a redação do artigo 18<sup>12</sup> da Constituição Federal, é possível verificar a estrutura a “sua divisão política, estabelecendo a técnica de repartição dos poderes autônomos

<sup>11</sup> BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Texto Constitucional promulgado em 05 de outubro de 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 24 de maio de 2016.

<sup>12</sup> BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Texto Constitucional promulgado em 05 de outubro de 1988. Artigo 18: Art. 18. A organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos desta Constituição. § 1º Brasília é a Capital Federal. § 2º Os Territórios Federais integram a União, e sua criação, transformação em Estado ou reintegração ao Estado de origem serão reguladas em lei complementar. § 3º Os Estados podem incorporar-se entre si, subdividir-se ou desmembrar-se para se anexarem a outros, ou formarem novos Estados ou Territórios Federais, mediante aprovação da população diretamente interessada, através de plebiscito, e do Congresso Nacional, por lei complementar. § 4º A criação, a incorporação, a fusão e o desmembramento de Municípios, far-se-ão por lei estadual, dentro do período determinado por Lei Complementar Federal, e dependerão de consulta prévia, mediante plebiscito, às populações dos Municípios envolvidos, após divulgação dos Estudos de Viabilidade Municipal, apresentados e publicados na forma da lei. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 24 de maio de 2016.



exercidos pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, que são componentes da República Federativa do Brasil”<sup>13</sup>.

A União, de acordo com o que leciona Pedro Lenza, é soberana perante os demais estados federados, possuindo personalidade jurídica de direito público interno, aduz ainda o autor:

A União possui “dupla personalidade”, pois assume um papel interno e outro internacionalmente. Internamente, ela é uma pessoa jurídica de direito público interno, componente da Federação brasileira e autônoma na medida em que possui capacidade de auto-organização, autogoverno, autolegislação e autoadministração, configurando assim, autonomia **financeira, administrativa e política**. Internacionalmente, a União representa a República Federativa do Brasil (*vide* art. 21, I a IV). (grifo original).<sup>14</sup>

Já os Estados Membros, conforme conceituado por Paulo Gustavo Gonet Branco<sup>15</sup>, desempenham as funções dos poderes: Executivo, Legislativo e Judiciário e, podem, “incorporar uns aos outros ou desmembrar-se, formando novos estados ou Territórios Federais, mediante a aprovação da população diretamente interessada, por meio de plebiscito, e por aprovação do Congresso Nacional”. Os Municípios são definidos como pessoa jurídica de direito público interno e autônomos conforme determina a Constituição Federal.

Têm-se que os princípios que devem nortear a administração pública são aqueles previstos expressa e implicitamente na Constituição Federal, conforme ensina Mauro Roberto Gomes de Mattos:

Pela primeira vez na história político-jurídica do constitucionalismo brasileiro, uma Lei Maior constitucionalizou as normas que dispõem sobre a Administração Pública, permitindo desse modo uma ampliação da função jurisdicional sobre os atos administrativos, independentemente da sua forma. A mencionada constitucionalização

<sup>13</sup> DELGADO, José Augusto. Tratado de Direito Constitucional, v. 1/ coordenadores Ives Gandra da Silva Martins, Gilmar Ferreira Mendes, Carlos Valder do Nascimento. – São Paulo: Saraiva, 2010. p. 656.

<sup>14</sup> LENZA, Pedro. Direito Constitucional Esquematizado / Pedro Lenza – 14. ed. rev. atual. e ampl. – São Paulo: Saraiva, 2010. p. 351.

<sup>15</sup> BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. Curso de direito constitucional/ Gilmar Ferreira Mendes, Inocêncio Mártires Coelho, Paulo Gustavo Gonet Branco. – 5.ed. ver. e atual. – São Paulo: Saraiva, 2010. p. 941.



ocorreu porque foi estabelecido no *caput*, do artigo 37, da CF, os princípios cardeais do Direito Administrativo, que possuem a função de direcionar e fundamentar os atos emanados do Poder estatal.<sup>16</sup>

Celso Antônio Bandeira de Melo<sup>17</sup> aduz que o artigo 37<sup>18</sup> da Constituição Federal reporta “de modo expreso apenas cinco princípios: da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da publicidade e da eficiência”. No entanto, foram reconhecidos outros princípios, os quais, nas palavras de José dos Santos Carvalho Filho “doutrina e jurisprudência usualmente se referem, o que revela a sua aceitação geral como regras de proceder da Administração”<sup>19</sup>. São eles: o Princípio da Supremacia do Interesse Público e Princípio da Reserva do Possível.

O princípio da supremacia do interesse público diz respeito à atuação dos atos da Administração Pública, os quais devem ser sempre voltados à coletividade:

As atividades administrativas são desenvolvidas pelo Estado para benefício da coletividade. Mesmo quando age em vista de algum interesse estatal imediato, o fim último de sua atuação deve ser voltado para o interesse público. E se, como visto, não estiver presente esse objetivo, a atuação estará inquinada de desvio de finalidade. **Desse modo, não é o indivíduo em si o destinatário da atividade administrativa, mas sim o grupo social num todo.**<sup>20</sup> (Grifo nosso).

<sup>16</sup> MATTOS, Mauro Roberto Gomes de. Tratado de Direito Constitucional, v. 1/ Ives Gandra da Silva Martins, Gilmar Ferreira Mendes, Carlos Valder do Nascimento. – São Paulo: Saraiva, 2010. p. 752.

<sup>17</sup> MELLO, Celso Antônio Bandeira de. Curso de Direito Administrativo. 27. ed. rev. e atual. até a emenda constitucional 64. – São Paulo: Malheiros Editores Ltda, 2010. p. 95.

<sup>18</sup> BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Texto Constitucional promulgado em 05 de outubro de 1988. Artigo 37: Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte (...). Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 24 de maio de 2016.

<sup>19</sup> FILHO, José dos Santos Carvalho. Manual de Direito Administrativo. 10. ed. rev. ampl. e atual. – Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2003. p. 20.

<sup>20</sup> FILHO, José dos Santos Carvalho. Manual de Direito Administrativo. 10. ed. rev. ampl. e atual. – Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2003. p. 20.



Já o princípio da reserva do possível refere-se ao potencial de extensão (ou não) do ato da administração pública, devendo, portanto ser observado, quando da prestação de qualquer serviço para a sociedade, o limite orçamentário que pode ser suportado pelo Estado, sendo assim, nas palavras de Leny Pereira Silva<sup>21</sup>

Em linhas gerais, o princípio da reserva do possível regula a possibilidade e a extensão da atuação estatal no que se refere à efetivação de alguns direitos sociais e fundamentais, tais como o direito à saúde, condicionando a prestação do Estado à existência de recursos públicos disponíveis.

#### **4 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Conforme os ensinamentos dos autores Cipriano Maia de Vasconcelos e Dário Frederico Pasche, a implantação do SUS traduziu-se na superação de oferta de serviços que diferenciava os indivíduos entre indigentes e segurados da Previdência Social, trazendo a oportunidade para reduzir a diferença de atendimento aos moradores do campo e da cidade. Citados autores conceituam o sistema da seguinte forma:

O Sistema Único de Saúde (SUS) é a estrutura organizacional sistêmica do Estado Brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, promovendo a viabilização dos princípios e diretrizes desta política. Compreende um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em redes que vinculam as organizações de saúde das três esferas de governo para viabilizar as ações de promoção, vigilância e atenção à saúde.

(...)

O SUS foi instituído com o objetivo de coordenar e integrar as ações de saúde das três esferas de governo, até então dispersas, e pressupõe a articulação de subsistemas e redes verticais (de vigilância e de assistência a saúde) e sistemas de base territorial – estaduais, regionais e municipais – para atender adequadamente às demandas por atenção à saúde.<sup>22</sup>

<sup>21</sup> SILVA, Leny Pereira. Direito à saúde e o princípio da reserva do possível. Disponível em: [http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/DIREITO\\_A\\_SAUDE\\_por\\_Leny.pdf](http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/DIREITO_A_SAUDE_por_Leny.pdf). Acesso em: 25 de maio de 2016.

<sup>22</sup> Tratado de Saúde Coletiva / Gastão Wagner de Sousa Campos, José Ruben de Alcântara Bonfim; Maria Cecília de Souza Minayo; Marco Akerman; Marcos Drumond Júnior; Yara Maria de Carvalho. [et al.]. 2ª ed. rev. Aum. – São Paulo: Hucitec, 2012. p. 560 e 561.



Por sua vez, a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, informa que o SUS “é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”.<sup>23</sup> A partir da leitura do artigo 198 da Constituição Federal Brasileira, pode-se entender que o SUS está caracterizado como uma rede regionalizada e hierarquizada, organizado de acordo com princípios e diretrizes legais.

Do dispositivo legal acima citado (art. 198 da CF-88), extraímos que são diretrizes que norteiam o SUS: a regionalização e a hierarquização; a resolutividade; a descentralização; integralidade e a participação dos cidadãos. Os autores Fabiola Zioni, Eurivaldo Sampaio de Almeida e Floriano Nuno de Barros Pereira Filho anotam que o objetivo da *regionalização e hierarquização* orienta que “a rede de serviços do SUS deve ser organizado de forma regionalizada e hierarquizada, permitindo um conhecimento maior dos seus problemas de saúde da população de uma área delimitada”.<sup>24</sup>

No que diz respeito ao princípio da *resolutividade*, os autores lecionam que este traduz-se na “a exigência de que, quando um indivíduo buscar o atendimento ou quando surgir um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo”.<sup>25</sup>

Quanto à *descentralização*, esta irá dispor sobre a “redistribuição das responsabilidades pelas ações e serviços de saúde entre vários níveis de

<sup>23</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério Saúde, 2000. p. 5. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_principios.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf)>. Acesso em: 15 de set de 2016.

<sup>24</sup> ZIONI, Fabiola.; ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de.; FILHO, Floriano Nuno de Barros Pereira. Saúde Pública: bases conceituais / Aristides Almeida Rocha, Chester Luiz Galvão Cesar, Helena Ribeira. – 2. ed. – São Paulo: Editora Atheneu, 2013. p. 121 e 122.

<sup>25</sup> ZIONI, Fabiola.; ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de.; FILHO, Floriano Nuno de Barros Pereira. Saúde Pública: bases conceituais / Aristides Almeida Rocha, Chester Luiz Galvão Cesar, Helena Ribeira. – 2. ed. – São Paulo: Editora Atheneu, 2013. p. 122.



governo”<sup>26</sup>. Para o autor *Ciro Carvalho Miranda*, a descentralização no SUS, tem duplo aspecto:

A descentralização pregada pelos pensadores do SUS apresenta duplo aspecto: um político e outro técnico-gerencial. Sob enfoque político, a descentralização busca rechaçar a antiga política que polarizava na União o papel de administrador primordial de toda a política pública de saúde, a partir da qual eram emanadas decisões que deveriam ser seguidas pelos estados e municípios (...). Por outro lado, agora sob o aspecto técnico-gerencial, a descentralização se impõe diante da enorme dimensão territorial do Brasil e das peculiaridades endêmicas de cada uma de suas regiões, sendo a maior proximidade com o cidadão preponderante para debelar os principais agravos de saúde. Nesta perspectiva, erigir o município como o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde da sua população, superando o antigo papel de ator secundário para efetivo administrador do SUS, encontra amparo em duas premissas: a) maior conhecimento das necessidades e particularidades regionais, por ser o ente federado mais próximo da realidade; e b) evitar a duplicidade de meios para fins idênticos, ou seja, evitar que a União e/ou Estado evitem esforços materiais para a mesma finalidade.<sup>27</sup>

Outrossim, a *integralidade* tem ligação direta com o objetivo da “garantia do fornecimento de um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos e coletivos, exigidos para todos os níveis de complexidade de assistência”.<sup>28</sup> Por fim, a *participação dos cidadãos* é o de efetivar o direito constitucional de que “a população, através de suas entidades representativas, poderá participar do processo de formulação de políticas de saúde e do controle de sua execução, em todos os níveis, desde o Federal, até o local”.<sup>29</sup>

Segundo *Vasconcelos e Pasche*, as diretrizes do SUS estão baseadas nos princípios da: universalidade, integralidade e equidade, sendo pelos autores conceituados da forma que segue:

<sup>26</sup> ZIONI, Fabiola.; ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de.; FILHO, Floriano Nuno de Barros Pereira. Saúde Pública: bases conceituais / Aristides Almeida Rocha, Chester Luiz Galvão Cesar, Helena Ribeira. – 2. ed. – São Paulo: Editora Atheneu, 2013. p. 122.

<sup>27</sup> MIRANDA, *Ciro de Carvalho*. SUS, Medicamentos, Protocolos Clínicos e o Poder Judiciário: ilegitimidade e ineficiência. P.10.

<sup>28</sup> ASENSI, Felipe. Sistema Único de Saúde – Lei 8.080/90 e legislação correlata. Versão Digital. Editora Alumnus. p. 47.

<sup>29</sup> ZIONI, Fabiola.; ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de.; FILHO, Floriano Nuno de Barros Pereira. Saúde Pública: bases conceituais / Aristides Almeida Rocha, Chester Luiz Galvão Cesar, Helena Ribeira. – 2. ed. – São Paulo: Editora Atheneu, 2013. p. 122.



A **Universalidade** assegura o direito à saúde a todos os cidadãos e o acesso sem discriminação ao conjunto das ações e serviços de saúde ofertados pelo sistema. O exercício desse princípio traz perspectiva da oferta a todos os brasileiros, no sistema público de saúde, da vacina à cirurgia mais complexa, alterando uma situação anterior em que o acesso era diferenciado entre os que tinham vínculos previdenciários e os demais brasileiros tipificados como indigentes. A **integralidade** pressupõe considerar as várias dimensões do processo saúde-doença que afetam os indivíduos e as coletividades e pressupõe a prestação continuada do conjunto de ações e serviços visando garantir a promoção, a proteção, a cura e a reabilitação dos indivíduos e dos coletivos. Na perspectiva individual aponta para a superação da abordagem restrita à dimensão biológica do adoecimento para uma abordagem que considere também as dimensões social e psicoafetivas. Esse princípio orientou a expansão e qualificação das ações e serviços de saúde do SUS que ofertam desde um elenco ampliado de imunizações até os serviços de reabilitação física e mental, além das ações de promoção da saúde de caráter intersetorial. A **Equidade** no acesso às ações e aos serviços de saúde traduz o debate atual relativo à **igualdade**, prevista no texto legal, e justifica a prioridade na oferta de ações e serviços aos segmentos populacionais que enfrentam maiores riscos de adoecer e morrer em decorrência da desigualdade na distribuição de renda, bens e serviços e nos condicionamentos culturais e subjetivos de ordem familiar e pessoal. Inclui-se à lógica do SUS, dessa forma, o princípio da discriminação positiva para com os grupos sociais mais vulneráveis, buscando-se assegurar prioridade no acesso às ações e serviços de saúde aos grupos e serviços de saúde aos grupos excluídos e com precárias condições de vida, considerando as desigualdades de condições decorrentes da organização da sociedade no capitalismo.<sup>30</sup>

#### 4.1 Lei orgânica da Saúde (Lei nº. 8.080 DE 1990)

Em que pese as garantias ao acesso a saúde estivessem expressas na Constituição, desde 1988, a sua efetivação só foi possível após a edição da Lei 8.090 de 1990, a qual dispõe sobre a Norma Operacional do SUS, dando início ao processo de implantação do Sistema, conforme publicado pelo CONASS<sup>31</sup>.

<sup>30</sup> Tratado de Saúde Coletiva / Gastão Wagner de Sousa Campos, José Ruben de Alcântara Bonfim; Maria Cecília de Souza Minayo; Marco Akerman; Marcos Drumond Júnior; Yara Maria de Carvalho. [et al.]. 2ª ed. rev. Aum. – São Paulo: Hucitec, 2012. p. 565-566.

<sup>31</sup> BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação Estruturante do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. (Coleção Para Entender o SUS). p. 18.



A chamada Lei Orgânica do SUS (Lei 8.090\1990), criada de acordo com a ordem constitucional, delibera sobre “as condições para a promoção, proteção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”.<sup>32</sup> Ainda, da leitura do artigo 1º da referida legislação, pode-se extrair que a lei regulamenta, “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 privadas”.<sup>33</sup>

O autor Felipe Asensi, aduz que a leitura e a correta interpretação do referido dispositivo legal, é fundamental para a compreensão da Lei, suas características, abrangências e aplicações. As ações e serviços de saúde, citados no artigo 1º, estão separadas em: pública e privada, conforme a redação dos artigos 4 e §§ da lei.<sup>34</sup>

Desta forma, tem-se que o SUS é formado por ações e serviços prestados tão somente pelos órgãos e instituições públicas, sejam federais, estaduais ou municipais, da Administração direta e indireta, e ainda pelas fundações mantidas pelo Poder Público. Por sua vez, as instituições privadas poderão participar do SUS apenas de forma complementar.

Assim, através da citada legislação serão definidas as ações para “eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas

<sup>32</sup> BRASIL. Lei 8.080 de 1990 – Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 19 de set de 2016.

<sup>33</sup> Lei 8.080 de 1990 – Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 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. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 19 de set de 2016.

<sup>34</sup> Lei 8.080 de 1990 – Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS). § 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde. § 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 19 de set de 2016.



sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços a saúde”, conforme leciona Sueli Gandolfi Dallari<sup>35</sup>.

Aduz ainda a autora:

Ainda, na mesma linha, a LOS esclarece, considerando as diretrizes constitucionais para a organização do SUS, a necessidade da integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico (...). Assim, a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios devem, em seu âmbito administrativo, definir as instâncias e os mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações e dos serviços de saúde; acompanhar, avaliar e divulgar o nível de saúde da população e das condições ambientais; organizar e coordenar um sistema de informação em saúde; elaborar normas técnicas e estabelecer padrões de qualidade para a promoção da saúde do trabalhador; elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde; definir as instâncias e os mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de uma política sanitária; fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial(...).<sup>36</sup>

A LOS, em seu artigo 9º<sup>37</sup> refere que a direção do SUS será exercida em cada esfera de governo, pelos seus respectivos órgãos. Assim, a obra publicada pelo Ministério da Saúde esclarece que esta distinção é necessária haja vista o grande processo de “descentralização das responsabilidades, das atribuições e dos recursos para estados e municípios”, e ainda:

Essa distinção tornou-se necessária em razão de o processo de descentralização do SUS tratar a ação de comandar o sistema único de saúde de forma distinta daquela de administrar ou gerir uma unidade de saúde. Isso se deu, em primeiro lugar, em razão do consenso de que a função de gestão é exclusivamente pública e que, portanto, não pode ser transferida nem delegada. Assim, a gestão pública é executada pelos respectivos gestores do SUS, que são os

<sup>35</sup> Dallari, Sueli Gandolfi. Saúde Pública: bases conceituais / Aristides Almeida Rocha, Chester Luiz Galvão Cesar, Helena Ribeiro. – 2.ed. – São Paulo: Editora Atheneu, 2013. p. 281.

<sup>36</sup> Dallari, Sueli Gandolfi. Saúde Pública: bases conceituais / Aristides Almeida Rocha, Chester Luiz Galvão Cesar, Helena Ribeiro. – 2.ed. – São Paulo: Editora Atheneu, 2013. p. 281.

<sup>37</sup> BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Texto Constitucional promulgado em 05 de outubro de 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 13 de out de 2016.



representantes de cada esfera de governo designados para o desenvolvimento das funções do Executivo na área da saúde.<sup>38</sup>

Assim, o Sistema Único de Saúde está inserido em todos os âmbitos Estatais “de forma sistêmica e coordenada, rompendo, em parte com as premissas da forma federal de Estado, vez que sua nota de maior relevo é a cooperação entre os entes”<sup>39</sup>.

Na leitura do artigo 16<sup>40</sup> da Lei Orgânica da Saúde pode-se verificar as atribuições exclusivas da União, extraíndo-se, principalmente, que “à União

<sup>38</sup> Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1). p. 33.

<sup>39</sup> SERRANO, Mônica de Almeida Magalhães. O Sistema Único de saúde e suas diretrizes constitucionais / Mônica de Almeida Magalhães serrano. – 2. ed. – são Paulo: Editora Varbatim, 2012. p. 116-117.

<sup>40</sup> Lei 8.080 de 1990 – Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete: I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição; II - participar na formulação e na implementação das políticas: a) de controle das agressões ao meio ambiente; b) de saneamento básico; e c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho; III - definir e coordenar os sistemas: a) de redes integradas de assistência de alta complexidade; b) de rede de laboratórios de saúde pública; c) de vigilância epidemiológica; e d) vigilância sanitária; IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana; V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador; VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica; VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios; VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano; IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde; X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais; XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde; XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde; XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional; XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde; XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal; XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados; XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais; XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal; XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal. Parágrafo único. A União



coube o papel de coordenar e dirigir a política nacional de saúde, inclusive criando políticas, parâmetros e diretrizes de democratização do sistema e ampliação dos serviços”<sup>41</sup>. Quanto às competências exclusivas dos Estados, estas vêm dispostas no artigo 17 da LOS<sup>42</sup>. pode-se resumir as atribuições dos Estados como as de “coordenar o processo de implantação do SUS em seus respectivos territórios”. E ainda:

Portanto, o gestor estadual tem a necessidade de agir de maneira articulada com os municípios e com a União e com as instâncias de participação social, especialmente o Conselho Estadual de saúde e Conferência Estadual de saúde.<sup>43</sup>

Por fim, cabe destacar as atribuições exclusivas dos Municípios para a prestação dos serviços à Saúde, dispostas no artigo 18 da LOS)<sup>44</sup>.

---

poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 27 de out de 2016.

<sup>41</sup> ASENSI, Felipe. Sistema Único de Saúde – Lei 8.080/90 e legislação correlata. Versão Digital. Editora Alumnus. p..56.

<sup>42</sup> Lei 8.080 de 1990 – Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete: I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde; II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS); III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde; IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços: a) de vigilância epidemiológica; b) de vigilância sanitária; c) de alimentação e nutrição; e d) de saúde do trabalhador; V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana; VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico; VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho; VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde; IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional; X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa; XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde; XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano; XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras; XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 27 de out de 2016.

<sup>43</sup> ASENSI, Felipe. Sistema Único de Saúde – Lei 8.080/90 e legislação correlata. Versão Digital. Editora Alumnus, p. 56.

<sup>44</sup> Lei 8.080 de 1990 – Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá



A autora Cláudia Padaratz ensina que com a redação da Norma Operacional Básica n.º 01 de 1993<sup>45</sup>, foi regulamentada a forma de assunção dos estados e municípios, estabelecendo “condição incipiente, em que a Secretaria Municipal de Saúde assume, imediata ou progressivamente, de acordo com suas condições técnico-operacionais”<sup>46</sup>.

## 4.2 Lei 8.142 de 1990

No mesmo ano da promulgação da LOS, foi promulgada a Lei 8.142, que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”.<sup>47</sup>

---

outras providências. Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete: I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde; II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual; III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho; IV - executar serviços: a) de vigilância epidemiológica; b) vigilância sanitária; c) de alimentação e nutrição; d) de saneamento básico; ee) de saúde do trabalhador; V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde; VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las; VII - formar consórcios administrativos intermunicipais; VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros; IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras; X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução; XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde; XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 27 de out de 2016.

45 A Norma Operacional Básica do SUS 01/93 (NOB/SUS 01/93) foi editada pela Portaria GM/MS nº 545, de 20 de maio de 1993. Formalizou os princípios aprovados na 9ª Conferência Nacional de Saúde (realizada em 1992), que teve como tema central “A municipalização é o caminho”, e desencadeou um amplo processo de municipalização da gestão com habilitação dos municípios nas condições de gestão criadas (incipiente, parcial e semiplena). Disponível em: <<https://www.portaleducacao.com.br/medicina/artigos/38536/a-norma-operacional-basica-01-93>>. Acesso em: 01 de nov de 2016.

46 PADARATZ, Cláudia. Políticas públicas e judicialização da saúde: atuação municipal em matéria de saúde. Da efetivação da assistência farmacêutica. *In: Direito Municipal em debate / Organização Arlindo Daibert, Cristiane da Costa Nery, Paulo Ricardo Rama, Vanêsa Buzelato Prestes*; prefácio Ricardo César Pereira Lira. Belo Horizonte: Fórum, 2008. p. 245-246.

47 BRASIL. Lei 8.142 de 1990 – Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)>. Acesso em: 01 de nov de 2016.



Assim, a referida lei regulamentou os já existentes Conselho Nacional de Saúde e Conferências de Saúde, eis que órgãos fundamentais para a participação da comunidade, a qual “indica que a democracia não se esgota no voto e no procedimento eleitoral, tampouco na mera representação política”.<sup>48</sup> E ainda:

Tem-se, assim, a possibilidade de um protagonismo efetivo de atores não-estatais no processo de formulação, promoção e fiscalização de políticas públicas de forma constante e perene. Isso implica reconhecer esses espaços como uma nova forma de inclusão política da sociedade civil no processo deliberativo e decisório na saúde, que constitui um ambiente favorável à participação e à afirmação da cidadania na vida pública. Os dois principais mecanismos participativos são as Conferências de saúde e os Conselhos de Saúde. Esses dois mecanismos foram instituídos em cada esfera de governo.

No ano de 2006, foi publicado o Decreto n.º 5.839, determinando que a partir de então, o CNS “passa a escolher seus membros a partir de processo eleitoral e também pela primeira vez na história elege seu Presidente, cargo até então ocupado pelo Ministro de estado da Saúde”<sup>49</sup>.

A Lei 8.142 de 1990 aduz ainda sobre o Conselho Nacional de Secretários de Saúde e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, os quais terão representação no CNS, sendo que suas normas de funcionamento serão definidas em regime próprio<sup>50</sup>.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde “é uma entidade de direito privado, sem fins lucrativos, que se pauta pelos princípios que regem o

<sup>48</sup> ASENSI, Felipe. Sistema Único de Saúde – Lei 8.080/90 e legislação correlata. Versão Digital. Editora Alumnus. p.116-117.

<sup>49</sup> Sítio do Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/historia.htm>>. Acesso em 30 de out de 2016.

<sup>50</sup> BRASIL. Lei 8.142 de 1990 – Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Art. 1º, § 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. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)>. Acesso em: 01 de nov de 2016.



direito público que congrega os Secretários de Estados da Saúde” e foi criado com os seguintes objetivos:

Promover a articulação e a representação política da gestão estadual do SUS, proporcionando apoio técnico às Secretarias Estaduais de saúde, coletiva e individualmente, de acordo com as suas necessidades, por meio da disseminação de informações, produção e difusão de conhecimento, inovação e incentivo à troca de experiências e de boas práticas.<sup>51</sup>

Quanto ao Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, este “nasceu a partir do movimento social em prol da saúde pública e se legitimou como uma força política, que assumiu a missão de agregar e de representar o conjunto de todas as secretarias municipais de saúde no país”.<sup>52</sup>

### **4.3 Medicamentos (serviços) fornecidos pelo SUS**

O acesso aos medicamentos pelo SUS iniciou em 1998 quando da criação da Política Nacional de Medicamentos, através da publicação da Portaria n.º 3.916 pelo Ministério da Saúde, a qual prometia “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade destes produtos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais”<sup>53</sup>. A PNM vem em ampla e esclarecedora redação para o funcionamento da Política Nacional de Saúde, eis que:

A Política de Medicamentos aqui expressa tem como base os princípios e diretrizes do SUS e exigirá, para a sua implementação, a definição ou redefinição de planos, programas e atividades específicas nas esferas federal, estadual e municipal. Esta Política concretiza metas do Plano de Governo, integra os esforços voltados à consolidação do SUS, contribui para o desenvolvimento social do País e orienta a execução das ações e metas prioritárias fixadas pelo Ministério da Saúde. Contempla diretrizes e define prioridades relacionadas à legislação – incluindo a regulamentação -, inspeção,

<sup>51</sup> Sítio do CONASS - Quem Somos. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/quem-somos/>>. Acesso em: 30 de out de 2016.

<sup>52</sup> Sítio do CONASEMS – O CONASEMS – Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/o-conasems>>. Acesso em: 20 de out de 2016.

<sup>53</sup> BRASIL. Portaria n.º 3.916 de 30 de outubro de 1998. Disponível em: <[http://www.cff.org.br/userfiles/file/portarias/3916\\_gm.pdf](http://www.cff.org.br/userfiles/file/portarias/3916_gm.pdf)>. Acesso em: 20 de out de 2016.



controle e garantia da qualidade, seleção, aquisição e distribuição, uso racional de medicamentos, desenvolvimento de recursos humanos e desenvolvimento científico e tecnológico. Cabe assinalar, ainda, que outros insumos básicos na atenção à saúde, tais como imunobiológicos e hemoderivados, deverão ser objetos de políticas específicas. No caso particular dos produtos derivados do sangue, esta política trata de aspectos concernentes a estes produtos, de que são exemplos questões relativas às responsabilidades dos três gestores do SUS e ao efetivo controle de qualidade.<sup>54</sup>

A Política Nacional de Medicamentos traz, ainda, os significados das terminologias utilizadas nas publicações, leis, e demais documentos emitidos no âmbito da saúde pública, os quais destacamos:

**Assistência Farmacêutica:** 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.

**Centrais farmacêuticas:** Almoxarifados centrais de medicamentos, geralmente na esfera estadual, onde é feita a estocagem e distribuição para hospitais, ambulatorios e postos de saúde.

**Dispensação:** É o ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta a apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Neste ato, o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento. São elementos importantes da orientação, entre outros, a ênfase no cumprimento da dosagem, a influência dos alimentos, a interação com os outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação dos produtos.

**Medicamento:** produto farmacêutico com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico.

**Medicamentos de dispensação em caráter excepcional:** medicamentos utilizados em doenças raras, geralmente de custo elevado, cuja dispensação atende a casos específicos.

**Medicamentos de uso contínuo:** são aqueles empregados no tratamento de doenças crônicas e/ou degenerativas, utilizados continuamente.

**Medicamentos essenciais:** são medicamentos considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas da saúde da população.

**Medicamentos genéricos:** são aqueles que, ao expirar a patente de marca de um produto, são comercializados sem nome de marca, de acordo com a denominação oficial (no Brasil, Denominações Comuns Brasileiras ou DCB).

**Medicamentos de interesse em Saúde pública:** são aqueles utilizados no controle de doenças que, em determinada comunidade, têm magnitude, transcendência ou vulnerabilidade relevante e cuja

<sup>54</sup> BRASIL. Portaria n.º 3.916 de 30 de outubro de 1998. Disponível em: <[http://www.cff.org.br/userfiles/file/portarias/3916\\_gm.pdf](http://www.cff.org.br/userfiles/file/portarias/3916_gm.pdf)>. Acesso em: 20 de out de 2016.



estratégia básica de combate é o tratamento dos doentes. **Medicamentos trajados:** são medicamentos cujo uso requer a prescrição do médico ou dentista e que apresentam, em sua embalagem, tarja (vermelha ou preta) indicativa desta necessidade. **Medicamentos de venda livre:** são aqueles cuja dispensação não requerem autorização, ou seja, receita expedida por profissional.<sup>55</sup> (Grifo nosso).

Através da publicação da Lei 10.858 de 2004, restou autorizada a disponibilização de medicamentos pelo Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, “mediante ressarcimento, visando a assegurar à população o acesso a produtos básicos e essenciais à Saúde a baixo custo”<sup>56</sup> através do Programa Farmácia Popular do Brasil, instituído pela Lei 5.090 de 2004.<sup>57</sup> Desta forma, há de se mencionar que o programa visa cumprir com as bases da Política Nacional de Assistência Farmacêutica.<sup>58</sup>

<sup>55</sup> BRASIL. Portaria n.º 3.916 de 30 de outubro de 1998. Disponível em: <[http://www.cff.org.br/userfiles/file/portarias/3916\\_gm.pdf](http://www.cff.org.br/userfiles/file/portarias/3916_gm.pdf)>. Acesso em: 20 de out de 2016.

<sup>56</sup> BRASIL. Lei 10.858 de 2004. Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/fevereiro/26/lei10858.pdf>>. Acesso em: 01 de nov de 2016.

<sup>57</sup> BRASIL. Lei 5.090 de 2004. Regulamenta a Lei n.º 10.858, de 13 de abril de 2004 e instituiu o programa “Farmácia Popular do Brasil”, e dá outras providências. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/fevereiro/26/decreto5090.pdf>>. Acesso em: 01 de nov de 2016.

<sup>58</sup> BRASIL. Resolução 338 de 06 de maio de 2004. Artigo 1º I - a Política Nacional de Assistência Farmacêutica é 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, integralidade e equidade; II - a Assistência Farmacêutica deve ser compreendida como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, entre as quais destacam-se as políticas de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de recursos humanos, dentre outras, garantindo a intersetorialidade inerente ao sistema de saúde do país (SUS) e cuja implantação envolve tanto o setor público como privado de atenção à saúde; III - a Assistência Farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao 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; IV - as ações de Assistência Farmacêutica envolvem aquelas referentes à Atenção Farmacêutica, considerada como um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica e compreendendo atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde. Art. 2º



Mais tarde, no ano de 2006 foi editada a Portaria n.º 491 pelo ministério da saúde que amplia o Programa Farmácia Popular com o objetivo de beneficiar o alcance dos medicamentos essenciais a baixo custo a mais lugares e mais pessoas da população.<sup>59</sup>

Neste sentido, o Programa Farmácia Popular passou a funcionar de duas formas: pela Rede Própria e pelo Programa “Aqui Tem Farmácia Popular”, sendo que o primeiro “trata-se de unidades que funcionam em parceria com prefeituras municipais e governos estaduais. São disponibilizados 112 itens, entre medicamentos e o preservativo masculino”. Assim, resta

---

- A Política Nacional de Assistência Farmacêutica deve englobar os seguintes eixos estratégicos: I - a garantia de acesso e equidade às ações de saúde, inclui, necessariamente, a Assistência Farmacêutica; II - 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; III - qualificação dos serviços de assistência farmacêutica existentes, em articulação com os gestores estaduais e municipais, nos diferentes níveis de atenção; 17/04/14 Ministério da Saúde [bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338\\_06\\_05\\_2004.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html) 2/2 IV - descentralização das ações, com definição das responsabilidades das diferentes instâncias gestoras, de forma pactuada e visando a superação da fragmentação em programas desarticulados; V - desenvolvimento, valorização, formação, fixação e capacitação de recursos humanos; VI - modernização e ampliar a 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; VII - utilização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), atualizada periodicamente, como instrumento racionalizador das ações no âmbito da assistência farmacêutica; VIII - 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; IX - 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; X - 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; XI - construção de uma Política de Vigilância Sanitária que garanta o acesso da população a serviços e produtos seguros, eficazes e com qualidade; XII - estabelecimento de mecanismos adequados para a regulação e monitoração do mercado de insumos e produtos estratégicos para a saúde, incluindo os medicamentos; XIII - promoção do uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/17/Resolucao-338-06052004.pdf>>.

Acesso em: 01 de nov de 2016.

<sup>59</sup> Sítio Portal da Saúde. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/346-sctie-raiz/daf-raiz/farmacia-popular/11-farmacia-popular/18008-programa-farmacia-popular-do-brasil>>. Acesso em: 02 de nov de 2016.

---

**DIREITO, CULTURA E CIDADANIA**

**Osório, v. 7, n. 1, 2017**

**DOI 10.26547/2236.3734.2017.1.182**



crystalino que o Programa Aqui Tem Farmácia Popular foi criado para “atingir aquela parcela da população que não busca assistência no SUS, mas tem dificuldade para manter tratamento medicamentoso devido ao alto preço dos medicamentos”.<sup>60</sup>

Através da Portaria 491/2006 são também estabelecidos os valores de referência definidos com base na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME<sup>61</sup>, sendo definidos da seguinte forma:

Os preços referenciais foram definidos para cada princípio ativo pelo Ministério da Saúde que subsidia 90% destes preços e o cidadão arca com a diferença até o preço de venda praticado pelo estabelecimento (quando o preço do medicamento for igual ou maior que o preço referencial). No caso de medicamento cujo preço for inferior ao valor referencial, o Ministério da Saúde paga 90% do valor comercializado e o cidadão 10%. É importante frisar que o preço de venda que o estabelecimento pratica não pode ultrapassar a tabela de mercado (CMED – ANVISA) de preços máximos de venda de cada medicamento aos consumidores. Quanto maior o desconto concedido pelo estabelecimento ao usuário, no que se refere ao preço final de venda, menor é a parcela paga pelo cidadão. **O DESCONTO PARA O USUÁRIO NÃO SERÁ OBRIGATORIAMENTE 90% E SIM ATÉ 90%.** (Grifo original).<sup>62</sup>

Ainda, através deste programa, no ano de 2011, foi lançada a campanha Saúde Não Tem Preço, para “disponibilizar, gratuitamente, medicamentos indicados para o tratamento de hipertensão, diabetes e asma nas farmácias credenciadas no ‘Aqui Tem Farmácia Popular’”<sup>63</sup>.

Em 2016, com 10 (dez) anos de funcionamento, através do programa Aqui Tem Farmácia Popular “em média, entre 40 mil a 60 mil

<sup>60</sup> Sítio Portal da Saúde. Disponível: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/346-sctie-raiz/daf-raiz/farmacia-popular/11-farmacia-popular/18008-programa-farmacia-popular-do-brasil>>. Acesso em: 02 de nov de 2016.

<sup>61</sup> Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) é uma publicação do Ministério da Saúde com os medicamentos para combater as doenças mais comuns que atingem a população brasileira. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/janeiro/13/Rename-2014.pdf>>. Acesso em: 02 de nov de 2016.

<sup>62</sup> Sítio Portal da Saúde. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/junho/17/valores-de-referencia.pdf>>. Acesso em: 02 de nov de 2016.

<sup>63</sup> Sítio Portal Saúde. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/347-sctie-raiz/daf-raiz/farmacia-popular/12-farmacia-popular/9680-saude-nao-tem-preco>>. Acesso em: 02/11/2016.



pacientes por hora retiram medicamentos na rede (...) mais de 4.464 municípios possuem estabelecimentos do programa e cerca de 9 milhões de brasileiros são beneficiados por mês”<sup>64</sup>. As listas completas dos medicamentos disponibilizados pela Rede Própria e pelo Aqui Tem Farmácia Popular, vêm nos anexos 1<sup>65</sup> e 2<sup>66</sup>.

## 5 CONCESSÃO DE MEDICAMENTOS

Para a utilização dos medicamentos disponibilizados pela Farmácia Popular do Brasil é necessário, apenas, que o cidadão compareça a um estabelecimento credenciado “portando sua receita médica válida e documento oficial com foto no qual conste o número do seu CPF”, e então será efetuado a dispensação da seguinte forma:

A farmácia irá verificar seus dados, os dados da receita e, em seguida, acessar o sistema de vendas do Programa Farmácia Popular para processar a dispensação do medicamento ou fralda geriátrica. Após, efetuada a venda, serão emitidos 02 cupons: Cupom fiscal e Vinculado. O Cupom Vinculado deverá ser **obrigatoriamente** assinado pelo próprio usuário, assim como o endereço deverá ser preenchido no momento da compra. Serão emitidas duas vias (uma ficará com você e a outra com a farmácia). (...) além disso, a farmácia irá tirar uma cópia da receita médica para deixar armazenado junto aos cupons.<sup>67</sup>

No Rio Grande do Sul, o Conselho Regional de Farmácia emitiu o Guia do Farmacêutico no Sistema Único de Saúde com o propósito de apresentar aos profissionais, gestores e usuários “questões sobre a organização e a operacionalização da AF nos serviços de saúde, além de

<sup>64</sup> Sítio Portal Brasil. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2016/03/programa-farmacia-popular-completa-10-anos>>. Acesso em: 02/11/2016.

<sup>65</sup> Sítio Portal da Saúde. Lista de medicamentos e relação dos preços. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/fevereiro/20/elenco-fp1-20-08-12.pdf>>. Acesso em 04 de nov de 2016.

<sup>66</sup> Sítio Portal da Saúde. Lista de medicamentos disponibilizados. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/junho/18/Lista-medicamentos-aquitem-usuario.pdf>>. Acesso em: 04 de nov de 2016.

<sup>67</sup> Sítio Portal da Saúde. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/345-sctie-raiz/daf-raiz/farmacia-popular/18036-voce-sabe-como-funciona-o-programa>>. Acesso em: 04 de nov de 2016.



abordar a importância do profissional farmacêutico como integrante da equipe multiprofissional<sup>68</sup> e traz o ciclo da assistência farmacêutica<sup>69</sup>.

A Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul aduz que o cidadão deve “primeiramente, ser atendido por algum médico credenciado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), fazer todos os procedimentos, exames e esclarecer a doença e o tratamento”, e ainda:

Com a receita, que contenha o **nome do princípio ativo/denominação genérica (não pode ser o nome comercial do medicamento), o paciente deverá conferir se o medicamento solicitado consta na relação de medicamentos disponibilizados pelo SUS (RENAME) e verificar a qual Componente da Assistência Farmacêutica ele pertence.** Os medicamentos do SUS estão divididos por blocos de financiamento da assistência farmacêutica, sendo de responsabilidade municipal (componente básico), estadual (componente especial e especializado) ou federal (componente Estratégico – programas de saúde do MS). Sabendo qual Componente da Assistência Farmacêutica o medicamento faz parte, o usuário poderá consultar no site do SES/RS os procedimentos para abrir processos de solicitação de medicamentos, documentos e exames necessários e onde retirar estes medicamentos.<sup>70</sup> (Grifo nosso).

Para saber em qual bloco está o medicamento de que necessita, o cidadão pode verificar, primeiramente, se ele faz parte do Componente Básico, o qual “destina-se a aquisição de medicamentos e insumos da Assistência Farmacêutica no âmbito da atenção básica em saúde e aqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, no âmbito da atenção primária”. A lista completa destes medicamentos está disponibilizada pelo site da Secretaria de Saúde do Estado<sup>71</sup>.

<sup>68</sup> Guia do Farmacêutico no Sistema Único de Saúde. CRFRS – Comissão Assessora de Farmacêuticos do SUS. Disponível em: <<http://www.farmaceuticogaicho.pro.br/attachments/File/GUIASUS.pdf>>. Acesso em: 04 de nov de 2016.

<sup>69</sup> Guia do Farmacêutico no Sistema Único de Saúde. CRFRS – Comissão Assessora de Farmacêuticos do SUS. Disponível em: <<http://www.farmaceuticogaicho.pro.br/attachments/File/GUIASUS.pdf>>. Acesso em: 04 de nov de 2016.

<sup>70</sup> Site da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/lista/115/Medicamentos>>. Acesso em: 04 de nov de 2016

<sup>71</sup> Site da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/upload/20150316151143rename\\_2014\\_cbaf\\_rs.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/20150316151143rename_2014_cbaf_rs.pdf)>. Acesso em: 06 de nov de 2016.



De outra banda, em se tratando de medicamentos especiais<sup>72</sup> o procedimento é mais complexo, como explica o sítio da SES:

Compõem um grupo de medicamentos para o tratamento de doenças de prevalência no Estado, não contempladas nos programas de saúde do Ministério da Saúde. Sua dispensação e aquisição são de responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde. (...) **Para que estes medicamentos sejam dispensados é necessário que seja aberto um Processo Administrativo na Secretaria Municipal de Saúde.**<sup>73</sup> (Grifo nosso).

Já, quanto ao Componente Especializado, que “visa garantir no âmbito do SUS o acesso ao tratamento medicamentoso, de doenças raras, de baixa prevalência ou de uso crônico prolongado com alto custo unitário”<sup>74</sup> cabe mencionar:

Os medicamentos especializados são de responsabilidade do Ministério da Saúde (co-financiamento e aquisição de parte do elenco) e Secretaria Estadual de Saúde (aquisição e distribuição) e dispensação pelas Secretarias Municipais de Saúde. O elenco destes medicamentos e a forma de repasse financeiro para aquisição estão definidos na Portaria GM/MS nº. 1554/13. (...) para que estes medicamentos sejam dispensados é necessário que seja aberto um Processo Administrativo na secretaria Municipal de saúde, e o seu médico preencha o documento LME (Laudo para Solicitação de Medicamento Especializado) e o Formulário “Cadastro de Usuários”.<sup>75</sup>

Por fim, existe o Componente Estratégico, trata-se de um “conjunto de medicamentos utilizados para o tratamento de patologias contempladas em

<sup>72</sup> Sítio da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/upload/20120829134633lista\\_de\\_comp.\\_especial\\_color\\_set\\_2012.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/20120829134633lista_de_comp._especial_color_set_2012.pdf)>. Acesso em: 06 nov de 2016.

<sup>73</sup> Sítio da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/lista/136/Medicamentos\\_Especiais\\_SES\\_RS](http://www.saude.rs.gov.br/lista/136/Medicamentos_Especiais_SES_RS)>. Acesso em 06 de Nov de 2016.

<sup>74</sup> Sítio da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/lista/153/Componente\\_Especializado](http://www.saude.rs.gov.br/lista/153/Componente_Especializado)>. Acesso em: 07 de Nov de 2016.

<sup>75</sup> Sítio da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/lista/153/Componente\\_Especializado](http://www.saude.rs.gov.br/lista/153/Componente_Especializado)>. Acesso em: 07 de Nov de 2016.



programas específicos do Ministério da Saúde<sup>76</sup>, a lista desses medicamentos também é fornecida pelo sítio da SES<sup>77</sup>.

O financiamento destes medicamentos é de responsabilidade do Ministério da Saúde, que realiza a sua aquisição e repassa aos Estados ou Municípios, de acordo com a programação anual. (...) Os medicamentos são dispensados nas unidades municipais de saúde, onde é possível obter mais informações relacionadas à dispensação destes medicamentos.<sup>78</sup>

Ainda que a legislação atribua ao Sistema Único de Saúde todos os elencados serviços, importa referir que o sistema passa por grandes e significativos ajustes e complementações “nesse sentido é notório o fato de que há um constante aumento no número de demandas judiciais que envolvem a saúde pública, motivado por diversas causas”.<sup>79</sup>

Grande parte das ações judiciais no país, de norte a sul, na Justiça Estadual e na Justiça Federal, trata do fornecimento de medicamentos: 1) que o sistema fornece regularmente e, por alguma razão, não estão sendo disponíveis em determinada localidade no momento; 2) que o sistema não fornece, pois disponibiliza alternativas, seja de outro princípio ativo ou insumo com eficácia semelhante, seja em marca diversa da pleiteada; 3) recentemente lançados no mercado, muitas vezes experimentais, sem evidência científica analisada ou controversa, e com baixíssima efetividade, a despeito das políticas públicas existentes.<sup>80</sup>

Tendo em vista que na grande maioria das vezes o Poder Judiciário impõe medidas coercitivas ao Poder Executivo para que este forneça os medicamentos, que não raras vezes não estão na lista do SUS, necessário

<sup>76</sup> Sítio da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em: Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/lista/346/Componente\\_Estrat%C3%A9gico](http://www.saude.rs.gov.br/lista/346/Componente_Estrat%C3%A9gico)>. Acesso em: 07 de nov de 2016.

<sup>77</sup> Sítio da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/upload/20120515101750lista\\_de\\_comp.\\_estrategico\\_color.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/20120515101750lista_de_comp._estrategico_color.pdf)>. Acesso em: 07 de nov de 2016.

<sup>78</sup> Sítio da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/lista/346/Componente\\_Estrat%C3%A9gico](http://www.saude.rs.gov.br/lista/346/Componente_Estrat%C3%A9gico)>. Acesso em: 07 nov de 2016.

<sup>79</sup> ARAUJO, Cynthia Pereira. Judicialização da saúde: Saúde Pública e outras questões \ Cynthia Pereira de Araujo, Éder Maurício Pezzi López, Silvana Regina Santos Junqueira. – Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2016. p. 62.

<sup>80</sup> ARAUJO, Cynthia Pereira. Judicialização da saúde: Saúde Pública e outras questões \ Cynthia Pereira de Araujo, Éder Maurício Pezzi López, Silvana Regina Santos Junqueira. – Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2016. p. 61.



tratar sobre o tema da judicialização da saúde, o qual vem sendo estudado pelo Conselho Nacional de Justiça. Neste passo, a fim de identificar os pleitos judiciais com referência à saúde, pode-se citar:

De modo geral, as demandas de medicamentos são veiculadas por três espécies ou ações: ações ordinárias, ações pelo rito dos juizados especiais ou ações civis públicas. É possível verificar outras espécies de demandas (mandado de segurança, por exemplo), mas sua incidência é ínfima, razão pela qual a presente análise se concentrará nos três ritos referidos. Cumpre salientar que as espécies de prestações pleiteadas são, nesse ponto, diretamente relacionadas ao rito da demanda, especialmente considerando-se a competência absoluta dos juizados especiais federais, os quais obrigatoriamente processam demandas cujo valor econômico seja igual ou inferior a sessenta salários mínimos. (...) Tomando os dados em proporção (anexo 7<sup>81</sup>), verifica-se que em 2005 a esmagadora maioria das demandas de saúde eram ajuizadas pelo rito ordinário, havendo um expressivo aumento na propositura de ações pelo rito dos Juizados, a qual, em 2014, tornou-se próxima da metade do número total de ajuizamentos.<sup>82</sup>

Pode-se mencionar que os medicamentos mais pleiteados na 4ª Região da Justiça Federal entre o período de 2014 a 2015 (lista completa no anexo 8) são: Rituximabe (mabthera); Acetato de Abiraterona (Zytiga) e Temozolamina (Temodal).<sup>83</sup> Na pesquisa realizada pelo CNJ, há de se mencionar que no Estado do Rio Grande do Sul “embora tenha sido possível encontrar quantidade significativa de processos, o site do tribunal somente permite a consulta de mil processos por busca, mesmo informando que foram encontrados aproximadamente 7,470 resultados”<sup>84</sup>

<sup>81</sup> ARAUJO, Cynthia Pereira. Judicialização da saúde: Saúde Pública e outras questões \ Cynthia Pereira de Araujo, Éder Maurício Pezzi López, Silvana Regina Santos Junqueira. – Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2016. p. 67

<sup>82</sup> ARAUJO, Cynthia Pereira. Judicialização da saúde: Saúde Pública e outras questões \ Cynthia Pereira de Araujo, Éder Maurício Pezzi López, Silvana Regina Santos Junqueira. – Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2016. p. 66 – 67.

<sup>83</sup> ARAUJO, Cynthia Pereira. Judicialização da saúde: Saúde Pública e outras questões \ Cynthia Pereira de Araujo, Éder Maurício Pezzi López, Silvana Regina Santos Junqueira. – Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2016. p. 71

<sup>84</sup> Judicialização da Saúde no Brasil: dados e experiência. Coordenadores: Felipe Dutra Asensi e Rosimeri Pinheiro – Brasília: Conselho Nacional de justiça, 2015. p. 16. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/06/6781486daef02bc6ec8c1e491a565006.pdf>>. Acesso em: 09 de nov de 2016.



## 6 CONSEQUÊNCIAS NEGATIVAS DA CONCESSÃO JUDICIAL

Os autores da Obra Judicialização da Saúde: saúde pública e outras questões, referem quanto ao o aumento de processos judiciais em saúde pública:

Normalmente percebida como um reflexo de políticas públicas ruins ou de investimentos insuficientes. A generalização dessa percepção tem como principal consequência a assumida tendência de parte dos juízes de pressupor que todas as demandas de saúde resultam de falhas do Estado. A adoção dessa postura parcial, aliada ao viés emocional que esse tipo de demanda desperta vem conferindo às chamadas ações de saúde uma natureza *sui generis*, em que a validade do Direito Positivo, especialmente regras processuais, e a apreciação do conjunto probatório são relativizadas em prol de um suposto bem maior.<sup>85</sup>

Através dos dados divulgados pelo CNJ, verificamos que em relação aos anos pesquisados para o projeto (2011 e 2012), houve a análise de seis tribunais estaduais, quais sejam: São Paulo; Minas Gerais; Paraná; Mato Grosso do Sul e Acre “em relação aos processos envolvendo questões de saúde pública e suplementar foram colhidas informações gerais que sirvam de panorama para a análise da judicialização da saúde”.<sup>86</sup>

Obtendo-se que no ano de 2011, o total de despesas do Poder Judiciário para estes estados somou a quantia de R\$ 26.385.896.03,80 (vinte e seis bilhões, trezentos e oitenta e cinco milhões, oitocentos e noventa e seis mil e três reais e oitenta centavos); e em 2012 R\$ 31.365.533.886,00 (trinta e um bilhões, trezentos e sessenta e cinco milhões, quinhentos e trinta e três mil reais) – anexo 9.<sup>87</sup>

<sup>85</sup> ARAUJO, Cynthia Pereira. Judicialização da saúde: Saúde Pública e outras questões / Cynthia Pereira de Araujo, Éder Maurício Pezzi López, Silvana Regina Santos Junqueira. – Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2016. p. 75.

<sup>86</sup> Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência. Coordenadores: Felipe Dutra Asensi e Rosimeri Pinheiro – Brasília: Conselho Nacional de justiça, 2015. p. 29. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/06/6781486daef02bc6ec8c1e491a565006.pdf>>. Acesso em: 09 de nov de 2016.

<sup>87</sup> Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência. Coordenadores: Felipe Dutra Asensi e Rosimeri Pinheiro – Brasília: Conselho Nacional de justiça, 2015. p. 30. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/06/6781486daef02bc6ec8c1e491a565006.pdf>>. Acesso em: 09 de nov de 2016.



Da mesma forma, o número de servidores envolvidos nestes feitos, no ano de 2012 chega ao total de: 63.258 em São Paulo; 26.890 em Minas Gerais; 13.531 em Paraná; 4.547 em Mato Grosso do Sul; 3.899 no Rio Grande do Norte e 1.959 no Acre.<sup>88</sup>

Importa ainda demonstrar que o número de magistrados envolvidos nos parâmetros da pesquisa realizada, só no Estado de São Paulo, chega a um total de 3.825 envolvidos em ações de 1º e 2º de jurisdição, bem como nas Turmas Recursais e Juizados Especiais.<sup>89</sup> No entanto, deve-se verificar que o enfrentamento do Poder Judiciário vai além de acúmulo de processos, pois consiste também na falta de preparo dos julgadores na área específica da saúde.

Considerando este conhecimento específico e “não jurídico”, e ainda que “a tecnicidade das demandas de saúde, que envolvem uma integração necessária entre o Direito e Medicina, recomenda o aprofundamento do assunto, especialmente porque grande parte das demandas são indevidamente resolvidas”<sup>90</sup>, resultando no deferimento de tutelas antecipadas, consideremos o seguinte, portanto:

Nesse sentido, merece análise, primeiramente, a relação entre o julgador e a prescrição médica que instrui o pedido autoral. Para a médica Maria Inez Gadelha, a inquestionabilidade da prescrição médica como premissa adotada pelo judiciário coloca o poder médico acima do próprio Judiciário (GADELHA, 2014). Realmente, o julgador que pressupõe o acerto da prescrição médica independentemente de outros elementos que a subsidiem confere ao médicoo poder de decidir, antes mesmo do ajuizamento da ação.<sup>91</sup>

<sup>88</sup> Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência. Coordenadores: Felipe Dutra Asensi e Rosimeri Pinheiro – Brasília: Conselho Nacional de justiça, 2015. p. 32. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/06/6781486daef02bc6ec8c1e491a565006.pdf>>. Acesso em: 09 de nov de 2016.

<sup>89</sup> Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência. Coordenadores: Felipe Dutra Asensi e Rosimeri Pinheiro – Brasília: Conselho Nacional de justiça, 2015. p.33. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/06/6781486daef02bc6ec8c1e491a565006.pdf>>. Acesso em: 09 de nov de 2016.

<sup>90</sup> ARAUJO, Cynthia Pereira. Judicialização da saúde: Saúde Pública e outras questões / Cynthia Pereira de Araujo, Éder Maurício Pezzi López, Silvana Regina Santos Junqueira. – Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2016. p. 79-80.

<sup>91</sup> ARAUJO, Cynthia Pereira. Judicialização da saúde: Saúde Pública e outras questões / Cynthia Pereira de Araujo, Éder Maurício Pezzi López, Silvana Regina Santos Junqueira. – Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2016. p. 80



## 7 AÇÕES REALIZADAS NA BUSCA DE SOLUÇÕES

No ano de 2009 foi criado, através da Portaria n.º 650 um Grupo de Trabalho “para estudo e proposta de medidas concretas e normativas para as demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde”.<sup>92</sup> Em 2010, referido Grupo de Trabalho encaminhou a Recomendação n.º 31 para que estes adotassem “medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores de direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde” considerando, principalmente, a grande quantidade de ações pertinentes ao tema, a relevância do assunto para manter a saúde dos indivíduos e a solicitação dos gestores para serem ouvidos antes de permitir a liberação via judicial<sup>93</sup>.

Assim, a recomendação acima, aprovada através da Resolução n.º 107 do CNJ, a qual criou o Fórum Nacional do Judiciário, para “O monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde, com atribuição de elaborar estudos e propor medidas concretas e normativas para o aperfeiçoamento de procedimentos, o reforço à efetividade dos processos judiciais e a prevenção de novos conflitos”.<sup>94</sup>

O CNJ, promoveu o evento denominado “Jornada de Direito da Saúde”, “para debater os problemas inerente à judicialização da Saúde e apresentar enunciados interpretativos sobre o direito à saúde”.<sup>95</sup> A Jornada de Direito da Saúde foi realizada em 2014 e em 2015, sendo que dos enunciados aprovados

No Estado do Rio Grande do Sul, em 2010 foi assinado um Termo de Cooperação entre o Ministério Público Estadual, a Secretaria de Saúde do Estado, o Tribunal de Justiça, a Procuradoria Regional da União – 4ª Região, a Defensoria Pública, a Procuradoria Geral, a Federação das Associações de

<sup>92</sup> Sítio do Conselho Nacional de Justiça. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=496>>. Acesso em: 07 de Nov de 2016.

<sup>93</sup> Sítio do Conselho Nacional de Justiça. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=1195>>. Acesso em: 07 de Nov de 2016.

<sup>94</sup> Sítio do Conselho Nacional de Justiça. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=2831>>. Acesso em: 08 de nov de 2016.

<sup>95</sup> Sítio do Conselho Nacional de Justiça. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/eventos-campanhas/evento/37-i-jornada-do-forum-nacional-da-saude>>. Acesso em: 08 de nov de 2016.



Municípios, e o Conselho Regional de Medicina, todos do Estado do Rio Grande do Sul, com o seguinte objeto:

O presente instrumento tem por objeto o estabelecimento de medidas que possibilitem dar efetividade aos ditames constitucionais, através da adoção de metodologia de planejamento e de gestão sistêmicos com foco na saúde, que mapeie e integre necessidades, possibilidades e atividades e priorize a cooperação entre os setores público, privado e sociedade civil organizada, bem como, com os indivíduos da comunidade em geral, visando a otimização da rede de fornecimento de medicamentos, e, ainda, a redução das demandas judiciais relacionadas à saúde.<sup>96</sup>

Restou estabelecido que compete a todos os envolvidos:

- a) Contribuir para o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde, visando a otimização da rede de fornecimento de medicamentos, com a conseqüente redução das demandas judiciais relacionadas à saúde;
- b) Aperfeiçoar, promover e divulgar o projeto de Planejamento e de Gestão Sistêmicos na busca da efetividade nas políticas públicas, especialmente no que se refere à saúde e ao fornecimento de medicamentos;
- c) Disponibilizar apoio aos Municípios, às Promotorias, Defensorias Públicas e demais instituições que venham a retificar o termo de acordo de cooperação técnica, nas questões operacionais e institucionais relacionadas à implantação do projeto de Planejamento e Gestão Sistêmicos, objeto do presente;
- d) Fomentar, capacitar e dar suporte aos Municípios, às Promotorias, Defensorias Públicas e demais instituições que venham a ratificar o presente Termo de Acordo e Cooperação Técnica, para formarem redes locais e aperfeiçoarem, promoverem e divulgarem metodologia de Planejamento e de Gestão Sistêmicos, objetivando encontrar soluções administrativas que resultem na otimização de custos e na forma de atendimento ao cidadão, para uma maior efetividade do projeto;
- e) Fazer o diagnóstico e a integração de dados relacionados ao fornecimento de medicamentos em todo o Estado, inclusive com a utilização de banco de dados, para acompanhar, avaliar e planejar novas ações que auxiliem na solução dos problemas identificados;
- f) Dar ampla divulgação ao teor deste Acordo e aos resultados obtidos;
- g) Intercambiar outras informações, documentos e apoio técnico-institucional, necessários à consecução dos objetivos destacados;

<sup>96</sup> MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Comitê Executivo do Fórum Nacional do Judiciário para Saúde do Conselho Nacional de Justiça. Ação de planejamento e de gestão sistêmicos com foco na saúde. p. 36. Disponível em: <<http://www.mprs.mp.br/areas/medicamentos/arquivos/cartilhapdf/cartilhamaio.pdf>>. Acesso em: 08 de nov de 2016.



- h) Acompanhar e avaliar, constantemente, a execução das ações a serem desenvolvidas.<sup>97</sup>

O projeto (anexo 13) apresentado pelo Termo de Cooperação tem como objetivo “otimizar a rede de fornecimento de medicamentos, protegendo o Sistema Único de Saúde, de forma a contribuir para a qualidade dos serviços prestados ao usuário, com reflexos, inclusive, na redução da judicialização”.<sup>98</sup>

## 8 CONCLUSÃO

Com os levantamentos realizados na presente pesquisa, pode-se verificar que há uma grande legislação formando a estrutura da prestação do direito fundamental à Saúde, com a criação do Ministério da Saúde, o Sistema Único de Saúde, Secretarias e Conselhos para o ideal cumprimento dos serviços públicos.

No entanto, atualmente há grande dificuldade na separação destas competências, tendo em vista, principalmente a interferência do Poder Judiciário no Poder Executivo, quando do ajuizamento de ações judiciais que envolvem o tema da Saúde Pública, e neste passo com o foco no fornecimento de medicamentos, onde há o deferimento de pleitos em sede de antecipação de tutela, sem o mínimo de fundamento especializado em saúde, ou mesmo o respeito à separação dos poderes.

Assim, há a necessidade de o indivíduo dar a oportunidade ao Executivo de tomar conhecimento da sua doença ou tratamento, para verificação dos protocolos e listas de serviços já existentes, sem a interferência do Poder Judiciário para tanto. Ora, se é de competência do Estado a prestação de serviços para a efetivação do direito fundamental à saúde, nada

<sup>97</sup> MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Comitê Executivo do Fórum Nacional do Judiciário para Saúde do Conselho Nacional de Justiça. Ação de planejamento e de gestão sistêmicos com foco na saúde. p. 36-37. Disponível em: <<http://www.mprs.mp.br/areas/medicamentos/arquivos/cartilhapedf/cartilhamaio.pdf>>. Acesso em: 08 de nov de 2016.

<sup>98</sup> MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Comitê Executivo do Fórum Nacional do Judiciário para Saúde do Conselho Nacional de Justiça. Ação de planejamento e de gestão sistêmicos com foco na saúde. p. 45. Disponível em: <<http://www.mprs.mp.br/areas/medicamentos/arquivos/cartilhapedf/cartilhamaio.pdf>>. Acesso em: 08 de nov de 2016.



mais justo do que questionar se lhe foi oportunizada a chance de fornecer, em âmbito administrativo/extrajudicial o pleito requerido.

Assim, visto que em total desrespeito à Magna Carta, o Judiciário utiliza-se de suas ferramentas para a imposição e interferência no Executivo, impondo que este cumpra o que lhe é de sua competência (sendo que nem ao menos teve a oportunidade de deixar de cumprir, propriamente), com a limitação de horas para que se efetive esse cumprimento sob pena de bloqueio nas contas públicas e o consequente desequilíbrio orçamentário.

Aqui há de se mencionar que, no Município, em que pese sua competência seja o fornecimento de medicamentos pertencentes ao Componente Básico, no âmbito da atenção básica primária, conforme já analisado, o Judiciário deixa de observar tais requisitos, citando o Município para a prestação do pleito, sem a observância mínima da legislação especial que engloba o SUS, e assim gerando um grande desequilíbrio nas verbas públicas, as quais poderiam ser dispensados àqueles que fizeram sua solicitação diretamente à administração municipal, ou seja, respeitou os procedimentos e a legislação da saúde.

Outro ponto que merece destaque é o fato da fragilidade da legislação e assim, do próprio Poder Judiciário frente a um documento médico, que aduz a ineficácia do fármaco fornecido pelo Poder Público a fim de justificar a necessidade de concessão daqueles oriundos de laboratórios diversos.

Desta forma, considerando a constante evolução da humanidade e dos entendimentos firmados entre Estado e Indivíduo que vem, ao longo da história humana em constante ajuste, e feitas as considerações acima, concluo a presente pesquisa com a esperança de que os problemas enfrentados pela administração pública seja cada vez mais consideradas pelo Poder Judiciário, principalmente com a colocação do projeto Estadual posto em prática, para a melhoria da sociedade como um todo.



## REFERÊNCIAS

ARAUJO, Cynthia Pereira, LOPEZ, Éder Maurício Pezzi; JUNQUEIRA, Silvana Regina Santos. **Judicialização da saúde**: Saúde Pública e outras questões. Porto Alegre : Verbo Jurídico, 2016.

ASENSI, Felipe. Sistema Único de Saúde – Lei 8.080/90 e legislação correlata. Versão Digital. Editora Alumnus. p. 47.

BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. Curso de direito constitucional/ Gilmar Ferreira Mendes, Inocêncio Mártires Coelho, Paulo Gustavo Gonet Branco. – 5.ed. ver. e atual. – São Paulo : Saraiva, 2010. p. 941.

BRASIL. **Decreto 34.596 de 1953**. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1950-1959/decreto-34596-16-novembro-1953-328248-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 30.10.2016.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Legislação Estruturante do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011. (Coleção Para Entender o SUS). p. 18.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 24 de maio de 2016.

BRASIL. **Decreto 847 de 1962**. Disponível em: <[http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaNormas.action?numero=847&tipo\\_norma=DCM&data=19620405&link=s](http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaNormas.action?numero=847&tipo_norma=DCM&data=19620405&link=s)>. Acesso em: 30 de out de 2016.

BRASIL. **Decreto n.º 99.438 de 1990** – Dispõe sobre a organização atribuições do Conselho Nacional de Saúde, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1990/decreto-99438-7-agosto-1990-342656-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 07 de set de 2016.

BRASIL. **Guia do Farmacêutico no Sistema Único de Saúde**. CRFRS – Comissão Assessora de Farmacêuticos do SUS. Disponível em: <<http://www.farmaceticogaucha.pro.br/attachments/File/GUIASUS.pdf>>. Acesso em: 04 de nov de 2016.

BRASIL. **Lei 10.858 de 2004**. Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/fevereiro/26/lei10858.pdf>>. Acesso em: 01 de nov de 2016.



BRASIL. **Lei 1920 de 1953**. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1950-1969/L1920.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L1920.htm)>. Acesso em:  
30.10.2016.

BRASIL. **Lei 5.090 de 2004**. Regulamenta a Lei n.º 10.858, de 13 de abril de 2004 e instituiu o programa “Farmácia Popular do Brasil”, e dá outras providências. Disponível em:  
<<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/fevereiro/26/decreto5090.pdf>>. Acesso em: 01 de nov de 2016.

BRASIL. **Lei 8.080 de 1990** –Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 19 de set de 2016.

BRASIL. **Lei 8.142 de 1990**. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)>. Acesso em: 01 de nov de 2016.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. – Brasília : Ministério Saúde , 2000. p. 5. Disponível em:  
<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_principios.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf)>. Acesso em: 15 de set de 2016.

BRASIL. **Portaria n.º 3.916 de 30 de outubro de 1998**. Disponível em:  
<[http://www.cff.org.br/userfiles/file/portarias/3916\\_gm.pdf](http://www.cff.org.br/userfiles/file/portarias/3916_gm.pdf)>. Acesso em: 20 de out de 2016.

BRASIL. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename)**. Disponível em:  
<<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/janeiro/13/Rename-2014.pdf>>. Acesso em: 02 de nov de 2016.

BRASIL. **Resolução 338 de 06 de maio de 2004**. Disponível em:  
<<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/17/Resolucao-338-06052004.pdf>>. Acesso em: 01 de nov de 2016.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa [et al.]. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª ed. rev. Aum. – São Paulo: Hucitec, 2012.

CARVALHO FILHO, José dos Santos Carvalho. **Manual de Direito Administrativo**. 10. ed. rev. ampl. e atual. – Rio de Janeiro :Lumen Juris, 2003.

CONASEMS – **O CONASEMS** – Disponível em:  
<<http://www.conasems.org.br/o-conasems>>. Acesso em: 20 de out de 2016.



CONASS - **Quem Somos**. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/quem-somos/>>. Acesso em: 30 de out de 2016.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/eventos-campanhas/evento/37-i-jornada-do-forum-nacional-da-saude>>. Acesso em: 08 de nov de 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – **Histórico**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/historia.htm>>. Acesso em: 30.10.2016.

DUTRA, Felipe; PINHEIRO, Rosimeri. (coord.) **Judicialização da Saúde no Brasil**: dados e experiência. Brasília: Conselho Nacional de justiça, 2015. p. 16. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/06/6781486daef02bc6ec8c1e491a565006.pdf>>. Acesso em: 09 de nov de 2016.

LENZA, Pedro. **Direito Constitucional Esquematizado**. 14. Ed. rev. atual. e ampl. – São Paulo : Saraiva, 2010.

MARTINS, Ives Gandra da Silva; MENDES, Gilmar Ferreira; NASCIMENTO, Carlos Valder do.(coord) **Tratado de Direito Constitucional**, v. 1/. – São Paulo : Saraiva, 2010.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Curso de Direito Administrativo**. 27. ed. rev. e atual. até a emenda constitucional 64. – São Paulo : Malheiros Editores Ltda, 2010. p. 95.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/historia.htm>>. Acesso em 30 de out de 2016.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Comitê Executivo do Fórum Nacional do Judiciário para Saúde do Conselho Nacional de Justiça. Ação de planejamento e de gestão sistêmicos com foco na saúde. p. 36. Disponível em: <<http://www.mprs.mp.br/areas/medicamentos/arquivos/cartilhapdf/cartilha maio.pdf>>. Acesso em: 08 de nov de 2016.

MIRANDA, Ciro de Carvalho. SUS, **Medicamentos, Protocolos Clínicos e o Poder Judiciário**: ilegitimidade e ineficiência.

PADARATZ, Cláudia. Políticas públicas e judicialização da saúde: atuação municipal em matéria de saúde. Da efetivação da assistência farmacêutica. *In*: Direito Municipal em debate / Organização Arlindo Daibert, Cristiane da Costa Nery, Paulo Ricardo Rama, Vanêsa Buzelato Prestes ; prefácio Ricardo César Pereira Lira. Belo Horizonte : Fórum, 2008.



PORTAL DA SAÚDE. Disponível em:

<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/346-sctie-raiz/daf-raiz/farmacia-popular/l1-farmacia-popular/18008-programa-farmacia-popular-do-brasil>>. Acesso em: 02 de nov de 2016.

RIBEIRO, Helena; ROCHA, Chester Luiz Galvão Cesar. **Saúde Pública: bases conceituais**. 2.ed. – São Paulo : Editora Atheneu, 2013.

RIO GRANDE DO SUL. Sítio da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em:

<[http://www.saude.rs.gov.br/lista/153/Componente\\_Especializado](http://www.saude.rs.gov.br/lista/153/Componente_Especializado)>. Acesso em: 07 de Nov de 2016.

SERRANO, Mônica de Almeida Magalhães. **O Sistema Único de saúde e suas diretrizes constitucionais**. 2. Ed. – são Paulo : Editora Varbatim, 2012.

SILVA, Leny Pereira. **Direito à saúde e o princípio da reserva do possível**.

Disponível em:

[http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/DIREITO\\_A\\_SAUDE\\_por\\_Leny.pdf](http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/DIREITO_A_SAUDE_por_Leny.pdf). Acesso em: 25 de maio de 2016.