

FACULDADE DAMAS DA INSTRUÇÃO CRISTÃ
CURSO DE DIREITO

FLÁVIO DUNCAN MEIRA JÚNIOR

**JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: ACESSO AOS MEDICAMENTOS COMO
GARANTIA AO DIREITO À SAÚDE E AS LIMITAÇÕES DO PRINCÍPIO DA
RESERVA DO POSSÍVEL**

RECIFE

2022

FLÁVIO DUNCAN MEIRA JÚNIOR

**JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: ACESSO AOS MEDICAMENTOS COMO
GARANTIA AO DIREITO À SAÚDE E AS LIMITAÇÕES DO PRINCÍPIO DA
RESERVA DO POSSÍVEL**

Monografia apresentada à Faculdade
Damas da Instrução Cristã como requisito parcial
para obtenção do título de Bacharel em Direito.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Renata Cristina
Othon Lacerda de Andrade.

RECIFE

2022

Catálogo na fonte
Bibliotecário Ricardo Luiz Lopes CRB-4/2116

Meira Júnior, Flávio Duncan.
M514j Judicialização da saúde: acesso aos medicamentos como garantia
ao direito à saúde e as limitações do princípio da reserva do possível /
Flávio Duncan Meira Júnior. - Recife, 2022.
45 f.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Renata Cristina Othon Lacerda de Andrade.
Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia - Direito) – Faculdade
Damas da Instrução Cristã, 2022.
Inclui bibliografia.

1. Judicialização. 2. Saúde. 3. Medicamentos. I. Andrade, Renata
Cristina Othon Lacerda. II. Faculdade Damas da Instrução Cristã. III.
Título

340 CDU (22. ed.) FADIC (2022.1-006)

FACULDADE DAMAS DA INSTRUÇÃO CRISTÃ
CURSO DE DIREITO

FLÁVIO DUNCAN MEIRA JÚNIOR

**JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: ACESSO AOS MEDICAMENTOS COMO
GARANTIA AO DIREITO À SAÚDE E AS LIMITAÇÕES DO PRINCÍPIO DA
RESERVA DO POSSÍVEL**

Defesa Pública em Recife, _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA:

Presidente

Examinador (a)

Dedico este trabalho a minha saudosa avó, a minha mãe, minha esposa e aos meus amados filhos, Ana Sofia e Mateus, que sempre me incentivaram.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus professores, colegas de turma e a todos aqueles que compõem a Faculdade Damas, e em especial a minha orientadora Professora Renata Andrade pela dedicação em nortear-me na elaboração do presente TCC.

RESUMO

Este trabalho apresenta como o estado brasileiro vem se deparando ao longo dos anos com a crescente judicialização da saúde, em particular, dos tratamentos com medicamentos, em virtude das obrigações legais impostas pela Constituição Federal, levando em consideração os Direitos Fundamentais, bem como a dignidade da Pessoa Humana. O objetivo geral deste trabalho é demonstrar o paradoxo existente entre a obrigação do estado em disponibilizar saúde à população, mas limitando-se o a disponibilidade orçamentária dos entes estatais, o que se agrava ainda mais, quando demandas judiciais individuais, com a obrigação imposta ao estado por sentença, em geral, para o custeio de medicamentos ou tratamentos de alto custo, terminam em comprometer ainda mais o já sofrido SUS, comprometendo o serviço prestado à coletividade.

Palavras-chave: Judicialização; Saúde; Medicamentos .

ABSTRACT

This work presents how the Brazilian state has been facing over the years with the increasing judicialization of health, in particular, of drug treatments, due to the legal obligations imposed by the Federal Constitution, taking into account the Fundamental Rights, as well as the dignity of the Human Person. The general objective of this work is to demonstrate the paradox between the state's obligation to provide health care to the population, but limiting the budget availability of state entities, which is even worse, when individual lawsuits, with the obligation imposed on the state by sentence, in general, for the cost of high-cost drugs or treatments, end up compromising even more the already suffered SUS, compromising the service provided to the community.

Keywords: Judicialization; Health; Medicines .

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS	10
1.1 SUS: DEFINIÇÕES, FINALIDADES E OBJETIVOS	10
1.2 HISTÓRICO DO SUS NO BRASIL	11
1.3 A ESTRUTURA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	15
1.3.1 <i>Componente Básico de Assistência Farmacêutica - CBAF</i>	16
1.3.2 <i>Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica - CESAF</i>	16
1.3.3 <i>Componente Especializado de Assistência Farmacêutica - CEAF</i>	17
1.4 A LISTA DOS MEDICAMENTOS AUTORIZADOS NO BRASIL	17
2 O ORÇAMENTO PÚBLICO	19
2.1 ORÇAMENTOS ANUAIS - EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA - RELATÓRIOS E TRANSPARÊNCIA.....	21
2.2 EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA	21
2.3 PLANO PLURIANUAL	22
2.4 LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS – LDO	23
2.5 LEI ORÇAMENTÁRIA ANUAL – LOA	23
3 PLANOS DE SAÚDE	24
3.1 JULGADOS RECENTES (STJ/STF)	27
3.2 AUMENTO DA DEMANDA.....	30
3.3 DEMANDA REPRIMIDA	32
3.4 ROL DOS MEDICAMENTOS DO SUS (DE QUE FORMA SE ATUALIZA DE ACORDO COM AS DEMANDAS?	32
3.5 COMO O GOVERNO CONSIDERA SEU INCREMENTO?.....	33
3.6 QUAIS AS LIMITAÇÕES?	33
3.7 PRINCÍPIO DA RESERVA DO POSSÍVEL	34
3.8 A ANÁLISE DA DEMANDA (REAL X ORÇAMENTO- PLANEJADO)	35
CONCLUSÃO	36
REFERÊNCIAS.....	39

INTRODUÇÃO

É importante ressaltar que a judicialização da saúde no Brasil vem crescendo de maneira inquestionável, levando a um cenário que pode privilegiar o direito individual à custa do direito da coletividade usuária do Sistema Único e Saúde - SUS, ofendendo ao princípio da isonomia e da eficiência. Assim, este conflito vem mostrando que para o Estado garantir o direito à saúde de um indivíduo, acaba que por vezes decidir restringindo o direito da coletividade.

Neste contexto, existe um amplo debate acerca de questões fáticas, financeiras, e das consequências acarretadas por decisões judiciais no SUS, onde a população brasileira é muito carente da assistência do estado no âmbito da saúde. Apesar de ser uma garantia constitucional os brasileiros, mais necessitados, clamam pela judicialização desse direito perante os tribunais em todo território nacional com a ideia de buscar a efetividade de todos estes direitos.

Desta forma, não faltariam argumentos para determinar ao Estado o fiel cumprimento das obrigações legais impostas pela Constituição Federal, levando em consideração os Direitos Fundamentais e também a Dignidade da Pessoa Humana. O acesso à saúde é garantido pela Constituição Federal de 1988 onde o Estado tem a obrigação de promover e zelar pela saúde de todos os cidadãos, sem qualquer distinção, de modo a incluir no planejamento econômico, em todas as esferas, seja federal, estadual e municipal, meios nos quais as políticas de saúde possam desempenhar o papel estabelecido.

Muitos fatores contribuem para a crescente judicialização da saúde, como investimento em tecnologias na elaboração de tratamentos medicamentosos, insumos, dentre outros, fruto da indústria farmacêutica. Diante de um tema bastante atual e polêmico no ordenamento, faz-se necessário investigar a temática pois o assunto ganhou espaço e divide a opinião não apenas dos operadores do direito, mas também dos gestores públicos, dos profissionais de saúde e da sociedade civil, o que justificou a realização desse trabalho.

Sabendo que a forma de prover esse acesso vem chamando atenção dos tribunais superiores acerca dos conteúdos das decisões do judiciário brasileiro, principalmente com ênfase no Princípio da Reserva do Possível e das limitações orçamentárias do Estado, visa responder: É possível o Estado garantir o acesso amplo aos medicamentos de alto custo, mesmo que experimentais, sem

comprometer o sistema legal? De fato, às políticas públicas voltadas à saúde são ineficazes e acarretam um excesso de ações judiciais para garantia dos direitos, obrigando o judiciário a intervir nas ações de políticas de saúde com o objetivo de tutelar particularmente, ocasionando um desequilíbrio orçamentário e prejudicando o planejamento. Assim, é possível perceber que existe uma gama ampla de medicamentos disponíveis pelo SUS, porém pelo excesso de ações judiciais verifica-se que o rol de medicamentos disponível precisa ser atualizado, levando em consideração as limitações fiscais, para não comprometer o sistema legal.

Baseado no problema apresentado, o objetivo geral deste trabalho é demonstrar o paradoxo entre o acesso à saúde e a limitação orçamentária dos entes estatais, no contexto do confronto de informações necessárias para a garantia de amplo acesso, sem a violação do ordenamento jurídico.

Nesse sentido, os objetivos específicos se dividem em: apresentar a estrutura do SUS e suas particularidades dentro no cenário brasileiro; analisar as limitações orçamentárias sob a ótica do princípio da reserva legal; e, por fim, confrontar o direito à saúde em detrimento das limitações legais impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal e o Princípio da Reserva Legal.

A metodologia utilizada neste trabalho foi a qualitativa, cujo tipo de pesquisa foi o descritivo e o método dedutivo, ao analisar o fenômeno do crescimento da judicialização de medicamentos no ordenamento jurídico brasileiro, através de uma bibliografia vasta, artigos científicos e sites especializados.

Para melhor estudo, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos a serem tratados em três capítulos de modo a permitir uma sequência lógica da exposição do tema.

No primeiro capítulo, aborda a estrutura do SUS, bem como os componentes da estrutura da Assistência Farmacêutica, a lista de medicamentos autorizados e seu fornecimento à sociedade.

Já no segundo capítulo, analisa o Orçamento Estatal, e suas limitações, o Princípio da Reserva do Possível e Lei de Responsabilidade Fiscal.

Por fim, no terceiro capítulo, apresenta o confronto do Direito à Saúde versus a Reserva do Possível, as decisões mais recentes dos Tribunais Superiores com os argumentos para garantia ao acesso à saúde.

1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

Este capítulo abordará a estrutura do SUS, Sistema Único de Saúde, no Brasil, inclusive, apresentando como se apresentava antes da CRFB/1988 e após a sua promulgação. Antes da CRFB/1988 o SUS era destinado apenas àqueles cidadãos que contribuíam com a Previdência Social.

1.1 SUS: definições, finalidades e objetivos

Considerado um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, O SUS foi criado pela Lei 8080/1990, denominada como Lei Orgânica da saúde com a finalidade de garantir à população brasileira o acesso integral, universal e gratuito à saúde. Após 21 anos da sua promulgação, foi publicado o Decreto n.7.508/2011 que regulamentando alguns aspectos do SUS, tais como a assistência à saúde, planejamento da saúde e a articulação entre os Entes Federados.

Os fundamentos do SUS estão expressos na Seção II do capítulo II do título VIII da CFRB 1988, que trata da Seguridade Social. Essa Seção estabelece: os direitos dos usuários, os deveres do estado e as diretrizes da organização do Sistema, suas atribuições, modelo de financiamento, participação da iniciativa privada e de empresas de capital estrangeiro na assistência à saúde e também utilização de agentes comunitários de saúde e de combate às endemias.

Conforme preleciona o Art. 196 da CRFB/1988 a saúde é um direito de todos os cidadãos e consiste em obrigação/dever do Estado, conforme se observa in verbis:".

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.

Depreende-se do texto acima, de forma clara, a universalidade que compõe a cobertura do Sistema Único de Saúde, enquanto que no § Único do Art. 198 da CRFB/1988, constata-se que o SUS deverá ser financiado, nos termos do art. 195, ou seja, direta ou indiretamente pela sociedade, nos termos da Lei, e ainda, com

recursos oriundos do orçamento da Seguridade Social, sejam eles da União; dos Estados; do Distrito Federal e dos Municípios, como também de outras fontes listadas nos Incisos de I a IV do mesmo artigo, conforme se observa in verbis:

Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais:

I - do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre:

a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício;

b) a receita ou o faturamento;

c) o lucro;

II - do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social de que trata o art. 201;

III - sobre a receita de concursos de prognósticos.

IV - do importador de bens ou serviços do exterior, ou de quem a lei a ele equiparar. (grifo nosso).

Impende ressaltar a importância acerca da composição dos recursos do SUS, porquanto, em todo debate acerca do financiamento das despesas dele decorrentes, trata-se com ênfase a participação da União, como se fosse a única responsável pelo custeio das despesas.

É necessário ressaltar que o SUS é o único Sistema de Saúde Pública que garante a assistência integral e completamente gratuita, atendendo a totalidade da população brasileira, inclusive, beneficiando os pacientes portadores do HIV; esteja esses sintomáticos ou não, bem como aos pacientes renais crônicos e pacientes com câncer.

1.2 Histórico do SUS no Brasil

Antes do advento do SUS, o Ministério da Saúde–MS promovia, com a colaboração dos estados e municípios, quase que de forma exclusiva, as ações para promover saúde aos cidadãos, bem como as desenvolvidas visando à prevenção de

doenças, podendo exemplificar as campanhas de vacinação, bem como para o controle de endemias. Todas as ações empreendidas pelo SUS eram realizadas de forma universal, visando o atendimento da população em geral, sem qualquer discriminação, abrangendo aos necessitados e aos não necessitados.

Durante a história, a presença do poder público na questão da saúde, foi vislumbrada pela população por intermédio das ações empreendidas pelo, inicialmente, Instituto Nacional de Previdência Social - INPS posteriormente denominado de Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social INAMPS; Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, uma autarquia subordinada ao Ministério da Previdência e Assistência Social.

Registra-se que o INPS foi instituído em decorrência da fusão dos Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAP's, que abrangiam várias categorias profissionais, dentre elas bancários, industriários, comerciários, etc. Posteriormente o IAP's foi dividido em Instituto de Administração da Previdência Social –IAPAS, Instituto Nacional de Previdência Social INPS e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social -INAMPS.

É mister apresentar a competência exercidas pelo INAMPS que era a obrigação de prestar assistência à saúde de seus associados, o que em tese, justificaria a edificação de algumas, porém grandes Unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar e ainda, da contratação de prestadores de serviços médicos para atender as demandas das grandes Cidades, locais em que se encontrava a maioria de seus beneficiários.

Constata-se que antes do advento da CRFB/1988 a prestação do serviço de saúde à população era prestada “apenas” pelo INAMPS era voltada a atender as necessidades dos trabalhadores que compunham a economia formal, ou seja, que possuíam a “carteira assinada” atingindo ainda a seus dependentes, ou seja, a prestação de serviço não detinha o caráter universal, não atendendo assim a todos os cidadãos, o que é uma das principais características e dos princípios fundamentais do SUS.

Até então, apenas a União detinha a obrigação de promover a assistência à saúde de seus contribuintes/beneficiários, pelo que parte da população brasileira, que não detinham recursos financeiros, permaneciam carentes de atendimento e buscavam nas Entidades Filantrópicas a satisfação de suas necessidades de saúde.

Desde sua criação, com o advento da CRFB/1988, o SUS já passou por inúmeras atualizações, e assim conseguir atender ao imenso desafio de conseguir custear/ financiar ou “subfinanciar o tratamento de saúde para a população brasileira, especialmente por se tratar de uma País continental, cheio de peculiaridades, no aspecto geográfico, econômico e social.

Na atualidade o financiamento do SUS é de obrigação das três esferas de Governo, compreendendo assim, a União, os Estados e Municípios. Os repasses do Governo Federal são realizados através dos blocos de financiamento, compreendendo a Assistência Farmacêutica, Atenção Básica, Investimentos, Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar e Vigilância em Saúde.

Impende ressaltar que o custeio e o investimento das despesas do SUS serão previstos na Lei Orçamentária Anual das 3 (três) esferas governamentais, bem como suas diretrizes, por meio da Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO. A legislação brasileira veda a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde (Planejamento da Saúde), excetuando-se em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

A Lei n. 8.080/1990, de 19/09/1990, apresenta condições necessárias para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes, regulamentando ainda o processo de planejamento e orçamento do SUS, que deverá ocorrer de forma ascendente, ou seja, abrangendo conjuntamente, do nível Municipal até o Federal. O Planejamento da Saúde é papel fundamental para o desenvolvimento das ações, possibilitando que o SUS alcance seu objetivo principal, que é garantir o acesso universal da população a tratamentos de saúde, assim, as Secretarias de Saúde, de forma organizada, devem compatibilizar as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos dos Municípios, Estados, Distrito Federal e da União.

Com a regulamentação da Emenda Constitucional-EC n. 29/2000 e da Lei Complementar n. 141/2012, restou determinado quais os percentuais mínimos de aplicação, por cada ente, dentre as receitas correntes líquidas por eles percebidas e que devem ser aplicadas no setor da saúde.

A EC acima referendada vinculou as receitas dos Entes Federados à valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde, estabelecendo assim critérios de

rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo.

Impende considerar que a saúde é um dos principais setores da economia do país e a sua gestão é bastante custosa e complexa. Diante da universalidade de atendimento, que se registre, característica do SUS, é imprescindível atender ao seu processo de planejamento por intermédio de programas integrados de saúde pública, com foco na assistência ao paciente, devendo existir o gerenciamento de recursos orçamentários e financeiros, de forma otimizada, garantindo assim a manutenção do SUS de forma não apenas regular, mas como também sustentável.

Como mencionado anteriormente, o Brasil detém vasta dimensão continental, contando com uma população carente, com parco acesso à recursos financeiros, impondo um olhar ainda mais dirigido e criterioso, a fim de conseguir atender e corresponder à garantia de direitos à saúde aos cidadãos brasileiros.

Cumprir destacar, que para garantir e promover a saúde sem distinção como preconiza o SUS, houve fenômeno chamado de judicialização da saúde, acarretando assim um aumento substancial da busca da tutela jurisdicional do Estado para provimento da saúde, por intermédio do Poder Judiciário para intervir em favor da população, determinando que os órgãos competentes, no afã de que, em prol da população, a justiça determine que os Órgãos competentes, seja ele o Ministério da Saúde; Secretarias Estaduais de Saúde ou municipais estejam compelidos a cumprir as sentenças, objetivando a prestação de serviços e tratamentos de saúde.

O número de ações judiciais buscando o fornecimento de medicamentos tem sido crescente, já representando um número vultoso, tal advento tem sido decorrente de um financiamento inadequado ou “subfinanciamento” do SUS, atrelado a uma deficiência no fornecimento e relação de medicamentos que estão sendo disponibilizados à sociedade.

Há de se considerar também, que existem os limites normativos que regem a sociedade brasileira, devendo observar a legislação pátria, principalmente nos aspectos orçamentários e financeiros. Isso se deve, principalmente ao fato da própria natureza assistencial do SUS ser de garantia universal da saúde à população, e que para isso, um elevado custo dos tratamentos, atendimentos, e funcionamento dos serviços precisa ser observado.

O objeto do presente estudo é a judicialização de ações para a obtenção de medicamentos, como maneira de garantir o acesso à saúde, lembrando que existem diferentes modalidades de judicializações em saúde, como por exemplo, àquelas que visam garantir acesso as Unidades de Terapia Intensiva, Órteses e Próteses, Cirurgias, entre outros, como relacionadas acima.

1.3 A estrutura da assistência farmacêutica

A Lei n. 8.080/1990 determinou que o SUS executasse atos de assistência terapêutica integral, até mesmo farmacêutica, e na regulamentação da Lei destacou a necessidade de possibilitar o ingresso universal e igualitário à assistência farmacêutica que tem como diretriz atender ao beneficiário com ações e serviços de saúde do SUS, disponibilizando o medicamento indicado por médico credenciado junto ao SUS, que deverá atender a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME e ainda aos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT, ou a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos e por fim, ter a dispensação ocorrida em Unidades indicadas pelo SUS.

Cabe destaca que a Assistência Farmacêutica enquanto parte integrante da Política Nacional de Saúde-PNS, no âmbito do SUS, visa à garantia do acesso da população a medicamentos e insumos, assim como os serviços farmacêuticos, isso baseando-se nos princípios constitucionais e doutrinas, com especial destaque para a universalidade, a equidade, a integralidade, a regionalização e a hierarquização.

A Política Nacional de Medicamentos, como parte essencial da Política Nacional de Saúde, constitui um dos elementos fundamentais para a efetiva implementação de ações imprescindíveis a promoção da melhoria das condições de assistência à saúde da população. A Inclusão formal da Assistência Farmacêutica como estratégia do SUS se deu por meio da Política Nacional de Medicamentos (PNM), publicada na Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. (BRASIL, 1998).

A “Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS n. 338/2004, estabelece a Assistência Farmacêutica - AF como o” conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. “

Ressalte-se que:

A ampliação do acesso da população ao SUS, principalmente por meio da Atenção Básica à Saúde, exigiu mudanças na organização da Assistência Farmacêutica, de maneira a aumentar a cobertura da distribuição gratuita de medicamentos, bem como minimizar custos e construir um arcabouço legal para sustentar o processo de descentralização da gestão das ações. (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

Para garantir o acesso da população aos medicamentos, a Assistência Farmacêutica é organizada com 03 (três) componentes, que são: Básico, Estratégico e o Especializado. Com relação aos medicamentos oncológicos, a distribuição não se dá por meio destes componentes. Existe uma estrutura por intermédio de uma política pública específica em que o fornecimento do medicamento ocorre por meio do serviço habilitado em Oncologia a que o paciente está vinculado.

1.3.1 Componente Básico de Assistência Farmacêutica - CBAF

Foi observado um aumento significativo nos investimentos do Componente Básico de Assistência Farmacêutica - CBAF nos últimos, decorrente da ampliação da Atenção básica. A aquisição de medicamentos de forma centralizada, tem sido uma estratégia da política de Assistência buscando garantir o acesso da população a um tratamento medicamentoso adequado a exemplo das insulinas, voltadas ao diabetes e dos métodos contraceptivos.

1.3.2 Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica - CESAF

O segundo Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica - CESAF é destinado a garantir à população acesso a medicamentos e insumos para prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de doenças, agravos ou condições de perfil endêmico, com importância epidemiológica, impacto socioeconômico ou que acometem populações vulneráveis, contemplados em programas estratégicos de saúde do SUS. Esses medicamentos são adquiridos de forma centralizada pelo Ministério da Saúde e distribuídos às Secretarias Estaduais de Saúde, que armazenam e distribuem aos municípios de acordo com as demandas. Já os

municípios, assumem o papel de garantir o acesso desses medicamentos à população.

1.3.3 Componente Especializado de Assistência Farmacêutica - CEAF

O Componente Especializado de Assistência Farmacêutica - CEAF, foi regulamentado no ano de 2009, e trazendo como principal característica a busca pela garantia da integralidade do tratamento medicamentoso em nível ambulatorial para algumas condições clínicas que apresentam custos de tratamento mais elevados ou maior complexidade.

1.4 A lista dos medicamentos autorizados no Brasil

A definição dos medicamentos e das demais tecnologias em saúde necessárias ao tratamento de cada uma dessas condições clínicas segue linhas de cuidado específicas, definidas pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT publicados pelo Ministério da Saúde. (BRASIL, 2014).

No âmbito do SUS, os medicamentos disponíveis para o tratamento de doenças ou de agravos são aqueles selecionados e padronizados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME. (BRASIL, 2012).

A seleção de medicamentos deve ser pautada nas análises de eficácia, de segurança, de custo, de qualidade e de comodidade para o usuário. (WANNMACHER, 2006).

A RENAME, adotada pelo Brasil desde 1964, é um instrumento oficial que direciona as políticas públicas objetivando a garantia do acesso aos medicamentos no âmbito do SUS. Por este motivo, garante o uso racional dos medicamentos, orientando inclusive, a forma e os limites de financiamento da Assistência Farmacêutica.

O Ministério da Saúde tem a competência legal para deliberar sobre a RENAME, bem como instituir os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em âmbito nacional e consolidará e publicará as suas atualizações do respectivo

Formulário Terapêutico Nacional - FTN e dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

Cabe lembrar que a publicação de novos atos normativos, a exemplo do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 e da Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, na qual instituiu a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) e também a recente Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº 25, de 31 de agosto de 2017, que define as diretrizes de atualização da RENAME teve como objetivo principal a identificação dos medicamentos que são oferecidos em todos os níveis de atenção à saúde, nas linhas de cuidado do SUS.

Os Entes federativos poderão ampliar o acesso do usuário à assistência farmacêutica, desde que questões de saúde pública o justifiquem, ressaltando que os Estados, Distrito Federal e Municípios também serão responsáveis pelo financiamento dos medicamentos complementares. Sobre essa questão foi publicada Portaria/MS n. 2.928 de 12 de dezembro de 2011, dispondo que poderão ser aceitas documentações oriundas de serviços privados de saúde no âmbito do SUS, desde que respeitadas as regulamentações dos Componentes da Assistência Farmacêutica definidas pelo SUS e as pactuações realizadas na Comissão Intergestores Tripartite e na Comissão Intergestores Bipartite.

A RENAME e as relações complementares somente poderão conter produtos com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, na verdade, deu um novo conceito à relação vigente à época, que determinava os medicamentos considerados essenciais a fim de proporcionar racionalidade não só na aquisição pelo SUS, ou de medicamentos de programas do Ministério da Saúde, mas também na identificação de outros medicamentos que não são utilizados no SUS, com base no conceito de medicamentos essenciais da Organização Mundial da Saúde. A partir da publicação do decreto supracitado, a Relação passou a compreender a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS.

Ao passar dos anos, e em permanente atualização, o SUS vem aprimorando sua metodologia para garantir a assistência farmacêutica conforme preconiza sua fundação. Com a publicação da Portaria n. 533 de 28 de março de 2012, a lista dos medicamentos disponibilizados sofreu alterações e teve seu conceito ampliado, passando a contemplar medicamentos dos Componentes Básico, Estratégico e

Especializado da Assistência Farmacêutica, além de insumos e medicamentos de uso hospitalar disponíveis no SUS.

Fazendo comparativo recente entre as edições da RENAME publicadas entre os anos de 2000 à 2014, observa-se o aumento do número de medicamentos nas edições publicadas após 2012 e, apesar dos esforços envidados para a atualização da lista, nota-se que a judicialização e a pressão pela incorporação tecnológica de produtos inovadores têm aumentado nos últimos anos (OSORIO-DE-CASTRO et al., 2017).

Sendo assim, a relação nacional de medicamentos adquire progressivamente um caráter norteador na seleção e na programação de medicamentos, na prescrição médica, além de subsidiar decisões de judicialização. Por conseguinte, todos os esforços de desenvolvimento, regulação, produção, provisão e utilização de medicamentos no SUS devem se nortear pela RENAME (NASCIMENTO JÚNIOR et al., 2015; BRASIL, 2017).

As solicitações recebidas, oriundas dos serviços privados de saúde também serão aceitas no caso de dispensação de medicamentos no âmbito do Programa Farmácia Popular do Brasil. A partir da regulamentação da Lei n. 8.080/1990 ficou definido que os usuários do SUS terão acesso garantido à assistência farmacêutica conforme lista dos medicamentos previstos na RENAME na qual compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS e que será acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional (FTN) que subsidiará a prescrição, a dispensação e o uso dos seus medicamentos.

O Próximo capítulo analisa o Orçamento Estatal, as fases da execução orçamentária e financeira (empenho, liquidação e pagamento) com suas exceções e limitações legais, o Princípio da Reserva do Possível e Lei de Responsabilidade Fiscal como princípios norteadores da garantia ao acesso à saúde através das ações do SUS.

2 O ORÇAMENTO PÚBLICO

É por intermédio do orçamento público que o Estado se apresenta na economia, porquanto, trata-se de uma peça legal, onde são dispostas as ações prioritárias do governo, que deverão ser implementadas para o próximo exercício

financeiro, visando atender as necessidades e demandas da coletividade (população), dentre elas: Saúde; segurança pública; educação etc.

O orçamento público deve prever prioridades do governo em conformidade com as necessidades da sociedade. Para tanto, se faz premente que o orçamento atenda às necessidades da sociedade, consolidando ações participativas para a definição dessas prioridades.

Buscaremos apresentar conceitos básicos referentes ao orçamento público, principais instrumentos legais e como interagem entre si e com a Lei de Responsabilidade Fiscal.

Para administrar o País é preciso que o Governo tenha recursos para arcar com todas as despesas inerentes as atividades desenvolvidas pelo poder público, dentre elas, p pagamento de salários de servidores; de infraestrutura de saúde, segurança pública e educação, transporte etc. A arrecadação do Estado advém, na maior parte, de arrecadação de impostos, sejam eles de pessoas físicas ou jurídicas, como Imposto de Renda; ICMS; IPI; IPTU; ISS, dependendo da esfera, Federal, Estadual ou Municipal.

O orçamento público é o instrumento de planejamento governamental onde são consignados as despesas da administração pública para um exercício, que devem estar em consonância com a arrecadação das receitas previstas.

Nada mais é do que o documento no qual o governo compila as receitas arrecadadas e projeta as metas que serão desenvolvidas com os recursos previstos para arrecadação. Por que previstos? Devemos registrar que elaborados no exercício anterior, existe previsão de gastos e de receitas, que poderão ou não se concretizar no ano vindouro.

Podemos dizer que orçamento público é um instrumento de planejamento, onde são espelhadas as decisões políticas, onde são estabelecidas as ações prioritárias de governo visando atender as demandas da sociedade, levando em consideração a insuficiência de recursos.

É importante que ressaltemos que o orçamento público é composto por instrumentos de planejamento, que se encontram previstos na CRFB/1988|1988, que são: Plano Plurianual-PPA; Lei de Diretrizes Orçamentárias LDO e a Lei Orçamentária Anual - LOA.

2.1 Orçamentos Anuais - Execução Orçamentária - Relatórios e Transparência

2.2 Execução Orçamentária

Partindo do que o governo estipulou como prioridade nas etapas de Planejamento e Orçamento, a execução orçamentária possibilita que o Estado atenda os objetivos e metas delineados pela administração pública, bem como a execução e entrega de serviços e políticas públicas para a sociedade.

Depois de publicado o orçamento, o Poder Executivo tem até 30 dias para editar o Decreto de Programação Orçamentária e Financeira, que dispõe sobre os valores da LOA à realidade de cada exercício. Busca-se com isso estabelecer um equilíbrio entre receitas previstas x as despesas previstas na LDO.

Pode ocorrer a limitação de despesas por ocasião da emissão do Decreto, quando então à administração passa a implementar um contingenciamento das despesas a serem executadas naquele exercício, ocorre geralmente quando as receitas não estão em consonância ao que fora previsto.

No decorrer do exercício financeiro, a execução orçamentária é acompanhada pelos Órgãos responsáveis pela finança do Ente Federativo, no caso de Pernambuco pela Secretaria da Fazenda Estadual, procedendo constante avaliação das estimativas de receitas e a execução das despesas, avaliando ainda o cenário econômico do País e do Estado e algumas situações especiais que podem vir a comprometer todo o planejamento anteriormente realizado.

Durante a execução das metas estabelecidas na LOA, pode ser detectado pela área financeira do Poder Executivo que os valores destinados a determinada ação ou meta, aprovada na LOA, restaram insuficientes para a execução, ou ainda, diante de fato superveniente pode ocorrer necessidades de realização de despesas sem previsão orçamentária, nesse caso, a LOA poderá ser alterada durante o exercício por intermédio da emissão de Decretos de Créditos Adicionais.

Em síntese, o PPA, a LDO e a LOA regem o ciclo orçamentário no Brasil e encontram-se relacionados entre si, criando um mecanismo integrado de planejamento e orçamento, que deve ser seguido por todos os entes da Federação (Municípios, Estados e União).

Passaremos a tratar sobre cada um dos Instrumentos mencionados acima:

2.3 Plano Plurianual

O planejamento, sem dúvida é de extrema importância, consiste na primeira etapa da elaboração do orçamento, ainda não existe uma grande preocupação com a quantificação física e financeira das metas prioritárias do governo. É certo de que terão que ser feitos investimentos para atender as necessidades da população, por essa razão, é elaborado, numa periodicidade de 04 anos, um planejamento, a ser discutido e aprovado como Lei pelo Poder Legislativo, denominado de Plano Plurianual – PPA, contendo as grandes prioridades nacionais e regionais, com metas para cada área de atuação (saúde, educação, saneamento, transporte, energia etc.).

No PPA, também devem estar previstos os gastos necessários para assegurar a oferta duradoura de bens e serviços públicos, ressaltando que todos os Entes Federativos devem possuir seus próprias PPA's; LDO e LOA, uma vez que cada um possui suas próprias responsabilidades.

A CRFB/1988 determina que nenhum investimento cuja execução ultrapasse o exercício financeiro, terá início sem que tenha sido previamente incluído no PPA ou ainda, sem lei que autorize a sua inclusão, sob pena de crime de responsabilidade, conforme previsão contida na Lei 10.028, de 19 de outubro de 2000, denominada de Lei de Crimes contra as Finanças Públicas.

É no PPA que se encontram descritas todas as orientações para que a administração cumpra as metas e objetivos traçados para o mandato integral do governante, e ainda para o primeiro ano de mandato de seu sucessor.

Popularmente o PPA também é denominado de programa de governo, sendo o principal instrumento de planejamento das ações do gestor público e são inerentes aos interesses de atuação do Poder Executivo para o mandato de seu representante.

O Plano Plurianual é na verdade, o planejamento estratégico da administração pública para médio prazo da administração pública brasileira, sendo elaborado para vigor por quatro anos.

Abordaremos agora as etapas do ciclo orçamentário estrito e amplo, bem como os conceitos e classificações de receita pública e de despesa pública.

A CRFB/1988 dispõe acerca da obrigatoriedade de existência da Lei de Diretrizes Orçamentárias -LDO e a Lei Orçamentária Anual -LOA. Registra-se que

tais Leis, são propostas pelo Poder Executivo, no exercício anterior ao que será executado.

2.4 Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO

A Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO é, como o próprio nome diz, a Lei que define as diretrizes que deverão ser seguidas pelo governo para atingir as metas que apontou como prioritárias, valendo-se do orçamento previsto para seu atingimento.

Seu principal papel é consubstanciar a elaboração da Lei Orçamentária Anual- LOA, incluindo o planejamento de metas e prioridades para a administração pública no exercício subsequente, inclusive, estabelecendo diretrizes; metas de política fiscal etc.

Esse planejamento precisa ser revisado a cada exercício, a fim de adequá-lo às necessidades e metas do governo para o exercício seguinte. E é especificamente na LDO que são dispostas as metas mais importantes para o poder Executivo e quais as despesas deverão ser executadas no próximo exercício.

Em suma, podemos dizer que é a LDO o elo entre o planejamento estratégico de médio prazo (PPA) e o plano operacional de curto prazo (LOA).

A LDO apresenta alguns preceitos necessários para a elaboração, organização, e execução do orçamento, definindo ainda as prioridades do governo para que sejam contempladas na LOA.

A LDO pode ainda apresentar em seu bojo outros assuntos como eventuais alterações na cobrança de tributos, bem como regras temporárias, isto no caso em que o orçamento não seja aprovado até o final do ano e pode ainda definir políticas de investimento das agências oficiais de fomento.

O Projeto de LDO é elaborado pelo Poder Executivo, devendo ser proposto ao Poder Legislativo, impreterivelmente até o dia 15 de abril do exercício anterior ao de sua vigência. Após análise e votação, o Poder Legislativo tem até o dia 17 de julho para devolver ao Poder Executivo para sua sanção.

2.5 Lei Orçamentária Anual – LOA

A Lei Orçamentária Anual - LOA é o próprio orçamento público, é discutida e aprovada anualmente, trazendo em seu texto a programação dos gastos,

separando-os por áreas, consignando ainda a estimativa de receitas que irão custear tais despesas.

A LOA dispõe sobre a programação de gastos que foram previstas pelo Poder Executivo na LDO, apontando ainda a previsão das receitas que irão custear as despesas prioritárias. A LOA é um único documento, porém, composto de 03 partes: O Orçamento Fiscal, o Orçamento da Seguridade Social e o Orçamento de Investimento das Empresas Estatais.

O Projeto da LOA, também elaborado pelo Poder Executivo deve ser proposto impreterivelmente até o dia 31 de agosto do exercício anterior ao de sua vigência e, após ser submetido a análise e votação do Poder Legislativo, é restituído até o dia 22 de dezembro de cada ano ao Poder Executivo para sanção.

Nossa proposta para o presente TCC é apresentar, de forma clara, a importância do orçamento público, desde seu planejamento até sua execução, para que o Estado tenha êxito na execução de suas metas e na política pública, com a prestação de serviços de qualidade e abrangentes à toda população.

3 PLANOS DE SAÚDE

De acordo com a pesquisadora Maíra Coube, a expressão de que ouvimos de a pessoa que não tem plano de saúde não se utiliza do SUS não é verdadeira, porquanto, deixa de considerar o fato de que o SUS não é um sistema limitado à assistência, mas compreende a vigilância sanitária, epidemiológica, formação de profissionais, pesquisa & desenvolvimento.

Existe muito mais entre o público e o privado quando passamos a analisar os dados assistenciais. Foi justamente o que fez a pesquisadora Maíra Coube ao analisar no blog do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde informações da última Pesquisa Nacional de Saúde-PNS, realizada no ano de 2013, visando descobrir como os brasileiros com planos de saúde usam o SUS, e ainda, o contrário: de que forma quem não tem plano recorre à compra de serviços no setor privado.

Concluiu a pesquisadora que em 2013, o quantitativo de pessoas que tinham planos de saúde representou 10,9% de todos os atendimentos realizados pelo SUS, sendo equivalente a 2 milhões de atendimentos.

Esse público realizou 940 mil internações no SUS, o equivalente a 11,6% do total de internações do SUS.

Em face da demanda reprimida do SUS, a busca por atendimentos no setor privado, pelos cidadãos que não tem plano de saúde foi ligeiramente maior. Ainda segundo a pesquisadora foram 2.600.milhões de atendimentos, equivalente a 22,9% do total de atendimentos realizados no setor privado. Em números absolutos, a busca por internações foi menor, num total de 854 mil, representando um percentual de 21,8% do total de internações do setor privado.

De acordo com o Economista e Pesquisador Carlos Ocké, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA a interseção entre o setor público e o setor privado acarreta uma renúncia fiscal do governo federal destinada ao setor de saúde, com a retirada de nada menos do que R\$ 331.500 bilhões dos cofres públicos entre 2003 e 2015.

O ressarcimento pelos atendimentos prestados aos beneficiários de planos de saúde realizados em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do sistema público, é devido, devendo ser observados os limites dos contratos celebrados, conforme artigo 32 da Lei 9.656/1998.

A Agência Nacional de Saúde- ANS recebe do Departamento de Informática do SUS - DATASUS informações sobre os atendimentos ocorridos na rede do SUS, procedendo a uma conferência dessas informações com o seu banco de dados de beneficiários de planos de saúde. Constatado que beneficiários de plano de saúde utilizaram os serviços do SUS, são encaminhadas às operadoras do plano o Aviso de Beneficiário Identificado -ABI, sendo o mesmo uma notificação para que o plano de saúde efetue o ressarcimento dos valores apurados ou apresentem defesa.

Trata-se de um procedimento administrativo e como tal, é assegurado aos planos de saúde o princípio da ampla defesa. Após a notificação a Operadora do plano de saúde pode, inicialmente, protocolar uma impugnação, apresentando justificativas que, em tese, eximiriam da obrigação de ressarcir o SUS. No caso indeferida, a Operadora poderá apresentar recurso contra a decisão proferida, pugnando por sua revisão. Ao final do processo administrativo, caso seja constatado que os atendimentos identificados de fato se encontravam cobertos pelos contratos, o SUS emitirá a Guia de Recolhimento da União-GRU, para o recolhimento.

Em caso de inadimplemento, as Operadoras serão inscritas na dívida ativa da União e no Cadastro Informativo de Créditos não quitados do Setor Público Federal -

CADIN, sem prejuízo do ajuizamento da competente cobrança judicial. Por fim, os valores arrecadados pela ANS são destinados ao Fundo Nacional de Saúde –FNS, do Ministério da Saúde.

Quanto à legalidade da cobrança do SUS é necessário que registremos que existem 02 correntes, a primeira que entende pertinente e legal tal prática, defendendo que se trata de um valor devido, porquanto, em vários casos, as operadoras de planos de saúde se eximem de prestar o atendimento, em especial, a casos de alta complexidade e de emergência, transferindo sua responsabilidade contratual e social para o Estado.

Em contraponto, existe a corrente que afirma haver a previsão na CRFB/1988, e por isso a saúde é dever do Estado, razão pela qual não poderá haver distinção entre os cidadãos, quando buscarem os serviços de saúde. Segundo esse entendimento não haveria irregularidade em transferir ao Estado a responsabilidade financeira pelo cidadão que busque atendimento na Rede Privada.

A teoria suscitada é de que estaria existindo dupla cobrança ao cidadão, afinal, o Estado recolhe tributos, no afã de devolvê-los mediante à prestação de serviços essenciais e, mesmo assim, repassaria para as operadoras a cobrança por um serviço pelo qual, em tese já teria recebido.

O Supremo Tribunal Federal-STF já se pronunciou no sentido que essa tese não deveria prosperar, pela questão intransponível da existência de lei com tal previsão, no caso a Lei 9.656/1998.

“LEG-FED RES-000009 ANO-1998 ART-00003 REDAÇÃO
ORIGINÁRIA ART-00003 PAR-00001 REDAÇÃO ORIGINÁRIA ART-00003
PAR-00002 REDAÇÃO ORIGINÁRIA ART-00003 REDAÇÃO DADA PELA
RES-22/1999 ART-00003 PAR- ÚNICO REDAÇÃO: extraordinário e fixou a
seguinte tese: É constitucional o ressarcimento previsto no art. 32 da Lei
9.656 /98, o qual é aplicável aos procedimentos médicos, hospitalares ou
ambulatoriais custeados pelo SUS...Tema 345 - Ressarcimento
ao Sistema Único de Saúde - SUS das despesas com atendimento a
beneficiários de planos privados de saúde....

A Resolução Normativa DC/ANS nº 185, de 30/12/2008, determina que compete a Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES a responsabilidade pela verificação da obrigação de ressarcimento ao SUS.

Existe a previsão legal de aplicação de penalidade em decorrência de omissão de informações ou ainda, para o caso de inserção no sistema eletrônico de informações incorretas, mas essa alternativa não parece se afigurar essa possibilidade no cenário atual. Na Lei 9656, Art. 32, § 2º, há disposição no sentido de que caberá a ANS a obrigação de disponibilizar às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor. Mas, se a ANS não tiver as informações de que necessita para gerar os relatórios ou se demorar a fazê-lo, não haverá a restituição dos valores ao Poder Público.

Numa tentativa de efetuar melhor controle foi criado o cartão SUS, sendo o principal método de informação do Sistema, entretanto, o cartão não foi implementado em todas as localidades com atendimento do SUS. O sistema de informação ainda é falho. Ademais, nenhum beneficiário de plano de saúde poderá ter seu atendimento negado por parte dos prestadores de serviços caso não esteja de posse do Cartão Nacional de Saúde.

Outro ponto relevante e responsável pela evasão de receitas no SUS, é o fato de não existir uma campanha agressiva visando o esclarecimento aos usuários de planos de saúde, registramos, que por nenhum dos interessados.

3.1 Julgados Recentes (STJ/STF)

O ajuizamento de ações tem se mostrado alternativa eficaz para a satisfação do direito individual à saúde, visando possibilitar que as questões sejam discutidas em âmbito judicial, com maior profundidade.

É necessário garantir à população o direito à saúde, uma vez que ele é considerado como um dos direitos fundamentais sociais, assim, é imprescindível que se busque os meios necessários para que os serviços de saúde sejam prestados a todos os cidadãos. A judicialização é um deles, uma vez que ao se ver privado de tal assistência o indivíduo pode ajuizar ação, com a finalidade de ver reconhecido na tutela jurisdicional do Estado, a satisfação de seu direito à saúde.

Dados disponíveis na plataforma do Conselho Nacional de Justiça -CNJ, indicam que as demandas judiciais relacionadas à saúde em primeira instância tiveram um aumento de aproximadamente 130%, no período de 2008 a 2017.

Os principais assuntos que foram objeto das ações encontram-se relacionadas aos planos de saúde, ao seguro, à saúde, ao fornecimento de medicamentos e tratamentos médicos hospitalares, respectivamente.

Salientamos que, de acordo com a pesquisa, as demandas envolvendo plano de saúde e seguro estão sempre nos primeiros lugares do levantamento; e, em relação à saúde, de acordo com o CNJ, ela está relacionada com os processos sobre saúde pública.

Na esfera da saúde pública, a judicialização envolvendo o SUS, normalmente ocorre na busca de seus usuários para o fornecimento de medicamentos ou tratamentos que não são disponibilizados pelo sistema.

Por outro lado, ampla vem sendo a discussão em relação às demandas, principalmente as que envolvem o SUS, tendo em vista o seu sucateamento, a falta de investimentos dos governos e, ademais, o mal gerenciamento, que também se torna um desafio.

STF - AG.REG. NO RECURSO EXTRAORDINÁRIO RE 1367106 MG 1001166-74.2020.4.01.9380 (STF)

Jurisprudência• Data de publicação: 01/06/2022

DIREITO CONSTITUCIONAL. AGRAVO REGIMENTAL EM RECURSO EXTRAORDINÁRIO. SAÚDE. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO. COMPETÊNCIA. TEMA 793/STF. MEDICAMENTO INCLUÍDO NO SUS E REGISTRADO NA ANVISA. LEGISLAÇÃO INFRACONSTITUCIONAL. FATOS E PROVAS. SÚMULA 279/STF

STF - AG.REG. NA RECLAMAÇÃO Rcl 50456 MS 0064530-89.2021.1.00.0000 (STF)

Jurisprudência• Data de publicação: 02/06/2022

RECLAMAÇÃO. DEVER DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA ENTRE OS ENTES FEDERADOS. TEMA 793 DA REPERCUSSÃO GERAL. INCLUSÃO DA UNIÃO NO POLO PASSIVO DA DEMANDA. NÃO OBSERVÂNCIA. AGRAVO REGIMENTAL. PROVIMENTO. RECLAMAÇÃO JULGADA PROCEDENTE.

STF - Inteiro Teor. AG.REG. NO AG.REG. NA RECLAMAÇÃO: Rcl 50457 MS 0064531-74.2021.1.00.0000

Jurisprudência• Data de publicação: 18/05/2022

sua tese jurídica, ressaltando "que a tese fixada no Tema de Repercussão Geral nº 793 (...) revela-se aplicável unicamente às ações judiciais que envolvam o fornecimento de medicamentos incorporados ao SUS...Da mesma forma, quando se objetivar 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...de Ações e Serviços de Saúde – Renases; d) embora padronizados, tiverem seu ...

Em julgamento finalizado no dia 08 de junho do corrente ano, a Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça –STJ entendeu que o rol de procedimentos e eventos estabelecido pela ANS, via de regra, será taxativo, razão pela qual as operadoras de saúde não estão mais obrigadas a cobrir tratamentos que não estejam previstos na lista.

É necessário que pontuemos que o Colegiado estabeleceu parâmetros a fim de que em se apresentando situações excepcionais, os planos sejam obrigados a custear procedimentos, mesmo que não previstos na citada relação.

Existe muitos entendimentos sobre a matéria, enquanto uma corrente afirma que o rol taxativo protegerá os beneficiários contra aumentos excessivos que eventualmente são aplicados pelas operadoras, outra levanta a tese, de que muitos deixarão de ser atendidos e que tal fato pode leva-los à óbito.

O STJ não descartou as hipóteses em que, apesar do rol ser taxativo, em diversas situações, o Judiciário pode determinar que a operadora do plano seja compelida a garantir ao beneficiário cobertura de procedimento que não esteja previsto pela ANS, a depender de critérios técnicos e da demonstração da necessidade e da pertinência do tratamento.

A ANS reduziu prazo de atualização periódica do rol, que era de 02 dois anos para 06 meses.

Para o magistrado, o modelo de saúde suplementar adotado pela legislação brasileira é de um rol taxativo mínimo, devendo o consumidor ser esclarecido dessa limitação em todas as fases da contratação e da execução dos serviços para, assim, decidir entre as opções disponíveis no mercado.

Entretanto, o ministro Cueva apontou que essa posição não deve ser considerada absoluta. Ele destacou que a atividade administrativa regulatória é sujeita ao controle do Judiciário, a quem compete combater eventuais abusos, arbitrariedades e ilegalidades no setor.

Para entender a importância do julgamento, é necessário que destaquemos que na cobertura exemplificativa os planos de saúde não se limitam a cobrir apenas o que se encontra na lista da ANS, servindo a mesma apenas como exemplo de tratamento básicos. Já a cobertura taxativa estabelece que os procedimentos e medições que não estejam previstas na relação da ANS não são cobertas pelas operadoras, o que implica em uma enorme limitação de procedimentos autorizados.

3.2 Aumento da Demanda

Estudos vem comprovando que vários fatores têm contribuído para o aumento da demanda do SUS, dentre eles: Mudanças no perfil populacional brasileiro, com aumento de natalidade, bem como da longevidade populacional; alteração no perfil epidemiológico; ocorrência de doenças crônico-degenerativas, aumento na morbimortalidade decorrente da violência, especialmente daqueles decorrentes de homicídios e de acidentes de trânsito.

Podemos afirmar que doenças como cólera, dengue, malária, doenças sexualmente transmissíveis, AIDS, CORONAVIRUS, etc., que aparecerem e reaparecem, vem gerando novas demandas, cujo atendimento impõe constante adaptação do Sistema de Saúde.

O aumento da demanda implica na necessidade constante de transformação do modelo do atendimento prestado, implicando ainda na precisão de priorizar as ações de caráter preventivo, de proteção e de recuperação da saúde.

Nesse aspecto, a política de medicamentos é, inquestionavelmente fundamental para o Estado tenha êxito nessa transformação de métodos e ações, com a adequação do Sistema de Saúde para atender as necessidades da população.

Devemos levar em consideração que as alterações qualitativas e quantitativas no consumo de medicamentos são influenciadas por indicadores demográficos, isso tem demonstrado evidente tendência com o aumento na expectativa de vida ao nascer e com isso, um maior consumo, com maior custo social.

O crescente processo de envelhecimento populacional vem também interferindo nos custos dos tratamentos, especialmente, em relação a demanda de medicamentos destinados ao tratamento das doenças crônico-degenerativas, além da implementação de novos procedimentos terapêuticos, com utilização de medicamentos de alto custo para a população mais idosa.

Da mesma sorte, o envelhecimento populacional implica ainda no aumento da demanda das medicações de uso contínuo, como os utilizados no tratamento das doenças cardiovasculares, reumáticas e da diabetes. Não é raridade que alguns idosos sejam acometidos por várias dessas doenças simultaneamente.

Este cenário é também influenciado pela não utilização pelos profissionais de saúde de produtos padronizados, que fazem parte da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME. Some-se a isso a irregularidade no

abastecimento de medicamentos, no nível ambulatorial, diminuído grandemente a eficácia das gestões do governo para o Setor de Saúde.

O perfil financeiro da população brasileira, também é um fator que implica diretamente no aumento da demanda do SUS, porquanto, podemos dividir a população em apenas 03 grupos:

O primeiro, formado por indivíduos que percebem acima de 10 salários-mínimos mensais, correspondendo a 15% da população, consumindo 48% do mercado total e tem uma despesa média anual de US\$ 193,40 per capita;

O segundo, apresenta uma renda entre 04 a 10 salários-mínimos, correspondendo a 34% da população, consumindo em média 36% do mercado e com gasto anual, em média, de US\$ 64,15 per capita;

O terceiro, tem renda de 0 a 04 salários-mínimos, representando 51% da população, consumindo 16% do mercado, com despesa média anual de US\$18,95 per capita.

Ainda devemos levar em consideração o fato de que a população mais idosa, geralmente dependendo de aposentadoria, na melhor das hipóteses, limitada ao teto do INSS, sofrem não apenas com o aumento de doenças, mas também, com aumento de planos de saúde que terminam em face dos vultosos valores a deixá-los desassistidos, acarretando quase que imediatamente no ingresso daquela pessoa na no assistencialismo público.

Os recursos arrecadados da sociedade e utilizados na saúde, são finitos, entretanto, observa-se que na área de saúde as novas tecnologias aumentam os custos dos atendimentos, requerendo investimentos mais altos e, ao contrário do sistema privado que pratica a lei de mercado e tem previsão de reajuste anual do preço pela contraprestação dos serviços prestados.

O Estado está quase sempre em déficit, uma vez que diferente do setor privado não pode aumentar os impostos, mas é atingido pelos constantes aumentos de seus gastos, no caso em tela, na área da saúde.

Com o recente julgado com a determinação de que a relação da ANS seja taxativa, desobrigando as operadoras dos planos de saúde, há a previsão de que todo o ônus recaia sobre o SUS, uma vez que os usuários dos planos, que não se encontrem em condições de repactuar os planos para atender novas necessidades não previstas, buscarão na prestação do serviço público o atendimento indeferido pelo particular.

3.3 Demanda Reprimida

A demanda reprimida da rede pública não é fato novo, há décadas que tal fato vem castigando à população, especialmente, no que tange à realização de consultas e exames de uma forma geral. As filas são assombrosas, nem sempre há o comprometimento do profissional de saúde, que muitas vezes não é pontual ou assíduo.

Em alguns casos, ocorre a desídia de administradores, porquanto, deixam de observar as necessidades da rede de atendimento, deixando de manter em pleno funcionamento, equipamentos imprescindíveis a realização de exames.

Pela ausência de equipamentos, a população fica prejudicada, sem data certa para a realização de exames importantíssimos dentre eles, ultrassonografia de diversos tipos, tomografia, ressonâncias, além de consultas e cirurgias. No ano de 2020, com o início da Pandemia do Coronavírus, os procedimentos eletivos foram suspensos, o que agravou ainda mais a já caótica situação dos atendimentos prestados pela rede pública.

Com a desaceleração da Pandemia foi constatada outro problema de grande dimensão: A demanda reprimida de consultas médicas e de cirurgias, decorrente da concentração de esforços para os atendimentos à população infectada pelo vírus. O mundo não estava preparado para o combate à essa doença desconhecida, que ceifou tantas vidas, além de agravar o atendimento e aumentar a demanda reprimida no Sistema de Saúde, estudos apontam que mais de um milhão de cirurgias eletivas foram adiadas no Brasil, no anos de 2020, com queda de 59,8% em relação a 2019, foram 200 mil diagnósticos de câncer represados no país e queda de 70% no número de procedimentos cirúrgicos, apenas do Rio Grande do Sul.

Estes são exemplos da realidade que impõe uma urgência, especificamente, a premente necessidade de planejar e organizar uma política pública para evitarmos prejuízos ainda maiores.

3.4 Rol dos medicamentos do SUS (de que forma se atualiza de acordo com as demandas?)

O rol de medicamentos do SUS é composto por remédios considerados básicos e indispensáveis para atender as necessidades da maioria dos problemas

de saúde da população brasileira. Esses medicamentos precisam estar constantemente disponíveis para atender aos diversos segmentos da sociedade, que precisam da medicação para o tratamento, como hipertensão, diabetes, cardiopatias etc., podendo dizer, imprescindíveis para a sobrevivência de seus usuários.

Esses medicamentos compõem uma relação nacional de referência, que serve como base para o direcionamento da produção farmacêutica, bem como para o desenvolvimento científico e tecnológico.

Essa relação é utilizada para definir o rol de medicamentos essenciais-RENAME, que por intermédio de mecanismos implementados pelo Ministério da Justiça são continuamente atualizados.

A atualização constante da RENAME, é imprescindível instrumento de gestão do SUS, uma vez que abrange uma lista de produtos necessários ao tratamento e controle da maioria das patologias prevalentes na população brasileira.

3.5 Como o governo considera seu incremento?

A RENAME é a base para a organização das listas estaduais e municipais, favorecendo o processo de descentralização das gestões, porquanto, essas esferas são responsáveis pelo suprimento de suas redes de serviços, contando com a participação financeira e técnica do Ministério da Saúde.

A RENAME, portanto, é um meio fundamental para orientar a padronização, seja da prescrição ou abastecimento de remédios, norteando assim os procedimentos adotados pelas Unidades vinculadas ao SUS, constituindo uma excelente ferramenta para a redução dos custos dos produtos.

A RENAME é também é uma das estratégias da política de medicamentos da Organização Mundial da Saúde- OMS, visando à promoção do acesso e uso seguro e racional de medicamentos.

3.6 Quais as limitações?

A RENAME foi implementada há mais de 25 anos, especificamente, no ano de 1978, pela OMS e continua sendo norteadora de toda a política de medicamentos da OMS e dos países membros. A RENAME é revisada e atualizada pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde - CONITEC,

criada pela Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, que teve sua última atualização publicada em 2020.

As análises sobre incorporação, exclusão ou alteração de medicamentos são realizadas pela CONITEC destinada para diagnóstico específico, podendo incorporar ou excluir medicamentos ou ainda alterar a indicação para outra modalidade de doença.

De acordo com o Parágrafo Primeiro do Art.9º, da Resolução nº 1, de 17 de janeiro de 2012, o Ministério da Saúde- MS consolidará e publicará as atualizações da RENAME a cada 02 anos, entretanto, após o julgamento finalizado no dia 08 de junho do corrente ano, a Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça –STJ entendeu que o rol de procedimentos deve ser atualizado a cada 06 meses.

3.7 Princípio da reserva do possível

Diante da obrigação do Estado em garantir aos cidadãos os direitos fundamentais que estão descritos na CRFB/1988 1988, é correto afirmar que a administração pública não dispõe de recursos financeiros suficientes para adimplir todas as obrigações.

Mesmo que exista disponibilidade material, a administração pública estaria vinculada ao que as normas orçamentárias estabelecessem, não sendo possível ao administrador disponibilizar recursos públicos da forma que lhe aprouvesse.

A prestação a ser exigida do Poder Público deve ser razoável e proporcional, de modo a que se possa, de fato, exigir-lhe aquilo que garanta o mínimo existencial do indivíduo.

O princípio da reserva do possível consiste na observância do Estado de direitos sociais e prestacionais, visando à prestação de políticas públicas, com a presença de 03 elementos: A necessidade; a distributividade dos recursos e a eficácia do serviço. É cediço que o Poder Público se encontra economicamente limitado, sem condições de atender as demandas da população, de forma indistinta.

Entende-se que existindo o cumprimento de tais requisitos, o serviço de saúde prestado pelo Estado será executado obedecendo ao princípio da reserva do possível. Consequentemente, competirá ao Poder Público a prestação de serviço de forma adequada, fazendo jus também ao princípio da dignidade da pessoa humana.

"A partir do exposto, há como sustentar que a assim designada reserva do possível apresenta pelo menos uma dimensão triíplice, que abrange a) a efetiva disponibilidade fática dos recursos para a efetivação dos direitos fundamentais; b) a disponibilidade jurídica dos recursos materiais e humanos, que guarda íntima conexão com a distribuição das receitas e competências tributárias, orçamentárias, legislativas e administrativas, entre outras, e que, além disso, reclama equacionamento, notadamente no caso do Brasil, no contexto do nosso sistema constitucional federativo; c) já na perspectiva (também) do eventual titular de um direito a prestações sociais, a reserva do possível envolve o problema da proporcionalidade da prestação, em especial no tocante à sua exigibilidade e, nesta quadra, também da sua razoabilidade." (SARLET; FIGUEIREDO, 2008).

A reserva do possível é utilizada em algumas ocasiões pelos Entes Federados visando à justificativa para não prestar determinado serviço por falta de recursos financeiros. Tal justificativa vai em desconcontro com um princípio constitucional muito importante que é o princípio do mínimo existencial.

O Supremo Tribunal Federal – STF entende ser possível a aplicação do princípio da reserva do possível, mas desde que exista a comprovação material de que o Ente demandando não terá condições, de fato, de arcar com a obrigação que lhe foi imposta pelo Judiciário.

Não sendo essa questão, o STF manifesta-se no sentido de que a utilização do princípio acima deve ser desconsiderada, dando-se prioridade à efetividade do texto constitucional, no que tange à previsão dos direitos sociais, econômicos e culturais do indivíduo.

3.8 A Análise da Demanda (Real X Orçamento- Planejado)

Para o Ministério da Saúde, a premissa básica será a descentralização da aquisição e distribuição de medicamentos essenciais. O processo de descentralização, no entanto, não exime os gestores federal e estadual da responsabilidade relativa à aquisição e distribuição de medicamentos em situações especiais.

Esse planejamento, elaborado por ocasião das programações orçamentárias anuais, deverá ser precedida da análise de critérios técnicos e administrativos.

As responsabilidades de execução do direito à saúde dos Entes Federativos do Poder Executivo encontram-se positivadas no bojo do Art 1º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, de onde se depreende as condições para promover,

proteger e recuperar a saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

No orçamento anual planejado pelos Entes Federativos visando à manutenção e assessoria do direito a saúde da população, são previstas as verbas destinadas para seu atendimento, tanto para a modalidade assistencial, quanto para a preventiva do bem-estar coletivo.

A organização do SUS é realizada por intermédio de uma segmentação administrativa regionalizada e hierarquizada, fundamentada no processo da heterogeneidade das ações e serviços fornecidos.

Os serviços públicos de saúde são subdivididos da seguinte forma: os Municípios são responsáveis pela execução de comodidades de menor complexidade, os Estados os de média complexidade e a união com os de alta complexidade. Essas funções são realizadas por órgãos competentes em cada esfera governamental, o que também é regularizado pela mesma Lei nº 8.080/90.

A falta de recursos já pode ser percebida na ponta e tem tornado precária a prestação de serviços oferecidos à população, tanto aqueles relacionados à Covid-19, quanto aos usuários de tratamentos corriqueiros do SUS, o que pode resultar, no futuro, em um agravamento nos indicadores de saúde pública.

O valor repassado à atenção primária (o que financia postos de saúde) passou de R\$ 27.200 bilhões no exercício de 2019 para R\$ 27.400 bilhões para o exercício de 2020, com um crescimento de apenas 0,7%, enquanto a inflação nesse período foi de 4,52%.

Assim, percebe-se que limitado ao orçamento aprovado, os Entes Federativos ficam impossibilitados de atender amplamente os direitos da população à saúde.

CONCLUSÃO

Apesar da previsão constitucional do direito individual à saúde, com o acesso igualitário e universal a todos os cidadãos, percebe-se que os Orçamentos Anuais dos Entes Federativos (União, Estados e Municípios), destinados a atender as metas prioritárias do governo, dentre eles, às inerentes à saúde, seja com o fornecimento de medicamentos ou pela prestação de serviços, são insuficientes para atender à crescente demanda na área.

Vários fatores têm aumentado a demanda do SUS, acarretando a indisponibilidade de recursos orçamentários e financeiros, podendo citar a

Mudanças no perfil populacional brasileiro, com aumento de natalidade, bem como da longevidade populacional; alteração no perfil epidemiológico; ocorrência de doenças crônico-degenerativas, aumento na morbimortalidade decorrente da violência, especialmente daqueles decorrentes de homicídios e de acidentes de trânsito.

Os Entes Federados ficam limitados aos valores previstos nas Leis Orçamentárias Anuais, para cada área prioritária. O custo com tratamentos individuais, que não foram previstos anteriormente e encontram-se fora dos critérios, oneram demasiadamente o parco orçamento existente. Impossibilitando, em alguns casos, a disponibilização dos medicamentos e dos serviços.

Diante da negativa de atendimento, o cidadão não vê alternativa a não ser buscar na tutela jurisdicional do Estado para a satisfação de seu direito, levando-o assim ao ajuizamento das ações para que o Ente Federado seja compelido a fornecer o tratamento adequado.

Ao julgar procedente o pedido de tutela do cidadão, visando à satisfação de seu direito à saúde o Poder Judiciário compele o Ente Federado a atender essa demanda, por força de sentença. Nesse diapasão os Municípios, que são os Entes Federados com menor poder econômico, terminam com os orçamentos prejudicados, vendo-se obrigados a remanejar recursos, onde já não existem, para adquirir os insumos ou contratar os serviços objeto da ação.

A judicialização do direito à saúde, que já existia, vem sendo crescente nos últimos anos. Na prática, o ajuizamento da ação ocorre no Tribunal de Justiça, mediante a busca do cidadão pelo direito à saúde, recorrendo ao Judiciário, contra o próprio governo ou contra os planos de saúde.

Ao tomar conhecimento do teor da sentença, o Ente Federado é obrigado a custear a despesa, entretanto, em algumas situações, de fato, o recurso é inexistente, assim, o Julgador deve buscar o equilíbrio, porquanto, apesar da saúde consistir em um dever do Estado e uma garantia fundamental do cidadão, a interferência judicial deve ser equilibrada, uma vez que sua atuação sem propósito na efetivação desse direito poderá provocar um desarranjo institucional e uma desorganização administrativa.

De fato, a saúde é direito de todos e obrigação do Estado, entretanto, há de ser levado em consideração se o atendimento de demandas individuais, como já

dito, não previstas, não irão inviabilizar ações de cunho preventivo e assistenciais à população.

Atualmente a maior demanda de judicialização de ações tem como objeto a assistência farmacêutica e dos tratamentos médicos, que não são ofertados pelo SUS ou ainda pelos planos de saúde.

A Política de Assistência Farmacêutica do SUS possibilita o abastecimento e utilização adequada, cujos procedimentos são normatizadas pela Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, do Ministério da Saúde, na qual define-a da seguinte forma: 1. Básica: Disponibilização de medicamentos para o tratamento de doenças mais prevalentes; 2- Estratégico: Disponibilização de medicamentos para o tratamento de endemias e Aids; 3- Especializado: Disponibilização de medicamentos cuja utilização depende da observação de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

O SUS não consegue atender a todos os cidadãos em decorrência da quantidade da população em relação com os problemas financeiros e de gestão que encontramos, entretanto, em caso de não ser fornecido os serviços, considerados necessários e previstos nos Arts. 5º e 6º da lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, caberá a judicialização

Segundo estudos do MS, os Entes Federativos, somados despendem anualmente com o valor de R\$ 7 bilhões, com o cumprimento de sentenças judiciais, o que vem descompensando o já sofrido sistema público de saúde.

O Poder Público tem procurado alternativas para diminuir esse déficit, mediante a busca de solução de conflitos fora do âmbito judicial, utilizando outros meios para resolver o problema do usuário do SUS. O ACESSA SUS, programa responsável por essa intermediação do estado com o paciente oferece uma espécie de consultoria, orientando sobre as possibilidades terapêuticas disponíveis no SUS e evitando, desta forma, ações e condenações judiciais.

O presente trabalho intencionou demonstrar a crescente demanda nos processos de judicialização do direito à saúde, incidindo diretamente sobre a sociedade causando déficit nos cofres públicos, impactando direta e completamente sobre o orçamento anual estipulado. Entendemos que o Estado vem buscando formas particular para estabelecer o equilíbrio entre os princípios da reserva do possível e do mínimo existencial.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, C.; MEDEIROS, M.; FEIJÓ, P. H. Gestão das finanças públicas – fundamentos e práticas de planejamento, orçamento e administração financeira com responsabilidade fiscal. 2ª edição. Brasília: 2008.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 04 out.2020.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção e recuperação da saúde, a organização, o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 02 out.2020.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 28 de junho de 2011; 190º da Independência e 123º da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 15 out.2020.

BRASIL. Presidência da República. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal de 1988 e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília, 13 de setembro de 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm#:~:text=EMENDA%20CONSTITUCIONAL%20N%C2%BA%2029%2C%20DE,e%20servi%C3%A7os%20p%C3%ABlicos%20de%20sa%C3%BAde. Acesso em: 18 out. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Emenda Constitucional nº 42, de 19 de dezembro de 2003. (ao texto constitucional de 1988) Altera o Sistema Tributário Nacional e dá outras providências. Brasília, em 19 de dezembro de 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc42.htm. Acesso em: 22 out.2020.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a

organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 11 out.2020.

BRASIL. Lei nº 12.401 de 28 de abril de 2011. Altera a Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 28 de abril de 2011; 190º da Independência e 123º da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm. Acesso em: 05 nov.2020.

BRASIL. Presidência da República. Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o §3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis n. 8.080 de 19 de setembro de 1990 e n. 8.689 de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, 13 de janeiro de 2012; 191º da Independência e 124º da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 13 nov.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 533 de 28 de março de 2012. Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 29 mar. 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0533_28_03_2012.html. Acesso em: 18 nov.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.554 de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 30 jul. 2013c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1554_30_07_2013.html. Acesso em: 10 nov.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.555 de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 30 jul. 2013b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html. Acesso em: 28 nov.2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. 1998. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html. Acesso em: 20 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução CIT n. 1, de 29 de setembro de 2011. Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2017/02/CIT1-2011.pdf>. Acesso em: 25 out.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, 06 de maio de 2004, Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html Acesso em: 28 nov.2020.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira. Entenda o Orçamento. Brasília. Disponível em: < <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/orcamentobrasil/entenda/cartilha/cartilha.pdf> >. Acesso em: 05 janeiro 2016.

BRASIL. Ministério da Fazenda/Secretaria do Tesouro Nacional. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão/Secretaria de Orçamento Federal. Receitas Públicas: Manual de Procedimentos aplicado à União, Estados, Distrito Federal e Municípios – 4ª edição. Brasília: Secretaria do Tesouro Nacional, Coordenação-Geral de Contabilidade, 2007. Disponível em: < <http://anexos.datalegis.inf.br/arquivos/1235321.pdf> >. Acesso em 05 janeiro 2016.

BRASIL. Secretaria do Tesouro Nacional. Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público: aplicado à União e aos Estados, Distrito Federal e Municípios – 5ª edição. Brasília: Secretaria do Tesouro Nacional, Subsecretaria de Contabilidade Pública, Coordenação-Geral de Normas de Contabilidade Aplicadas à Federação, 2013.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal. Orçamento Cidadão: Projeto de Lei Orçamentária Anual – PLOA 2015. Brasília, 2014. Disponível em: < http://www.orcamentofederal.gov.br/orcamento-cidadao/ofat-2015/mp_ofat-2015_web.pdf >. Acesso em: 05 janeiro 2016.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal. Orçamento Cidadão: Projeto de Lei Orçamentária Anual – PLOA 2016. Brasília, 2015. Disponível em: < <http://www.orcamentofederal.gov.br/orcamentos-anuais/orcamento-2016/Arquivos-ploa/orcamento-cidadao-2016.pdf> >. Acesso em: 05 janeiro 2016.

BRASIL. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Fazenda e Planejamento. Secretaria de Educação. Educação fiscal: livro do professor. Tema Transversal. Ensino fundamental 5ª a 8ª série. Brasília: Secretaria de Educação, Secretaria de Fazenda e Planejamento, 2002.

BRASIL. Empresa Brasileira de Comunicação (EBC). Brasil cumpre meta de superávit fiscal em 2013. Disponível em: <<http://www.ebc.com.br/noticias/economia/galeria/videos/2014/01/brasil-cumpre-meta-de-superavit-fiscal-em-2013>>. Acesso em: 03 out. 2014.

BRASIL. Secretaria do Tesouro Nacional. Banco Central do Brasil. Resultado Fiscal do Governo: Dados Abaixo da Linha (BACEN). Brasília: Secretaria do Tesouro Nacional, setembro de 2014, 17 slides, color.

BRASIL. Secretaria de Orçamento Federal. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

BRASIL. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. RE 1165054 AgR, Relator (a): Min. CELSO DE MELLO, Segunda Turma, julgado em 31/05/2019, PROCESSO ELETRÔNICO DJe-139 DIVULG 26-06-2019 PUBLIC 27-06-2019. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=%28reserva+possivel+direito+....>>. Acesso em: 10 dez. 2019.

BECK, M.; VALENTE, G. Contas públicas têm déficit recorde. O Globo, Rio de Janeiro, 1º out. 2014. Primeira Página.

CARVALHO, D. LRF Doutrina e Jurisprudência – abordagem completa, incluindo a Lei de Crimes Fiscais e Resoluções do Senado Federal. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. 37

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - (Brasil) Assistência Farmacêutica no SUS. Brasília: CONASS, 2011. entidade sem fins lucrativos com a finalidade de representar as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal. 3 de fevereiro de 1982, sede em Brasília, Distrito Federal. Disponível em: <https://www.conass.org.br/>. Acesso em: 09 out.2020.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Assistência Farmacêutica no SUS. Brasília: CONASS, 2011.

CNS propõe força conjunta para diagnosticar demanda reprimida na realização de cirurgias eletivas. [S. l.], 16 set. 2010. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2010/16_set_realiza_cirurgia.htm. Acesso em: 3 jun. 2022.

DEMANDA reprimida na saúde - mais um desafio a ser enfrentado. *In*: Demanda reprimida na saúde - mais um desafio a ser enfrentado. [S. l.], 6 ago. 2021. Disponível em: <https://ww4.al.rs.gov.br/noticia/325111>. Acesso em: 10 jun. 2022.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, PODER EXECUTIVO, Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Brasília, 29 jun. 2011b.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, PODER EXECUTIVO, Lei n. 12.401 de 28 de abril de 2011. Brasília, 29 abr. 2011^a.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, PODER EXECUTIVO, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 533 de 28 de março de 2012. Brasília, 29 mar. 2012.

Diário Oficial da União, Poder Executivo, Portaria GM/MS n. 1.554 de 30 de julho de 2013. Brasília, 30 jul. 2013c.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, PODER EXECUTIVO, Portaria GM/MS n. 1.555 de 30 de julho de 2013. Brasília, 30 jul. 2013b.

DIREITO à saúde deve ser visto em face do princípio da reserva do possível. [S. /], 12 fev. 2017. Disponível em: https://www.conjur.com.br/2017-fev-12/ana-franco-direito-saude-visto-face-reserva-possivel#:~:text=O%20princ%C3%ADpio%20da%20reserva%20do%20poss%C3%A4vel%20consustancia%20aquele%20em%20que,e%20a%20efic%C3%A1cia%20do%20servi%C3%A7o.repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/11336/2/O_direito_fundamental_a_protecao_e_promocao_da_saude_no_Brasil_Principais_aspectos_e_problemas.pdf. Acesso em: 27 maio 2022.

ESPAÇO Ressarcimento ao SUS. [S. /], 5 abr. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/operadoras/compromissos-e-interacoes-com-a-ans-1/espaco-ressarcimento-ao-sus-1>. Acesso em: 10 jun. 2022.

ESPAÇO Ressarcimento ao SUS. [S. /], 5 abr. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/operadoras/compromissos-e-interacoes-com-a-ans-1/espaco-ressarcimento-ao-sus-1>. Acesso em: 10 jun. 2022.

Gestão Fiscal Responsável: Cartilha sobre a Lei de Responsabilidade Fiscal. (“PARÂMETROS PARA UMA - Portal Gov Bahia”) Disponível em: http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/publicacao/lrf/080807_PUB_LRF_Cartilha_port.pdf. Acesso em 03 Fev 2015.

GLOECKNER, Joseane Ledebum. A reserva do possível como limite à efetividade do direito fundamental à saúde. Revista de Direito Administrativo e Constitucional. ano 13, n. 51. Belo Horizonte: Fórum, 2013. p. 233-250.

Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Órgão criado pelo Decreto nº 72, de 21 de novembro de 1966, como resultado da fusão dos institutos de aposentadoria e pensões do setor privado então existentes. OLIVEIRA, J. História; OLIVEIRA, J. & TEIXEIRA, S. Previdência; Veja (6/1/82).

LENZA, Pedro. Direito Constitucional Esquematizado. 23. ed. São Paulo: Saraiva, 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. Comissão Inter gestores Tripartite. Resolução CIT n. 1, de 29 de setembro de 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprovar a Política Nacional de Medicamentos. 1998. Disponível em: Acesso em: 25 out. 2020.

POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS. Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 25, [S. l.], p. 1-40, 1 maio 2001.

PLANOS de saúde e o dever de ressarcir o SUS. [S. l.], 1 fev. 2020. Disponível em: <https://www.sfranconsultoria.com.br/2020/12/01/planos-de-saude-e-o-dever-de-ressarcir-o-sus/>. Acesso em: 10 jun. 2022.

QUANDO O SUS SOCORRE OS USUÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE. [S. l.], 3 fev. 2020. Disponível em: <https://cebes.org.br/quando-o-sus-socorre-os-usuarios-de-planos-de-saude/21211/>. Acesso em: 6 jun. 2022.

REZENDE, F. Finanças Públicas – 2ª edição. São Paulo: Atlas, 2001.
VIGNOLI, F. H.; FUNCIA, F. R. Planejamento e orçamento público. Série Gestão Pública. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2014.

RELAÇÃO Nacional de Medicamentos Essenciais. [S. l.], 1 jan. 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_medicamentos_rename_2020.pdf. Acesso em: 1 jun. 2022.

SARLET, Ingo Wolfgang e FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. "Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações." ("Doutrina Nacional RESERVA DO POSSÍVEL, MÍNIMO ... - academia.edu") Revista de Doutrina da 4ª Região, Porto Alegre, n. 24, jul. 2008. Disponível em: http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao024/ingo_mariana.html. Acesso em: 10 dez. 2019.

SAÚDE faz levantamento de demanda reprimida desde 2018 de exames e procedimentos. [S. l.], 11 jun. 2021. Disponível em: <https://itapira.sp.gov.br/noticia/saude-faz-levantamento-de-demanda-reprimida-desde-2018-de-exames-e-procedimentos/7731>. Acesso em: 3 jun. 2022.

SOARES NETO, Horígenes Fontes. Cláusula de reserva do possível e a limitação à garantia constitucional de pleno acesso à saúde. Revista Vertentes do Direito. v. 6. n.01. 2019. Disponível em: <https://sistemas.uft.edu.br/index.php/direito/article/download>. Acesso em: 10 dez. 2019.

WANNMACHER, L. Medicamentos essenciais: vantagens de trabalhar com este contexto. Uso Racional de Medicamentos: temas selecionados, Brasília, v. 3, n. 2, p. 1-6, jan. 2006.

WANNMACHER, L. Medicamentos essenciais: vantagens de trabalhar com este contexto. ("Seleção de medicamentos essenciais e a carga de doença no Brasil")

Uso Racional de Medicamentos: temas seleccionados, Brasília, v. 3, n. 2, p. 1-6, jan. 2006.