



DIREITO À SAÚDE: ASPECTOS HISTÓRICOS, JUDICIALIZAÇÃO E FINANCIAMENTO

Samuel Henderson Pereira Lopes



Todo o conteúdo apresentado neste livro é de responsabilidade do(s) autor(es).
Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição-SemDerivações 4.0 Internacional.

Conselho Editorial

Prof. Dr. Ednilson Sergio Ramalho de Souza - UFOPA
(Editor-Chefe)

Prof. Dr. Laecio Nobre de Macedo-UFMA

Prof. Dr. Carlos Erick Brito de Sousa-UFMA

Prof. Dr. Rodolfo Maduro Almeida-UFOPA

Prof. Me. Éfrem Colombo Vasconcelos Ribeiro-IFPA

Prof. Me. Jorge Carlos Silva-ULBRA

“Acreditamos que um mundo melhor se faz com a difusão do conhecimento científico”.

Equipe Home Editora

Samuel Henderson Pereira Lopes

DIREITO À SAÚDE: ASPECTOS HISTÓRICOS, JUDICIALIZAÇÃO E FINANCIAMENTO

1ª Edição

Belém-PA
Home Editora
2023

© 2023 Edição brasileira
by Home Editora
© 2023 Texto
by Autor
Todos os direitos reservados

Home Editora
CNPJ: 39.242.488/0002-80
www.homeeditora.com
contato@homeeditora.com
91984735110
Belém, Pará, Brasil

Editor-Chefe
Prof. Dr. Ednilson Ramalho
Capa
Worges Editoração
Revisão, diagramação
Autor

Bibliotecária
Janaína Ramos
Produtor editorial
Laiane Borges

Dados Internacionais de Catalogação na publicação (CIP)



D598

Direito à saúde: aspectos históricos, judicialização e financiamento /
Samuel Henderson Pereira Lopes. – Belém: Home, 2023.

Livro em PDF
100p.

ISBN 978-65-6089-005-3
DOI 10.46898/home.8dec9a7a-8240-42fc-a4f1-f31066d6dea4

1. Direito. 2. Saúde. I. Lopes, Samuel Henderson Pereira. II. Título.

CDD 340

Índice para catálogo sistemático

I. Direito.

APRESENTAÇÃO

Este livro é fruto de uma pesquisa realizada no mestrado em saúde da família pela UNINOVAFAPI. Para sua construção teórica o tema base era saúde e direito com foco na judicialização da saúde no Brasil.

Para isso num primeiro momento foi feito um histórico da saúde pública no Brasil desde o Brasil colônia, Brasil império e República para entender como a saúde no final do século XX a ser um direito subjetivo do cidadão.

Entender o processo de evolução da política de saúde no Brasil é fundamental para entender como uma política antes negligenciada vira direito.

Tendo como foco a judicialização o segundo capítulo explica o processo de judicialização da política, o advento das supremas cortes e como políticas públicas antes afetadas ao Executivo começam a sofrer intervenção do judiciário.

No terceiro capítulo discute-se a judicialização da saúde no Brasil, desde sua inserção como direito protegido constitucionalmente e as primeiras decisões favoráveis ao cidadão tendo como decisão paradigmática as primeiras decisões concedendo antirretrovirais para Aids, o que mudou a forma dos tribunais verem o direito a saúde pois antes dessas decisões concedendo antirretrovirais o judiciário não enxergava o direito a saúde como passível de requerimento por via judicial

No quarto capítulo abordo a questão dos medicamentos e seu acesso e dispensação pelo SUS, desde as listas oficiais como a RENAME e porque os fármacos estão no centro do debate da judicialização da saúde no STF.

No quinto capítulo tratei do financiamento da saúde do Brasil, das competências de cada esfera de governo e de como todo direito era preciso um processo de consolidação e financiamento hoje após sucessivas emendas disposta na Constituição.

Concluo no sexto capítulo falando da judicialização da saúde no Piauí, quais as principais demandas, o que pensa os atores envolvidos, qual o gasto do Estado com tais demandas. Tal artigo que virou capítulo é fruto de uma pesquisa de campo realizada na sede da Secretaria Estadual de Saúde do Piauí.

SUMÁRIO

1- HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	6
2- A JUDICIALIZAÇÃO NO MUNDO.....	28
3- A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL	39
4- A JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO A MEDICAMENTOS NO BRASIL: ENTENDENDO A QUESTÃO ADMINISTRATIVA E JUDICIAL E POR QUE OS FARMACOS ESTÃO NO CENTRO DO DEBATE NO STF.....	49
5- FINANCIAMENTO DA SAUDE NO BRASIL.....	60
6- O CUSTO DAS AÇÕES JUDICIAIS CONTRA O ESTADO DO PIAÚÍ REIVINDICANDO O DIREITO A SAÚDE EM 2016 E A VISÃO DO GESTOR EM SAÚDE.....	78

HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

PERIODO COLONIAL

A história da saúde no Brasil tem início com chegada dos portugueses, embora no período colonial o Brasil quase não possuísse médicos formados, sendo a maioria da população atendida por curandeiros, boticários, barbeiros entre outros.

Essas profissões que embora não fossem oficiais, eram alternativas a população colonial como também os tira dentes, as parteiras, era quem de fato cuidavam da saúde da população da colônia.

Mesmo assim, a metrópole tentava regulamentar a assistência a saúde no Brasil, mesmo diante da ausência de profissionais formados em universidades:

A Coroa também tinha uma palavra a dizer sobre o assunto. Foi através das ordenanças do Regimento de 1521 e da Fisicatura mor – substituída em 1782 pela Junta do Protomedicato – que a ação real no tocante ao regulamento da medicina se fez presente no além-mar. Ao menos no papel, as medidas régias colaborariam para a legitimação do discurso do médico como autoridade inquestionável no que concernia ao conhecimento dos males e nas medidas para seu tratamento. Coibir a ação de charlatães e assegurar não apenas a presença de licenciados, mas de diplomados avaliados e aprovados para curar a população seria o grande mérito dessas medidas. Organizada como um “verdadeiro tribunal”, a Fisicatura mor era composta por “médicos aprovados pela Universidade de Coimbra, e de três em três anos visitariam as boticas que houvesse no distrito da sua comissão, levando em sua companhia três boticários dos aprovados pelo físico-mor”. VIOTTI(2012)

Na verdade esse fisicatura mor era a espécie de um conselho que regulamentaria o exercício de profissionais médicos, coibindo os curandeiros e outras atividades não regulamentadas, o que na prática não funcionava muito no Brasil diante da ausência de médicos.

Ainda antes das Ordenações Filipinas, em 1521, surge a divisão das atribuições entre as duas maiores autoridades da saúde: o físico-mor e o cirurgião-mor. A Fisicatura era um tribunal e o físico-mor, um juiz.

Desde então já aparece a figura dos juizes comissários no Reino e seus domínios. No momento em que se estabelece a administração portuguesa no império luso-brasileiro, ainda no século XVI, tem-se notícia da designação de licenciados para o cargo de físico (médico) na cidade de Salvador. Onde não houvesse um físico examinador, delegado do físico-mor, os praticantes da arte de curar deviam requerer carta ao físico-mor, com atestado das câmaras locais que comprovasse sua experiência e saber. Se aprovados em exame, recebiam licença para exercer a medicina apenas na localidade em que praticavam, e por determinado tempo. Cartas de lei, alvarás e regimentos respondiam a situações particulares, como infrações à legislação sanitária e aos abusos contra os interesses dos súditos (Machado, 1978).

Até a criação da Junta do Protomedicato, em 1782, cabia ao físico-mor fiscalizar, com o auxílio de boticários aprovados, as boticas, a qualidade e os preços dos medicamentos. A lei estabelecia que a separação entre físicos, cirurgiões e boticários era completa, cada qual com atribuições restritas ao seu domínio. A definição de limites ao exercício de cada atividade obedecia ao estabelecimento gradual de uma hierarquia de importância entre elas. Já um alvará do século XVI vedava aos físicos e boticários sociedade comercial nas boticas.

O regimento de 1744, elaborado pelo físico-mor, a ser observado por seus representantes no Brasil, indica a crescente importância que Portugal emprestava à sua colônia na América.

Toda a legislação, que procurava fazer a Fisicatura próxima e presente através de uma pesada burocracia, e as constantes queixas sobre o arbítrio dos comissários revelam que a preocupação central da Coroa era com o fisco (arrecadação de impostos).

A administração da justiça na área médica esmerava-se, então, tanto em fiscalizar os fiscalizadores (que deveriam, entre outras funções, zelar pela

arrecadação de impostos sobre o exercício da profissão) quanto em punir os infratores.

Entretanto, a não observância do regimento da Fisicatura parece ter sido a regra nos tempos coloniais, em virtude principalmente da ausência de médicos formados em universidades que trabalhassem no Brasil.

Machado, apud VIOTTI(2012), Aqui no Brasil não só os médicos prescreviam remédios:

Não só lojas de barbeiro e boticas vendiam remédios no Brasil. Os estabelecimentos dos ourives, padeiros e outras casas também comerciaram específicos. Os próprios médicos, apesar de o alvará real de 1561 proibir-lhes preparar e vender drogas, manipularam e venderam suas próprias receitas.

Se os cirurgiões curavam de medicina e os médicos aviavam suas receitas, os boticários receitavam por conta própria ou a pedido de curandeiros (Marques, 1999 apud VIOTTI(2012):

No Brasil Colonial: Séculos XVI e XVII Assistência à saúde da população "A população colonial recebia assistência de barbeiros, curandeiros e parteiras"

As práticas médicas da época estavam a cargo das Santas Casas de Misericórdias, hospitais militares e os denominados físicos, os cirurgiões-barbeiros, barbeiros sangradores, boticários curandeiros e as parteiras.

Nos Séculos XVI e XVII a assistência de Médicos, o físico-mor - designação dada ao médico - tinha formação em medicina na Universidade de Coimbra, Salamanca ou Montpellier. Os médicos que chegavam ao Brasil não eram os melhores e não conseguiam oferecer assistência médica de boa qualidade - atendiam em domicílio àqueles que podiam pagar e serviam nos hospitais e enfermarias militares (CUNHA et al, 2009)

Segundo o portal da educação:

"Apesar dessas novidades, a assistência à saúde dispensada aos que viviam por aqui – índios, escravos, portugueses – era baseada nas ações feitas pelos pajés, de um modo semelhante ao realizado pelos indígenas desde antes da chegada dos portugueses, e na assistência dispensada pelos boticários – atuais farmacêuticos – que viajavam por toda parte examinando os doentes e até mesmo receitando poções, remédios e fórmulas curativas".

Uma interessante instituição oriunda de Lisboa também prestava assistência médica as “santas casas”:

“A Irmandade da Misericórdia: assistência médica como caridade, Hospitais da Santa Casa da Misericórdia: modestos e em permanente estado de penúria, assistiam a uma população de indigentes e moribundos, desde o século XVI, em 15 cidades brasileiras, Todas as Santas Casas da Misericórdia têm uma origem comum: a Santa Casa de Lisboa fundada em 1498, Princípio e prática: obras da Misericórdia compiladas por Tomás de Aquino no século XII: Dar de comer a quem tem fome; Dar de beber a quem tem sede; Vestir os nus; Visitar os doentes e presos; Dar abrigo a todos os viajantes, As Santas Casas sempre foram muito mais do que hospitais” MUNOZ e BATISTA.

As santas casa eram instituições inclusive amparadas pela igreja:

“Além da feitura e distribuição de fórmulas como a *triaga*, os religiosos das mais diversas ordens foram responsáveis pela criação e manutenção das Santas Casas de Misericórdia, instituições “especialmente recomendadas pela Coroa portuguesa” e propagadas por todo Ultramar”. VIOTTI(2012)

As primeiras instituídas no Brasil segundo o sitio da instituição foram:

“No Brasil, a Santa Casa chegou durante o período colonial e as suas unidades foram instaladas em diversos locais do país. A primeira foi em Santos, São Paulo; a segunda, em Olinda, Pernambuco; e a terceira em Salvador, Bahia, no ano de 1549.”.(disponível em < <http://www.santacasaba.org.br/historia>>)

No Brasil Colonial, segundo EDLER,(2010):

“Nos séculos XVI e XVII Os “Curadores” na Colônia• Médicos cirurgiões e boticários diplomados eram uma minoria de uma grande comunidade terapêutica. Ocupando formalmente o ápice da pirâmide profissional, os médicos e os boticários, concorriam entre si. A autoridade dos médicos diplomados era ainda muito incipiente - geralmente os próprios pacientes ou os curandeiros tentavam curar as doenças graves ou mesmo resolver os problemas de caráter cirúrgico”. (EDLER, 2010)

Esse predomínio dos pajés e boticários devia-se ao fato de que nessa época, como atesta Salles (1971), os médicos eram praticamente inexistentes, sendo que esta situação foi amenizada apenas a partir do ano de 1808, ano em que a Corte Portuguesa chega ao Brasil e, para oferecer serviços médicos aos nobres, são criadas as duas primeiras escolas de medicina do Brasil: o Colégio

Médico-Cirúrgico em Salvador e a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro.¹

LIMA afirma:

“Brasil Colonial: Século XVIII Formação Médica no Brasil• 1808 - Em sua passagem por Salvador-BA, D. João fundou a Escola de Cirurgia da Bahia, sob orientação de José Corrêa Picanço, cirurgião-mor que acompanhava a família real. Mesmo após a formação das escolas de cirurgia e a criação de medidas para institucionalizar e controlar a prática da medicina, havia um amplo espaço ocupado por outros “curadores”, que lentamente foram sendo considerados como “charlatães” (LIMA, 2008)

Para EDLER,(2010) se referindo a história da medicina no Brasil Colonial:

“No Século XV a Legislação Sanitária de Portugal de 1430: o rei de Portugal exigiu que todos os que praticavam medicina fossem avaliados e aprovados pelo médico da coroa, também denominado “físico” – o FÍSICO-MOR• 1448: o regimento do físico-mor, sancionado em lei do Reino, explicitava, entre os encargos da função, a regulamentação do exercício da medicina e cirurgia por meio de uma licença”.

Ainda segundo EDLER(2010):

No século XVI, a Legislação Sanitária de Portugal, as Ordenações Filipinas (1595): emitidas no mandato d’el Rei D. Felipe, o Primeiro - tratavam de todos os assuntos de interesse da Coroa, e ditavam também regras sobre os ofícios de médicos, cirurgiões e boticários• Estabelecia a Fisicatura: um tribunal - o físico-mor era o avaliador.

Uma profissão que se destacou aqui foi a de barbeiro:

Os barbeiros, além dos cortes de cabelos e das barbas, praticavam sangrias, aplicavam ventosas, sanguessugas e clísteres, faziam curativos, arrancavam dentes etc. Da mesma forma que os boticários, os barbeiros necessitavam da *carta de exame* para habilitá-los ao exercício de seu ofício. Os barbeiros geralmente eram portugueses e castelhanos, muitos deles cristãos-novos, mas a partir do séc. XVIII já se incluíam negros e mestiços neste ofício.

A influência da medicina era pequena, muitos profissionais se envolviam na arte de curar. A influência dos médicos licenciados sobre os governantes não se mostrava sempre eficaz para garantir a regulamentação e a

¹ <http://www.portaleducacao.com.br/pedagogia/artigos/34820/do-descobrimento-ao-imperio-historico-da-saude-publica>, acesso em 16-05-2016

exclusividade do exercício da profissão do pretendido monopólio do diagnóstico ou tratamento de doenças. Segundo VIOTTI(2012)

Boticários, barbeiros, parteiras, algebristas (consertadores de ossos), cristeleiras (aplicadoras de clisteres) oficiavam uma arte mecânica e servil, enquanto o físico, de formação dogmática e doutrinal (acadêmica), possuía honras de nobre, com direito a homenagens e uso de armas e sedas – ornamentos simbólicos distintivos da imagem pública do valor nobiliárquico. Entre os agentes envolvidos com as práticas de Nas academias medicocirúrgicas eram usadas, então, traduções de grandes compêndios europeus. cura, os boticários e cirurgiões ocupavam, assim, uma posição subalterna na hierarquia profissional.VIOTI(2012)

Ficou reservada ao médico a tarefa de diagnosticar, prescrever e acompanhar o tratamento do doente, de acordo com o aprendizado doutrinal, feito a partir dos textos canônicos escritos em latim. Essa arte liberal, isto é, condizente com o *status* de homens livres, tinha supremacia em relação ao trabalho do cirurgião e ao de preparo e venda de medicamentos.

Os físicos deveriam supervisionar o preparo de todas as mezinhas (conjunto de medicamentos da cultura popular) que contivessem ópio, eletuários, pílulas e trociscos. Aos boticários cabia prensar e misturar as drogas previamente selecionadas e pesadas pelos doutores, enquanto os cirurgiões deveriam limitar sua ação terapêutica ao conserto de ossos quebrados e tratamento de algumas feridas. EDLER(2010):

No mundo da colônia, entretanto, a imposição da rígida hierarquia entre físicos, cirurgiões e boticários mostrava-se inócua. Quando aplicada, recebia queixas dos representantes da Coroa, em nome da realidade colonial. O exercício da medicina no Brasil, até a criação da Junta do Protomedicato, em 1782, no reinado de d. Maria I (1734-1816), era facultado somente a físicos e cirurgiões portadores de um atestado de habilitação, e licenciados pelos comissários das autoridades médicas do Reino: o cirurgião-mor e o físico-mor. Estes representantes diretos do poder real residiam, inicialmente, nas povoações maiores, mas, a partir do séc. XVIII, os regimentos sanitários passam a ser mais observados, com a presença de comissários em um número maior de cidades e vilas.

Os físicos atuavam como médicos da Coroa, da Câmara e das tropas nas principais cidades e vilas, sendo numericamente pouco expressivos. No séc. XVIII, em cidades como Recife, Salvador e Rio de Janeiro, somente três ou quatro físicos exerciam suas atividades. Eles eram responsáveis pelo exame, diagnóstico e receituário para os pacientes, e aos cirurgiões cabiam os ofícios

manuais, considerados socialmente inferiores, que exigiam o uso de ferros, lancetas, tesouras, escalpelos, cautérios e agulhas.

A atuação dos cirurgiões estava restrita às sangrias, à aplicação de ventosas, à cura de feridas e de fraturas, sendo-lhes vetada a administração de remédios internos, privilégio dos médicos formados em Coimbra, Portugal.

BADINELLI(2014) aponta que o exercício da medicina no Brasil até meados do século XIX era regulamentado pelas autoridades médicas do reino, o cirurgião-mor e o físico mor, portanto um atestado de habilitação. A atuação dos cirurgiões por regra era restrita às sangrias, à aplicação das ventosas, à cura de feridas e também ao tratamento de fraturas. A aplicação de medicamentos internos era vetada pela administração, sendo privilégio de médicos que se formavam em Coimbra e vinham para o Brasil.

FURTADO apud BADINELLI(2014) afirma que muito dos médicos luso-brasileiros eram formados em Coimbra desde 1559, destacando-se na Europa as universidades de Alcalá e Salamanca, na Espanha; Montpellier em Paris na França e Edimburgo no Reino Unido.

Com relação a figura do cirurgião-mor, este tinha a função de aprovar os cirurgiões, as parteiras e os barbeiros. Os que queriam exercer as funções de médico tinham que apresentar pelo menos 4 anos de experiência e aprendizado com algum cirurgião reconhecido, o que era feito em Portugal, eram licenciados e não doutores, pois não tinham ido a universidade.

Já o físico-Mor estava ligado a função de examinar os médicos formados e licenciar os boticas do Reino.FURTADO apud BADINELLI(2014).

No Brasil, o físico-mor nomeava comissários delegados para a fiscalização de atividades médicas e dos boticários nas cidades. Badinelli(2014) afirma que em MG as câmaras municipais podiam contratar físicos e cirurgiões por um prazo máximo de dez anos, em virtude da necessidade de pessoas que curassem os pobres e presos.

Muito provavelmente essa não seria uma permissão apenas para Minas Gerais, muitas capitâneas talvez autorizassem suas câmaras municipais a contratar os físicos.

A criação das escolas de cirurgia, em 1808, veio romper com esta prática de cerceamento, feita pela metrópole, possibilitando a formação de médicos no país. EDLER(2010):

Em 1826, o corpo docente das escolas médico-cirúrgicas passou a controlar a emissão de diplomas para o exercício da medicina. Em 1828 foi extinta a Fisicatura-mor como órgão do governo responsável pela fiscalização sanitária e regulamentação das artes terapêuticas. Sangradores e curandeiros foram definitivamente postos na ilegalidade. Em 1832, as duas escolas médico-cirúrgicas, criadas em 1808, foram transformadas em faculdades de medicina.

Para MOREIRA JÚNIOR, FIGUEIREDO e VIEIRA(2012) A história da Medicina e da cirurgia no Brasil começa efetivamente com a vinda da família real. Até então quem aspirasse a ser médico precisava emigrar para a Europa.

Em 18 de fevereiro de 1808, em Salvador, a primeira escola médica foi fundada, a Escola Anátomo-Cirúrgica e Médica da Bahia, hoje Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia.

Em novembro do mesmo ano, logo após a chegada da família real ao Rio de Janeiro, foi implantada a Escola de Anatomia, Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro que posteriormente passou a ser a Universidade do Brasil e atualmente é a Escola de Medicina da Universidade do Rio de Janeiro. Em 1812 ocorreu a primeira reforma do ensino médico brasileiro, quando o curso passou de quatro para cinco anos.

Em 1826, a Lei de 9 de setembro outorgou às escolas brasileiras o direito de conferir cartas de cirurgião e de médico aos alunos que concluíssem sua formação nestas instituições.

Em 1828, esta lei foi ampliada determinando que só médicos diplomados pudessem clinicar, desaparecendo as “cartas de licenciamento”. Logo ficava decretado o término das atividades informais de curandeiros, barbeiros, boticários e parteiras, pelo menos em tese. Estas resumiam as principais atividades relacionadas com a medicina no período colonial.(MOREIRA JUNIOR E VIEIRA, 2012)

Sobre a falta de médicos no Brasil colonial ser tão marcante que em 1800, um édito real determinou que anualmente quatro estudantes brasileiros deveriam ser enviados para Coimbra para cursar medicina (CUNHA et al., 2009).

Com a criação dos cursos de medicina, é importante ressaltar que põe término à era dos físicos e cirurgiões formados exclusivamente na Europa. Iniciava-se, assim, uma forte tradição clínica marcada pela figura do médico-de-família que atuava, ora como clínico, ora como cirurgião, ora como conselheiro higienista. Em 1832, as Academias Médico-Cirúrgicas foram transformadas em

Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia. O mesmo decreto instituía os cursos de Medicina, Farmácia e de Partos.(LIMA, 2008)

Dessa época também começam a ser exigidas algumas regras sanitárias como o código de posturas do Rio de Janeiro de 1832 que proibia os enterros dentro de igrejas e conventos.

Diante da condições Sanitárias no Brasil do Século XIX, serem de péssima situação sanitária da população: Considerava-se necessária “uma reforma dos costumes”. A partir do final do século XVIII, já começaram ações político-administrativas para garantir a segurança da saúde da população. Os efeitos das doenças passavam a ser encarados pelo Estado como problema social e econômico (EUGÊNIO, 2010)

A preocupação com a cidade do Rio de Janeiro era evitar a propagação de doenças, principalmente em uma cidade entreposto comercial que além de capital do império possuía o principal porto exportador do Brasil.

Em 1849 os surtos de febre amarela e o de cólera em 1855 cuja última aparição ocorrera no século XVII, se transformaria em curto espaço de tempo em grande preocupação para as autoridade do Rio de Janeiro. (EDLER, 2003).

Nessa época já circulavam no Brasil médicos formados nessas duas universidades de cirurgiões de Salvador e do Rio de Janeiro e começa-se uma preocupação com os vetores de doenças. Segundo GALVÃO(2007):

Nos programas de saúde predominaram, então, e ações em relação ao saber e à organização de serviços de saúde voltados para as doenças coletivas: racionalidade capitalista tornou-se hegemônica, Hegemonia do modelo etiológico baseado impunha-se a necessidade de políticas públicas no controle dos insetos e animais vetores; c) Influência do modelo organizado para as instituições científicas do Instituto Pasteur ²

Segundo o autor:

Embora tenha sido Oswaldo Cruz quem, de fato, introduziu a chamada Medicina Científica no Brasil foi em São Paulo que primeiramente surgiram os empreendimentos de saúde pública, visando a manutenção da força de trabalho. A partir de 1893, sob

² http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/origem_politicas_saude_publica_brasil.pdf

à direção de Adolfo Luiz, o Instituto Bacteriológico realizou uma série de investigações sobre doenças e epidemias no estado e na cidade de São Paulo

Segundo MORAES(2020).

Em 1860 deu-se a Criação da Estação de Tratamento de Esgoto do Rio de Janeiro. A capital do Império, o Rio de Janeiro, tornou-se a quinta cidade do mundo a possuir uma estação de tratamento de esgotos.

Em 1886 o Decreto 9.554, de 3 de fevereiro de 1886 reorganiza os Serviços Sanitários do Império.

Inspetoria Geral de Higiene => Serviços sanitários terrestres e a Inspetoria Geral de Saúde dos Portos (Serviços sanitários Marítimos)

Em 1889 foi regularizado o serviço de policia sanitária e a adoção de normas para impedir o desenvolvimento das epidemias.

Em 1897 é criada a diretoria geral de saúde pública que engloba os serviços terrestres e marítimos e divide o litoral em três distritos sanitários: Rio de Janeiro, Recife e Belem.

Assim, no final do século XIX e começo do século XX, a preocupação com saúde pública no Brasil era de forma difusa nas cidades mais importantes e um conceito centrado não no individuo mais nos grupos suscetíveis a doença. Exista uma preocupação sanitária com a desinfecção de áreas.

SÉCULO XX

No início do século XX, alguns sanitaristas como Oswaldo Cruz demonstram preocupação com as condições de saúde principalmente a propagação de doenças como a febre amarela.

Em 1902 ocorre a nomeação de Oswaldo Cruz como Diretor Geral de Saúde pública para dar um jeito no problema de epidemias, sua estratégia era combater a peste bubônica, a febre amarela e a varíola.

O sanitarista dava ênfase na reorganização dos serviços de higiene administrativa da União, com ênfase nas medidas repressivas de vigilância e policia sanitárias. MORAES(2020)

Tal preocupação e a consequente vacinação compulsória da população no Rio de Janeiro gerou a revolta da vacina em 1904 no governo de Rodrigues Alves.

A vacina obrigatória foi considerada uma tirania. A população saiu às ruas e iniciou a Revolta da Vacina colocando a cidade do Rio em estado de sítio 10 a 16 de novembro de 1904. A revolta deixou um saldo de 30 mortos, 110 feridos e 945 presos, dos quais 461 foram deportados para o Acre. Oswaldo Cruz acabou afastado.

Começa-se a adotar um modelo campanhista, com grandes campanhas de vacinação e uma preocupação econômica pois os portos brasileiros com trabalhadores doentes com peste ou febre amarela iria inviabilizar as exportações principalmente de café, então principal produto brasileiro.

A mobilização pela saúde pública foi voltada para grandes campanhas de vacinação em massa da população e um controle da salubridade das maiores cidades do Brasil.

Assim, a urbanização crescente tinha uma preocupação com a higienização e regramentos das cidades com o objetivo de evitar a propagação de doenças e pestes .

Em 1920 a reforma de Carlos Chagas cria o departamento nacional de saúde pública através do Decreto nº 16.300 de 31/12/1923, que é composto por órgãos de fiscalização, exercício da medicina e controle de portos.

Nas primeiras décadas do séc. XX, quando os trabalhadores ou operários começam a se preocupar com a previdência e outros infortúnios como acidentes de trabalho, é que vai haver uma preocupação com a saúde como uma política acessória a previdência.

Tal afirmativa se confirma com a lei Eloy Chaves que em seu Art. 9º, inciso I, dispõe:

Art. 9º Os empregados ferroviários, a que se refere o art. 2º desta lei, que tenham contribuído para os fundos da caixa com os descontos referidos no art. 3º, letra a, terão direito:

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

Embora bem restrita aos ferroviários, a lei é um marco na legislação previdenciária brasileira (é considerada o marco do direito previdenciário) e a saúde como política vai andar lado a lado com os direitos previdenciários.

Segundo Medcurso “a partir da década de 20, os funcionários de empresas começaram a depositar parte de seu salário (3%) em fundos, para que caso precisassem de dinheiro para saúde pudessem retirar, servindo como principal objetivo custear o pagamento de aposentadoria e pensões. Era a chamada CAPS e eram organizadas por empresas e depois por categorias profissionais. O sistema foi criado por lei (Eloy Chaves), mas o governo pouco fiscalizava sua ação.

Em 1930 é criado o decreto 19.402 de 14/11/1930 que cria a secretaria de estado com a denominação de ministério de negócios da educação e da saúde pública, mantendo a estrutura do departamento nacional de saúde.

Com o foco no modelo campanhista, já adotado no início do século que buscava realizar campanhas sanitárias para combater as epidemias, implementando programas de vacinação obrigatória, desinfecção dos espaços públicos e domiciliares, incluindo aí um novo modelo de urbanização.

Nesse período são criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS) autarquias do governo federal vinculadas ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio.

Os IAPS eram organizados por ramos de atividade e acabaram absorvendo as CAPS, foram criados Institutos dos marítimos, comerciários, bancários, estiva e transporte de cargas e de industriais. Nos anos 40 foi criado o instituto dos servidores do estado.

Esses institutos tinham como principal objetivo constituir um caixa de previdência, mas como existia muito dinheiro, segundo MEDCURSO o dinheiro as vezes foi usado para construção de grandes hospitais. Houve a criação de hospitais dos bancários, dos comerciários entre outros.

Em 1937, a Lei nº 378, de 13 de Janeiro de 1937, o então Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública passou a se chamar Ministério da Educação e Saúde, também denominada de reforma “Reforma Capanema”

Na década de 40 na reforma de Barros Barreto é instituído órgãos normativos e supletivos destinados a orientar a assistência sanitária e hospitalar; criação de órgãos executivos de ação direta contra endemias mais importantes; fortalecimento do Instituto Oswaldo Cruz em oito regiões sanitárias entre outras medidas.

Nesse período décadas de 40 e 50 a assistência médica prestada pelas CAPS e IAPS aos trabalhadores formais era a única existente. Paralelo a isso a população mais carente podia contar com algum hospital público ou filantrópico como Santa Casa ou mesmo de universidades que oferecessem serviço médico.

Como o foco principal da política pública de saúde era o controle de epidemias, medidas preventivas, alguma vacinação, e saneamento básico denominou-se esse período de modelo sanitário.

Na segunda metade do século surge em 1953 o ministério da saúde desmembrado da educação. Em 1953, a lei 1920, de 25 de julho de 1953 determinou que o Ministério da Educação e Saúde passa a ser o Ministério da saúde.

Em 1956 surge o departamento de endemias rurais. Em 1960 ocorre a unificação dos sistemas previdenciários que só vai se consolidar mesmo em 1967 com a implantação do Instituto Nacional da Previdência Social.

Tal instituto reuniu seis institutos de aposentadorias e tais institutos tinham entre seus benefícios não apenas aposentadorias, mais também serviços de saúde ao trabalhador e seus dependentes.

Assim durante 40 anos desde a fase das caixas de aposentadorias de cada empresa e num segundo momento da previdência da organização da aposentadoria por categorias ou profissões os IAPs, a saúde apresentava-se como benefício secundário a previdência.

Até esse momento o direito ou assistência a saúde caracterizou-se pelo modelo médico-sanitário com dois vetores: epidemiológica- cuja preocupação é controlar as doenças em escala social e clinica- onde o objetivo era prestar assistência a saúde para aqueles que estavam trabalhando, os empregados.

Na ditadura ou Revolução, em 1967 o governo unifica cinco IAPS num único instituto o INPS, Instituto Nacional de Previdência Social. O INPS fica responsável pela assistência médica de todos os trabalhadores formais que contribuíram com 8% do salário, mais 8% a cargo das empresas independente do ramo de atividade e categoria profissional.

Caso contribuíssem com a alíquota de 16% da renda básica estava garantida a cobertura de trabalhadores autônomos e empregadores.

Na década de 70, já regime militar o governo unifica os regimes, em 1972 incorpora os domésticos e autônomos e trabalhadores rurais do FUNRURAL ao sistema previdenciário.

Com aumento da clientela o governo cria uma autarquia exclusiva para cuidar da saúde em 1974. A lógica era a que quem tinha atendimento era aquele empregado com carteira assinada. Esse serviço era feito normalmente por clínicas e hospitais conveniados com o INAMPS(o Estado compra serviço). Como exposto a assistência a saúde no Brasil estava vinculada ao Ministério da previdência social através de suas autarquias.

Segundo o site do sistema único de saúde, o INAMPS:

O INAMPS foi criado pelo regime militar em 1974 pelo desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que hoje é o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS); era uma autarquia filiada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (hoje Ministério da Previdência Social), e tinha a finalidade de prestar atendimento médico aos que contribuíam com a previdência social, ou seja, aos empregados de carteira assinada. O INAMPS dispunha de estabelecimentos próprios, mas a maior parte do atendimento era realizado pela iniciativa privada; os convênios estabeleciam a remuneração por procedimento, consolidando a lógica de cuidar da doença e não da saúde

Segundo a lei que criou o INAMPS, vejamos sua competência:

CAPÍTULO II
DO INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA
PREVIDÊNCIA SOCIAL

Art. 6º - Ao INANPS compete prestar assistência médica, de acordo com os seguintes programas:

I - programas de assistência médica aos trabalhadores urbanos, abrangendo os serviços de natureza clínica, cirúrgica, farmacêutica e odontológica, e assistência complementar, devidos os segurados do atual INPS e respectivos dependentes, na forma do disposto nos itens I e IV do artigo anterior;

II - programas de assistência médica aos servidores do Estado, abrangendo os serviços de natureza clínica, cirúrgica, farmacêutica e odontológica, devidos aos funcionários públicos civis da União e de suas autarquias e do Distrito Federal, e respectivos dependentes, na forma do disposto no item II do artigo anterior;

III - programas de assistência médica aos rurais, abrangendo os serviços de saúde e a assistência médica devidos, respectivamente, aos trabalhadores e aos empregadores rurais, na forma do disposto no item III do artigo anterior;

IV - programas especiais de assistência médica, abrangendo os serviços médicos atualmente mantidos pela Fundação Legião Brasileira de Assistência - LBA e os que forem prestados em determinadas regiões à população carente, seja ou não beneficiária da previdência social, mediante convênios com instituições públicas que assegurem ao INAMPS os necessários recursos.

§ 1º - A assistência médica de que trata este artigo será prestada a cada categoria de beneficiários na forma das respectivas legislações e com a amplitude que as condições locais e os recursos próprios permitirem.

Essa competência do INAMPS era determinada no Art. 6º da lei acima esposada.

Nessa década é criada também a SUCAM- Superintendência de campanhas de saúde pública com o objetivo de executar atividades de erradicação e controle de endemias.

A crise do petróleo de 1974 e 78 desembarca no Brasil e seus efeitos serão desdobrados na década posterior em que se questionam a fragilidade do modelo de saúde adotado, então excludente, restrito a algumas campanhas de vacinação e muito criticado até mesmo pelos usuários com carteira assinada vinculados ao INPS.

O movimento pela reforma sanitária é levantado em 1984 pela ABRASCO Associação brasileira de pós graduação em saúde coletiva e o CEBES – centro brasileiro de estatística em saúde. A VIII conferência nacional de saúde propõe reforma administrativa e a unificação das instituições no ministério da saúde.

Ressalte-se que os indicadores de saúde não eram bons, os serviços eram restritos aos segurados do INPS, existiam algumas ações sanitárias e espalhados em diversos órgãos não interligados.

A atuação do Ministério da Saúde se resumia às atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças (por exemplo, vacinação), realizadas em caráter universal, e à assistência médico-hospitalar para poucas doenças; servia aos *indigentes*, ou seja, a quem não tinha acesso ao atendimento pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

Segundo SILVA(2003), esse período:

a forte centralização na esfera federal de governo e, dentro dela, no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – Inamps, autarquia vinculada ao Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – Sinpas – que ao comandar o processo do gasto público setorial viabilizou por décadas ações e serviços de assistência médica de base hospitalar, bastante dissociados de ações integradas de promoção, prevenção e proteção da saúde; - a fragmentação organizacional, o que impossibilitava a implementação de uma política setorial integrada ao promover, principalmente, a dicotomia entre as ações no âmbito do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais de Saúde e, finalmente, das Secretarias Municipais, de um lado; e do Inamps e dos prestadores de serviços de assistência médica – ambulatorial ou hospitalar – privados ou públicos não-governamentais (entidades filantrópicas) contratados ou conveniados com essa autarquia, de outro.

Configurou-se, assim, uma estrutura de prestação de serviços constituída de seis segmentos: o *segmento previdenciário*, envolvendo estabelecimentos próprios do

Inamps (postos de assistência médica e hospitais de médio e grande portes) e estabelecimentos privados; o *segmento médico sanitário* vinculado ao Ministério da Saúde que, para implementar diversos programas de abrangência nacional, mantinha uma rede própria de unidades ambulatoriais e hospitalares para combate ao câncer, atendimento psiquiátrico, dermatologia sanitária, tuberculose, atenção materno-infantil, etc., além da rede da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública – Sesp encarregada da prestação de serviços de assistência médica e de saneamento básico nas regiões mais distantes e pobres do país; o *segmento de hospitais universitários*, vinculado ao Ministério da Educação, que fazem, ainda hoje, parte das Universidades Federais existentes em cada Estado da Federação Brasileira, mantendo, além de suas atividades de ensino e pesquisa, serviços de magnitude e complexidade diferenciados de atenção médica à população em regime universal, na maior parte em convênio com o Inamps; o *segmento das Forças Armadas e do funcionalismo público* (nos diferentes níveis de governo) que também mantêm uma rede própria de hospitais e ambulatorios; o *segmento estadual e municipal de atenção médico-hospitalar e de saúde pública*, composto de unidades básicas de saúde (centros e postos de saúde) e de unidades de emergência nos Estados e municípios de maior porte e condição econômica; finalmente, um *segmento privado autônomo* voltado às camadas da população com alto poder aquisitivo ou articulado a partir da necessidade das empresas de maior porte e

complexidade (medicinas de grupo, cooperativas médicas, seguradoras do ramo saúde, serviços de autogestão médica das empresas), que cresce dinamicamente no vácuo possibilitado pelas deficiências da política de assistência médica previdenciária e de atenção médicosanitária proporcionada pelos Estados e municípios³

Continua Silva(2003):

“a forte concentração do atendimento nas unidades hospitalares ou o atendimento ambulatorial de nível secundário, o que é explicável pela, já citada, predominância da política de assistência médica previdenciária e de seus recursos financeiros, infinitamente superiores em capacidade de atendimento e de gasto às estruturas de saúde voltadas à promoção e prevenção da doença. Isso implicou a estruturação de uma rede de atendimento atuando sem hierarquia, implantada sem que fossem considerados os critérios de regionalização, sistemas de referência e mecanismos de integração, complementaridade e coordenação do atendimento.”

Com a Constituição de 1988, ocorreu uma mudança paradigmática da política de saúde no Brasil, vez que, antes era uma política fragmentária, incipiente e exclusiva a determinados setores como os contribuintes com carteira assinada(era a regra) passa agora a ser um direito com status de universalidade.

Assim, a saúde ganha destaque no Art. 6º como direito social e no Art. 196 da Constituição Federal no capítulo que trata da seguridade social sendo uma política da seguridade social. Era uma importante mudança na política de saúde no Brasil, pois a partir daí veio uma série de regulamentações como leis, atos administrativos e também decisões judiciais que irão implementar esse direito.

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 90, de 2015)

E no Art. 196, vejamos:

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

³ PEDRO LUIZ BARROS SILVA. SÃO PAULO EM PERSPECTIVA, 17(1): 69-85, 2003. **SERVIÇOS DE SAÚDE o dilema do SUS na nova década.**

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

Com estes dois artigos(Art. 6º e 196) estavam dispostos normativamente o fundamento do direito a saúde no Brasil.

A primeira lei que veio regulamentar o dispositivo foi a lei 8.080 de 1990. Tal lei regulamentou o SUS, agora sistema único de saúde:

Em seu Art. 2º:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.
§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

A lei 8.080/1990 institui o SUS, que o define como:

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).

A lei acima trata ainda dos objetivos do SUS, dos princípios e diretrizes, da organização, da direção e da gestão, da competência e atribuição do SUS.

A lei 8.142/1990 regulamentou a participação da sociedade nos conselhos de saúde e como serão alocados os recursos do fundo nacional de saúde.

São princípios do SUS, a universalidade de modo que todos independente de sexo, cor, raça tem direito as suas ações de saúde. Equidade de forma que todos tem acesso a saúde em grau de igualdade e nas mesmas condições e integralidade pois o SUS deve atender a pessoa em todas as etapas do processo de saúde-doença..

É interessante observar que das políticas de seguridade social no Brasil, a saúde é o direito mais universal, pois a previdência pressupõe contribuição, a assistência social é somente para aqueles que dela necessitar nos termos da lei, e a saúde tem qualquer requisito.

O SUS teve ainda uma regulamentação organizacional baseada na hierarquização, participação popular e descentralização político-administrativa. Dessa forma, as ações de saúde estariam planejadas em um conjunto articulado e contínuo dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todo nível de complexidade do sistema.

A descentralização administrativa faz com que o ente administrativo que esteja mais perto do cidadão-paciente promova as políticas básicas de saúde, ou seja, o município. Embora ele não trabalhe sozinho, pois Estados e a União formularão suas ações dentro da estrutura de planejamento do SUS.

A participação popular é feita através dos conselhos gestores do SUS em que cada município possui o seu, assim como os Estados e a União. O conselho é uma forma de participação dentro da democracia e serve também para fiscalizar as ações de sua competência. É formado por cidadãos usuários do SUS, associações de paciente, representantes do governo e das categorias profissionais.

Tais disposições foram previstas no art. 198 da CF-88, in verbis:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
III - participação da comunidade.

Assim por disposição constitucional estava traçado o perfil constitucional da organização do direito a saúde no Brasil. Cabe ressaltar que de acordo com o Art. 199 a iniciativa privada pode também operar na saúde, inclusive os planos de saúde privados.

CONCLUSÃO

A história da saúde no Brasil é longa e merece cuidadoso estudo. No Brasil colônia, a saúde era praticamente inexistente, as pessoas morriam mais cedo, a mortalidade no parto e infantil era alta e os serviços de saúde reduzidos.

A história da saúde pública no Brasil mostra que no período colonial praticamente não existiam médicos no Brasil, sendo que os cuidados com a saúde eram realizados em sua maioria por profissionais como curandeiros, pajés, boticários, Tiradentes, parteiras.

Uma das instituições que existiam em algumas cidades coloniais dedicados aos cuidados com saúde e eram as santas casas que vieram ao Brasil junto com a própria ocupação portuguesa.

Com a vinda da família real para o Brasil se inicia um novo ciclo, pois são criadas as escolas de cirurgiões na Bahia e Rio de Janeiro em 1808 que depois se transformarão em faculdades, mas sem uma preocupação coletiva ou de saúde pública.

Durante o século XIX as ações de saúde só serão uma preocupação governamental no final do século com a higienização, urbanização e o desenvolvimento de doenças sociais-urbanas como febre-amarela, tuberculose com grande facilidade de transmissão.

Essa preocupação é concentrada governamental era concentrada nos centros urbanos exportadores tendo um viés econômico, onde a preocupação é manter o trabalhador sadio e os portos brasileiros protegidos de agentes contagiosos, para que não atrapalhasse a economia.

No século XX esse interesse se intensifica com grandes campanhas de vacinação no Rio de Janeiro e um novo modelo sanitário com preocupação na urbanização e vacinação da população mesmo compulsoriamente.

Esse modelo campanhista vai prevalecer até a metade do século, quando se iniciam a preocupação dos trabalhadores com previdência, e a saúde seria um benefício acessório a previdência já prevista na Lei Eloy Chaves.

Na segunda metade do século XX o Brasil tinha um sistema de imunização gratuito e ações isoladas na saúde em um ou outro hospital ou mesmo pelo INPS, que em regra só podia ser atendido aquele que fosse segurado e seus dependentes. O que em regra era o contribuinte o INPS

Nesse período é criado também o ministério da saúde, as caixas de assistências que embora tenham um objetivo previdenciário também possuíam prestações de saúde.

Por volta da década de 70 do século XX, a população brasileira que era predominantemente rural vira urbana e com essa mudança o país intensifica sua industrialização, existe uma mudança no regime previdenciário, com o fim das caixas de aposentadorias e pensões e a unificação no INPS, que agora de maneira consolidada é determinado com a regra “quem é filiado ao regime de previdência” possui direito ao atendimento médico.

Com a Constituição de 1988, a saúde foi alçada a categoria de direito, com um amplo aspecto e arcabouço jurídico de proteção, ocorrendo uma mudança gigantesca na política de saúde do Brasil, vez que esta se torna universal, sendo acessível a todos.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Constituição Federal de 05 de outubro de 1988.

BRASIL, LEI 8.080 de 19 de setembro de 1990.

BRASIL decreto no 4.682 de 24 de janeiro de 1923, lei Eloy Chaves.

EDLER, FLAVIO COELHO. **Saber médico e poder profissional: do contexto luso-brasileiro ao Brasil colônia.** Disponível em http://www.observatorio.epsjv.fiocruz.br/upload/na%20corda%20bamba/cap_1.pdf)

GALVÃO, MÁRCIO ANTÔNIO MOREIRA. **Origem das políticas de saúde pública no Brasil: do Brasil-colônia a 1930.** Textos do Departamento de Ciências Médicas. Escola de Farmácia UFOP 2007.

BATISTA, Josias e MUNOZ, Rilva. **HISTÓRIA DA MEDICINA NO BRASIL MHB3 – História da Medicina e da Bioética.** Departamento de Medicina Interna / CCM/UFPB.

VIOTTI, ANA CAROLINA DE CARVALHO. **AS PRÁTICAS E OS SABERES MÉDICOS NO BRASIL COLONIAL (1677-1808)** Dissertação de mestrado apresentada a Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. FRANCA. 2012. Disponível em http://www.franca.unesp.br/Home/Pos-graduacao/dissertacao-final_ana-carolina-viotti.pdf)

MORAES, Ismar Araujo de. **A história da saúde pública/vigilância sanitária no brasil.** Departamento de Fisiologia e Farmacologia da UFF Médico Veterinário –S/SUBVISA-RIO. Rio de Janeiro, 2020.

SILVA, PEDRO LUIZ BARROS. **SERVIÇOS DE SAÚDE o dilema do SUS na nova década.** SÃO PAULO EM PERSPECTIVA, 17(1): 69-85, 2003.

MOREIRA JÚNIOR, DULCÍDIO DE BARROS e VIEIRA, ALINE FIGUEIREDO CAMILA VIEIRA. **Medicina e Império: Grandes mudanças no panorama científico – de barbeiros a médicos.** Revista ALPHA. Ano 13. Patos de Minas-MG: 2012.

A JUDICIALIZAÇÃO NO MUNDO

No que a judicialização se relaciona com a saúde pode perguntar um leitor apressado e este logo afirmará. Nada. Ocorre que no Brasil a ascensão da saúde como direito teve seu reconhecimento como direito justamente através de ações judiciais.

A normatização como lei escrita ou norma constitucional no Artigos 6º e 196 da Constituição seriam letra morta se não encontrassem respaldo do poder judiciário para sua aplicação, que só conseguiu anos depois de promulgada a carta maior.

Aqui neste artigo reflito sobre a judicialização no mundo como precursora de políticas públicas em especial as políticas de saúde. O processo de aumento da interferência do poder judiciário não é exclusivo do Brasil. Muitos são os estudos nesse sentido em países como Canadá, EUA, Israel entre outros.

Para LOUREIRO(2014):

“Analisando a transferência de poder das instituições representativas para as judiciárias, o autor indica que o fenômeno que ele denomina "juristocracia" é tendência hoje crescente no mundo globalizado, estendendo-se do Leste Europeu à América Latina e incluindo sistemas de clara tradição institucional fundada na soberania parlamentar, ou no chamado modelo de Westminster, como Canadá, Israel, Nova Zelândia e África do Sul.”

Na visão de LOUREIRO(2014), é uma tendência oriunda do modelo americano de controle de constitucionalidade.

“A expansão do modelo norte-americano, que atribui a juízes de cortes constitucionais o poder de decidir conflitos políticos e assuntos públicos, fundamenta-se na hoje quase sagrada crença na legitimidade de se garantir direitos pela via judicial, mesmo contrapondo-se ao poder político emanado dos parlamentos. Nesse modelo constitucional, a democracia não significa regra da maioria, nem se funda no princípio da soberania parlamentar; ao contrário, dá às minorias proteção legal na forma de uma constituição escrita que não pode ser mudada nem mesmo por uma assembleia eleita”

Esse inclusive é o modelo adotado no Brasil onde qualquer juiz ou tribunal e não apenas a suprema corte pode determinar a inconstitucionalidade de uma lei. Abordando as consequências e modificações constitucionais que levaram a isso, LOUREIRO(2014):

“Em 1982, o Canadá promulgou o Constitucional Act, incluindo uma Carta de Direitos e Liberdades e estabelecendo restrições formais ao poder Legislativo do parlamento. Em 1992, a democracia da Nova Zelândia, considerada, até os anos de 1980, o mais perfeito exemplo do modelo de Westminster, foi modificada com a introdução da Carta de Direitos que marcou uma abrupta mudança no equilíbrio entre os poderes Judiciário, Legislativo e Executivo. Também neste mesmo ano, a burguesia secular Ashkenazi, de Israel, que sempre rejeitou a constitucionalização de direitos enquanto dominava a política do país, acabou mudando de atitude com relação à revisão judicial e acolheu a constitucionalização de duas leis de direitos civis e liberdades e uma emenda à Lei Básica reguladora do governo. Por fim, a África do Sul promulgou em 1996 uma Constituição que apresentava traços inéditos na história constitucional do país, estabelecendo supremacia constitucional e uma Carta de Direitos soberana, ou seja, tornando inválidos os atos do Legislativo ou do Executivo que forem considerados violadores dos direitos humanos fundamentais.”

Para CARVALHO(2004)

“A expansão do poder judicial é um fenômeno que tomou conta do final do século passado. A grande maioria dos países ocidentais democráticos adotou o Tribunal Constitucional como mecanismo de controle dos demais poderes². A inclusão dos Tribunais no cenário político implicou em alterações no cálculo para a implementação de políticas públicas³. O governo, além de negociar seu plano político com o Parlamento, teve que se preocupar em não infringir a Constituição. Essa seria, de maneira bastante simplificada, a equação política que acomodou o sistema político (democracia) e seus novos guardiões (a Constituição e os juízes)”

Esse processo que vem tomando conta de todo o mundo é fruto do aumento da democracia e das liberdades.

Para Vallinder e Tate apud Ernani Rodrigues de Carvalho(2004):

A expansão do poder judicial está ligada à queda do comunismo no Leste europeu e ao fim da União Soviética. O colapso do socialismo real promoveu o capitalismo e suas instituições de mercado, além de os EUA terem-se tornado a única superpotência do planeta. O desenvolvimento da revisão judicial e dos demais mecanismos institucionais desse país ficaram em evidência. Não seria surpresa para os autores se a inclusão de um Judiciário forte nas novas democracias (Ásia, América Latina e África) tivesse como modelo o caso americano. Ainda se referindo ao caso americano, os autores afirmam que outro fator relevante para o desenvolvimento da revisão judicial e conseqüentemente do poder judicial é a recente influência da Ciência Política (teoria) e da própria jurisprudência dos tribunais nos

Estados Unidos. Ambas propiciaram a sofisticação dos mecanismos de controle jurisdicional.

Na Europa, o fim da II Guerra Mundial acelerou o surgimento dos tribunais constitucionais. Nesse ponto, os direitos humanos tiveram um papel fundamental, principalmente a Corte de Direitos Humanos de Estrasburgo, por ter disseminado o "evangelho" da judicialização nos mais diversos países."

Na visão de Barroso(2009) a judicialização insere-se nesse mesmo contexto:

“ desde o final da Segunda Guerra Mundial verificou-se, na maior parte dos países ocidentais, um avanço da justiça constitucional sobre o espaço da política majoritária, que é aquela feita no âmbito do Legislativo e do Executivo, tendo por combustível o voto popular. Os exemplos são numerosos e inequívocos. No Canadá, a Suprema Corte foi chamada a se manifestar sobre a constitucionalidade de os Estados Unidos fazerem testes com mísseis em solo canadense. Nos Estados Unidos, o último capítulo da eleição presidencial de 2000 foi escrito pela Suprema Corte, no julgamento de *Bush v. Gore*. Em Israel, a Suprema Corte decidiu sobre a compatibilidade, com a Constituição e com atos internacionais, da construção de um muro na fronteira com o território palestino. A Corte Constitucional da Turquia tem desempenhado um papel vital na preservação de um Estado laico, protegendo-o do avanço do fundamentalismo islâmico. Na Hungria e na Argentina, planos econômicos de largo alcance tiveram sua validade decidida pelas mais altas Cortes. Na Coréia, a Corte Constitucional restituiu o mandato de um presidente que havia sido destituído por *impeachment*.”

JUDICIALIZAÇÃO NO BRASIL

No Brasil, VERISSÍMO(2008), destaca a relevância da suprema e os fatores que levaram a isso:

“Como ressaltado, boa parte das razões que explicam ambos os fenômenos relacionam-se, direta ou indiretamente, à Constituição da Nova República. Essa Constituição manteve o modelo brasileiro de jurisdição una e controle misto (difuso e concentrado) de constitucionalidade, o que significa que atribuiu a qualquer juiz tarefa e a prerrogativa de analisar a legalidade de atos produzidos quer pelo legislativo, quer pelo executivo. Adicionalmente, o texto constitucional transformou em regra jurídica um conjunto amplo e por vezes

contraditório de anseios sociais e políticos, consagrando ideais de liberdade individual e igualdade material, propriedade e redistribuição de renda, liberdade de empresa e dirigismo econômico. Outorgou à justiça a tarefa de implementar esse plano difuso de ação e ampliou significativamente os mecanismos de acesso que instrumentalizam esse ideal.”

Dentro desse arranjo o judiciário não apenas controla as leis, mais agem dentro de prestações positivas, VERISSIMO(2008):

“Contudo, um determinado aspecto dessas transformações parece poder ser indicado com razoável clareza, aspecto esse que, como demonstrarei adiante, se relaciona, diretamente, ao processo de judicialização supra-referido. Trata-se do surgimento, no País, de um judiciário “ativista”, que não se constrange em exercer competências de revisão cada vez mais amplas, quer incidentes sobre a política parlamentar (via controle de constitucionalidade, sobretudo), quer incidentes sobre as políticas de ação social do governo (por intermédio das competências de controle da administração pública, controle esse interpretado de forma cada vez mais larga nos dias atuais)”.

No Brasil, o sentido da judicialização pode ser visto como um novo arranjo de grupos organizados, destaca MACIEL e KOERNER(2002):

“Em relação às causas do processo de judicialização, alguns atribuem-na à ação do legislador, constituinte ou ordinário, o governo federal, agentes políticos, grupos opositores ou de associações (por exemplo, Faria, 1999). Há referências a macroprocessos de mudança social que teriam embaralhado as relações entre direito, política e sociedade. Outros concentram sua atenção no próprio Poder Judiciário (suas atribuições, as práticas e cultura de seus agentes) ou na legislação defasada (Reale, 2000). O termo aplica-se não só à ação dos juizes mas também os profissionais de outras carreiras judiciais (especialmente os membros do Ministério Público), que seriam os responsáveis pela judicialização da política, por utilizar “excessivamente” suas atribuições para levar os conflitos à justiça, ou para resolvê-los extra-judicialmente, tendo a lei e seu *savoir-faire* como referência. A expressão faz parte do repertório das ações de grupos políticos que defendem o recurso das arenas judiciais para ampliar a proteção estatal à efetividade de direitos de grupos discriminados ou excluídos”.

Conceituando judicialização, MACIEL e KOERNER(2002):

“No sentido constitucional, a judicialização refere-se ao novo estatuto dos direitos fundamentais e à superação do modelo da separação dos poderes do Estado, que levaria à ampliação dos poderes de intervenção dos tribunais na política. Se considerado um processo que põe em risco a democracia, a tendência seria agravada pelo nosso sistema híbrido de controle da constitucionalidade”

Barroso(2009) conceitua judicialização como :

“*Judicialização* significa que algumas questões de larga repercussão política ou social estão sendo decididas por órgãos do Poder Judiciário, e não pelas instâncias políticas tradicionais: o Congresso Nacional e o Poder Executivo – em cujo âmbito se encontram o Presidente da República, seus ministérios e a administração pública em geral. Como intuitivo, a judicialização envolve uma transferência de poder para juízes e tribunais, com alterações significativas na linguagem, na argumentação e no modo de participação da sociedade. O fenômeno tem causas múltiplas. Algumas delas expressam uma tendência mundial; outras estão diretamente relacionadas ao modelo institucional brasileiro.”

Na judicialização questões do âmbito administrativo são tratadas na seara judicial, como questões de saúde, educação, assistência. Nesse sentido BARREIRO e FURTADO(2015):

“Judicialização significa que questões relevantes do ponto de vista político, social ou moral estão sendo decididas, em caráter final, pelo Poder Judiciário. Trata-se, como intuitivo, de uma transferência de poder para as instituições judiciais, em detrimento das instâncias políticas tradicionais, que são o Legislativo e o Executivo. (grifo no original)

São casos nos quais o Judiciário, por meio de suas decisões, interfere diretamente nas políticas públicas de saúde, educação, infraestrutura, assistência social, dentre muitos outros exemplos. As políticas públicas têm como atores principais o Poder Executivo e a administração pública. Diante disso, a administração pública necessita buscar formas de se preparar melhor para ofertar serviços públicos de qualidade e também alternativas para dialogar com o Poder Judiciário que interfere, diuturnamente, na implementação das políticas públicas.

Tal judicialização segundo VERBICARO(2008)

“ A judicialização da política surge em um contexto de maior inserção quantitativa e qualitativa do Poder Judiciário na arena política - ampliação da importância e da efetiva participação do Poder Judiciário na vida social, política e econômica. Tal fenômeno, característico de democracias consolidadas, decorreu de condicionantes e peculiaridades vivenciadas na ordem política, econômica e social e gerou conseqüências visíveis na democracia brasileira. “

Tal surgimento segundo Neal Tate (1995, p. 27-36) apud VERBICARO(2008)

“analisando as condições necessárias ou facilitadoras ao surgimento do processo de judicialização da política. São elas: a institucionalização de uma ordem democrática; a separação dos

poderes do Estado e a independência do Judiciário; a universalização do acesso ao sistema de justiça; a existência de uma Constituição (política de afirmação de direitos) que explicita direitos e valores, os quais possam ser invocados em defesa dos indivíduos e grupos que se sintam lesados pela vontade da maioria; o uso dos tribunais por grupos minoritários de interesse para a realização de seus direitos; o uso dos tribunais pela oposição para frear e controlar as deliberações majoritárias da arena política; a ineficácia das instâncias majoritárias de formação da vontade política (tal ineficácia materializa-se na ausência e/ou insuficiência das políticas públicas acertadas na arena política e na debilidade dos partidos políticos em governar com a maioria do Parlamento, gerando, com isso, uma espécie de crise de governabilidade e paralisia no processo decisório, o que culmina, quase sempre, em demandas ao Poder Judiciário); as instituições majoritárias que delegam, em alguns casos, ao Poder Judiciário, o custo político de uma decisão polêmica (tratase de um ato de renúncia à prerrogativa de decidir a fim de evitar o enfrentamento direto com questões fortemente controversas e de grande magnitude e impacto à sociedade. Exemplo: os casos de aborto, eutanásia, adoção de crianças por casais homossexuais, etc.). “

A judicialização tem consequências sérias e como toda ação estatal tem aspectos positivos e negativos. Os mais negativos é de que, políticas que eram para ser formuladas pelo poder executivo são definidas pelo poder judiciário. Para alguns essa intervenção viola o princípio da separação de poderes ou de funções que ganhou notoriedade com Montesquieu.

Assim no sistema de repartição de poderes o papel de formular e aplicar políticas cabe ao Executivo e não ao judiciário. Ademais o judiciário muitas vezes não leva em conta questões orçamentárias que estão restritas ao controle do executivo, causando prejuízo aos cofres públicos, inviabilizando outras políticas públicas já planejadas.

O termo judicialização também não é consenso.(OLIVEIRA et al, 2012)

“enquanto o ativismo judicial está umbilicalmente associado a um ato de vontade do órgão judicante; a judicialização de questões políticas ou sociais não depende desse ato volitivo do poder judiciário, mas, sim, decorre da expansão da sociedade (que se torna cada vez mais complexa) e da própria crise da democracia, que tende a produzir um número gigantesco de regulações (seja através de leis, medidas provisórias, decretos, portarias, etc.) e que encontram seu ponto de capilarização no judiciário e, principalmente, nas questões cujo deslinde envolve um ato de jurisdição constitucional.

Há também um problema de corte teórico: a judicialização é um fenômeno político, gerado pelas democracias contemporâneas; ao passo que o ativismo é um problema interpretativo, um capítulo da teoria do direito (e da Constituição). políticas porque seu ponto nevrálgico está situado dentro do próprio “sistema jurídico” e seu fio

condutor é a questão da interpretação da Constituição. Já a judicialização é um fenômeno eminentemente político, contingencial, que tende a se agigantar e a diminuir na medida em que cresce ou diminui a conflituosidade da sociedade; o cumprimento pelos poderes constituídos dos direitos fundamentais; o número de regulamentações existentes. “

Definindo Judicialização.(OLIVEIRA et al, 2012):

“judicialização é um fenômeno que independe dos desejos ou da vontade dos membros do Poder Judiciário. A judicialização, na verdade, é um fenômeno que está envolvido por uma transformação cultural profunda pela qual passou os países que se organizam politicamente em torno do regime democrático. Ademais, há fatores políticos que condicionam o grau de judicialização vivenciado por uma dada sociedade. Dentre esses fatores, podemos mencionar: a) o grau de (in)efetividade dos direitos fundamentais (núcleo compromissório da Constituição); b) o nível de profusão legislativa com o conseqüente aumento da regulamentação social; c) o nível de litigiosidade que se observa em cada sociedade. Na medida em que aumentam os indicadores de inefetividade dos Direitos Fundamentais, os índices de produção legislativa, e da litigiosidade social, também aumentará o nível de judicialização (daí que, no título deste tópico, tenhamos falado de uma paradoxal “inexorabilidade contingencial”: por um lado a judicialização é inexorável, produto do próprio modelo político vivenciado contemporaneamente; por outro, ela é contingencial, na medida em que terá níveis variados de acordo com a articulação dos fatores mencionados no texto)”

Já o ativismo, define Rafael Tomaz de Oliveira et al(2012)

“Já o ativismo possui uma raiz completamente diversa. Isso é importante porque, os remédios para contralar uma ou outra patologia serão completamente distintos, porque as causas dos fenômenos são, elas mesmas, absolutamente distintas: a judicialização não representa um *mal in se*. Ela pode se tornar inconveniente quando encontrada em níveis elevados, mas se mostra necessária em vários âmbitos que caracterizam a sociedade contemporânea. As relações de consumo; a preservação do meio ambiente; as questões envolvendo direitos sociais, etc., são questões que merecem ser discutidas judicialmente, na medida em que aquilo que foi projetado pela Constituição apresentar-se na forma de descumprimento. De todo modo, o bom funcionamento do sistema político tende a controlar os índices da judicialização. O ativismo, por outro lado, está situado dentro do direito – no âmbito interpretativo, da decisão judicial – mas, paradoxalmente, também está fora, na medida em que a estrita dependência em torno daquilo que o juiz pensa, entende ou deseja no julgamento de uma determinada questão judicializável, pode levar à suspensão do direito vigente, criando fissuras na institucionalidade, desenvolvendo figuras típicas de um Estado de Exceção. Por isso, o modo de controlá-lo deve ser aferido no âmbito da própria interpretação do direito, sendo, por isso, um problema a ser enfrentado pela hermenêutica jurídica.”

OLIVEIRA et al(2012) diferencia ativismo de judicialização: aquele é dependente de um ato de vontade; este é contingencial, condicionado pelo sistema político. Assim o ativismo judicial exsurge no momento em que o magistrado não decide dentro dos limites estabelecidos pela Constituição, agindo de forma discricionária, questão perpassada, portanto, pelo problema hermenêutico de interpretação da Constituição.

Para BARROSO(2009) ativismo e judicialização são primos e fazem parte do mesmo fenômeno:

“A judicialização e o ativismo judicial são primos. Vêm, portanto, da mesma família, freqüentam os mesmos lugares, mas não têm as mesmas origens. Não são gerados, a rigor, pelas mesmas causas imediatas. A judicialização, no contexto brasileiro, é um fato, uma circunstância que decorre do modelo constitucional que se adotou, e não um exercício deliberado de vontade política. Em todos os casos referidos acima, o Judiciário decidiu porque era o que lhe cabia fazer, sem alternativa. Se uma norma constitucional permite que dela se deduza uma pretensão, subjetiva ou objetiva, ao juiz cabe dela conhecer, decidindo a matéria. Já o ativismo judicial é uma atitude, a escolha de um modo específico e proativo de interpretar a Constituição, expandindo o seu sentido e alcance. Normalmente ele se instala em situações de retração do Poder Legislativo, de um certo descolamento entre a classe política e a sociedade civil, impedindo que as demandas sociais sejam atendidas de maneira efetiva. A idéia de *ativismo judicial* está associada a uma participação mais ampla e intensa do Judiciário na concretização dos valores e fins constitucionais, com maior interferência no espaço de atuação dos outros dois Poderes. A postura ativista se manifesta por meio de diferentes condutas, que incluem: (i) a aplicação direta da Constituição a situações não expressamente contempladas em seu texto e independentemente de manifestação do legislador ordinário; (ii) a declaração de inconstitucionalidade de atos normativos emanados do legislador, com base em critérios menos rígidos que os de patente e ostensiva violação da Constituição; (iii) a imposição de condutas ou de abstenções ao Poder Público, notadamente em matéria de políticas públicas.”

Essa distinção se faz necessária para definir o que seria ativismo e o que seria judicialização. No Brasil, a semântica não pode se sobrepor ao pragmatismo. Embora se saiba que o judiciário não é o local de fazer política.

Se o faz, ao definir uma sentença o faz quando provocado. Isso é o que tá acontecendo em questões como saúde e educação.

No Brasil o debate vem ganhando impulso nos últimos anos, mas conforme se demonstrou nesse artigo esse não é um fenômeno exclusivamente brasileiro.

Vem do pós guerra, onde as supremas cortes ganharam enorme importância em questões políticas de relevância. Perpassa também pelo modelo americano de controle de constitucionalidade que permite a qualquer juiz ou tribunal definir a inconstitucionalidade de uma lei.

Esse modelo constitucional permitiu isso, o modelo de Constituição dirigente.

OLIVEIRA et al(2012)

“a Constituição Federal Brasileira de 1988 é tratada como uma constituição dirigente por que traz consigo uma preocupação que vai muito além da manutenção do *status quo* ou da mera organização estatal. Muito acima disso, a nossa constituição vigente visa ter, em si e por si mesma, uma capacidade de fomentar a transformação social, de modo que se propõe a estabelecer diretrizes, objetivos e fins a serem alcançados pelo Estado e pela sociedade, além de vincular o legislador ordinário à realização de políticas públicas que (não só, mas além de tudo) contribuam – direta ou indiretamente – para a redução gradativa das mazelas sociais presentes no Brasil contemporâneo.”

Esse modelo constitucional dirigente permitiu esse fenômeno. Para Barroso(2009) redemocratização, segunda causa foi a constitucionalização abrangente, que trouxe para a Constituição inúmeras matérias que antes eram deixadas para o processo político majoritário e para a legislação ordinária. Essa foi, igualmente, uma tendência mundial, iniciada com as Constituições de Portugal (1976) e Espanha (1978), que foi potencializada entre nós com a Constituição de 1988.

CONCLUSÃO

A judicialização não é um fenômeno exclusivo do Brasil, sendo objeto de diversos casos em países ocidentais, como Estados Unidos, Canada, Portugal, Argentina entre outros.

Os fenômenos ativismo judicial e judicialização embora parecidos e próximos não se confundem. Ativismo judicial é uma atitude, uma ação de modo específico e ativo em que o Poder Judiciário se apresenta de interpretar a Constituição, na maioria das vezes, aumentando seu sentido e seu alcance.

O ativismo judicial é uma investida do Poder Judiciário de buscar uma maior participação em políticas constitucionais, com maior ingerência no espaço de atuação dos outros poderes.

Já a judicialização, aborda algumas questões de grande repercussão política ou social que sendo levadas para serem resolvidas pelo Poder Judiciário, e não pelos órgãos constitucionais originários, como o legislativo e o executivo.

. Desse modo, a judicialização no Brasil, é decorrente do modelo constitucional oriundo da Constituição de 1988 que possibilitou uma gama de direitos e ações ao poder judiciário, trazendo aspectos positivos e outros negativos.

REFERÊNCIAS

BARREIRO, Guilherme Scodeler de Souza e FURTADO, Renata Pedretti Moraes. **Inserindo a judicialização no ciclo de políticas públicas**. Rev. Adm. Pública vol.49 no.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2015 <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7612126144>

BARROSO, Luís Roberto. **Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática**. Suffragium - Revista do Tribunal Regional Eleitoral do Ceará, Fortaleza, v. 5, n. 8, p. 11-22, jan./dez. 2009

Carvalho, Ernani Rodrigues de. **Rev. Sociol. Polit. no.23 Curitiba Nov. 2004** <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-44782004000200011> **Em busca da judicialização da política no Brasil: apontamentos para uma nova**

LOUREIRO, Maria Rita. **As origens e consequências da judicialização da política** - Rev. bras. Ci. Soc. vol.29 no.84 São Paulo Feb. 2014 acesso em <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69092014000100012>

MACIEL, Débora Alves e KOERNER, Andrei. **Sentidos da judicialização da política: duas análises**. Lua Nova no.57 São Paulo 2002 <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-64452002000200006>

Oliveira, Rafael Tomaz de Oliveira et al. **A JURISDIÇÃO CONSTITUCIONAL ENTRE A JUDICIALIZAÇÃO E O ATIVISMO: PERCURSOS PARA UMA NECESSÁRIA DIFERENCIAÇÃO** Anais do X Simpósio Nacional de Direito Constitucional)

SOUSA, Guilherme Scodeler de e FURTADO, Renata Pedretti Moraes Furtado. **Inserindo a judicialização no ciclo de políticas públicas**. Rev. Adm. Pública vol.49 no.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2015 <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7612126144>

Verbicaro, Loiane Prado. **Um estudo sobre as condições facilitadoras da judicialização da**. (Rev. direito GV vol.4 no.2 São Paulo July/Dec. 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/S1808-24322008000200003>.

Verissimo, Marcos Paulo. **A CONSTITUIÇÃO DE 1988, VINTE ANOS DEPOIS: SUPREMA CORTE E ATIVISMO JUDICIAL “À BRASILEIRA”** - REVISTA DIREITO GV, SÃO PAULO 4(2) | P. 407-440 | JUL-DEZ 2008

A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

A história da judicialização da saúde no Brasil é um fenômeno recente, advém da Constituição de 1988. Mesmo nos primeiros 10 anos de Constituição pouco ou nenhum processo tinha chegado aos tribunais requerendo o direito a saúde numa perspectiva constitucional.

Depois de 10 anos de constituição o judiciário começa a receber as primeiras demandas alegando o direito a saúde tendo como sujeito passivo o Estado em suas três esferas.

É preciso ressaltar que a constituição não veio isolada como instrumento normativo a organizar o sistema de prestação de serviços de saúde. Uma importante lei desse processo foi a lei 9.313/1996 que garante tratamento gratuito aos portadores de HIV, pois as primeiras ações requerendo direito a saúde por parte do Estado foram requerendo tratamento aos portadores de HIV.

Inclusive no campo jurídico, vejamos o que diz Gouveia apud Dallari(2008):

Em estudo sobre ações requerendo medicamentos para o combate da AIDS, Gouvêa(15) mostra que o ano de 1996 foi um marco de mudança de postura no Poder Judiciário. O autor argumenta que antes deste ano todas as ações (individuais e coletivas) encaminhadas à justiça eram sumariamente negadas, ao passo que a partir desta data, quase todos os pedidos passaram a ser aceitos pelo Poder Judiciário. A justificativa inicial para a negação do direito baseava-se na interpretação do art. 196 da Carta Magna meramente como uma norma programática, “insuscetível de produzir efeitos jurídicos positivos”(16). A questão relevante que se apresenta é a respeito do motivo da mudança de postura do Poder Judiciário. Primeiramente, como não poderia deixar de ser, destaca-se a criação da Lei n. 9.313/96 que garante a distribuição gratuita e universal de anti-retrovirais.

Compreende-se que até 1996 o judiciário tinha outra interpretação sobre o Direito a saúde do Art. 196 da CF/88. Com a luta contra a epidemia de AIDS no Brasil, o estado foi obrigado judicialmente a fornecer medicamentos para os portadores desse vírus.

Maselli Gouvêa(2003) em O direito ao fornecimento estatal de medicamentos afirma sobre a judicialização e a AIDS:

Num primeiro momento, estas ações tratavam, quase que exclusivamente, do fornecimento de medicamentos para o combate à AIDS. Tinham por fundamento normativo o art. 196 do Texto Maior, segundo o qual "a saúde é direito de todos e dever do Estado", e eram sumariamente rejeitadas pelos tribunais que enxergavam, neste dispositivo constitucional, uma norma meramente programática, insusceptível de produzir efeitos jurídico-positivos.

As associações de defesa de soropositivos iniciaram então intensa pressão junto ao Governo e ao Congresso, visando à aprovação de lei que, regulamentando a norma constitucional, previsse expressamente a distribuição, pelo poder público, de medicamentos necessários ao combate à AIDS. Em 13 de novembro de 1996, premido pela intensa mobilização da sociedade civil, finalmente o Governo fez vir a lume a Lei nº 9.313, dispondo sobre "a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS":

Essa luta não foi fácil, nem dos pacientes, nem do governo que teve peticionar a OMC e travou uma verdadeira batalha para conseguir esses medicamentos com um custo razoável.

Antes dessa lei vale lembrar as leis 8.080/1990 e 8.142/1990 que organizavam o sistema de saúde.

É fundamental entender como era a saúde estatal antes de 1988 (LAMB e SANTOS, 2004):

No período que antecede a criação do Sistema Único de Saúde, o acesso à assistência à saúde era bastante desigual na população brasileira, privilegiando aqueles com vínculo formal de emprego e que contribuíam com parcela do seu salário para o sistema previdenciário. A atuação do setor público nesta área se dava preponderantemente pela Previdência Social – inicialmente pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e, posteriormente, pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Esta assistência era prestada por serviços próprios e por uma rede de serviços ambulatoriais e hospitalares contratados. O atendimento das pessoas que não faziam parte do sistema previdenciário ocorria em instituições como as Santas Casas, que tinham a missão de atender os despossuídos de recursos para pagar o atendimento na área privada.

Dessa maneira entende-se o que era saúde antes de 1988 e depois de 1988. É bom ressaltar que a constituição de 1988 é fruto de uma reforma sanitária que foi institucionalizada dentro da constituição federal de 1988.

Para Lamb e Santos(2004)O movimento por uma reforma sanitária tem como marco a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que recomendou a reestruturação do Sistema Nacional de Saúde.

No escopo da reforma sanitária e dos movimentos que deram origem a saúde como direito, Dallari(2009):

A introdução da saúde no rol dos direitos sociais no Brasil foi, sobretudo, resultado da força dos movimentos populares no momento da redemocratização política, no final dos anos oitenta do século vinte. Nesse rico período da história política brasileira, houve o fenômeno, até então inédito, da expressiva participação popular na definição dos grandes objetivos constitucionais(2). Assim, especialmente os profissionais de saúde que haviam feito a opção de ingressar no serviço público para atender às pessoas mais desfavorecidas, em um grande congresso científico de saúde pública(3), começaram a fixar as bases de uma nova política de saúde. Essa nova política já havia sido mencionada no painel Saúde na Constituição, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde(4), e deu origem a uma proposta de emenda popular apresentada à Assembléia Constituinte. Também o setor privado com interesse na área da saúde participou ativamente dos debates na Assembléia Constituinte, que terminou por definir a estrutura constitucional da política de saúde pública no país(5). É importante notar que o texto da seção da saúde(6) aprovado é — com pequenas modificações — aquele elaborado pelos sanitaristas e apresentado igualmente como emenda popular à Constituição.

Com tais palavras observa-se que a determinação do direito a saúde na Constituição não foi fruto do acaso, mais de um movimento sanitarista da década de 80 observador da inviabilidade do modelo daquele momento baseado na caridade e nos profissionais com carteira assinada do SUS.

Na CF de 88 traz a competência comum dos três entes para ações de saúde, vejamos:

Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:

II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência

Dessa forma tanto a União, como os estados e os municípios devem cuidar da saúde. Concorrentemente cabe ainda aos Estados:

Art. 24. Compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre:
XII - previdência social, proteção e defesa da saúde;

E os municípios tem a obrigação de atendimento a saúde da população conforme o art 30 da CF/88.

Art. 30. Compete aos Municípios:

VII - prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população;

No arcabouço constitucional, a primeira afirmação do direito a saúde veio no Art. 6º da CF :

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 90, de 2015)(grifo nosso).

Embora depois previsto do Art. 196, esse direito a saúde tem um importante princípio que deve nortear as decisões jurídica, que é a dignidade da pessoa humana.

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:
III - a dignidade da pessoa humana;

Pois não pode haver vida ou saúde sem dignidade, esse é o grande escopo de interpretação do sistema jurídico brasileiro. Pois não adianta a pessoa estar viva e não ter uma cadeira de rodas para se locomover, por exemplo.

Já no Art. 196 da CF/88, tratando da ordem social, gênero seguridade social, da qual na nossa constituição a saúde é uma espécie.

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

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

Muitas das decisões judiciais que garantem o direito a saúde o fazem com amparo no Art. 196 da CF/88. Tendo a saúde com um espectro bem amplo não apenas para cuidar no momento do agravo, mas também na recuperação do paciente.

Para José Afonso da Silva(2004), a saúde é concebida como direito de todos e dever do Estado, “que a deve garantir mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos.

PIOVESAN apud Dallari(2009) afirma:

“A ordem constitucional de 1988 acabou por alargar as tarefas do Estado, incorporando fins econômico-sociais positivamente vinculantes das instâncias de regulação jurídica. A política deixa de ser concebida como um domínio juridicamente livre e constitucionalmente desvinculado. Os domínios da política passam a sofrer limites, mas também imposições, por meio de um projeto material vinculativo. Surge verdadeira configuração normativa da atividade política.”

Para Mariana de Carvalho(2003) os direitos sociais são devem ser objeto de uso pelo estado:

“Os direitos sociais caracterizam-se por serem direitos a prestações materiais (direitos a prestação em sentido estrito), isto é, exigem que o Estado aja prestando serviços ou atividades, para melhorar as condições de vida e o desenvolvimento da população, tentando atenuar desigualdades e moldar o país para um futuro melhor. O que se quer é um Estado ativo, interventor, implementador e transformador”.

Assim, a saúde é um direito que pode e deve ser amparado pelo Estado dentro de suas condições financeiras e econômicas.

Canotilho apud Mariana Carvalho(2003), afirma que:

“A função de prestação social depara-se com três núcleos problemáticos, conforme lição do constitucionalista português *Canotilho*) os direitos sociais originários (a questão referente à possibilidade de que as pretensões prestacionais dos particulares derivem diretamente das normas constitucionais); 2) os direitos sociais derivados (direito de exigir uma atuação legislativa concretizadora e de exigir e obter participação igual nas prestações), e 3) a obrigatoriedade emanada da Constituição de vinculação dos poderes públicos a políticas públicas ativas. Sobre os primeiros dois núcleos, *Canotilho* afirma que é discutível a resposta aos problemas. Já sobre o terceiro, atesta que as normas consagradoras de direitos sociais individualizam e impõem políticas públicas socialmente ativa.”

No entanto essa é a visão predominante no cenário jurídico nacional, que encontra vozes contrárias principalmente dos gestores públicos e suas procuradorias. As principais teses defendidas é a da restrição orçamentária.

Nesse ponto Macedo et al(2015) afirma “que a implementação do direito a saúde deve ser cautelosa , pois deve buscar também a sustentabilidade do sistema, em um contexto de escassez de recursos”.

MACÊDO et al(2015) em estudo revelam que os gastos com sentenças judiciais no estado de Alagoas ultrapassaram 100 milhões de reais, entre os anos 2009 e 2014.

MACÊDO et al(2015) afirmam que “não há garantias dos recursos necessários de forma estável para o financiamento do Sistema Único de Saúde, acarretando um paradoxo quanto aos recursos orçamentários disponíveis para as despesas referentes a saúde e a universalização do setor determinada constitucionalmente”.

Abordando a dificuldade advinda do direito a saúde e da judicialização Haber Neto apud Macedo et al(2015) ressalta a “os custos do direito, a solidariedade tributária, a escassez de recursos, a reserva do possível” como óbices a consolidação do direito à saúde.

Em um momento de crise fiscal como o atual não há como não ressaltar a escassez de recursos como um dos maiores desafios da judicialização da saúde ou da conquista do direito a saúde.

Para uma boa parte da doutrina os recursos são escassos, mesmo diante da emenda nº 29, que determinou percentuais da receita corrente líquida para estados e municípios e para a união o montante do ano anterior mais a variação da inflação.

Se verificadas in loco, as demandas variam muito, desde a compra de medicamentos “baratos” até procedimentos de alta complexidade e medicamentos de alto custo e que muitas vezes duram a vida toda do paciente.

Na realidade brasileira segundo BORGES; UGA, apud Monteiro e Castro(2019) a maior demanda é por medicamentos:

A maior demanda judicial brasileira no âmbito da saúde é constituída com pedidos individuais e coletivos de medicamentos, que se respaldam numa prescrição médica e na suposta urgência para solucionar determinado “problema de saúde”. Seja pela negativa em fornecer o medicamento ou pelo tempo imposto ao indivíduo, os órgãos do Poder Executivo tem falhado na prestação da assistência farmacêutica, especialmente na dispensação de medicamentos, que tem sido resolvida nesses casos pela busca do poder judiciário.

Segundo Monteiro e Castro(2019) a maioria dos casos que requerem prestações judiciais em saúde não permitem a possibilidade de ampla instrução probatória.

Essa realidade é também demonstrada por NUNES e RAMOS JUNIOR(2016) que analisando 1.623 demandas em 965 processos no Estado do Ceará foram encontradas 1.079 solicitações de medicamentos, o que representa 66,5% do total.

Assim, fica corroborado que a demanda por medicamentos é o insumo de saúde mais solicitado nas ações judiciais que demandam direito a saúde.

Para os contrários a judicialização esse fato causa uma enorme desorganização dos gastos com saúde. Mas é interessante observar que no estudo de BORGES apud Monteiro e Castro (2019) se referindo ao estado do Rio de Janeiro dos 334 fármacos e associações medicamentosas pleiteados, 175 (52%) estão padronizados pelo Ministério da Saúde, listados no RENAME ou Portarias.

Dessa forma vê-se que o estado não cumpre seu papel organizacional pois deixa faltar medicamentos essenciais de dispensação obrigatória pelo SUS.

Esses casos, medicamentos presentes no RENAME não eram para estar sendo judicializados. Se estão, é por causa da desorganização da estrutura administrativa do Estado, cabendo ao judiciário impô-la.

Criticando a judicialização BORGES(2010) em Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1ª instância nas ações individuais contra o Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 2005 afirma que as decisões sobre medicamentos são verdadeiras alocações de recursos, o que viola a separação dos poderes.

Entre as principais causas da judicialização para Monteiro e Castro(2019) estão a solicitação de medicamentos não padronizados e /ou a demora no processo de inclusão de medicamentos e insumos.

Algumas questões controversas sobre a judicialização do direito a saúde. Sentenças determinando medicamentos não padronizados; medicamentos em fase experimental; medicamentos sem registro na ANVISA; medicamentos não incluídos no RENAME; tratamentos no exterior;

medicamentos sem comprovação de eficácia são algumas das questões a serem discutidas e decididas pelo SUPREMO.

CONCLUSÃO

O direito a saúde passa obrigatoriamente pela judicialização. Mesmo sendo um fenômeno questionável é inegável que tal fenômeno trouxe avanços em que um dos principais foi a preocupação do gestor de saúde com a saúde.

O gestor não vai deixar insumos de baixo custo serem judicializados quando o custo operacional do processo vai ser maior do que cumprir seu “dever de casa”.

A judicialização também tem outros efeitos pressionando a ANVISA pela maior celeridade em autorização de medicamentos, o exemplo disso são os fármacos a base de canabidiol que só eram conseguidos pela justiça.

O RENAME e o CONITEC também são pressionados a incorporarem novas tecnologias aos tratamentos do SUS, inclusive com a promulgação da lei 12.401/2011.

Será se essa legislação com estipulação de prazos para validar fármacos teria vindo sem a pressão que o cidadão através do poder judiciário esta fazendo no SUS e no executivo.

Muito dificilmente, por mais que existam anomalias no processo de judicialização como a concessão de fertilização in vitro há de se conceber como um fenômeno de maneira geral positivo.

REFERÊNCIAS

BORGES Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1ª instância nas ações individuais contra o Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 2005 Cad. Saúde Pública vol.26 no.1 Rio de Janeiro Jan. 2010

DALLARI, Sueli Gandolfi. **A CONSTRUÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL**. Revista de Direito Sanitário, São Paulo v. 9, n. 3 p. 9-34 Nov. 2008 /Fev. 2009)

GOUVÊA, Marcos Maselli. **O controle judicial das omissões administrativas: novas perspectivas de implementação dos direitos prestacionais**. Rio de Janeiro: Forense, 2003.

GOUVÊA, Marcos Maselli. **O direito ao fornecimento estatal de medicamentos** -<http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/15709-15710-1-PB.pdf>) sobre a judicialização e a AIDS

CARVALHO, Mariana. **A SAÚDE COMO DIREITO SOCIAL FUNDAMENTAL NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988** Revista de Direito Sanitário, vol-4, n.2, julho 2003

LAMB, Lore e SANTOS, Rene Jose Moreira dos. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do Programa de Medicamentos de dispensação em caráter excepcional** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2004.

CARVALHO, Mariana. **A Saúde como direito social fundamental na constituição federal de 1988**. Revista de Direito Sanitário, vol-4, n.2, julho 2003.

NUNES e RAMOS JUNIOR. **Judicialização do direito a saúde na região nordeste Brasil: dimensões e desafios**. Cad. Saúde colet. Vol. 24 no 2 Rio de Janeiro Apr/june 2016

Macedo, Dartagnan Ferreira de, et al. **Análise da judicialização do direito a saúde, subfinanciamento do setor e políticas públicas: estudo de caso no estado de Alagoas**. Revista de Administração de Roraima, Boa Vista, Vol 5. N-2 p. 200-325, jul-dez. 2015.

MONTEIRO, Andréa Souto Martins e CASTRO , Larissa de Paula Gonzaga e . **Judicialização da saúde causas e consequências**. Pontifícia Universidade

Católica de Goiás. Programa de pós-graduação em vigilância sanitária. PUC-Goiás. Publicado em: 2019-02-05

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 23. ed. São Paulo: Malheiros Ed., 2004.

A JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO A MEDICAMENTOS NO BRASIL: ENTENDENDO A QUESTÃO ADMINISTRATIVA E JUDICIAL E POR QUE OS FARMACOS ESTÃO NO CENTRO DO DEBATE NO STF.

INTRODUÇÃO

A judicialização da saúde tem se tornado a cada dia mais comum no Brasil. As demandas por direito a saúde se multiplicam nos tribunais. No entanto, um insumo tem tirado o sono dos gestores públicos. São as decisões judiciais que concedem medicamentos, principalmente os de alto custo aos pacientes obrigando o Estado a oferta-los. Entender esse processo é um dos objetivos desse trabalho.

Para quem não sabe o governo possui uma politica de distribuição de medicamentos sem custo ao paciente. Essa política é definida na lei 8.080/1990 que foi alterada pela lei 12.401/2011.

A lei 8.080/1990, prescreve:

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

- a) de vigilância sanitária;
- b) de vigilância epidemiológica;
- c) de saúde do trabalhador; e
- d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;(grifo nosso)**

A lei 12.401/2011 definiu a assistência farmacêutica em seu Art. 19-

A:

Art. 19-M. A assistência terapêutica integral a que se refere a alínea *d* do inciso I do art. 6º consiste em: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011).

Art. 19-P. Na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, observadas as competências estabelecidas nesta Lei, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-Q. **A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.** (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)-(grifo nosso)

Essa lei serve para entender como funciona a oferta de medicamentos no Brasil. Diante de um diagnóstico e uma proposta terapêutica apresentada pelo médico, o paciente tem direito ao medicamento fornecido pelo SUS de acordo com o Art. 6º , inciso I, alínea “D”.

O governo então tem uma lista de medicamentos e insumos que são ofertados aos pacientes. Essa lista é chamada de RENAME cuja sigla quer dizer Relação Nacional de Medicamentos Essenciais.

Segundo o sitio do ministério da saúde, o Ministério da Saúde elabora listas oficiais de medicamentos desde de 1964. Antes feito pela CEME- central de medicamentos que a partir de 1975 passa a ter o nome de RENAME.

Depois da criação do SUS, em 1998 a Portaria 3.916 de 1998 é o primeiro documento norteador para a política farmacêutica do SUS. A Resolução nº 338 do Conselho Nacional de Saúde de acordo com as deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde e da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica, amplia sua atuação para ações de promoção, proteção e recuperação da saúde desenvolvidas no SUS, tendo o medicamento como insumo essencial que deverá ter acesso assegurado com uso racional e equilibrado.

Tal resolução estabelece que a RENAME deve ser atualizada periodicamente.

Para essa atualização de medicamentos, o SUS procederá a de acordo com Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias, órgão subordinado ao ministério da saúde.

É um órgão colegiado que avaliará a necessidade da chegada de novos medicamentos ao SUS e entre outros aspectos usará critérios transparentes e cientificamente respaldados, ao considerar nas suas avaliações e recomendações sobre medicamentos as evidências científicas, sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança, bem como os benefícios e os custos em relação às tecnologias já incorporadas.

Dessa forma, o órgão avaliará periodicamente novos medicamentos e insumos e sua necessidade pelos pacientes do SUS, avaliando desde a eficácia científica até o custo financeiro ao Estado.

O decreto 7.508 de 2011 organiza o SUS e entre outros assuntos dispõe sobre a vinculação da dispensação de medicamentos pelo SUS através do RENAME.

Em seu Art. 25, o decreto dispõe:

Art. 25. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS.

Parágrafo único. A RENAME será acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional - FTN que subsidiará a prescrição, a dispensação e o uso dos seus medicamentos.

Art. 26. O Ministério da Saúde é o órgão competente para dispor sobre a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT.

Parágrafo único. A cada dois anos, o Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da RENAME, do respectivo FTN e dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

Art. 29. A RENAME e a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos somente poderão conter produtos com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

A RENAME é ampliado e a relação passa a compreender a seleção e a padronização de todos os medicamentos indicados para o atendimento das doenças e dos agravos no âmbito do SUS. Assim o RENAME informa o conjunto dos medicamentos a serem disponibilizados e ofertados aos usuários do SUS, visando à garantia da integralidade do tratamento medicamentoso.

Tal decreto também informa a responsabilidade de cada ente federativo dentro da assistência farmacêutica. O Art. 29 do referido decreto é o que estabelece a necessidade de registro na ANVISA para a incorporação de tecnologia pelo SUS.

O RENAME e a ANVISA, são duas das questões mais discutidas na judicialização da saúde no Brasil.

A RENAME 2014 é apresentada conforme definido na Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº 01, de 17 de janeiro de 2012, em cinco anexos: I – Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica; II – Relação Nacional de Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; III – Relação Nacional de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; IV – Relação Nacional de Insumos Farmacêuticos; e V – Relação Nacional de Medicamentos de Uso Hospitalar.

Tal resolução inclusive define a competência de cada ente dentro da assistência farmacêutica.

Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica é constituído por uma relação de medicamentos e insumos farmacêuticos, voltados aos agravos prevalentes e prioritários da Atenção Básica. O financiamento do CBAF no Sistema Único de Saúde é de responsabilidade do Ministério da Saúde, dos estados e dos municípios, de acordo com a Portaria vigente.

Entre outros insumos, o Ministério da Saúde é responsável pela aquisição e distribuição dos medicamentos Insulina Humana NPH e Insulina Humana Regular, dos contraceptivos orais e injetáveis, além do dispositivo intrauterino (DIU) e do diafragma, que compõem o Programa Saúde da Mulher.

O componente estratégico é assim definido:

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF) destina-se à garantia do acesso a medicamentos e insumos, para prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de doenças e agravos específicos, contemplados em programas estratégicos de saúde do SUS. O CESAF disponibiliza medicamentos para pessoas acometidas por tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de chagas, cólera, esquistossomose, leishmaniose, filariose, meningite,

oncocercose, peste, tracoma, micoses sistêmicas e outras doenças decorrentes e perpetuadoras da pobreza. São garantidos, ainda, medicamentos para influenza, HIV/AIDS, doenças hematológicas, tabagismo e deficiências nutricionais, além de vacinas, soros e imunoglobulinas.

Os medicamentos e insumos são financiados e adquiridos pelo Ministério da Saúde, sendo distribuídos aos estados e Distrito Federal. Cabem a esses o recebimento, armazenamento e a distribuição aos municípios.

O componente especializado:

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf) é uma das estratégias para garantir acesso aos medicamentos no âmbito do SUS, buscando garantir, de forma integral, o acesso aos medicamentos necessários para o cuidado de uma série de situações clínicas definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT).

Normalmente esses medicamentos são custeados pelo governo federal.

Após concluir a organização da dispensação de medicamentos, é necessário entender o órgão do governo responsável pela incorporação da tecnologia. Assim o fármaco só pode fazer parte da distribuição pelo governo depois de passar pelo CONITEC.

O CONITEC

É a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – Conitec, que foi criada pela lei nº 12.401 de 28 de abril de 2011, que trata sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

O objetivo desse órgão é assessorar o Ministério da saúde no tocante à incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde pelo SUS, assim como na constituição ou alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para doenças.

Com o objetivo de dar mais celeridade, transparência e eficiência a lei 12.401 fixa o prazo de 180 dias podendo ser prorrogado por mais 90 dias para a tomada de decisão sobre protocolos clínicos.

Essa decisão deve estar amparada em evidências, levando em consideração aspectos como eficácia, acurácia, efetividade e a segurança da tecnologia, além da avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já existentes. Dessa forma o comitê avalia a viabilidade, o custo, se existe outro fármaco disponível no SUS, entre outras questões.

Para chegar ao comitê o produto tem que ser previamente registrado na ANVISA. Para regulamentar o funcionamento da Comissão, foi publicado o Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011. A estrutura de funcionamento da Conitec é composta por dois fóruns: o Plenário e a Secretaria-Executiva.

O Plenário é o fórum responsável pela emissão de recomendação sobre incorporação, exclusão ou alteração das tecnologias no âmbito do SUS, sobre constituição ou alteração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas e atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename, que foi instituída pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

Todas as recomendações emitidas pelo Plenário são submetidas à Consulta Pública (CP) pelo prazo de 20 dias, exceto em casos de urgência da matéria, quando a CP terá prazo de 10 dias. As contribuições e sugestões da consulta pública são organizadas, avaliadas e inseridas no relatório final da Conitec, que, posteriormente, é encaminhado para o Secretário de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde (SCTIE/MS) para a tomada de decisão. O Secretário da SCTIE pode, ainda, solicitar a realização de audiência pública antes da sua decisão.

A Secretaria-Executiva, exercida pelo DGITS, é responsável pela gestão e coordenação das atividades da Comissão, bem como a emissão de relatórios técnicos sobre a tecnologia avaliada, levando em consideração as evidências científicas, a avaliação econômica e o impacto da incorporação da tecnologia no Sistema Único de Saúde.

O DGITS foi criado pelo Decreto nº 7.797, de 30 de agosto de 2012. Atualmente, está em vigor o Decreto nº 11.098 de 20 de junho de 2022. O Departamento tem como atribuições acompanhar, subsidiar e dar suporte às atividades e demandas da Conitec e contribuir para a promoção do acesso e do uso racional de tecnologias seguras e eficientes, dentre outras. O Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS) é composto por três Coordenações-Gerais: a Coordenação-Geral de Gestão Estratégica de Tecnologias em Saúde (CGGTS), a Coordenação-Geral de Avaliação de Tecnologias em Saúde (CGATS) e Coordenação-Geral de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (CGPCDT).

Além destas, o Departamento também possui o Serviço de Gestão Técnica e Administrativa (SEGAD), a Coordenação de Monitoramento de Tecnologias em Saúde (CMTS) e a Coordenação de Incorporação de Tecnologias (CITEC).

Essas informações foram retiradas do sitio <http://antigo-conitec.saude.gov.br/entenda-a-conitec-2>.

A ANVISA.

A ANVISA foi criada pela lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999 e tem como finalidade segundo o Art 6º:

Art. 6º A Agência terá por finalidade institucional promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos e de fronteiras.

Art. 7º Compete à Agência proceder à implementação e à execução do disposto nos incisos II a VII do art. 2º desta Lei, devendo:

VII - autorizar o funcionamento de empresas de fabricação, distribuição e importação dos produtos mencionados no art. 8º desta Lei e de comercialização de medicamentos; (Vide Medida Provisória nº 1.814, de 1999) (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.190-34, de 2001)

VIII - anuir com a importação e exportação dos produtos mencionados no art. 8º desta Lei;
IX - conceder registros de produtos, segundo as normas de sua área de atuação;

O Art. 8º informa que Incumbe à Agência, respeitada a legislação em vigor, regulamentar, controlar e fiscalizar os produtos e serviços que envolvam risco à saúde pública.

Art. 8º § 1º Consideram-se bens e produtos submetidos ao controle e fiscalização sanitária pela Agência:
I - medicamentos de uso humano, suas substâncias ativas e demais insumos, processos e tecnologias;

Outra lei que regula a importação de medicação no Brasil é a lei nº 6.360 de 1976 que em seu Art. 10, in verbis:

Art. 10 - É vedada a importação de medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos e demais produtos de que trata esta Lei, para fins industriais e comerciais, sem prévia e expressa manifestação favorável do Ministério da Saúde.

Art. 12 - Nenhum dos produtos de que trata esta Lei, inclusive os importados, poderá ser industrializado, exposto à venda ou entregue ao consumo antes de registrado no Ministério da Saúde.
§ 1º A Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA - definirá por ato próprio o prazo para renovação do registro dos produtos de que trata esta Lei, não superior a 10 (dez) anos, considerando a natureza do produto e o risco sanitário envolvido na sua utilização. (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

Dessa forma a lei nº 6.360/1976 também dispõe sobre a importação de medicamentos que só pode ser realizada com autorização do ministério da saúde.

A ANVISA tem grande importância na judicialização da saúde por medicamento no Brasil, pois ela é órgão do governo conforme expressa disposição acima responsável pela autorização de importação e comercialização de medicamento no Brasil.

Sem a autorização dessa Agência com status de autarquia, o medicamento não pode ser vendido, nem importado para o Brasil, e essa é uma questão que muitos juízes levam em conta na hora de decidir pela compra de um medicamento com a seguinte questão. O medicamento é autorizado pela ANVISA?

Só para citar um fármaco objeto de muitas ações na justiça foi o canabidiol e tetrahydrocanabidiol que só agora as pessoas físicas possuem autorização para importar a medicação.

CONCLUSÃO.

O objetivo da primeira etapa desse trabalho é mostrar a organização do sistema de dispensação de medicamentos no Brasil. Para isso a partir de uma análise documental nas lei e instrumentos normativos do ministério da saúde e do presidente da republica demonstrou-se como funciona essa distribuição de medicamentos.

Essa distribuição se faz importante no debate na medida que as ações(Recurso extraordinário 566.471 de origem do Estado do Rio Grande do Norte) que ganharam repercussão geral no STF questionam exatamente as condenações do Estado para o fornecimento de medicamentos de alto custo.

Nesta segunda etapa analisa-se os aspectos mais relevantes do debate sobre a judicialização da saúde(medicamentos) no Brasil.

Conforme já se explicou acima, todo medicamento para poder ser usado no Brasil com efeitos terapêuticos tem que ter registro na ANVISA. A ANVISA conforme já tratado é uma agência que faz o controle sanitário do fármaco.

Sem registro e autorização da ANVISA o remédio não pode ser comercializado, nem importado pro Brasil ficando difícil sua chegada ao paciente.

Desta feita, um medicamento pode estar sendo usado nos EUA, maior economia do mundo, com eficácia e não ter registro no Brasil e o paciente querer importar e não pode por causa que não tem registro na ANVISA.

O paciente entra na justiça e pede que o juiz lhe conceda esse direito. Isso aconteceu muito com os medicamentos a base de cannabis ou canabidiol(maconha), que como é definida como droga ilícita no Brasil, era ilegal

sua importação. Digo era, porque a ANVISA começou a liberar alguns fármacos que já são usados pelo menos 5 anos em outros países.

Outra possibilidade é o fármaco já ter registro na ANVISA e não ser de fornecimento do SUS. Essa é outra possibilidade comumente encontrada nos tribunais. Sem ser da lista do RENAME o fármaco não é ofertado pelo SUS e para essa incorporação teria que passar pelo CONITEC. Ambos os assuntos já foram abordados na primeira etapa desse artigo.

Então medicamento não está no RENAME e o paciente requer esse medicamento que não faz parte dos protocolos do SUS. Diversas questões estão atreladas a essa possibilidade como o medicamento é novo; o medicamento tem um substituto já na lista, o custo benefício da medicação não vale a pena para o SUS; a demora na incorporação de tecnologia.

Uma questão parece pacificada na suprema corte brasileira, é o caso do medicamento estar no RENAME e quando o paciente procura a repartição competente não tem. Segundo Barroso em seu voto disponível em <http://www.luistorbarroso.com.br/wp-content/uploads/2016/10/RE-566471-Medicamentos-de-alto-custo-vers%C3%A3o-final.pdf> isso é comum e o paciente demonstrando a necessidade e cumprindo os requisitos é obrigatória.

Tal possibilidade é fruto da desorganização do Estado e a concessão da medida judicial é amparada pelo Estado. Nesse caso salienta Barroso, a atuação do judiciário volta-se apenas para efetivação da política de saúde já formulada pelo SUS.

Esse critério já havia sido adotado no STA 175 AgR (Rel. Min. Gilmar Mendes, j. em 17.03.2010).

O grande problema surge em relação aos medicamentos não presentes na RENAME, não incluído na lista de dispensação gratuita pelo SUS.

Para isso Barroso propõe cinco requisitos cumulativos para serem observados pelos magistrados:

Porém, para fins de reduzir e racionalizar, tanto quanto possível, a judicialização nessas situações, proponho **5 (cinco) requisitos cumulativos** que devem ser observados pelo Poder Judiciário para o deferimento de uma prestação de saúde. São eles: **(i)** a incapacidade financeira do requerente para arcar com o custo correspondente, **(ii)** a demonstração de que a não incorporação do medicamento não resultou de decisão expressa dos órgãos competentes, **(iii)** a inexistência de substituto terapêutico incorporado pelo SUS, **(iv)** a comprovação de eficácia do medicamento pleiteado à

luz da medicina baseada em evidências, e (v) a propositura da demanda necessariamente em face da União.

Já o voto do relator, ministro Marco Aurelio traz novos fundamentos para fixação do direito a medicamentos:

Proponho a seguinte tese para efeito de fixação sob o ângulo da repercussão geral: o reconhecimento do direito individual ao fornecimento, pelo Estado, de medicamento de alto custo, não incluído em Política Nacional de Medicamentos ou em Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional, depende da comprovação da imprescindibilidade – adequação e necessidade –, da impossibilidade de substituição do fármaco e da incapacidade financeira do enfermo e dos membros da família solidária, respeitadas as disposições sobre alimentos dos artigos 1.694 a 1.710 do Código Civil.

<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/RE566471.pdf>

Assim, o eminente ministro entende pela possibilidade do fornecimento de medicamentos pela via judicial fora os da lista do RENAME, mas desde que se comprove a imprescindibilidade a adequação e a necessidade solidariamente com a família.

FINANCIAMENTO DA SAUDE NO BRASIL.

INTRODUÇÃO

Tendo como foco o direito a saúde e a judicialização desse setor no país, um dos problemas mais relevantes é o do financiamento do setor. Para entender o atual momento é preciso que se faça um pequeno resgate histórico do setor e de como a saúde era vista pelo governo.

Até a Constituição, a saúde não era um direito subjetivo do cidadão. Assim, este não tinha como recorrer ao estado para garantir uma prestação de direito a saúde, existindo alguns hospitais filantrópicos, tipo santas casas, hospitais universitários etc, mas não como direito.

Existia o direito do segurado do INPS, aquele que pagava o "carnê" ou empregado regulamentado(registrado era atendido em hospitais e clinicas conveniadas ao INPS.

A lógica era a que quem tinha atendimento era aquele empregado com carteira assinada. Esse serviço era feito normalmente por clinicas e hospitais conveniados com o INAMPS.

Segundo o site do sistema único de saúde, o INAMPS:

O INAMPS foi criado pelo regime militar em 1974 pelo desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que hoje é o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS); era uma autarquia filiada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (hoje Ministério da Previdência Social), e tinha a finalidade de prestar atendimento médico aos que contribuía com a previdência social, ou seja, aos empregados de carteira assinada. O INAMPS dispunha de estabelecimentos próprios, mas a maior parte do atendimento era realizado pela iniciativa privada; os convênios estabeleciam a remuneração por procedimento, consolidando a lógica de cuidar da doença e não da saúde

Segundo a lei que criou o INAMPS, vejamos sua competência:

CAPÍTULO II
DO INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA
PREVIDÊNCIA SOCIAL

Art 6º - Ao INANPS compete prestar assistência médica, de acordo com os seguintes programas:

I - programas de assistência médica aos trabalhadores urbanos, abrangendo os serviços de natureza clínica, cirúrgica, farmacêutica e odontológica, e assistência complementar, devidos os segurados do atual INPS e respectivos dependentes, na forma do disposto nos itens I e IV do artigo anterior;

II - programas de assistência médica aos servidores do Estado, abrangendo os serviços de natureza clínica, cirúrgica, farmacêutica e odontológica, devidos aos funcionários públicos civis da União e de suas autarquias e do Distrito Federal, e respectivos dependentes, na forma do disposto no item II do artigo anterior;

III - programas de assistência médica aos rurais, abrangendo os serviços de saúde e a assistência médica devidos, respectivamente, aos trabalhadores e aos empregadores rurais, na forma do disposto no item III do artigo anterior;

IV - programas especiais de assistência médica, abrangendo os serviços médicos atualmente mantidos pela Fundação Legião Brasileira de Assistência - LBA e os que forem prestados em determinadas regiões à população carente, seja ou não beneficiária da previdência social, mediante convênios com instituições públicas que assegurem ao INAMPS os necessários recursos.

§ 1º - A assistência médica de que trata este artigo será prestada a cada categoria de beneficiários na forma das respectivas legislações e com a amplitude que as condições locais e os recursos próprios permitirem.

Conforme o Art. 3º da lei nº 6.439, de 1º de setembro de 1977.

Essa competência do INAMPS era determinada no Art. 6º da lei acima esposada e era atendida pela autarquia

Art 3º - Ficam criadas as seguintes autarquias vinculadas ao MPAS:

I - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS;

O INAMPS era assim, o órgão encarregado pela saúde no Brasil até a década de 1990 quando foi criado o SUS. Seu financiamento era com os recursos arrecadados pelo IAPAS- INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL das contribuições previdenciárias dos segurados e das empresas e conforme o art 17 II de contribuições da UNIÃO e outras dotações específicas.

Na década de 1970 é criada também a SUCAM- Superintendência de campanhas de saúde pública com o objetivo de executar atividades de erradicação e controle de endemias.

A crise do petróleo de 1974 e 78 desembarca no Brasil e seus efeitos serão desdobrados na década posterior em que se questionam a fragilidade do modelo de saúde adotado, então excludente, restrito a algumas campanhas de vacinação e muito criticado até mesmo pelos usuários com carteira assinada vinculados ao INPS.

O movimento pela reforma sanitária é levantado em 1984 pela ABRASCO Associação brasileira de pós graduação em saúde coletiva e o CEBES – centro brasileiro de estatística em saúde. A VIII conferência nacional de saúde propõe reforma administrativa e a unificação das instituições no ministério da saúde.

Ressalte-se que os indicadores de saúde não eram bons, os serviços eram restritos aos segurados do INPS, existiam algumas ações sanitárias e espalhados em diversos órgãos não interligados.

A atribuição do Ministério da Saúde era restrito às atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças (por exemplo, vacinação), realizadas em caráter universal, e à assistência médico-hospitalar para poucas doenças; servia aos indigentes, ou seja, a quem não tinha acesso ao atendimento pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

Segundo SILVA(2003)

Esse período(década de 70- a forte centralização na esfera federal de governo e, dentro dela, no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – Inamps, autarquia vinculada ao Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – Sinpas – que ao comandar o processo do gasto público setorial viabilizou por décadas ações e serviços de assistência médica de base hospitalar, bastante dissociados de ações integradas de promoção, prevenção e proteção da saúde; - a fragmentação organizacional, o que impossibilitava a implementação de uma política setorial integrada ao promover, principalmente, a dicotomia entre as ações no âmbito do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais de Saúde e, finalmente, das Secretarias Municipais, de um lado; e do Inamps e dos prestadores de serviços de assistência médica – ambulatorial ou hospitalar – privados ou públicos não-governamentais (entidades filantrópicas) contratados ou conveniados com essa autarquia, de outro.

Configurou-se, assim, uma estrutura de prestação de serviços constituída de seis segmentos: o *segmento previdenciário*, envolvendo estabelecimentos próprios do Inamps (postos de assistência médica e hospitais de médio e grande portes) e estabelecimentos privados; o *segmento médico sanitário* vinculado ao ministério da Saúde que, para implementar diversos programas de abrangência nacional, mantinha uma rede própria de unidades ambulatoriais e hospitalares para combate ao câncer, atendimento psiquiátrico, dermatologia sanitária, tuberculose, atenção materno-infantil, etc., além da rede da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública – Sesp encarregada da prestação de serviços de assistência médica e de saneamento básico nas regiões mais distantes e pobres do país;

o *segmento de hospitais universitários*, vinculado ao Ministério da Educação, que fazem, ainda hoje, parte das Universidades Federais existentes em cada Estado da Federação Brasileira, mantendo, além de suas atividades de ensino e pesquisa, serviços de magnitude e complexidade diferenciados de atenção médica à população em regime universal, na maior parte em convênio com o Inamps; o *segmento das Forças Armadas e do funcionalismo público* (nos diferentes níveis de governo) que também mantém uma rede própria de hospitais e ambulatórios;

o *segmento estadual e municipal de atenção médico-hospitalar de saúde pública*, composto de unidades básicas de saúde (centros e postos de saúde) e de unidades de emergência nos Estados e municípios de maior porte e condição econômica;

finalmente, um *segmento privado autônomo* voltado às camadas da população com alto poder aquisitivo ou articulado a partir da necessidade das empresas de maior porte e complexidade (medicinas de grupo, cooperativas médicas, seguradoras do ramo saúde, serviços de autogestão médica das empresas), que cresce dinamicamente no vácuo possibilitado pelas deficiências da política de assistência médica previdenciária e de atenção médico-sanitária proporcionada pelos Estados e municípios

Continua Silva(2003):

A forte concentração do atendimento nas unidades hospitalares ou no atendimento ambulatorial de nível secundário, o que é explicável pela, já citada, predominância da política de assistência médica previdenciária e de seus recursos financeiros, infinitamente superiores em capacidade de atendimento e de gasto às estruturas de saúde voltadas à promoção e prevenção da doença. Isso implicou a estruturação de uma rede de atendimento atuando sem hierarquia, implantada sem que fossem considerados os critérios de regionalização, sistemas de referência e mecanismos de integração, complementaridade e coordenação do atendimento.

Com a Constituição de 1988, ocorreu uma mudança paradigmática da política de saúde no Brasil, vez que antes era uma política fragmentária, incipiente e exclusiva a determinados setores como os contribuintes com carteira assinada(era a regra) passa agora a ser um direito com status de universalidade.

Assim, a saúde ganha destaque no Art. 6º como direito social e no Art. 196 da Constituição Federal no capítulo que trata da seguridade social sendo uma política da seguridade social. Era uma importante mudança na política de saúde no Brasil, pois a partir daí veio uma série de regulamentações como leis, atos administrativos e também decisões judiciais que irão implementar esse direito.

O Art. 6º da CF:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 90, de 2015)

E no Art. 196, vejamos:

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

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

Com estes artigos estavam colocados os princípios basilares do direito a saúde no Brasil.

A primeira lei que veio regulamentar o dispositivo foi a lei 8.080 de 1990. Tal lei regulamentou o SUS, agora sistema único de saúde:

Em seu Art 2º:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.
§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

A lei 8.080/1990 institui o SUS, que o define como:

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).

A lei acima trata ainda dos objetivos do SUS, dos princípios e diretrizes, da organização, da direção e da gestão, da competência e atribuição do SUS.

A lei 8.142/1990 regulamentou a participação da sociedade nos conselhos de saúde e como serão alocados os recursos do fundo nacional de saúde.

São princípios do SUS, a universalidade de modo que todos independente de sexo, cor, raça tem direito as suas ações de saúde. Equidade de forma que todos tem acesso a saúde em grau de igualdade e nas mesmas condições e integralidade pois o SUS deve atender a pessoa em todas as etapas do processo de saúde-doença.

É interessante observar que das políticas de seguridade social no Brasil, a saúde é o direito mais universal, pois a previdência pressupõe contribuição, a assistência social é somente para aqueles que dela necessitar nos termos da lei.

O SUS teve ainda uma regulamentação organizacional baseada na hierarquização, participação popular e descentralização político-administrativa. Dessa forma, as ações de saúde estariam planejadas em um conjunto articulado e continuo dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todo nível de complexidade do sistema.

A descentralização administrativa faz com que o ente administrativo que esteja mais perto do cidadão-paciente promova as políticas básicas de saúde, ou seja, o município. Embora ele não trabalhe sozinho, pois Estados e a União formularão suas ações dentro da estrutura de planejamento do SUS.

A participação popular é feita através dos conselhos gestores do SUS em que cada município possui o seu, assim como os Estados e a União também terão seus conselhos

. O conselho é uma forma de participação dentro da democracia e serve também para fiscalizar as ações de sua competência. É formado por cidadãos usuários do SUS, associações de paciente, representantes do governo e das categorias profissionais.

Tais disposições foram previstas no Art. 198 da CF-88, in verbis:

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

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

Assim por disposição constitucional estava traçado o perfil constitucional da organização do direito a saúde no Brasil. Cabe ressaltar que de acordo com o Art. 199 a iniciativa privada pode também operar na saúde, inclusive os planos de saúde privados, que possuem exercício de forma complementar.

Com a criação do direito surge a necessidade de financiá-lo. A constituição já emendada traz algumas regras, vejamos:

§ 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I - no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento); (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015)

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

A lei complementar atual que determina esses valores é a lei complementar nº 141 de 2012, que assim dispõe:

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

§ 1º (VETADO).

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

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

Parágrafo único. (VETADO).

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

Desta forma estava criada a forma de financiamento da saúde no Brasil, com a participação dos três entes, sendo que a saúde faz parte do gênero seguridade social que tem definida sua forma de custeio.

Sistema Contributivo - Financiamento da Seguridade Social

Em relação de custeio da Seguridade Social, aplica-se o princípio de que todos que compõem a sociedade devem colaborar para a cobertura dos riscos provenientes da perda ou redução da capacidade de trabalho ou dos meios de subsistência.

Trata-se de uma relação jurídica estatutária, porquanto é compulsória àqueles que a lei impõe. Portanto, o contribuinte é compelido a contribuir, ou seja, não possui a faculdade em optar por não cumprir a obrigação.

A Seguridade Social será financiada por toda sociedade, de forma direta e indireta, nos termos do art. 195 da Constituição Federal e da Lei 8.212/91, mediante recursos provenientes da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios e de contribuições sociais.

No âmbito federal, o orçamento da Seguridade Social é composto das seguintes receitas:

I - receitas da União;

II - receitas das contribuições sociais;

III - receitas de outras fontes.

Constituem contribuições sociais:

a) As das empresas, incidentes sobre a remuneração paga ou creditada aos segurados a seu serviço;

b) As dos empregadores domésticos;

c) As dos trabalhadores, incidentes sobre o seu salário-de-contribuição;

d) As das empresas, incidentes sobre faturamento e lucro;

e) As incidentes sobre a receita de concursos de prognósticos.

Outras Receitas de Seguridade Social

A lei 6.194/74, é a lei do DPVAT no qual 45% do valor obtido com o seguro será repassado a saúde, vejamos:

.

Na forma da lei 8.213/1991:

Art. 27. Constituem outras receitas da Seguridade Social:

I - as multas, a atualização monetária e os juros moratórios;

II - a remuneração recebida por serviços de arrecadação, fiscalização e cobrança prestados a terceiros;

III - as receitas provenientes de prestação de outros serviços e de fornecimento ou arrendamento de bens;

IV - as demais receitas patrimoniais, industriais e financeiras;

V - as doações, legados, subvenções e outras receitas eventuais;

VI - 50% (cinquenta por cento) dos valores obtidos e aplicados na forma do parágrafo único do art. 243 da Constituição Federal;

VII - 40% (quarenta por cento) do resultado dos leilões dos bens apreendidos pelo Departamento da Receita Federal;

VIII - outras receitas previstas em legislação específica.

Parágrafo único. As companhias seguradoras que mantêm o seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres, de que trata a Lei nº 6.194, de dezembro de 1974,

deverão repassar à Seguridade Social 50% (cinquenta por cento) do valor total do prêmio recolhido e destinado ao Sistema Único de Saúde-SUS, para custeio da assistência médico-hospitalar dos segurados vitimados em acidentes de trânsito.

Como se vê até uma parte do seguro DPVAT é recurso que vai para pagar despesa com saúde. Em 2022 a cobrança do DPVAT estava suspensa, há de aguardar se este tributo irá retornar, de qualquer forma quando era cobrado, parte desses recursos iriam cobrir as despesas de saúde.

A CONSTITUIÇÃO FEDERAL

A Constituição Federal também tratou do financiamento da saúde e em seu Art. 198 afirma:

“§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000).

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)”.

I – no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento); **(Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015)**(g.n.)

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamentou o art. 198 da Constituição Federal, trata em seus artigos 6º (Estados e Distrito Federal) e 7º (Municípios e Distrito Federal) das bases de cálculo e aplicações mínimas em ações e serviços públicos de saúde, com

ressalva para o artigo 5º (União), que foi alterado conforme Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015 em seu art. 2º.

A Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015, em seu art. 2º, estabelece:

“Art. 2º O disposto no inciso I do § 2º do art. 198 da Constituição Federal será cumprido progressivamente, garantidos, no mínimo:”
I - **13,2%** (treze inteiros e dois décimos por cento) da receita corrente líquida no **primeiro exercício financeiro subsequente** ao da promulgação desta Emenda Constitucional;
II - **13,7%** (treze inteiros e sete décimos por cento) da receita corrente líquida no **segundo exercício financeiro subsequente** ao da promulgação desta Emenda Constitucional;
III - **14,1%** (quatorze inteiros e um décimo por cento) da receita corrente líquida no **terceiro exercício financeiro subsequente** ao da promulgação desta Emenda Constitucional;
IV - **14,5%** (quatorze inteiros e cinco décimos por cento) da receita corrente líquida no **quarto exercício financeiro subsequente** ao da promulgação desta Emenda Constitucional;
V - **15%** (quinze por cento) da receita corrente líquida no **quinto exercício financeiro subsequente** ao da promulgação desta Emenda Constitucional.

Os termos do Demonstrativo da Receita Corrente Líquida integra o Relatório Resumido da Execução Orçamentária, Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social, cujas informações servem de base de cálculo para os limites estabelecidos pela Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, para os demonstrativos que compõem o Relatório de Gestão Fiscal. Sua publicação está sob responsabilidade do Ministério da Fazenda. O Demonstrativo pode ser consultado em: www.tesouro.fazenda.gov.br.

Conforme o art. 2º, §3º da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), a receita corrente líquida será apurada somando-se as receitas arrecadadas no mês em referência e nos onze anteriores, excluídas as duplicidades. A regra de cálculo é a definida pelo art. 2º, IV da Lei.

Uma questão muita discutida anteriormente a lei complementar nº 141 era definir o que é gasto em saúde. Para a aplicação do mínimo exigido existiam entendimentos sobre o que é gasto com saúde.

O pagamento de pessoal que trabalha na saúde é considerado gasto com saúde? A construção de esgoto sanitário que tem uma repercussão indireta na saúde é considerado gasto com saúde?

Outro questionamento era a definição de tributos que fazem parte do que é definido para se chegar a receita corrente líquida. Serão só os impostos de competência de cada ente? E as receitas oriundas de transferências entrariam nessa base de cálculo para o mínimo exigido?

Tem município do Piauí que praticamente não arrecadam nada com os tributos de sua competência, dependendo quase exclusivamente de transferências constitucionais, convênios, transferências, como ele afere sua receita corrente líquida?

Para dirimir essas dúvidas a lei complementar nº 141 de 2012 definiu o que era gasto em saúde para fins de aplicação mínima pelos municípios, Estados, Distrito Federal e União.

A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, em seu Art. 6º, estabelece:

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

Dessa forma ficou definidos para fins de cálculo de receita corrente mínima dos Estados os tributos: Imposto de transmissão causa mortis e Doação-ITCMD, Imposto sobre a circulação de Mercadorias e serviços de transporte Interestadual e intermunicipal e de comunicação, Imposto sobre a propriedade de veículos automotores, Imposto de renda retido da fonte, Juros de mora, multa e outros encargos dos referidos impostos, dívida ativa dos impostos, Multas, juros de mora e outros encargos da dívida ativa.

As receitas de transferências constitucionais e legais conta parte do FPE, Cota-parte IPI-Exportação, Compensações financeiras provenientes de Impostos e transferências constitucionais. Estariam excluídas as cota parte que iriam para os municípios a parcela do ICMS repassada ao ente municipal, a cota parte de IPVA e a cota parte do IPI- Exportação.

Já os municípios aplicação no mínimo 15% por cento da arrecadação dos impostos:

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

Então os municípios aplicarão para fins de cálculo de 15% as receitas do IPTU- Imposto predial e territorial Urbano, Imposto sobre transmissão de bens intervivos, Imposto sobre serviços de qualquer natureza, Imposto de renda retido na fonte, Imposto territorial rural, multa, juros de mora e outros encargos dos impostos e transferências constitucionais.

Receita cota parte do FPM, cota-parte ITR, cota-parte ICMS, cota-parte IPI-Exportação, compensações financeiras provenientes de impostos e transferências constitucionais.

Para o Distrito Federal aplicará o mínimo de 12%, abrangendo as duas competências dos estados e municípios.

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

Desta feita a LC nº 141 definiu como será calculada a receita corrente líquida para os três entes federativos.

Inclusive no seu Art. 3º define o que é despesas com com ações e serviços públicos de saúde.

Art. 3º Observadas as disposições do art. 200 da Constituição Federal, do art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e do art. 2º desta Lei Complementar, para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos aqui estabelecidos, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes a:
I - vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;

- II - atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;
- III - capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);
- IV - desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;
- V - produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;
- VI - saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;
- VII - saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;
- VIII - manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;
- IX - investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;
- X - remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;
- XI - ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e
- XII - gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

E no art. 4º define aquilo que não é considerado despesa com saúde:

- Art. 4º Não constituirão despesas com ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração dos percentuais mínimos de que trata esta Lei Complementar, aquelas decorrentes de:
- I - pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde;
 - II - pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área;
 - III - assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;
 - IV - merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvando-se o disposto no inciso II do art. 3º;
 - V - saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;
 - VI - limpeza urbana e remoção de resíduos;
 - VII - preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais;
 - VIII - ações de assistência social;
 - IX - obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e

X - ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida nesta Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde.

A definição de despesa de saúde serve para evitar distorções comuns na administração pública brasileira, como por exemplo fazer esgoto poderia ser entendido como uma despesa com saúde. Visando evitar diversas interpretações a própria lei complementar cuidou de definir o que é gasto de saúde.

Ficaram excluídos portanto gastos com pessoas que trabalharam na saúde, mas já se aposentaram, pessoal concursado para saúde, mas exercendo cargo em outro órgão que não seja da saúde, alimentação escolar, limpeza urbana, saneamento básico.

Mesmo assim o que as gestões tem alegado é um gasto cada vez maior com saúde. Vejamos a União Federal. A união segundo dados do ministério da saúde aplicou em valores(bilhões) na saúde:

2003 - 31,2

2004- 38,2

2005 42,9

2006 46,2

2007 53,0

2008 56,7

2009 64,3

2010 69,8

2011 80,9

2012 95,9

2013 100,5

2014 106,00⁴

2016 – 126,00

2017- 133,0

2018-132,0

2019 – 132,0

2020- 165,0

De acordo com o governo, o Orçamento de 2015 destinará R\$ 109,2 bilhões para a saúde, 8,8% a mais em relação ao previsto para 2014 (R\$ 100,3 bilhões).

Os anos de 2016 a 2020 a fonte dos dados foi o Tribunal de Contas da União, disponível em : <https://sites.tcu.gov.br/fatos-fiscais/saude.html>

Os gastos com saúde no Brasil não são poucos. Segundo o IBGE gastos com saúde atingem 8% do PIB em 2013 (Disponível em:<http://www.brasil.gov.br/saude/2015/12/gastos-com-saude-alcancaram-8-do-pib-em-2013>).

Observa-se que em 2020 os gastos aumentaram e muito em relação a 2019 em virtude da pandemia da COVID-19 o que obrigou o governo a cobrir os custos com medicamentos, insumos e internações.

⁴ Fonte: Ministério da saúde- <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/01/saude-tera-orcamento-de-r-106-bilhoes-em-2014>.

CONCLUSÃO

O financiamento da saúde no Brasil é o meio pelo qual o governo das suas três esferas destina um valor específico para a saúde no orçamento público.

Os municípios destinarão 15% da sua receita corrente líquida com despesas em saúde, os Estados 12%, o distrito federal 12%, e a união não foi estabelecido um percentual mínimo, pois em 2016, o piso para financiamento federal seria equivalente a 13,2% da receita corrente líquida.

Anteriormente o gasto da união com saúde seria o gasto do ano anterior corrigido pela variação do PIB

Só que com a EC/95/2016 que estabeleceu um novo regime fiscal , congelou as despesas primárias da união ate 2036. Embora segundo VIEIRA et al(2019) em 2017 foi de 15% da RCL da união.

Os gastos com saúde são assim definidos constitucionalmente nas três esferas de governo e ainda existem os gastos dos particulares com saúde. Um estudo recente(*Os dados estão no livro(Contas de Saúde na Perspectiva da Contabilidade Internacional: Conta SHA para o Brasil, 2015-2019,*) mostra que o gasto corrente total em saúde no Brasil teve crescimento per capita de 29,3%, entre 2015 e 2019, quando passou de R\$ 2.613,34 para R\$ 3.380,62.

A análise mostra que o gasto público corrente (regimes governamentais) aumentou de R\$ 231,5 bilhões para R\$ 290,4 bilhões, um crescimento nominal de 25,5% entre 2015 e 2019. Afirmam os autores do estudo que no Brasil, em 2019, esse gasto de 290,4 bilhões representa 3,9% do PIB representando o gasto pelo sistema público, restando ainda outros 5,4% do PIB gastos oriundos do sistema privado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição Federal de 5 de outubro de 1988.**

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95**, de 15 de dezembro de 2016

BRASIL. **Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974.**

BRASIL. **Lei nº 6.439 , de 1º de setembro de 1977.**

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.**

BRASIL. **Lei de responsabilidade fiscal**, Lei complementar nº 101, de 4 de maio de 2000

Brasil. **Lei complementar n. 141**, de 13 de janeiro de 2012

SILVA, PEDRO LUIZ BARROS. **SERVIÇOS DE SAÚDE o dilema do SUS na nova década** SÃO PAULO EM PERSPECTIVA, 17(1): 69-85, 2003

VIEIRA, Fabiola Sulpino et al. **Vinculação orçamentária do gasto a saúde no Brasil: Resultados e argumentos a seu favor.** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 2019.

O custo das ações judiciais contra o estado do Piauí reivindicando o direito a saúde em 2016 e a visão do gestor em saúde.

RESUMO

O presente artigo busca entender o processo de judicialização da saúde do Piauí em 2016. **OBJETIVO:** quantificar o gasto em saúde por via judicial em 2016 e mostrar a visão do gestor em saúde sobre a judicialização no Piauí. **METODOLOGIA:** pesquisa bibliográfica, documental e de campo através de entrevista com roteiro semiestruturado à gestor da Secretaria estadual de saúde. **RESULTADO:** A judicialização não é vista como algo positivo pela gestão estadual, persistindo ações das mais diversas naturezas e o custo da judicialização em 2016 foi de R\$ 8.043.425,93.

Palavras-chave: judicialização; custo; gestor

INTRODUÇÃO

Ações visando garantir o direito saúde no Brasil já demandam boa parte do orçamento dos entes federativos, e o Piauí não tem fugido a essa regra. As ações tem na universalidade seu fundamento, no qual o Art. 196 da CF diz que é dever do Estado garantir o direito a saúde.

O número de processos requerendo direito a saúde no Brasil tem aumentado assustadoramente nos últimos anos. A esse aumento de demanda

na política de saúde e sua intervenção pelo poder judiciário tem sido denominada “judicialização”.

Segundo BERTA, Ruben, A União Federal gastou e prevê gastar : 1,6 bilhão em 2016; 1,2 bilhão em 2015 e tinha gasto 122,6 milhões em 2010 com a judicialização da saúde.(<https://oglobo.globo.com/brasil/uniao-preve-gasto-recorde-com-tratamentos-por-ordem-judicial-19774203>). Notícia de 24/07/2016.

Dessa forma observa-se o crescente gasto da união com sentenças judiciais. No estado do Piauí a realidade não é diferente, tanto é verdade que ao enviar ofício ao secretário de saúde do Piauí requerendo as informações dos gastos do estado com sentenças judiciais em saúde pleiteando insumos, no período 2010 a 2016, o Piauí só escriturou contabilmente numa rubrica própria os dados de 2016.

Antes a SESAPI e SEFAZ não tinham na contabilidade esse gasto específico. Se gastava, mas não se sabia quanto especificamente foi gasto só com as ações judiciais em saúde. A preocupação em 2016 é por que o gasto vem crescendo assustadoramente.

REFERENCIAL TEÓRICO

Os estudos sobre judicialização no Brasil crescem ano após ano juntamente com o aumento das ações invocando o direito a saúde no Brasil, com os mais diferentes peticionamentos, desde remédios, leitos de UTI, cadeira de rodas, inseminação artificial e até mesmo aparelho de ar condicionado no caso de tratamento domiciliar.

VENTURA et al(2010) estudam a Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. DALLARI et al(2009) analisam a evolução do conceito de saúde no Brasil e como a saúde se transformou em Direito e vem ganhando amparo no Tribunais a partir de uma afirmação constitucional.

BOING et al(2013) estudam a judicialização do acesso aos medicamentos em Santa Catarina e como se tornou em um desafio para a

gestão do sistema de saúde cujo objetivo foi o de analisar os mandados judiciais para fornecimento de medicamentos impetrados contra o Estado de Santa Catarina.

ROMERO(2010) analisou a jurisprudência do tribunal de justiça do Distrito Federal em ações de medicamentos estudou ainda a evolução da construção da jurisprudência nesse Tribunal concluindo que pelo julgamento das ações por medicamentos antirretrovirais impetradas por pacientes de AIDS contra a SESDF no final da década de 90 e se consolidou no período estudado, favorecendo a efetivação do acesso ao medicamento, ainda que com impactos relevantes sobre aspectos técnicos, financeiros e de gestão da política de assistência farmacêutica. E ainda que reconhecimento de que a prestação de assistência farmacêutica pelo Estado constitui materialização do direito constitucional à vida e à saúde, além de imposição legal.

BALESTRA(2015) em “a jurisprudência dos tribunais superiores e o direito à saúde – evolução rumo à racionalidade” estudou a mudança de postura dos tribunais superiores, analisou a posição adotada pelo Supremo Tribunal Federal e pelo Superior Tribunal de Justiça acerca do direito à saúde, mediante análise da jurisprudência das duas cortes, classificando-a em fases distintas segundo critério material e cronológico. Em um primeiro momento, a jurisprudência negou a viabilidade judicial do direito à saúde. Depois, passou-se a uma etapa na qual o acesso às prestações materiais em saúde foi entendido praticamente como ilimitado.

PINTO e FLEURY(2012) em “custeio do direito à saúde: em busca da mesma proteção constitucional conquistada pelo direito à educação” analisam a evolução do direito a saúde a partir da evolução do direito a educação no Brasil desde o surgimento como direito até garantia de financiamento.

ASENSI e PINHEIRO(2016) em “judicialização da saúde e diálogo institucional: a experiência de Lages (sc)” estudam a experiência de Lages (SC) através de um Núcleo de Conciliação de Medicamentos e Consórcio Intermunicipal e com os atores políticos e jurídicos, passou a ser ferramenta de diálogo institucional com a presença de membros do o Judiciário, os profissionais de saúde e a gestão na efetivação do direito a saúde.

MASSAU e BAINY(2014) estudam o impacto financeiro da judicialização da saúde na comarca de Pelotas no Rio grande do Sul.

BIEHL e PETRYNA(2016) em “Tratamentos jurídicos: os mercados terapêuticos e a judicialização do direito à saúde” estudam a luta de pais para que filhos portadores de mucopolissacaridose tenham acesso a medicamentos caros, em nome do direito universal à saúde.

TREVISAN et al(2015) estudam o acesso ao tratamento para fenilcetonúria por via judicial no Rio Grande do Sul, afirmam que os pacientes com PKU buscam o meio jurídico para obter um produto já incluso na política de assistência farmacêutica nacional, sugerindo que falhas de gestão são um dos fatores desencadeantes da judicialização no país.

Gomes et al(2014), estudam o acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização concluindo que os procedimentos mais solicitados foram internações em leitos comuns, Centro de Terapia Intensiva e cirurgias do aparelho circulatório.

DINIZ et al(2014), em a judicializacao da saúde no Distrito Federal, indica que o principal bem judicializado é o acesso à UTI, seguido por medicamentos e assistência médica.

LISBOA e SOUZA(2017) estudam os motivos que levam as pessoas a recorrerem ao Judiciário para obter acesso a medicamentos no SUS. Seu objetivo é analisar os motivos que levaram as pessoas a recorrerem ao Judiciário para obter o acesso às insulinas análogas no estado da Bahia.

Os autores estudam os motivos que levam os pacientes a entrarem na justiça que podem ser classificados em: hipossuficiência financeira do usuário, necessidade de insulina análoga, dever e obrigação do Estado em fornecê-las e dificuldades burocráticas. Concluem os autores que Majoritariamente, as pessoas recorreram ao Judiciário, porque os médicos que as acompanham, divergindo das políticas oficiais, acreditam que as insulinas análogas são melhores do que às humanas e o sistema público de saúde não as dispensa, não dispondo elas de condições financeiras que lhes permitam adquiri-las com recursos próprios.

ARRUDA(2017) analisa a judicialização da saúde no Estado de Mato Grosso no período de 2011-2012. O objetivo desse trabalho é compreender o fenômeno da Judicialização do acesso à Saúde Pública no Estado de Mato Grosso a partir de relatório do Núcleo de Apoio Técnico-NAT que com material técnico e humano serve de subsídio aos magistrados proferirem sua decisão sobre as demandas de saúde. Conclui que a população está cada vez mais consciente do seu direito e que o executivo ainda falha na prestação de serviço de saúde por isso recorrem ao judiciário. Proclama pelo debate coletivo entre as esferas de governo para evitar a judicialização.

MACÊDO et al(2017) em Análise do gasto com judicialização de medicamentos no Distrito Federal. Os autores analisaram o perfil do gasto da saúde pública no Distrito Federal com medicamentos não-padronizados, a fim de compreender quais as circunstâncias em que a judicialização de medicamentos ocorre no DF. Foram utilizados registros administrativos de distribuição dos medicamentos no período de Setembro/2014 a Agosto/2016. O gasto apurado foi classificado por item e por grupo de doença conforme CID-10. O gasto total apurado foi de R\$ 43,7 milhões. Dentre os medicamentos com maior gasto, observou-se o fator IX recombinante, utilizado para tratamento de hemofilia, como maior responsável (22,53%), seguido da alfa-glicosidase (9,74%), do fingolimode (8,44%) e da abiraterona (6,63%). Identificaram com doenças com maior demanda de atendimento via judicial foram as doenças do sangue que incluem as hemofilias (26,6%), as neoplasias (24,9%) e as doenças metabólicas (17,5%). Os autores concluem que o maior gasto do estado com judicialização é com medicamentos.

VERBICARO e VONGRAPP(2017) em “a necessidade de parâmetros para a efetivação do direito à saúde: a judicialização do acesso ao hormônio do crescimento no estado do Pará” .Os autores analisam a aquisição do medicamento somatropina, o hormônio do crescimento, pela Secretaria de Saúde Pública do Estado do Pará no período que compreende os anos de 2009 a 2013 na Ação Civil Pública n.0021681-17.2011.8.14.0301 que possibilitou o uso do hormônio por pacientes. Concluem que houve uma mudança no padrão de consumo do medicamento somatropina a partir do ano de 2011 mesmo período em que foi proferida a decisão liminar na referida ACP. Para os autores suscita a necessidade de estabelecer parâmetros baseados em critérios técnicos

na análise das ações que envolvem questões relacionadas a medicamentos diante da judicialização da saúde.

SETSUKO, et al(2016) em “Estratégias para lidar com as ações judiciais de medicamentos no estado de São Paulo”. Os autores suscitam que as dificuldades persistentes na oferta de atenção integral à saúde podem ter contribuído para a utilização da via judicial para o acesso a medicamentos. O artigo apresenta as estratégias adotadas no estado de São Paulo para lidar com as ações judiciais para obtenção de medicamentos. Questiona as ações e ações para medicamentos que não têm sua eficácia e segurança comprovados que continuam sendo requeridas ao judiciário. Segundo os autores, atualmente a SES-SP responde a aproximadamente 47 mil condenações, com um gasto anual estimado de 1 bilhão de reais com a judicialização e criou convênios com SUS, CONITEC para avaliar as medicações requeridas e possivelmente serem incorporadas ao SUS.

LINDEMBERG(2016) defende a importância da criação de protocolos clínicos e a incorporação de novas tecnologias na redução da judicialização .

CAMPOS NETO(2017) em a judicialização na percepção de médicos prescritores entende que é possível haver um possível interferência da indústria farmacêutica nas prescrições de medicamento requeridas contra o SUS no estado de Minas Gerais.

ZAGO et al (2016) defendem que o direito individual afeta o bem coletivo por causa das ações individuais por medicamentos de alto custo. A pesquisa mostrou que a judicialização da saúde nos 13 municípios de pequeno porte estudados mantém características muito semelhantes com o ocorrido nos grandes centros urbanos brasileiros, como uma rápida e vigorosa expansão, predomínio absoluto por acesso a medicamentos, individualização das ações judiciais com possíveis prejuízos ao restante da população, pedidos judiciais por fármacos de alto custo.

METODOLOGIA

Nesse artigo, foi aplicado a metodologia da pesquisa bibliográfica em livros e artigos científicos e em uma segunda etapa uma pesquisa de campo

realizada na secretaria de saúde do Piauí, com análise descritiva do procedimento interno referente a processos requerendo Direito a saúde no estado do Piauí.

Foi realizado também entrevista através de roteiro de entrevista ao gestor de saúde do Piauí para apreender o que pensa o gestor de saúde sobre a judicialização.

A conclusão é que assim como no Brasil, o Piauí é um Estado com grande número de demandas invocando o direito a saúde e que o volume de gastos já é considerado alto e preocupante para a gestão de saúde do Piauí, girando em torno de oito milhões em 2016.

LOCAL DA PESQUISA

O Piauí como faz parte do Brasil, não poderia estar fora do processo que tem se denominado “judicialização da saúde”. Só que aqui ganha um componente interessante a capital do Estado, Teresina tem boa parte de sua economia voltado para o setor de serviços de saúde.

Sua área de abrangência atinge não apenas o interior do Piauí, mas de parte do Maranhão e até mesmo do Pará que vem buscar tratamento de saúde em Teresina.

A estimativa de despesa com saúde no Piauí de acordo com a lei 6.752/2015 é de R\$ 985.662.477,00 para o ano de 2016.

Só Teresina tem um orçamento de FMS R\$ 320.794.716,00 Fundação Hospitalar R\$ 333.663.648,00 Secretaria municipal de saúde R\$ 221.229.600,00, ou seja só Teresina gasta mais de R\$ 874.000.000,00 milhões com saúde sendo assim de grande relevância tais serviços, já que a estimativa de gastos é da ordem de **2.976.294.001,00 (Dois bilhões, novecentos e setenta e seis milhões, duzentos e noventa e quatro mil e um real)**

Os dados de Teresina representam uma necessidade para entender a judicialização no estado do Piauí visto que a grande maioria das demandas tramitam em Teresina.

Outro dado relevante é essas demandas normalmente tem como sujeito passivo tanto a união, como o estado do Piauí, como o município de Teresina.

A pesquisa de campo mostrou também que muitas pessoas vem de outras cidades, fixam residência em Teresina e passam a requerer tratamentos e insumos do Estado do Piauí.

Essas pessoas tem um tratamento/medicamento/insumo negado e entram logo com uma ação contra o Estado do Piauí e o município de Teresina seja através de advogado particular ou defensoria pública.

Registre-se que o Piauí possui um núcleo específico da defensoria e da promotoria só para atuar na área da saúde.

METODOLOGIA

Estudo de abordagem qualitativa cujo cenário foi a Secretaria Estadual de Saúde. A pesquisa foi realizada a partir de um roteiro de entrevista semiestruturado aplicado ao gestor de saúde e analisa a partir da análise de conteúdo proposta por Bardin.

Para aferir o gasto com judicialização foi realizada pesquisa documental quantitativa a partir de uma petição dirigida ao secretário Estadual de saúde.

RESULTADOS

Categoria – Custo da judicialização

A segunda etapa da pesquisa consistia em entrevistar os gestores da saúde no Piauí e seu olhar sobre o processo de judicialização da saúde no Piauí. Para essa etapa foram realizadas várias visitas a sede da secretaria de saúde no Piauí em que foram percorridas vários setores daquela instituição.

Entre eles: setor jurídico, contadoria, gabinete, setor jurídico do gabinete, FUNSAÚDE e as superintendências, pois na estrutura da SESAPI não existe subsecretario, mas superintendências.

Entre as primeiras visitas a secretaria para obter a autorização da pesquisa por parte do gestor da saúde e a autorização do comitê de ética ocorreu uma mudança no comando da secretaria o que dificultou a pesquisa já que o estado do Piauí não possui uma burocracia formada para responder as questões requeridas, ficando a cargo dos gestores.

Com prévio agendamento foi conseguida uma entrevista um gestor da cúpula da secretaria.

A entrevistada 1 em 24/05/2017 sobre o custo da judicialização no Piauí diz:

“o Estado deve de 2016 e 2017 cerca de R\$ 4 milhões de reais relativos a despesas judiciais. Destes cerca de R\$ dois milhões já são empenhados e não pagos e mais dois milhões que nem foram empenhados ainda, mas que tem que cumprir a decisão. Alguns insumos determinados pela decisão, essas pessoas já receberam, no caso os já empenhados e não pagos. Os que não foram empenhados, cerca de dois milhões não receberam ainda o insumo de saúde ainda. Isso relativo a 2016.”

De acordo com o relatório do gabinete em 2016 de junho a dezembro foram notificados 255 processos judiciais.

Questão interessante também era entender como as decisões judiciais são cumpridas pela SESAPI. Segundo a consultoria jurídica de fora do gabinete, a procuradoria do Estado tem um procurador dentro da SESAPI.

Disse o entrevistado 1

“Disse que as decisões judiciais são caso de dispensa de licitação, as vezes sendo um remédio específico é caso de inexigibilidade. Disse que o Estado obedece a tabela da CEMED-nacional e diante da decisão pode fazer consultas aos fornecedores para efetuar a compra.”

Na contadoria os gastos com a judicialização da saúde não são de amplo conhecimento. Segundo o entrevistado 3, diante de uma decisão o Estado tenta pagar, muitas vezes fica aguardando fundo da fazenda para pagar. Ela relata:

“No seu setor é responsável pelo empenho. Como o sistema é novo ela não tinha como informar . Perguntei se não tinha nenhuma rubrica específica para decisões judiciais. Ela me informou que o nº 33-90-91, sub-elemento n- 06 é referente as decisões judiciais. Que normalmente os depósitos de ordem judicial são feitos em nome do CNPJ do Tribunal, mas que

acontece as vezes de ser feita em nome do CNPJ da pessoa objeto da ação, a depender da decisão do juiz.”

Na verdade até o ano de 2015 o Estado do Piauí não contabilizava os gastos com decisão judicial em uma rubrica própria. Isso só foi acontecer em 2016, pois o pesquisador requereu administrativamente os dados com gastos em saúde nos últimos cinco anos.

Isso foi feito através do processo AA.900.1.134953/17 em petição dirigida ao senhor secretário de saúde. A resposta dada foi que só tinha os valores relativos a 2016. Em 2016 segundo a SESAPI, segundo o Sistema integrado de administração fiscal em relação as ordens bancarias UG/G: 170101 – 00001, Nat 339091 foi ordenado R\$ 8.076.736,87 e pago R\$ 8.043.425,93, ou seja mais de oito milhões de reais em 2016.

Esse valor foi o que foi depositado em conta para pagamento de ações judiciais relativo a ordens de pagamento que saíram da secretaria de fazenda.

Mas pode-se entender que o custo da judicialização no Piauí não é só esse pois algumas vezes o Estado não dispõe de dinheiro outras vezes conforme relatado pela entrevistada G o estado empenha, mas não paga, ou seja, cria-se para o Estado a obrigação de pagar e ele não dispõe de recursos para pagar.

Outras questões sobre a judicialização são importantes e impossíveis de serem calculadas financeiramente como as decisões determinando leito, leito de UTI, cirurgias em hospitais públicos, transferência de pacientes que não tem como serem mensuradas economicamente de modo imediato mas que tem relevância no custo da judicialização.

Categoria – Como avalia a judicialização- Positiva ou negativa

Das entrevistas realizadas tomando por base um roteiro semiestruturado, o entrevistado questionado como ele avalia as ações judiciais contra o estado reivindicando o direito a saúde.

E4 diz: “positiva para quem reivindica. Existem muitos pleitos exagerados proferidas contra a SESAPI pela própria falta de conhecimento dos magistrados em relação a realidade da administração pública estadual”

Ao ser questionado se avalia as ações como positiva ele responde: E4: para o Estado não.

Perguntado se as ações dificultam a administração da saúde no órgão o entrevistado responde: “sim. Atrapalha por conta da administração ter que cumprir a decisão com prazos rápidos e com multa diária. As vezes o Estado paga outras não.

Ao entrevistado E2 da cúpula da SESAPI assim se pronunciou sobre a judicialização.

Como o senhor avalia as ações para o Estado?

“Ele diz que não avalia de forma positiva. Que o Estado não tem recurso pra tudo. O orçamento tem limites. Diz que muitas vezes se concede medicamentos que tem substituto terapêutico e sem evidência científica. Parece que o judiciário não tem muito parâmetro. São concedidos medicamentos fora do RENAME. As vezes as ações buscam coisas simples como fralda descartável, soro que poderiam ser compradas pelo paciente”

Categoria 3 – A judicialização viola os princípios do SUS

Questionado se as decisões judiciais desorganizam os serviços de saúde, E2 responde: “contribui para desacelerar alguns serviços colocando na frente aquele que não estava na fila”

Quando perguntado se as decisões violam os princípios do SUS, E1 responde :”muitas vezes viola quando pretere outras reivindicação do planejamento da administração.

Questionado sobre qual a maioria das ações que passaram por sua mão naquele órgão, ele é categórico ao afirmar que são ações requerendo medicamentos.

Ao final ele conclui que os juízes decidem sem ouvir o Estado e que isso é prejudicial ao poder público.

Nessa questão é interessante observar que as ações impetradas contra o estado reivindicam o direito a saúde, muitas vezes atrelado ao direito de permanecer vivo do cidadão de modo que o magistrado ao sentenciar não tem como chamar o Estado pra se pronunciar no prazo de 30 dias para saber como agir.

Por isso muitas vezes as decisões são por meio de liminar devendo ser cumpridas de imediato sob pena do direito perecer. Esse direito normalmente é a vida que não pode esperar.

Categoria 4- Alternativas a judicialização

Questionado sobre as decisões judiciais o entrevistado 2 fala:

“falta dialogo entre as estruturas do Estado como judiciário, saúde(governo e sesapi) MP, defensoria. Não havendo palavras de dele “interlocução entre os órgãos”. Como alternativa para solução de conflitos o entrevistado sugere a criação de uma câmara técnica com as instituições de forma a resolver os conflitos em saúde.”

Categoria 5- A judicialização desorganiza o serviço da SESAPI

Perguntado de forma livre como essas ações atrapalham(se é que atrapalham)a gestão pública o entrevistado diz:

“O estado trabalha com planejamento, a partir de leis orçamentárias. A Saúde é direito cidadão e dever do estado. Todo dia chega demandas das mais diferentes formas e pedidos, só que o Estado não tem capacidade financeira pra atender todas as demandas na sua totalidade. A saúde tem seu limite. Quando o juiz dá um direito a uma pessoa prejudica o direito coletivo para todos.”

Questionado se as ações desorganizam o serviço, E2 responde:

“As decisões desorganizam o serviço, no nosso entendimento fere a constituição. Há uma discrepância entre o direito individual versus direito coletivo.”

Sobre essas decisões E2 continua:

“o poder judiciário não observa a RENAME. Há evidências que medicamento tal melhora tal doença. Entra na justiça e concede sem ANVISA, sem saber da eficácia. As decisões não obedecem o rito da incorporação da medicação. O estado tem limites, o cidadão também tem responsabilidade das patologias que ele tem”

Categoria 6- Principais demandas

Perguntado sobre as principais demandas contra o Estado E2 responde:

“Principais demandas. Medicamentos, realização de cirurgias postergadas ou não, leitos de UTI, leitos hospitalares psicossocial, hoje há necessidade de leitos de doenças mentais para hospital geral, mas diretores não entendem . Requerem também material hospitalar. Equipamentos diversos. Camas, ar condicionado, para tratamento fora de domicilio. Objeto fechado. Tem gente que esta exigindo que se construa casas para poder tratar de doenças crônico degenerativas, com sequelas, neurológicas decorrentes de graves acidentes. Há ações exigindo casa de uma mulher para um filho. Exigindo casa equipada. E o Juiz decide sem interlocução com os órgãos.”

O CUSTO NÃO MENSURÁVEL.

Existe um custo que não foi colocado nessas despesas aquele oriundo de decisões mandado colocar em leitos de UTI, fazer cirurgias adiantadas, mudança de hospital, fazer procedimentos que o próprio hospital dispõe mas tem que antecipa-lo e muitas são as decisões nesse sentido que fazem parte do que se denomina judicialização.

DISCUSSÃO

A judicialização da saúde pode ser vista de diversas maneiras. Para o gestor a judicialização não é boa, interfere na tomada de decisão que antes era somente do gestor e agora passa a ser do juiz.

Para o cidadão algumas vezes é a única chance de não morrer. Se o juiz concede seu pedido ele tem possibilidade de vida, sobrevida e vida digna. Se não concede o que resta muitas vezes é a morte.

Não é uma questão simples de ser resolvida por isso o constante conflito. O Estado não pode arcar com tudo, mas o cidadão não pode ser desamparado pelo Estado.

Muitas vezes o Estado/juiz é a única alternativa a quem busca a saúde. Mas com o estudo da judicialização percebeu-se que existem distorções na concessão desse Direito.

Na própria pesquisa da SESAPI foi informado que tem pessoas requerendo bens para o lar, adaptações que fogem a estrutura da SESAPI. Pessoas requerendo e juiz concedendo aparelhos para recuperação que nem o Centro de Reabilitação de referência do estado possui, que o paciente nem sabe como usar. Concessão de inseminação artificial ao custo caríssimo.

Assim a judicialização também tem suas distorções que expusemos alguns exemplos de casos aqui no Piauí.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa procurou mostrar a partir de uma pesquisa de campo realizada em maio e junho de 2017 na sede da SESAPI o que pensa o gestor sobre a judicialização e qual o custo financeiro da judicialização no Piauí.

Para isso foi um roteiro de entrevista semiestruturado e aplicado ao gestor de saúde do Piauí. Foi peticionado também ao secretário de saúde do Piauí para obter os dados dos gastos com saúde no Piauí ao nível estadual.

O resultado indica que o gestor é contrário a judicialização, que para ele falta comunicação entre os órgãos e que muitas vezes se concede insumos inadequados.

Com relação ao gasto em saúde a resposta foi que em 2016 o estado do Piauí empenhou 2 milhões de reais e ficou faltando empenhar mais 2 milhões e que foram pagos mais de 8 milhões em decisões judiciais.

Alguns das sentenças de gastos já empenhados e desses dois milhões ainda não empenhados os pacientes já tiveram o insumo requerido faltando o Estado concluir o pagamento.

A pesquisa mostrou também que as ações contra o Estado do Piauí são das mais diversas naturezas indo desde o pedido de fraldas descartáveis até aparelhos de reabilitação, adaptação de casa, inseminação artificial e medicamentos.

BIBLIOGRAFIA

Arruda, Simone Cristina de. **Análise sobre a judicialização da saúde no Estado de Mato Grosso no período de 2011-2012** Cad. Ibero Am. Direito Sanit. (Impr.); 6(1): 86-111, jan.-mar. 2017.

ASENSI, Felipe e PINHEIRO, Roseni . **Judicialização da saúde e diálogo institucional: a experiência de lages** (sc) (r. Dir. sanit., São Paulo v.17 n.2, p. 48-65, jul./out. 2016)

BIEHL, João e PETRYNA, Adriana **“Tratamentos jurídicos: os mercados terapêuticos e a judicialização do direito à saúde.** Hist. cienc. saude-Manguinhos 23 (1) • Jan-Mar 2016 • <https://doi.org/10.1590/S0104-59702016000100011>

BALESTRA, Otávio Neto. **A jurisprudência dos tribunais superiores e o direito à saúde – evolução rumo à racionalidade.** R. Dir. sanit., São Paulo v.16 n.1, p. 87-111, mar./jun. 2015.

BOING, Alexandra. **A judicialização do acesso aos medicamentos em Santa Catarina: um desafio para a gestão do sistema de saúde.** R. Dir. sanit., São Paulo, v. 14, n. 1, p. 82-97, mar./jun. 2013.

Catanheide, Izamara Damasceno et al. **Características da judicialização do acesso a medicamentos no Brasil: uma revisão sistemática.** Physis (Rio J.); 26(4): 1335-1356, Out.-Dez. 2016.

Costa, Lindemberg A. **A Importância da criação de protocolos clínicos e a incorporação de novas tecnologias na redução da judicialização.** Rio de Janeiro; UFBA; 2016..

Campos Neto, Orozimbo Henriques et al. **A judicialização da Saúde na percepção de médicos prescritores.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 2017.

DALLARI, Sueli Gandolfi Dallari. **A construção do direito à saúde no Brasil.** Revista de Direito Sanitário, São Paulo v. 9, n. 3 p. 9-34 Nov. 2008 /Fev. 2009.

Diniz, Debora; Machado, Teresa Robichez de Carvalho; Penalva, Janaina. **A judicializacao da saude no Distrito Federal.** Ciênc. saúde coletiva 19 (02) • Fev 2014.

GOMES, Fernanda de Freitas Castro et al. **Estuda o Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização.** (Cad Saude Publica; 30(1): 31-43, 01/2014.)

LISBOA, Erick Soares e Souza, Luis Eugenio Portela Fernandes de. **Why do people appeal to the courts for access to medication? The case of insulin analogues in Bahia (Brazil).** Ciênc. saúde coletiva; 22(6): 1857-1864, Jun. 2017.

MASSAU, Guilherme Camargo e BAINY, André Kabke. **A judicialização da saúde na comarca de pelotas(rs).** (R. Dir. sanit., São Paulo v.15 n.2, p. 46-65, jul./out. 2014)

PINTO, Élide G. e FLEURY, Sonia. **Custeio do direito à saúde: em busca da mesma proteção constitucional conquistada pelo direito à educação.**

ROMERO, Luiz Carlos. **A jurisprudência do tribunal de justiça do distrito federal em ações de medicamentos.** Revista de Direito Sanitário. São Paulo v. 11, n. 2 p. 11-59 Jul./Out. 2010.

SETSUKO, Toma, Tereza et al. **Estratégias para lidar com as ações judiciais de medicamentos no estado de São Paulo.** Cad. Ibero Am. Direito Sanit. (Impr.); 5(supl): 35-54, dez. 2016.

Silva, Everton Macêdo et al. **Análise do gasto com judicialização de medicamentos no Distrito Federal, Brasil.** Cad. Ibero Am. Direito Sanit. (Impr.); 6(1): 112-126, jan.-mar. 2017.

TREVISAN, Luciano Manguiera et al. **Acesso ao tratamento para fenilcetonúria por via judicial no Rio Grande do Sul, Brasil.** Ciênc. saúde coletiva; 20(5): 1607-1616, 05/2015. tab, graf)

Verbicaro, Loiane Prado e Santos, Andreza Casanova Vongrapp.

A necessidade de parâmetros para a efetivação do direito à saúde: a judicialização do acesso ao hormônio do crescimento no estado do Pará .
Rev. direito sanit; 17(3): 185-211, 2017.

VENTURA, Miriam et al. **Acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde**
(Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 20 [1]: 77-100, 2010.

DIREITO À SAÚDE: ASPECTOS HISTÓRICOS, JUDICIALIZAÇÃO E FINANCIAMENTO

O livro aborda a judicialização da saúde no Brasil, para isso faz um resgate na história da políticas de saúde no Brasil desde seus primórdios até os dias atuais.

Descreve a evolução da saúde como direito e como política, sua judicialização e o que mudou após a Constituição de 1988.

Samuel Henderson Pereira Lopes

Home Editora
CNPJ: 39.242.488/0002-80
www.homeeditora.com
contato@homeeditora.com
91984735110
Belém, Pará, Brasil

