

FUNCIONAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE À LUZ DOS DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS

Prof^a Esp. Rosalice Santoyo Schimidt¹

Maria Águeda Belin²

Resumo

Observado o direito fundamental de saúde à luz da Constituição Federal de 1988 e seu impacto no orçamento público, observar-se-á a consequente judicialização dos casos ligados à saúde derivados do consequente parco cumprimento dos direitos estabelecidos pela Constituição Federal de 1988, com base nas teorias do mínimo existencial, da reserva do possível e da teoria dos jogos, fazendo comentário sobre como têm influência dos direitos fundamentais as decisões ocasionadas pelos casos judicializados. Por fim, notar-se-á as regras de competência da saúde face à Constituição e como o Município, o mais diretamente afetado pela partilha de competências, lida com a situação de receber o ônus direto da lida com a saúde pública, bem como algumas das regras procedimentais e organizacionais, como aquelas relacionadas à distribuição de remédios, bem como a característica do atendimento íntegro.

Palavras-chave: Direitos Sociais. Sistema de Saúde, Judicialização. SUS - Sistema Único de Saúde.

Abstract

Observed the fundamental right to health in the light of the Federal Constitution of 1988 and its impact on the public budget, it will be observed the consequent judicialization of the cases related to health derived from the consequent weak compliance with the rights established by the Federal Constitution, based on the theories of the minimum existential, the reserve of the possible and the theory of games, making a brief comment on how fundamental decisions influence decisions brought about by the judicialized cases. Finally, it will be observed the rules of competence of health in the light of the Constitution and it will be seen how the Municipality, most directly affected by the sharing of competences, deals with the situation of receiving the direct burden of dealing with public health, as well as some of the procedural

¹ Educadora Especialista na cidade de Taquarituba-SP. Secretaria de Estado da Educação de São Paulo. Licenciada pela UniFMU-SP- Letras; UNINOVE-SP- Pedagogia. Especialista em: USP-Gestão da Escola para Diretores; Faculdade Eduvale de Avaré - Capacitação Docente para o Ensino Superior; USCS-Gestão e Governança de TI; University of Oxford – Written English-Oxford. Contato: rosalicesantoyo@hotmail.com.

² Discente do Curso de Direito da Faculdade Eduvale de Avaré. Especialista na área de Hair Stylist. Contato: m.aguedabelin@hotmail.com

and organizational rules, such as those related to the distribution of medicines, as well as the characteristic of integral care.

Key words: Social Rights. Health System, Judicialization. SUS - Sistema Único de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

Devido às inúmeras teorias que assolam as questões sobre a saúde no dia a dia dos brasileiros, o estudo objetiva reunir informações para fazer um entendimento do processo de construção do sistema de saúde, de sua estrutura organizacional, sua aplicação, complicações, a análise dos pontos fortes e fracos.

O artigo não tem a pretensão de defender o sistema ou proteger a sociedade, mas sim de conhecer fatos, uma vez que, ao se observar a teoria de Nasch, conhecida como Teoria dos Jogos, bem como as Teorias do Mínimo Existencial e da Reserva do Possível, o objetivo do sistema de saúde de criar condições de oferecer ao usuário, fundamentalmente, o equilíbrio entre a pretensão, o interesse, a capacidade e a necessidade tem de vir a ser com base na sociedade e no Estado.

Como é requerido da análise dos direitos fundamentais, observar-se-á sua evolução na história, bem como a presença dos direitos sociais nas constituições brasileiras ao longo do tempo. Será verificado o direito social como direito fundamental, e como ocorre tal situação em face do sistema orçamentário brasileiro.

Após a análise da judicialização da saúde com base nas teorias da reserva do possível e do mínimo existencial, fundamentada na teoria dos jogos, será possível vislumbrar como têm se comportado, as decisões judiciais acerca do tema.

O referido artigo ressalta o estudo de como ocorre a saúde nos municípios, o ente federado que tem a relação mais próxima com o usuário do sistema de saúde brasileiro, abordando os temas da igualdade no atendimento e da universalidade também, bem como o dever de atendimento íntegro aos usuários, um breve recapitular acerca das competências, confirmando como ela ocorre, culminando na forma de organização da distribuição de medicamentos aos usuários dos sistemas de saúde.

2 Dos direitos sociais

Os direitos fundamentais são resultantes de um processo de luta dos movimentos sociais quase sempre contra o poder opressor do Estado, em busca de valores da dignidade da

pessoa humana, da liberdade e da igualdade de condições sociais, políticas, culturais ou econômicas. A civilização humana percorreu um longo caminho, desbravando uma constante perspectiva de conquistas vinda através das transformações graduais e menos sistemáticas, como a prática de lutas sangrentas e guerras.

Nesse sentido, assevera Bobbio apud Menezes, 2015, p.32:

(...) os direitos do homem, por mais fundamentais que sejam, são direitos históricos, ou seja, nascidos em certas circunstâncias, caracterizados por lutas em defesa de novas liberdades contra velhos poderes, e nascidos de modo graduado, não todos de uma vez, nem de uma vez por todas.

Os direitos sociais no Brasil, de alguma forma, sempre fizeram parte das Constituições brasileiras, em algumas com mais, em outras com menos intensidade. A Constituição de 1824 assegurou a liberdade de expressão do pensamento, a liberdade de convicção religiosa e a realização de culto privado com a ressalva de que fosse respeitada a religião do Estado, e, ainda, assegurava a liberdade de expressão pela imprensa. No que tange aos direitos sociais, assegurava a igualdade de todos perante a lei, a liberdade de trabalho e o acesso ao ensino primário gratuito. Garantia também acesso a todos os cidadãos aos cargos públicos e havia proibição de foro privilegiado. Além disso, garantia o direito à saúde a todos os cidadãos, inclusive o direito dos presos de que as cadeias deveriam ser limpas e arejadas.

A Constituição de 1934 criou o Ministério do Trabalho e instituiu uma forte conscientização pelos direitos do trabalho, mas diante de seu curto período de sobrevivência de apenas três anos, seus objetivos foram frustrados. Não davam grande enfoque para a saúde, mas é importante ressaltar a presença dos Direitos Sociais em ambas as Constituições.

A Constituição de 1937 previa a competência privativa da União para legislar sobre normas fundamentais da defesa e proteção da saúde, especialmente da saúde da criança e instituiu, ainda, que a legislação do trabalho deveria observar a assistência médica e higiênica no trabalho, bem como a licença-maternidade.

A Constituição de 1946 trouxe um capítulo exclusivo, no Título V, denominado “Da Ordem Econômica e Social”, que tinha como princípio a justiça social, conciliando a iniciativa com a valorização do trabalho.

Destarte, ressalta-se que não basta apenas positivar uma norma de Direito Social, mas haver um esforço, tanto público quanto privado, desde o administrador ao administrado, para que esses direitos saiam do papel e se tornem uma realidade perene, eficiente e eficaz.

3 A Constituição Federal de 1988

Ao inserir os direitos sociais na Constituição Federal de 1988, como direitos fundamentais, deu-se uma nova fase na constitucionalização dos direitos sociais no Brasil, bem como adveio o verdadeiro interesse na preocupação em assegurar ao cidadão o mínimo necessário a sua existência com dignidade, assim como, as condições de emprego e trabalho, objetivando diminuir injustiças sociais daqueles que se encontravam em situação de maior vulnerabilidade, a até mesmo vítimas da exclusão social.

Os Direitos Sociais estão presentes em toda a Constituição e mesmo fora dela, mas há que se dar destaque ao art. 6º:

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 (BRASIL, 1988).

A saúde, um dos direitos sociais é, portanto, um direito fundamental e, como todos eles, tem aplicação imediata para a sociedade brasileira. Portanto, passa o destinatário dos direitos sociais, o cidadão, a ser o sujeito ativo no que consta como parte passiva o Estado, pois é obrigação do Estado, como formador das normas constitucionais, principalmente aquelas que prevêem garantias e direitos fundamentais, aplicá-las de forma imediata.

A interpretação sobre a fundamentação objetiva de uma norma consagrada como direito fundamental passa a ser analisada no contexto de atender a coletividade, o interesse público. Quanto a esta dimensão, os direitos fundamentais têm seus resultados na juridicidade, um reflexo dos anseios da sociedade. A perspectiva objetiva do direito fundamental ultrapassa o da garantia subjetiva de posições individuais, para construir um entendimento de normas que filtram os valores básicos da sociedade e contribui assim para um ordenamento jurídico do Estado Democrático de Direito.

Desta forma veja-se a posição de Menezes, 2015, p.66:

Assim, observa-se que a dimensão objetiva dos direitos fundamentais sociais implica medidas efetivas e vinculam todos os poderes estatais. Todavia, compete ao Executivo a aplicação das políticas públicas aprovadas pelo Legislativo, sem, contudo, prescindir do princípio constitucional do piso vital mínimo.

A norma objetiva a ser pleiteada deve estar à disposição da sociedade na forma de aplicação das devidas políticas públicas para este fim, principalmente por parte do Poder Executivo, após a

devida aprovação dada pelo Poder Legislativo. Contudo, à visão subjetiva dos Direitos Sociais, trata-se do direito subjetivo poder reclamar judicialmente, visto que este atende a situação jurídica, que determina que o conteúdo da norma tenha como destinatário final o titular do direito, criando-se uma relação trilateral entre o titular, o destinatário e o objeto do direito. Assim posto, o direito subjetivo representa ao direito do sujeito uma vantagem consagrada na relação jurídica, portanto o direito subjetivo tem uma posição jurídica vantajosa que efetiva o direito objetivo.

Tal visualização subjetiva de direito vincula um bem ou valor ao seu destinatário, a pessoa, por garantia de uma definição axiológica, atribuindo ao entendimento o uso de mecanismo que possa assegurar ao destinatário meios eficazes, por ter o direito subjetivo o reconhecimento no campo da juridicidade. Há que se atentar aos fatores que são característicos de direitos subjetivos, mesmo eles sendo os direitos fundamentais em si.

Por serem normas de direcionamento estatal, de programação das atividades daquele que administra a máquina pública, a fim de atender aos anseios da sociedade e, dessa forma, fazer valer as normativas fundamentais, há que se observar, no caráter subjetivo dos direitos sociais, características da própria individualidade daquele que pleiteia seus direitos.

4 Direitos sociais como direitos fundamentais e o orçamento público

Os direitos fundamentais de segunda geração surgiram em 1917 na Constituição Mexicana e, em 1919, pela Constituição de Weimar a partir da qual houve um rompimento com a ideia de liberal e passaram a ser constitucionalizados, e tiveram a inspiração nas teorias socialistas, com a finalidade de assegurar a dignidade de toda a coletividade assim como representar o interesse público.

O planejamento nas políticas públicas requer que a administração permita reduzir as causas que perpetuam a ineficiência estatal, a começar pelo planejamento das próprias contas públicas, a fim de que sejam essas próprias políticas efetivadas na forma que a Constituição garante, pois sua execução demanda forte utilização dos recursos financeiros públicos. As decisões e/ou previsões postas no orçamento devem estar subordinadas aos direitos fundamentais e assim ser sustentadas. Desta forma, no Estado Democrático de Direito, a concretização dos direitos sociais positivados na Constituição Federal não deve dela se divorciar.

A política econômica e financeira expressa nas leis orçamentárias cria a possibilidade de se fazer um acompanhamento da aplicação dentro das previsões. Considera-se que mesmo os direitos fundamentais custam, e esse custo tem impacto direto no orçamento público, cuja receita vem do bolso do contribuinte, ou seja, o cidadão. Ainda assim, há vezes em que a própria Administração nega ou viola o direito do cidadão de ter acesso àquilo que a Constituição atribui como fundamental e

primordial para a vida em sociedade, neste caso, o acesso à saúde. É nesse aspecto que atua o Poder Judiciário, e sua atuação, na tutela dos direitos fundamentais sociais, é bem-vinda e necessária para dirimir litígios quando a violação desses direitos sociais pela administração em desenvolver políticas públicas definidas na Constituição Federal é necessária para promover o mínimo essencial de dignidade humana.

Considerando a multiplicidade de critérios que possibilitam ser empregados nas decisões a serem tomadas, os poderes Legislativo e Executivo têm prerrogativas diante da escassez de recursos e a necessidade de incrementar algumas atividades de extrema relevância que interessam para o respectivo trabalho na área da saúde. Há uma necessidade de motivação e controle no critério de escolha, que deverá atender as necessidades dos destinatários e essas questões deverão ser apresentadas para a coletividade e com ela discutidas.

5 Sistema único de saúde – S U S

A Constituição Federal de 1988, Seção II, no artigo 198, estabelece que a organização do sistema de saúde seja numa rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada e constitui um sistema único. O Artigo 23, II, ressalta que é competência comum dos entes federados.

Os direitos sociais, como base do exercício da cidadania, exemplificados na saúde, na qualidade de vida, no atendimento ao exercício de seus direitos primitivos entre outros não é apenas não ter doença, é um bem-estar físico e mental e, para que o ser humano tenha essa condição, são necessários alguns requisitos que compete ao Poder Público fornecer. Desta forma, as medidas a serem providenciadas pelo Estado vão desde a medicina curativa e preventiva a condições dignas de moradia, trabalho, lazer, alimentação saudável, educação, etc. Através das políticas públicas é que o Estado instituiu em seu ordenamento mecanismos para garantir, de forma organizada e planejada, as ações que vão assegurar que o direito social atenda à diversidade das necessidades da sociedade e possa agregar valores que vão além do mínimo necessário para se viver com dignidade. Porém, na incapacidade de o Estado garantir os direitos fundamentais sociais, compete ao Poder Judiciário julgar e/ou exigir a sua efetivação.

A Carta Magna estabeleceu à população em geral diversos dispositivos sobre benefícios a serem cobertos, afirmou a universalização dos serviços de saúde e de assistência social, já que, nos sistemas constitucionais anteriores, era necessário um vínculo ao sistema previdenciário para ter acesso ao sistema de saúde pública da época.

Ressalta o professor MENEZES (2015, p. 116-117):

A Constituição Cidadã instituiu, nessa perspectiva, textualmente, e seu art. 196, a saúde como direito de todos e dever do Estado enquanto acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de promoção, proteção, recuperação da saúde, bem como a participação, em caráter complementar, das instituições privadas do setor no Sistema Único de Saúde (SUS).

Eis a importância da validação dos direitos aos quais devem ter acesso aqueles que deles dependem. E, neste caso, esta validação deu origem ao Sistema Único de Saúde.

6 A judicialização da saúde

O Estado brasileiro tem encontrado grandes dificuldades em efetivar o acesso à saúde, constituído como direito de todos e dever do Estado a ser garantido mediante políticas públicas que, de forma efetiva, assegurem o seu pleno exercício, nos termos do art. 198, II: “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”. E essa garantia é reafirmada pela Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde - SUS, em seu art. 2º: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu exercício”.

O aumento da demanda que, por meio de reiterado ajuizamento de ações, em busca de assegurar junto ao Judiciário o acesso universal e atendimento integral à saúde, inclusive internações, transporte, exames e medicamentos, que não são fornecidos administrativamente, motivou as demandas que se transformaram no fenômeno da judicialização da saúde. Ademais, a falta de coordenação entre vários serviços somada ao subfinanciamento tem sido vistos como os dois principais fatores responsáveis pela não efetivação da garantia do acesso aos serviços de saúde.

Em sintonia com o federalismo solidário, a Constituição Federal atribui a responsabilidade do cuidado da saúde à União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, através do art. 23, II: “cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência”. Como se trata de competência constitucional comum, é vista como responsabilidade solidária entre a maioria dos doutrinadores e, assim, é defendida de forma liberal e autônoma. Logo, a constitucionalização tem caráter institucional, atribuindo aos entes federados a responsabilidade de garantir o acesso universal e igualitário ao destinatário através da legislação infraconstitucional na medida de sua competência.

Isto traz à lembrança uma teoria bastante peculiar, qual seja a teoria dos jogos, que estuda o cenário em que a tomada de decisões entre vários indivíduos, que buscam o mesmo resultado, não é independente. Assim, cada um depende das decisões dos outros. Este equilíbrio é chamado de Equilíbrio de Nash, teoria desenvolvida por John Nash Jr. As

decisões dependem da combinação de muitas ações em cadeia até chegar a um equilíbrio.

Quando se trata de judicialização da saúde, por mais que o estado do paciente deva ser observado no momento da tomada da decisão e do provimento pela aplicação da lei, não se deve restringir a situação do ajuizamento de uma situação de competência da saúde pública a uma mera confirmação de um anseio particular sobre o erário público.

O Estado tem encontrado dificuldades para atender aos anseios da sociedade na concessão dos direitos sociais em geral e como agente da promoção, é responsável pelos direitos que inauguram as bases do Estado Social e, sob esse aspecto, o mínimo existencial tem como a base o alicerce necessário para a vida humana, um direito fundamental e essencial, disposto na Constituição Federal de 1988, tendo em vista que é inerente ao ser humano, tem previsão constitucional e independe de lei para sua obtenção, estando ligado diretamente à ideia de justiça social fundamento/princípio, do Estado Social, instituído na Constituição em um capítulo, sendo o tal de importância ímpar.

O mínimo refere-se às necessidades que visam garantir não só as condições de dignidade humana, mas a própria existência do ser humano, desta forma abrangendo um conjunto de prestações materiais essenciais para que todo Ser Humano tenha uma vida digna.

Dada sua importância, o mínimo existencial é consagrado como sendo o núcleo do Princípio da Dignidade da Pessoa Humana previsto no artigo 1º, III, da Constituição, ou seja, o princípio basilar da dignidade da Pessoa Humana.

A reserva do possível possui outras denominações como, reserva do financiamento possível ou ainda reserva da consistência. Pode-se analisar a reserva do possível em dois aspectos: um jurídico e outro fático. Este último refere-se aos recursos financeiros disponíveis para a satisfação prestacional, já o primeiro à previsão/dotação orçamentária, portanto se trata de uma característica legislativa em conjunto com o Estado, perante os respectivos recursos.

A reserva do possível tem sido utilizada para justificar a ausência de recursos do Estado, argumento usado para não cumprir com o papel que a própria Constituição lhe conferiu, qual seja o compromisso de atender as necessidades da sociedade protegida pelo ordenamento jurídico e por estes representantes.

Na situação intrincada em que vive o Brasil, portanto, não se trata de uma dialética, e sim de uma questão de incapacidade do Poder Público de organizar a partir da juridicidade, que é imutável, mecanismos que possam dar efetividade à premissa maior de um Estado Social, que é o mínimo necessário para uma vida digna, para que a reserva do possível tenha a função de efetivar uma eventualidade sob o argumento da obrigatoriedade cogente e cumprimento para o Estado, e não atribuir a omissão à escassez de recursos.

A orientação da Constituição Federal, na criação de uma rede de saúde de forma

descentralizada e com “direção única em cada esfera do governo”, evidencia que a responsabilidade é solidária no seu aspecto institucional, com a finalidade de impor à União, aos Estados-membros, ao Distrito Federal e aos Municípios a organização do sistema público de saúde com o planejamento e coordenação de políticas que garantam o acesso universal, igualitário e com atendimento integral.

Cada esfera do governo comporta uma autonomia, partindo-se do princípio de que todos têm uma direção única, fundamentada na coordenação de políticas que levam à efetivação das diretrizes com o objetivo de atender à sociedade de forma individualizada e universal. Dentro das organizações administrativas, serão estabelecidas as atribuições de cada ente federado. A solidariedade, como regra de repartição da competência hierarquizada, cria regras que colocam em atrito os institutos constitucionais, mormente porque seria dar estruturas similares à União, como os Estados-membros e os Municípios para atender a uma única finalidade. A atual estrutura autônoma teria que viabilizar mecanismos para atender tal interpretação dando aos entes federados uma obrigação contratual, dotada de eficiência operacional, na tentativa de evitar desperdício de verbas.

Dadas as diferentes ideologias políticas atribuídas aos governantes e, diante da autonomia Federativa de Estados-membros, Distrito Federal e Municípios, é difícil vislumbrar um sistema único e centralizado para abrigar o sistema de saúde. Por isso, a interpretação do art. 198 assume a forma de um todo de organismo, em que as partes irão se desenvolver de forma complementar para atender a uma estrutura operacional definida ou complementada pelo art.30, VII. Atentando para os questionamentos que vinculam os dispositivos constitucionais e a legislação que regula o Sistema Único de Saúde, verifica-se que a inexistência de uma consolidação das normas que regem o SUS favorece as mais diversas interpretações, dando uma dimensão maior às dificuldades iniciais, qual seja, a de extrair o verdadeiro sentido da afirmação de competência comum. É um conjunto de fatores que leva à falta de clareza normativa que possa orientar tanto o usuário como o operador de direito, esquivando-se do dever de interpretar as normas administrativas distributivas de responsabilidades.

7 A saúde nos municípios

A municipalização da saúde, quando da interpretação do art. 30, VII, da Constituição Federal, cabendo à União e aos Estados-membros prestar cooperação técnica e financeira se dá pela alegação de que o município se encontra mais próximo à população, entendimento que

leva a crer em uma interação privilegiada para detectar as prioridades e instrumentos funcionais mais ágeis para prestar um serviço de saúde eficiente e efetivo ao desenvolver as políticas públicas de saúde. Porém, o fato de a responsabilidade da execução dos serviços de saúde ser do Município, não isenta do compromisso constitucional a União, os Estados e o Distrito Federal. Portanto, cabe aos entes federados a cooperação efetiva do financiamento do sistema de saúde da população, Art. 198, § 1º, criando a responsabilidade tripartite.

A municipalização dos serviços de saúde se dá através do pacto da repartição das responsabilidades e definido que os municípios serão os responsáveis apenas pelas ações e serviços da saúde dentro dos limites normativos e do pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou na Comissão Intergestores Tripartites (CIT), portanto na falta de regulamento e, se não estiver repartida a competência entre os gestores, cabe a responsabilidade a todos os gestores dos serviços de saúde, inclusive a responsabilidade executiva do Município.

Existe um grande interesse por parte do Município na organização, estruturação e implantação do sistema de saúde com a definição das atribuições e a repartição da competência, para que se efetivem os mecanismos de cooperação técnica e financeira da Constituição Federal (art.30, VII, e art.198 §1º), agilizados para atenuar a condição de parte vulnerável mediante as imposições judiciais indevidas, portanto de competência de outro gestor; diante das omissões, acabam sendo remessadas ao Município pela proximidade entre gestor e destinatário. Mecanismo disposto no art.35, VII da Lei 8.080/90.

Uma vez realizada toda uma estrutura operacional, devidamente normatizada, não há que se falar em ignorar a divisão de atribuições e a repartição de competências entre os gestores; não há como desprezar as regras de responsabilidade que comandam quem cumpre a obrigação de realizar o serviço ou fornecer determinado medicamento. Observa-se que aos Municípios, cabe a responsabilidade de encaminhar os pacientes de procedimentos de média e alta complexidade para a rede regionalizada, esta sob a coordenação do Estado, assim como será do Município que assumiu a responsabilidade da rede regionalizada pelo atendimento, assim como serão do Estado e da União os responsáveis pela organização e coordenação.

A disposição do art. 196 traz, em seu texto, a determinação de que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado, assegurado o acesso universal e igualitário, garantido mediante políticas públicas (sociais e econômicas) com prevalência para as ações que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos”. A referência ao acesso “universal e igualitário” consiste no reconhecimento de que os serviços prestados pelo SUS serão

assegurados a todos, com isonomia no tratamento e no acesso, sem preconceito ou privilégio de qualquer espécie, inclusive financeiro”, ou seja, todos os direitos fundamentais relacionados à dignidade da pessoa humana deverão ser respeitados no trato dos pacientes submetidos ao Sistema Único de Saúde.

O art. 198, II, da CF, ao priorizar as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais e do atendimento integral, propõe um conjunto de ações, de forma articulada, que possam garantir e instruir uma política pública de saúde preventiva e curativa que possa oferecer atendimento individual e coletivo, afastando-se, desta forma, a possibilidade de atribuir um efeito puramente programático. Portanto, a ação proposta pelo artigo orienta a aplicação dos serviços de execução de forma imediata, ou seja, elas têm efeito concreto.

A lei orgânica do SUS prevê o atendimento na integralidade de “qualquer procedimento mesmo aqueles não previstos nos seus protocolos, e ainda se tratando de atendimento fundado na medicina baseada em evidências. É relevante ressaltar que “o Estado brasileiro optou pela saúde baseada em evidência, de modo que, sob o fundamento da integralidade, não se pode exigir do poder público o financiamento de ações e serviços de saúde para procedimentos ou medicamentos experimentais”. Isto posto, ao dar entendimento que o acesso à saúde está orientado nos atendimentos pela medicina baseada em evidência, entende-se que, no referente ao acesso a qualquer medicamento ou procedimento, principalmente àqueles que estão em fase de experiência, não está obrigado o Estado a cooperar com financiamentos, razão pelo qual somente serão beneficiados os tratamentos compatíveis com o estágio atual da ciência médica.

A Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012, trata e dispõe sobre os valores mínimos que deverão ser despendidos pelos entes federados do Estado brasileiro na saúde, discorrendo também sobre rateios e transferências, trazendo regras gerais de financiamento e discriminando especificamente o que é gasto com a saúde. Tudo isso com base no mínimo de gastos públicos com a saúde, ficando estabelecido em 15% para os Municípios e em 12% para os Estados Federados.

8 Assistência farmacêutica

A regulação da saúde pública do Brasil juntamente com a apresentação das normas infraconstitucionais que definem as diretrizes contidas no norteamento da Constituição Federal, cabendo para o artigo algumas considerações sobre a repartição da competência

dentro da regulação da assistência farmacêutica, que se verifica a partir da Resolução 338 do Conselho Nacional de Saúde - CNS, conselho este que aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica que passou a contar com um norte para definir suas atribuições, o que se deu através da elaboração de uma Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME, que consiste em uma lista de medicamentos padronizados, selecionados, disponibilizados para os atendimentos no âmbito do SUS, e quanto a este programa, analisam SANTOS e TERRAZAS (Orgs.), 2014, p. 47) que:

A portaria GM/MS nº 533, de 28 de março de 2012, atualizou a RENAME que está estruturado em cinco blocos, primeiro os medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, segundo, Medicamento do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica, terceiro, Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, quarto, Relação Nacional de Insumos e o quinto Medicamento de Uso Hospitalar.

O Componente Básico de Assistência Farmacêutica (CBAF) é de competência das políticas dos Municípios destinados a atender agravo e programas de saúde específicos, inseridos na rede de Atenção Básica, que são os medicamentos e insumos para atendimento básico classificado como atendimento primário. Ainda entre os medicamentos incluídos no componente básico, o RENAME possui um anexo em que se encontram os medicamentos.

Recentemente, a Portaria nº 1555, de 30 de julho de 2013, passou a regular as normas de financiamento e execução, bem como acrescentou mais medicamentos aos que já constavam no RENAME. Quanto ao financiamento, advém o Componente Básico de Assistencial Farmacêutica (CBAF) da União dos Estados-membros, do Distrito Federal e dos Municípios proporcional em percentual pelo número de habitantes, conforme o disposto no art. 3º desta Portaria. Quanto à execução, o Componente Básico de Assistência Farmacêutica a definirá por meio de dação das diretrizes de aquisição, oferta e dispensação de forma contínua e isto ocorrerá de acordo com indicações dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), atribuindo a responsabilidade solidária dos Estados-membros, Distrito Federal e Municípios, conforme dispõe a referida Portaria nos art. 8º, 9º e 10.

As doenças de perfil endêmico e outras que ponham em risco a saúde da coletividade e tenham repercussão socioeconômica são observadas com base no Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CEAF), que dispõe de políticas públicas que atendam os serviços e/ou estruturas operacionais ou técnicas para os procedimentos específicos.

São centralizados, no Ministério da Saúde, a aquisição e o financiamento realizados

através do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica para os tratamentos de agravos específicos, agudos ou crônicos de doenças que são consideradas problemas de saúde pública, em que a coordenação é feita através de políticas.

O Ministério da Saúde é responsável pela aquisição dos medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica, enquanto que é a Assistência Farmacêutica Estadual a responsável pela aquisição dos componentes que deverão ser conseguidos para a reposição do estoque e responsável, ainda, pela logística e distribuição às Regionais e aos Municípios.

A Portaria nº 1554, de 30 de julho de 2013, regula o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEspAF), que classificou os medicamentos que não são dispensados ordinariamente. O fornecimento do Medicamento será para atendimento individualizado e depende de uma Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) regulado pela Portaria de nº 2981/2009 que define uma estratégia de acesso a medicamentos no SUS em garantia da integridade do tratamento medicamentoso, na questão ambulatorial, de acordo com as orientações definidas em Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas publicado pelo Ministério da Saúde.

Os Medicamentos da CEspAF são divididos em três grupos de acordo com as características específicas para a definição de responsabilidade (art. 3º da Portaria GM/MS nº 1554/13). O primeiro grupo, que faz a subdivisão de responsabilidade em dois subgrupos, sendo o primeiro relacionado ao Ministério da Saúde e o segundo relacionado às competências das Secretarias da Saúde dos Estados e do Distrito Federal; o segundo grupo se refere aos medicamentos que são de responsabilidade das Secretarias da Saúde do Estado e do Distrito Federal, e o terceiro grupo é a parte da portaria em que constam os medicamentos de responsabilidade das Secretarias da Saúde do Distrito Federal e dos Municípios. Pode-se, portanto, verificar que o CEspAF é de competência do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual da Saúde, sendo que apenas o terceiro, que está incluído na Atenção Básica do RENAME, é de responsabilidade dos Municípios.

Por fim, a argumentação para justificar a formação de redes regionalizadas e hierarquizadas de distribuição e atribuições para as repartições de competência dos gestores, tem a finalidade de compreensão do motivo de levar um atendimento que possa oferecer os serviços prestados pelo SUS às mais diversas peculiaridades populacionais regionais.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se constatar que, apesar de elevar o direito à saúde ao patamar de direito fundamental, inseri-lo como direito social na Constituição Federal e haver previsão de um regime jurídico específico para tal, por meio da evolução histórica do homem por meio de muita luta, atribuindo-lhe competências diretamente aplicáveis pelos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, no caso de análise judicial, ainda não se vê suficiência para garantir um sistema de saúde digno para a sociedade brasileira. Portanto, deve haver a participação social ostensiva a fim de que os preceitos fundamentais acerca da saúde sejam implementados com a devida eficácia.

Tem-se de observar, ainda assim, que a maior parte da onerosidade do sistema de saúde brasileiro está com o município, uma vez que é o ente federado mais próximo dos cidadãos-usuários do sistema de saúde brasileiro, mais do que com a União e os Estados. Nesse pensamento, deve-se lembrar que o atendimento ao usuário deve ser igualitário e universal, e isso quer dizer que todos os medicamentos e atendimentos devem ser disponibilizados de forma irrestrita àqueles que lançarão mãos do sistema, na forma estabelecida pela Constituição Federal de 1988, para que a universalidade e a igualdade não se tornem mera retórica política. E, quanto à distribuição dos medicamentos, o Conselho Nacional de Saúde estabeleceu uma lista de medicamentos que são disponibilizados aos usuários do sistema de saúde brasileiro: o RENAME, que dá a diretriz no país, o que afetará, ao final, o município, no modo de realizar a distribuição, esta ocorrendo conforme seus preceitos definidores de competência compartilhada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados e as Secretarias de Saúde dos Municípios, sendo o Estado responsável pelo estoque de medicamentos no Município, devendo estes serem descartados conforme os ditames do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, G. C. S. **Judicialização da Saúde: uma reflexão à luz da teoria dos jogos.** In: Revista CEJ, Brasília, Ano XVI, n. 57, p. 88-9, mai/ago. 2012. Disponível em: <<http://www.cjf.jus.br/ojs2/index.php/revcej/article/download/1592/1569>>. Acesso em: 14 ago. 2016.

BRASIL. **Constituição Federal (1988).** Constituição da República Federativa do Brasil promulgada em 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 10 ago 2016.

DINIZ, M. H. **Dicionário jurídico universitário.** São Paulo: Saraiva, 2010.

IURCONVITE, A. S. **A evolução histórica dos direitos sociais**: da Constituição do Império à Constituição Cidadã. In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, XIII, n. 74, mar 2010. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7417>. Acesso em: 12 ago. 2016.

VILLAR, M. S. (Org.). **Dicionário Houaiss conciso**. São Paulo: Moderna, 2011.

MENEZES, V. H. M. de. **Direito à saúde e reserva do possível**. Curitiba: Juruá, 2015.

SANTOS, L. TERRAZAS, F. (Orgs.). **Judicialização da saúde no Brasil**. Campinas: Saberes, 2014.

TERUYA, G. **Resumão/história. As revoluções burguesas**. In: Folha de São Paulo, 01 nov. 2001. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/educacao/ult305u6719.shtml>>. Acesso em: 12 ago. 2016.