

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
Marcela Bianca Da Silva Batista

ORÇAMENTO PÚBLICO DENTRO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
Critérios de utilização do dinheiro público destinado a saúde

Taubaté/SP

2019

MARCELA BIANCA DA SILVA BATISTA

ORÇAMENTO PÚBLICO DENTRO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
Critérios de utilização do dinheiro público destinado a saúde

Projeto de Pesquisa apresentado como exigência parcial para o desenvolvimento do Trabalho de Graduação necessário para a obtenção do diploma de Bacharel em Ciências Jurídicas pela Universidade de Taubaté.

Orientadora: Prof^a. Mestre Marisa Vasconcelos.

Taubaté/SP

2019

**Ficha catalográfica elaborada pelo
SIBi – Sistema Integrado de Bibliotecas / UNITAU**

B333o Batista, Marcela Bianca da Silva
Orçamento público dentro do sistema único de saúde : critérios de
utilização do dinheiro público destinado a saúde / Marcela Bianca da Silva
Batista. -- 2019.
56 f. : il. ; 30 cm.

Monografia (graduação) – Universidade de Taubaté, Departamento de
Ciências Jurídicas, 2019.

Orientação: Profa. Ma. Marisa Vasconcelos, Departamento de Ciências
Jurídicas.

1. Orçamento - Brasil. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil) - Dotações e
dispêndios. 3. Direito constitucional - Emendas. 4. Lei complementar federal.
5. Judicialização do direito à saúde I. Universidade de Taubaté. II. Título.

CDU 351.72.12(81)

Elaborada por Felipe Augusto Souza dos Santos Rio Branco - CRB-8/9104

MARCELA BIANCA DA SILVA BATISTA

ORÇAMENTO PÚBLICO DENTRO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
Critérios de utilização do dinheiro público destinado a saúde

Projeto de Pesquisa apresentado como exigência parcial para o desenvolvimento do Trabalho de Graduação necessário para a obtenção do diploma de Bacharel em Ciências Jurídicas pela Universidade de Taubaté.

Orientadora: Prof[@]. Ma. Marisa Vasconcelos.

Trabalho de Graduação defendido na data de: ____/____/____ pela comissão julgadora:

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____ Universidade _____

Assinatura _____

Prof. Dr. _____ Universidade _____

Assinatura _____

Acima de tudo agradeço a Deus por mais uma conquista.

Especialmente dedicado ao meu pai Sérgio Ricardo Batista que nunca me desamparou, desempenhando sempre o papel do meu maior alicerce em todas as etapas da vida. Dedico também à minha mãe Lúcia Helena B. Batista que sempre me encheu de esperanças para seguir, à minha tia Leila Borges que fora a grande incentivadora para mais essa conquista, bem como a toda a minha família por acreditarem e depositarem toda confiança em mim.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer especialmente à minha nobre orientadora Professora Marisa Vasconcelos, primeiramente por ter aceitado esta difícil função, qual desempenhou com muito zelo e competência, toda a minha admiração e agradecimento pela paciência durante o percurso da orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão desta monografia.

Meus agradecimentos também se estendem à todo o corpo docente desta instituição de ensino que me agregaram valores que vão muito além de conhecimento jurídicos, bem como aos funcionários e amigos que ajudaram a tornar esta jornada acadêmica durante os cinco anos muito mais fácil e proveitosa.

RESUMO

Diante de nossos recursos orçamentários assegurados constitucionalmente destinados a políticas públicas de saúde, é inaceitável que não tenhamos um serviço de qualidade e excelência, de acordo com a previsão legal na Constituição Federal de 1988 a saúde é um direito fundamental, universal, equânime e integral. A Emenda constitucional nº29/2000 regulamentada pela Lei Complementar nº141/2012 veio para garantir estabilidade no financiamento público tangente à esfera em comento, à luz dos limites impostos pelas questões diretamente relacionadas aos critérios orçamentários estabelecidos à saúde para obtenção de fiscalização a fim de inibir e extinguir qualquer possível desvio de finalidade, Apesar da PEC 141 que formulou um teto para os gastos com as políticas públicas, principalmente no tangente a saúde, ficou assegurado o mínimo percentual obrigatório destinado a esta esfera pública, que vem sofrendo com as mudanças acarretadas pela Emenda 86/2015 e a política de austeridade fiscal vigente desde 2016. Já na alocação de verbas públicas destinadas a farmacologia de doenças raras e necessidades especiais, o Sistema tem acarretado grande problema aos cofres públicos, haja vista que a judicialização para a obtenção de remédios órfãos vem crescendo cada vez mais embasada no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, porém não há verbas suficientes para assistir a todos de maneira igualitária.

PALAVRA CHAVE: Emenda Constitucional 29/2000. Judicialização da Saúde. Lei Complementar 141/2012. Política de Austeridade Fiscal. SUS – Financiamento Público.

ABSTRACT

In view of our budgetary resources constitutionally guaranteed for public health policies, it is unacceptable that we do not have a service of quality and excellence, according to the legal provision in the Federal Constitution of 1988, health is a fundamental, universal, equitable and integral right. Constitutional Amendment n. 29/2000, regulated by Complementary Law n. 141/2012, came to guarantee stability in the public financing tangent to the sphere in question, in the light of the limits imposed by the issues directly related to the budgetary criteria established for health to obtain control over in order to inhibit and extinguish any possible misuse of purpose. In spite of PEC 141, which formulated a ceiling for public policy expenditures, especially in the field of health, the minimum mandatory percentage allocated to this public sphere, which has been suffering from Constitutional Amendment 86/2015 and the fiscal austerity policy in force since 2016. In the allocation of public funds for the pharmacology of rare diseases and special needs, the System has posed a major problem to the public coffers, since the the obtaining of orphan drugs has been growing increasingly based on article 196 of the Federal Constitution of 1988, but there are not enough funds to attend to all in an egalitarian way.

KEY WORD: Constitutional Amendment 29/2000. Judicialization of Health. Complementary Law 141/2012. Fiscal Austerity Policy. SUS - Public Financing.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	12
2.1 Surgimento do Sistema Único de Saúde.....	13
2.2 A dignidade da pessoa humana e os princípios norteadores do SUS.....	20
2.3 O Sistema Único de Saúde e as leis orgânicas de saúde	23
2.4 A descentralização do SUS e seu financiamento.....	25
3 DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº29 E SUA REGULAMENTAÇÃO PELA LEI COMPLEMENTAR Nº141 DE 2012	27
3.1 Piso Constitucional da Saúde e os benefícios trazidos pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000	29
3.2 Lei Complementar nº 141, de 2012 (Regulamentação da EC nº 29, de 2000).....	31
3.3 Dos valores mínimos a serem aplicados na Saúde Pública obrigatoriamente.....	32
3.4 Mudanças obtidas com a Emenda Constitucional 86/2015 e os reflexos no financiamento da saúde pública.....	35
3.5 Da política de austeridade fiscal e os reflexos no tangente ao orçamento atual.....	37
3.6 A gratuidade e a farmácia popular.....	40
4 DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE	42
4.1 O princípio da reserva do possível e o déficit de verba para assistir a todos que precisam, malefícios e o impacto acarretados pela judicialização da saúde.....	48
5 CONCLUSÃO	51
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	53

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem por objetivo analisar e fazer uma breve reflexão a respeito da saúde pública no Brasil, sendo esta direito fundamental prevista na Constituição Federal de 1988 e regulamentada através das Leis orgânicas do Sistema Único de Saúde, à luz dos limites impostos pelas questões diretamente relacionadas ao financiamento das políticas públicas sociais.

Em épocas passadas o direito a saúde não era para todos, apenas os trabalhadores e suas famílias gozavam desta virtude, partindo dessa vertente, o presente estudo versará também sobre a evolução do SUS desde sua criação até os dias de hoje após a chegada da Constituição Federal de 1988, quando a saúde pública passou a ser direito de todos e dever do Estado, pois a nossa carta política previu em seu artigo 6º que “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” bem como em seu artigo 196 temos expresso que “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”.

Nesse ínterim o presente instrumento é composto com cinco capítulos, tratando o segundo capítulo do resumo detalhado do percurso e avanços das políticas públicas de saúde até a sua trajetória mais recente, será mencionado a política pública econômica utilizada em cada período, para demonstrar a dimensão das melhorias e os problemas que foram se alastrando ao longo dos anos no tangente aos recursos escassos perante o crescimento da demanda que carecente no sistema, será exposto as leis orgânicas de saúde que regem o SUS e a importância de sua descentralização diante dos critérios de melhorias referente ao financiamento, cuja questão de maior importância no referido capítulo é a consolidação do SUS como uma política pública universal, equânime e integral, resultante do compromisso assumido pelos gestores das três esferas de governo que, dividindo as atribuições e responsabilidades em todos os aspectos referentes as políticas públicas e sociais especialmente no que concerne a saúde.

Muito embora o referido sistema seja um grande avanço da nossa política pública social ainda encontramos grandes dificuldades e desafios para que os serviços prestados pelo

referido sistema atinja um ápice significativo em excelência e eficácia. Sendo assim, o presente trabalho tem por objeto principal explicitar como funciona o financiamento do Sistema Único de Saúde, visando demonstrar como é realizado o recolhimento dos tributos para formulação da receita aplicada nas ações e serviços de saúde pública e de que forma se dá o repasse do orçamento para garantia da eficácia de um sistema tão importante como o SUS de modo a atender a todos, respeitando sempre os princípios norteadores da saúde pública para que ela seja universal, equânime e integral.

No terceiro capítulo falaremos das conquistas agregadas pela Emenda Constitucional 29/2000 responsável por instituir a vinculação de impostos em determinados produtos de arrecadação para que sejam aplicados em ações e serviços de saúde pública, explicando como se deu a estipulação de um orçamento mínimo obrigatório assegurado pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios nos termos do artigo 198, §3º da Constituição Federal, mencionando as transições estabelecidas para ADCT em seu artigo 77 através da referida Emenda 29. O presente trabalho versará também sobre a Lei Complementar 141/2012 que por sua vez regulamentou o que já encontrava-se estipulado na Emenda 29/2000 preservando então a vinculação dos recursos aplicados pelas três esferas de governo respeitando o mínimo obrigatório para a área.

Referente a Emenda nº 29/2000, é necessário ressaltar que esta emenda fora criada, com a finalidade de estabelecer a participação orçamentária mínima obrigatória da União, Estados, municípios, Distrito Federal no financiamento das ações e serviços públicos de saúde, representando uma grande conquista, pois objetiva um processo de financiamento mais estável do SUS, reforçando o papel do controle e fiscalização dos Conselhos Nacionais de Saúde resguardando o cumprimento do mínimo legal previsto para aplicação da presente esfera, visto que o componente quantitativo (percentual de aplicação) não é suficiente para garantir a eficácia dos serviços prestados, esta emenda veio para permitir que os recursos aplicados nas ações e serviços de saúde não sofram desvio de finalidade.

O objetivo do terceiro capítulo é esclarecer como ficou assegurado o orçamento mínimo obrigatório, a ser aplicado no referido sistema de saúde pública, posteriormente explicando a EC 86/2015 que ficou conhecida como a emenda do “orçamento impositivo” mencionando as mudanças consideráveis na Lei 12.858/2013 que atingiram diretamente boa parcela do que complementava o orçamento da saúde pública.

Atualmente é notório e visível que o Estado não vem se empenhando em resolver a ineficiência da Saúde Pública, bem como o critério do financiamento mínimo obrigatório que fora estipulado pela EC 29/2000 e sua regulamentação pela Lei Complementar 141/2012 não tem sido respeitado por nos encontrarmos sobre a vigência da PEC do teto sendo a Emenda Constitucional 95/2016 cujo assunto trata-se da aplicação da política de austeridade fiscal tratada ainda no terceiro capítulo do presente trabalho, onde esclarece que permanecem congelados nossos orçamentos aplicados em políticas públicas sociais em 20 anos, que tem por objetivo alcançar uma melhoria na economia do país através do congelamento de gastos públicos nos mencionados serviços.

O capítulo quatro dispõe sobre a problemática da judicialização da saúde que vem complicando cada vez mais o orçamento destinado ao SUS nos termos da Emenda Constitucional 29/2000 regulamentada pela Lei Complementar 141/2012, o impacto da judicialização da saúde pública nos fundos de saúde atinge diretamente a todos aqueles que carecem dos serviços prestados pelo referido sistema, muito embora a saúde seja direito de todos tendo sua garantia a integralidade resguardada na Constituição, no entanto se observados o princípio da reserva do possível, a concessão através de demanda judicial causa um desequilíbrio no montante orçamentário que está reservado para o sistema de saúde pública anualmente, ou seja, o mínimo obrigatório assegurado é estipulado de maneira a atender a todos respeitando sempre aquilo que se encontra padronizado na Lei 6.360/76 e respeitando os padrões estipulados pela ANVISA que visa a resguardar a garantia dos produtos a serem destinados a população em qualidade e eficiência.

Quanto às verbas públicas destinadas a doenças raras, não existem dados epidemiológicos sobre a prevalência dessas doenças no Brasil, mas, como em países que dispõem desses dados, o grupo representa cerca de 5% da população, podemos estimar que 10 milhões de brasileiros tenham uma doença rara, que na maioria das vezes resultam de fatores genéticos, não havendo cura ou tratamento para maioria dos casos, porém em alguns casos se utilizam de remédios órfãos, que por serem medicamentos destinados a um número pequeno de paciente, a indústria farmacêutica não tem interesse de investimento.

Nesse quesito, vale ressaltar que os medicamentos órfãos (responsável por boa parcela dessas demandas judicializadas) necessários para o tratamento de doenças raras acabam tendo custo elevado em detrimento do pequeno número de pessoas que precisam desses medicamentos, pois não há interesse da indústria farmacêutica na produção de

produtos específicos destinados a uma pequena parcela da população, diante disso, os poucos fármacos existentes possuem custos altíssimos, muito maiores que o orçamento que o Estado dispõe para o financiamento base destinado a política pública de saúde, acarretando grandes problemas aos cofres públicos diante da demanda judiciária como forma de acesso a esses medicamentos embasado no artigo 196 da Constituição Federal, pois várias pessoas ficam sem assistência

Portanto, a presente pesquisa visa analisar o funcionamento do SUS em quase todas as suas vertentes com as verbas que lhe são destinadas, o critério do mínimo a ser aplicado observando a Emenda Constitucional 29/2000, bem como a assistência prestadas as pessoas com doenças raras, cujo medicamentos de alto custo para uma poderia assistir um número bem maior de pessoas portadoras de doenças comuns.

2 Evolução Histórica do Sistema Único de Saúde

Antes do advento da Constituição Federal de 1988 a saúde se destinava apenas a uma pequena parcela da população, sendo assistidos apenas os trabalhadores e seus familiares, dentro desse cenário os mendigos e as demais pessoas que viviam as margens da sociedade, quando careciam de assistência médica, hora ou outra eram atendidos através de favores, ou apelavam para outros meios alternativos, ficando na maioria das vezes desassistidos e jogados a própria sorte.

À medida que a evolução política acontecia o Estado Brasileiro passou a dar mais atenção à saúde, visto que as epidemias e endemias refletiam diretamente no setor econômico Brasileiro, ameaçando o então modelo capitalista adotado.¹

Assim, o SUS - Sistema Único de Saúde - fora uma grande conquista, uma vez que a saúde pública finalmente passou a ganhar um olhar social pela reforma sanitária que tinha como ambição a universalização do direito a saúde promovendo a superação das desigualdades sociais através das mudanças e transformações necessárias no tangente à

¹AGUIAR, Zenaide Neto. *SUS: Sistema Único de Saúde – Antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2015. p. 17;

assistência médica de toda população, objetivando que esse serviço se tornasse obrigatório e gratuito a todos os indivíduos.²

2.1 Surgimento do Sistema Único de Saúde

O SUS veio para ficar, a saúde pública como direito social adquirido é um marco histórico inédito no Pacto Federal, contudo, o surgimento do SUS passou por uma trajetória conturbada até que se consolidasse a saúde como direito de todos.

No período Colonial, do ano 1500 a 1889, o Brasil sobrevivia economicamente por meio da mão de obra escrava, que sustentava a produção de açúcar, à época, com a escassez de recursos, a saúde era precária, marcada pela existência de inúmeras doenças transmissíveis que adentravam o país através dos colonos portugueses e do comércio estruturado na imigração dos escravos, vale mencionar que inexistia preocupação com a saúde pública por parte da Coroa Portuguesa. Com isso, diante da falta de precauções necessárias, houve um período marcado pelas endemias e epidemias que acabavam por atingir grande parte da população, sendo assim, com a chegada da família real portuguesa ao Rio de Janeiro em 1808, constituem-se então na cidade diversas ações sanitárias e por ordem real, passam então a ser fundadas as academias médico cirúrgicas em 1813.³

Assim, diante do quadro sanitário do momento, apesar de não existir uma política de saúde, medidas imediatas eram tomadas visando minimizar o caos. Entretanto, quando surgia qualquer sinal de melhora, essas medidas logo eram abandonadas e as intervenções só tornavam a acontecer quando ocorresse um novo surto.⁴

- Período Republicano:

Conforme Zenaide Neto Aguiar o ano de 1889 foi marcado pelo início da República velha, perdurando até meados de 1930, ao fim da monarquia e início do Estado moderno, que

² COHN, Amélia, et al. *Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS*. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.16

³ SANTOS, Ricart César Coelho dos. *Financiamento da Saúde Pública no Brasil*. Belo Horizonte: Fórum, 2016. p. 69;

⁴ AGUIAR, Zenaide Neto. *SUS: Sistema Único de Saúde – Antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2015. p. 18;

era regido pelo domínio das elites agrárias mantidas pela produção do café, a mão de obra deixou de ser escravocrata e passou a ser assalariada.⁵

Nesse período, contudo, a situação sanitária ainda era precária, as condições de trabalho eram péssimas e a saúde da população em nada mudou em relação ao governo anterior. Os trabalhadores que vinham da Europa traziam consigo diversas doenças que resultaram em sérios índices de mortalidade epidemiológica.

Contudo o Governo de Rodrigues Alves nomeou o então médico Oswaldo Cruz e pesquisador do Instituto Pasteur para Diretoria Geral da Saúde Pública, esse teve importante papel nas campanhas de prevenção de doenças promovendo vacinas inclusive a da varíola que, por sua vez, culminaram no movimento denominado Revolta da Vacina, onde as pessoas se viam obrigadas a receberem determinado meio de prevenção. Após a prevenção se tornar opcional, com campanhas de conscientização, a doença foi controlada e a importância da vacinação reforçada.⁶

Já em 1923, surgem então as CAP's - Caixas de Aposentadorias e Pensões - financiadas pelo governo, empresas e empregados, que eram operadas em regime de capitalização, porém tinham estruturas frágeis, porque possuíam um pequeno número de contribuintes e elevado número de fraudes, bem como, esse sistema era exclusivo, sendo elásticos apenas aos empregados e seus familiares, que encontravam-se vinculados a grandes empresas públicas e privadas.⁷

Apesar da criação da CAP's - Caixas de Aposentadorias e Pensões - financiadas, a saúde continuou em situação de calamidade pública, uma vez que as tais Caixas beneficiavam com assistência médica apenas os trabalhadores contribuintes e seus familiares. Vale ressaltar que as pessoas em situação de irregularidade, ou seja, aquelas que trabalhavam sem o devido registro em carteira de trabalho, bem como as pessoas que se encontravam em situação de desemprego e não eram contribuintes, acabavam dependendo de serviços filantrópicos, sendo assim ainda que algumas pessoas gozassem de acesso a saúde a grande maioria padecia sem

⁵ AGUIAR, Zenaide Neto. *SUS: Sistema Único de Saúde – Antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2015. p. 17;

⁶ AGUIAR, Zenaide Neto. *SUS: Sistema Único de Saúde – Antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2015. p. 20;

⁷ SANTOS, Ricart César Coelho dos. *Financiamento da Saúde Pública no Brasil*. Belo Horizonte: Fórum, 2016. p. 69;

assistência médica instaurando o caos em meio a uma sociedade onde predominava a desigualdade.⁸

- Período da Era Vargas:

Sob o comando do então presidente Getúlio Vargas, originou-se a Constituição de 1934, surgida a partir de 1930, no ápice dos acontecimentos de uma reforma administrativa e política, perdurando até 1937, momento em que o país entrou no período conhecido como a “Ditadura do Estado Novo”, sistema que se estendeu de 1937 à 1945. Frisa-se que, a Era Vargas fora um período de extrema importância para o setor industrial, setor esse que se encontrava em constante crescimento, sendo necessário assim cada vez mais capital e trabalho, bem como demandando então cada vez mais mão de obra da massa urbana para suprir as necessidades do setor industrial.⁹

No entanto, a combinação do crescimento acelerado do setor industrial com as péssimas condições de trabalho existentes à época culminou no aumento de riscos e problemas de saúde à massa trabalhadora urbana, trazendo o caos à população como um todo, pois isso ocasionou no aumento drástico das ocorrências de doenças endêmicas e epidêmicas.

Sendo assim, a saúde no Brasil deixou de ser apenas uma questão social e passou a se tornar assunto de interesse econômico das elites, que tinham por objetivo principal manter o trabalhador sadio para que não houvesse comprometimento na manutenção da produção que viessem a ocasionar em diversos prejuízos.

Portanto, diante da situação, substituiu-se o CAP's - Caixa de Aposentadoria e Pensão - que vigorava desde 1923 e que foram instituídas pela Lei Eloy Chaves, cuja finalidade além de assegurar benefícios previdenciários era de garantir assistência médica aos empregadores segurados e seus familiares, pelas IAP's- Instituto de Aposentadorias e Pensões -, que eram controladas pelo Estado e seu financiamento ocorria de forma tripartite, sendo composto pelos empregados, empregadores e o Estado.¹⁰

Em 1930 ocorreram as criações do Ministério da Educação e da Saúde, da Previdência Social e da Saúde Ocupacional, institucionalizada pelo Ministério do Trabalho,

⁸ AGUIAR, Zenaide Neto. *SUS: Sistema Único de Saúde – Antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2015. p. 21;

⁹ AGUIAR, Zenaide Neto. *SUS: Sistema Único de Saúde – Antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2015. p. 23;

¹⁰ BARROS, Fábio Batalha Monteiro de. *História e Legislação do SUS e Saúde da Família: problematizando a realidade da saúde pública*, 1.ed. Rio de Janeiro: Agbook, 2011, p.22;

Indústria e Comércio, ou seja, no tangente a saúde pública, gozava de tal serviço apenas a população vinculada à previdência.

Segundo Ricart César Coelho dos Santos, o Governo de Getúlio Vargas interferiu diretamente em toda área social, incluso aqui a previdência social e a saúde pública, houve também nessa referida era conforme já mencionado a criação do Ministério da Educação e da Saúde Pública – MESP, através do decreto nº19.402, de 14 de novembro de 1930, porém, eram entendidas como saúde pública apenas as prestações de serviços que não estavam abarcados pelas caixas de aposentadorias e pensões, sendo então a saúde pública para aqueles que se encontravam em situações de desempregos, de trabalho informal e as pessoas carentes de recursos, porém é de extrema importância ressaltar que esta saúde pública era bem escassa e precária nesse período.¹¹

As classes mais ricas se utilizavam do sistema de saúde privado e aos que não se encaixavam em tais situações contavam apenas com o precário serviço público e a atividade filantrópica, prestada pelas instituições de caridade e de outros meios alternativos, sendo que a grande maioria sofria com a falta de assistência e eram jogados a própria sorte.¹²

Findada a Era Vargas, temos então, como importante marco da história, em 1953 a criação do Ministério da Saúde, e com o decorrer do tempo, a discussão entre os principais pontos da saúde foram tomando força, quando finalmente na 3ª Conferência Nacional de Saúde – CNS tivemos como um assunto primordial, a possível distribuição de responsabilidades no tocante a saúde pública entre os entes federativos e a municipalização dos serviços de saúde.¹³

Inicia-se então, em 1964, o Regime Militar, que se prorrogou por 20 anos, mantendo o mesmo modelo de saúde implantado na Era Vargas. Porém, durante o governo militar foram realizadas algumas mudanças acerca da saúde pública, sendo a de principal relevância a unificação do Instituto de Aposentadorias e Pensões – IAPs, com o Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social – INPS, criado durante esse período e que era subordinado ao Ministério do Trabalho e Previdência Social, o INPS passou a se responsabilizar pela administração das aposentadorias, pensões e assistência médica de todos os trabalhadores

¹¹ SANTOS, Ricart César Coelho dos. *Financiamento da Saúde Pública no Brasil*. Belo Horizonte: Fórum, 2016. p. 70;

¹² AGUIAR, Zenaide Neto. *SUS: Sistema Único de Saúde – Antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2015. p. 25;

¹³ SANTOS, Ricart César Coelho dos. *Financiamento da Saúde Pública no Brasil*. Belo Horizonte: Fórum, 2016. p. 70;

formais da área urbana, concentrando e administrando todas as contribuições previdenciárias, porém continuavam desassistidos e suprimidos aqueles trabalhadores que se encontravam em situação de emprego informal ou os que laboravam nas áreas rurais.¹⁴

Dessa forma, posteriormente em meados dos anos de 1971 ocorreu então uma vinculação entre a utilização dos serviços de saúde e a situação empregatícia do cidadão, sendo expandida significativamente a assistência médica previdenciária, através da inclusão dos trabalhadores rurais vinculados a previdência. No entanto, perdurou-se a exclusão de uma parcela significativa da população, representada pela classe desempregada e por aqueles que trabalhavam informalmente, sem carteira assinada.¹⁵

Com a expansão da assistência médica da previdência, que culminou na inclusão dos trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos, somado à forma de funcionamento, que priorizava o favorecimento da lucratividade das empresas vinculadas e às fraudes e corrupções constantes, a previdência passou a sofrer grandes impactos financeiros.¹⁶

- Criação do SIMPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

Em 1970, a situação financeira da previdência se agravou muito, gerando uma enorme crise no modelo de saúde previdenciário, resultado do alto custo da assistência médica e da arrecadação financeira insuficiente para o sustento da demanda, instaurando-se o caos no setor de saúde. A política econômica estava em estado de decadência sob o comando do Regime Militar, o que interferiu diretamente na qualidade de vida da população, que se tornava cada vez mais precária no decorrer dos anos, refletindo diretamente nas altas taxas de mortalidade por doenças endêmicas e epidêmicas.¹⁷

Em 1976 fora criado um programa denominado PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - cuja finalidade era a expansão da saúde, tal programa fora implementado em 1977 e teve como prioridade a abrangência nas áreas rurais, levando assistência médica para as pequenas cidades do interior do país em especial a região Nordeste.

¹⁴ SANTOS, Ricart César Coelho dos. *Financiamento da Saúde Pública no Brasil*. Belo Horizonte: Fórum, 2016. p. 70;

¹⁵ AGUIAR, Zenaide Neto. *SUS: Sistema Único de Saúde – Antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2015. p. 30;

¹⁶ AGUIAR, Zenaide Neto. *SUS: Sistema Único de Saúde – Antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2015. p. 31;

¹⁷ AGUIAR, Zenaide Neto. *SUS: Sistema Único de Saúde – Antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2015. p. 33;

Ocorre que, com a criação do PIASS, viu-se também a real necessidade da implementação de quatro ministérios para que houvesse melhorias organizacionais, separando então a Saúde, a Previdência, o Interior e o Planejamento. Porém, nessa época o Brasil já vinha sofrendo com a falta de financiamento para a saúde, haja vista que o modelo de governo existente à época encontrava-se em meio à crise, que ficou conhecida como “A era do fim do milagre econômico”.¹⁸

Criou-se então por meio da Lei 6.439 em 1977, o SIMPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social - esse sistema se originou da junção de diversos órgãos do governo, entre eles o INPS - Instituto Nacional de Previdência Social (autarquia que administrava os benefícios) e o INAMPS - o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – autarquia responsável pela saúde, tal órgão governamental passa então, a ser o grande prestador de assistência médica – basicamente à custa de compra de serviços médico hospitalares e especializados do setor privado. É admissível afirmar que tal raciocínio coerente do INAMPS, que sobreviveu como órgão até a criação do SUS, mesmo após quase 30 anos desde a sua criação, ainda se copia fielmente no interior do sistema único de saúde.¹⁹

Em meio à crise e o processo de redemocratização do Brasil, surgiu, em 1980, o PREV-SAÚDE - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, empresa pública responsável pelo gerenciamento dos dados previdenciários, que se baseava na junção dos Ministérios da Saúde e da Previdência social, reorganizando e reestruturando o modelo de saúde vigente, priorizando a necessidade da reformulação de uma nova política de financiamento, propondo a extensão do programa de saúde para toda a população. No entanto, esse programa não fora implementado devido às objeções dos dirigentes do INAMPS e pressão dos empresários de saúde.²⁰

Diante da crise, em 1981 foi criado o CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária, que juntamente com o INAMPS criou um plano de mudança do cenário assistencial, que teve nas AIS - Ações Integradas de Saúde um de seus pilares. Sendo assim, com base na criação do CONASP, surgiu o Programa de Ações Integradas de Saúde, o plano CONASP teve como prioridade a proposta de controlar os

¹⁸ AGUIAR, Zenaide Neto. *SUS: Sistema Único de Saúde – Antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2015. p. 33;

¹⁹ CECILIO; ARAUJO; REIS. *Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde/ Módulo Político Gestor*. P.32. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf>;

²⁰ AGUIAR, Zenaide Neto. *SUS: Sistema Único de Saúde – Antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2015. p. 33;

gastos com saúde na intenção de viabilizar a expansão ao acesso desse referido serviço que, funcionava através de convênios entre o Ministério da Saúde e a Previdência, onde os governos estaduais recebiam e repassavam os recursos aos municípios, facilitando a expansão das unidades básicas de saúde.²¹

Em 1985, após o falecimento do então presidente Tancredo Neves, iniciou-se o Período da Nova República comandado por José Sarney, momento em que o processo de redemocratização do país estava a todo vapor, nesse período evidenciou-se a redução de doenças imunopreveníveis e da mortalidade infantil, evidência que contribuiu diretamente na ampliação da cidadania e de lutas favoráveis à politização da saúde, implicando em diversas propostas para a Reforma Sanitária, podemos afirmar que esse movimento foi um exemplo vitorioso no marco da história onde as forças organizadas deram um grande passo no caminho da construção de um projeto de sociedade mais justo no tangente a saúde.²²

Sendo assim, fora proposto pelos idealizadores do movimento sanitarista brasileiro que o Estado se responsabilizasse pela redução de doenças e outros agravos disponibilizando tratamento igualitário de prevenção e proteção, através das políticas sociais e econômicas a constitucionalização da saúde, assegurando a todos tal direito social de maneira igualitária e eficiente.²³

Em 1987, as Ações Integradas de Saúde - AIS transformaram-se em SUDS - início do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados, marco histórico que representou um grande avanço para o país, pois os repasses dos recursos eram feitos com mais facilidade, em virtude da estadualização do INAMPS, que ocorreu através da fusão de suas estruturas às secretarias estaduais de saúde.²⁴

“Nesse ano foram criados Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) que tinham como principais diretrizes: universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde; integralidade dos cuidados assistenciais; descentralização das ações de saúde; implementação de distritos sanitários. Trata-se de um momento marcante, pois, pela primeira vez, o Governo Federal começou a repassar recursos para os estados e municípios ampliarem suas redes de serviços, renunciando a municipalização que viria com o SUS. As secretarias estaduais de saúde foram muito importantes neste movimento de descentralização e aproximação com os

²¹ AGUIAR, Zenaide Neto. *SUS: Sistema Único de Saúde – Antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2015. p. 34;

²² BARROS, Fábio Batalha Monteiro de, *História e Legislação do SUS e Saúde da Família: problematizando a realidade da saúde pública*. 1. Ed. Rio de Janeiro: Agbook, 2011. P.13;

²³ JÚNIOR, Reynaldo Mapelli. *Judicialização da Saúde: Regime Jurídico do SUS e Intervenção na administração Pública*. 1.ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017, p.2;

²⁴ AGUIAR, Zenaide Neto. *SUS: Sistema Único de Saúde – Antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2015. p. 38;

municípios, que recebiam recursos financeiros federais de acordo com uma programação de aproveitamento máximo de capacidade física instalada. Podemos localizar no SUDS os antecedentes mais imediatos da criação do SUS.”²⁵

O SUDS, assim como as AIS, realçava os mecanismos de programação e orçamentação integradas e as decisões colegiadas tomadas no âmbito das Comissões Interinstitucionais. Sendo assim, a descentralização da gestão do referido sistema de saúde, focava nas secretarias estaduais de saúde, uma vez que estas se responsabilizariam como futuros órgãos reitores dos sistemas estaduais de saúde.²⁶

Por fim, em 1988, com o surgimento de nossa carta magna, foi implantado mediante promulgação da Constituição Federal, o SUS – Sistema Único de Saúde, considerado um grande avanço em matéria de cidadania e democracia, tornando-se obrigação de Estado e direito de todos os serviços de Assistência de Saúde Pública.

“Em 1988, foi aprovada a “Constituição Cidadã”, que estabelece a saúde como “Direito de todos e dever do Estado” e apresenta, na sua Seção II, como pontos básicos: “as necessidades individuais e coletivas são consideradas de interesse público e o atendimento um dever do Estado; a assistência médico sanitária integral passa a ter caráter universal e destina-se a assegurar a todos o acesso aos serviços; estes serviços devem ser hierarquizados segundo parâmetros técnicos e a sua gestão deve ser descentralizada.” Estabelece, ainda, que o custeio do Sistema deverá ser essencialmente de recursos governamentais da União, estados e municípios, e as ações governamentais submetidas a órgãos colegiados oficiais, os Conselhos de Saúde, com representação paritária entre usuários e prestadores de serviços.”²⁷

2.2 A dignidade da pessoa humana e os princípios norteadores do SUS

A dignidade da pessoa humana é um princípio fundamental cujo conceito tem visão ampla e afirma-se como sendo valor ínsito do homem, ou seja, é algo inerente a qualidade do ser humano, e esta ocupa um lugar de relevância ímpar no ordenamento jurídico, bem como se encontra diretamente vinculada aos direitos fundamentais e a atual Constituição Federal definiu o ser humano como detentor de valor supremo.²⁸

Conforme previsto em nossa carta magna em seu artigo 1º, III, CF, vejamos:

²⁵ CECÍLIO, Carlos de Oliveira. *Políticas Públicas de Saúde: Sistema Único de Saúde [online]*. UNESP. p. 06. Disponível em:

<https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/7/unidades_conteudos/unidade02/unidade02.pdf>;

²⁶ MERCADANTE, Otávio Azevedo. *Evolução das políticas e do Sistema de Saúde [online]*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2002. p. 247 Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/sd/pdf/finkelman-9788575412848-05.pdf>>

²⁷ CRFB, 1988;

²⁸ LOURENÇO, Adaumirton Dias et al. *ESTUDOS DE DIREITOS FUNDAMENTAIS*. 1ed. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010. p.155;

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

[...]

III - a dignidade da pessoa humana;

[...]

Parágrafo único. Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição.”²⁹

Portanto, tomando por base o dispositivo do artigo 1º da Constituição Federal, temos exposto, através de uma análise do mencionado artigo que além de necessário é de extrema importância valorizar a positividade dos direitos fundamentais, os quais são produtos de progresso constante, entendendo a dignidade da pessoa humana como direito fundamental e intrínseco que compõe a individualidade de todos os seres humanos, os quais devem ser respeitados sem que haja qualquer discriminação ou qualquer outra violação que atinja a integridade, física ou psíquica do homem.

De todos os princípios norteadores do SUS, vale ressaltar que a dignidade da pessoa humana tem olhar de importância fundamental em todos os países que aderiram a democracia, sendo assim, no âmbito internacional, o referido princípio está presente em diversos tratados e influenciam constituições nos mais diferentes ordenamentos jurídicos. A Declaração Universal dos Direitos do homem (1948); Convenção Americana de Direitos Humanos (1979); Carta de Direitos Fundamentais da União Européia (2000), dentre muitos outros.³⁰

Diante disso, o fundamento base deste princípio é a proteção da dignidade da pessoa humana, resguardando o mínimo existencial correspondente a um núcleo de direitos positivos indispensáveis para que toda e qualquer pessoa tenha uma existência digna garantindo-lhes serviços básicos como educação, dignidade, moradia, saúde, etc. Portanto ficou estabelecido na nossa carta magna que compete ao Estado o dever de resguardar e de não deixar ser violado qualquer direito fundamental do cidadão, bem como que o mesmo é revestido de

²⁹ Art. 1º da CRFB, 1988;

³⁰ LOURENÇO, Adaumirton Dias et al. *ESTUDOS DE DIREITOS FUNDAMENTAIS*. 1ed. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010. p.159;

competência e possui a responsabilidade de promover e efetivar os direitos e garantias constitucionais de todos.³¹

Além da dignidade da pessoa humana, o SUS também é regido por uma série de princípios fundamentais que o norteiam, porém existem 3 desses princípios que conferem legitimidade ao nosso sistema de saúde pública que é estabelecido pela Constituição e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, sendo eles:

Princípio da Universalidade: esse mencionado princípio visa assegurar que o acesso e ações e serviços de saúde é universal e tem previsão na Constituição Federal que assegura que a saúde é direito de todos e dever do Estado, cabendo a ele o dever de garantir o determinado serviço a todos sem distinção de raça, cor, sexo, ocupação social ou qualquer outra característica da pessoa, perante a nossa Carta Magna todos tem direito a Saúde de maneira igualitária.³²

Princípio da Equidade: esse princípio por sua vez, tem por objetivo diminuir as desigualdades, pois apesar da garantia do acesso a saúde a todos, nem todos possuem necessidades iguais, alguns carecem mais do referido sistema do que outros, diante disso, é como uma balança onde se deve pesar o tamanho do problema com aquilo que é necessário para sanar o problema, ou seja tratar como igual os iguais e como desigual os desiguais, dando a cada um o que precisa de acordo com aquilo que realmente carece, pois as pessoas possuem necessidades distintas.³³

Princípio da Integralidade: já esse princípio é bem parecido com o que dispõe o princípio da universalidade, pois a integralidade considera todas as pessoas como um todo, de modo a atender todas as suas necessidades, cada qual no seu nível de carência, ou seja, o SUS deve atuar de maneira integral a promover não só ação de saúde voltada a todos como também deve produzir ações de promoção, prevenção e tratamento.³⁴

Todavia, apesar de todos os princípios e garantias expressas em Lei, a notória calamidade que encontramos no sistema único de saúde não condiz com as garantias

³¹ LOURENÇO, Adaumirton Dias et al. *ESTUDOS DE DIREITOS FUNDAMENTAIS*. 1ed. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010. p.160;

³² AGUIAR, Zenaide Neto. *SUS: Sistema Único de Saúde – Antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2015. p. 50;

³³ MEDICINA, Associação Paulista de. *SUS: O que você precisa saber sobre Sistema Único de Saúde*. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 166;

³⁴ MEDICINA, Associação Paulista de. *SUS: O que você precisa saber sobre Sistema Único de Saúde*. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 166;

constitucionais prevista em nossa carta magna, pois a realidade encontra-se bem distante da teoria, posto que os recursos destinados ao SUS somados ao número crescente de pessoas carentes que não gozam de condições financeiras suficientes para arcar com os custos de um plano de saúde, resultam na carência de todo o sistema de saúde pública, gerando uma série de fatores, tais como a demora exacerbada de consultas, falta de remédios básicos e leitos nos hospitais públicos, falta de médicos qualificados, entre vários outros atributos que acabam por deixar a pessoa necessitada dos serviços de saúde pública a própria sorte, desrespeitando diretamente o direito a saúde garantido na nossa Constituição Federal em seu artigo 196 que prega que:

“**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.”³⁵

Portanto, sendo a vida, conforme dispositivo do artigo 5º caput da CF, o bem mais precioso e inviolável que o ser humano possui, podemos afirmar que a Mistanásia (prática que consiste em deixar que a pessoa morra de forma miserável, sem assistência, quando poderia ser evitada) torna-se uma prática inadmissível, ferindo todos os preceitos garantidos em nossa carta magna no tangente a dignidade da pessoa humana, pois conforme afirma Luiz Antônio Lopes Ricci o que perturba diante de tal prática é que a morte mistanásica pode ser evitada, se todos cumprirem com sua parte, o autor ainda usa o termo “morte indireta” indicando a negligência, omissão e o abandono social e pessoal a maior causa de morte antecipada dentro do nosso cenário atual.³⁶

Diante de tudo que fora mencionado, é compreensível fazer a ligação direta entre nosso atual sistema de saúde pública e a falta de respeito ao princípio da dignidade da pessoa humana que vem sendo deixado de lado em muitas esferas atingindo diretamente milhões de pessoas que carecem do Sistema Único de Saúde, conforme veremos ao longo do corpo do mencionado artigo.

2.3 O Sistema Único de Saúde e as leis orgânicas de saúde

³⁵ Art. 196 da CRFB, 1988;

³⁶ RICCI, Luiz Antonio Lopes. *A MORTE SOCIAL: Mistanásia e Bioética*. 1 ed. São Paulo: Paulus. p.2;

O SUS é regulamentado por duas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) existentes desde a criação da nossa carta magna onde fora estabelecido em seu artigo 196 que a saúde é direito de todos e dever do Estado e seus princípios se originaram do movimento social denominado Reforma Sanitária. Sendo assim, foram criadas com a finalidade de regulamentar o SUS a Lei 8.080 votada em 19 de setembro de 1990 (Lei orgânica da Saúde), e a Lei 8.142 votada em 28 de dezembro de 1990.³⁷

A Lei 8.080/90 fora criada com a o intuito de promover, proteger melhores condições de saúde e recuperar a mesma estabelecendo serviços e organização para o melhor funcionamento do Sistema Único de Saúde em todo o território nacional, tendo como prioridade alterar a situação de desigualdade social existente no que tange a assistência médica para todos, sendo proibidas as cobranças de qualquer natureza pelos serviços prestados pelo Estado na área da saúde.³⁸

Ao passo que fica assegurado pela Constituição Federal que toda pessoa tem direito a saúde, a Lei 8.080, assegura que as ações e serviços públicos de saúde serão prestados de maneira igualitária sem qualquer pagamento, pois o referido sistema é mantido pelas arrecadações de impostos feitos pelo Estado e este em contraprestação de serviço tem o dever de fornecer os serviços de saúde a todos sem qualquer incumbência de ônus ao cidadão.³⁹

Esta Lei trata dos recursos financeiros destinados a saúde e fiscalização dos mesmos, para que tenhamos uma boa gestão capaz de atender todas as necessidades de competência do Estado referente à Saúde pública, compreendendo os serviços prestados pelos órgãos públicos em qualquer esfera federal, estadual ou municipal, definindo critérios para as transferências desses recursos, através de um plano orçamentário destinado a tal sistema.⁴⁰

Já a Lei 8.142/90 tem como principal objetivo a consolidar a participação populacional direta na gestão do Sistema Único de Saúde, sendo através desta Lei instituída a participação social e instancias colegiadas em cada esfera de governo e assim mediante teor vigente na legislação os recursos financeiros só são recebidos na existência de um Conselho

³⁷ COELHO, V.; SOUZA, M. S.; FREIRE, R.P. *Legislação do SUS e Saúde Pública - Manuais para Provas e Concursos em Enfermagem*. 1. Ed. Salvador: Sanar, 2016, p. 25;

³⁸ AGUIAR, Zenaide Neto. *SUS: Sistema Único de Saúde – Antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2015. p. 47;

³⁹ Santos, Lenir. *Conhecendo os seus direitos na saúde pública*. 1. ed. Campinas-SP: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2006. p. 99;

⁴⁰ AGUIAR, Zenaide Neto. *SUS: Sistema Único de Saúde – Antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2015. p. 47;

de Saúde designado para fiscalizar e cuidar dos repasses financeiros intergovernamentais do mesmo.⁴¹

“A Criação do Sistema Único de Saúde (SUS) se deu através da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”. Primeira lei orgânica do SUS detalha os objetivos e atribuições; os princípios e diretrizes; a organização, direção e gestão, a competência e atribuições de cada nível (federal, estadual e municipal); a participação complementar do sistema privado; recursos humanos; financiamento e gestão financeira e planejamento e orçamento. Logo em seguida, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Institui os Conselhos de Saúde e confere legitimidade aos organismos de representação de governos estaduais (CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e municipais (CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde). Finalmente estava criado o arcabouço jurídico do Sistema Único de Saúde, mas novas lutas e aprimoramentos ainda seriam necessários.”⁴²

Diante do que ficou estabelecido nas Leis 8.080 e 8.142 ambas de 1990, para que houvesse a consolidação do SUS e atendessem os critérios da nova Constituição vigente de forma democrática, universal, equânime integral, pois o referido sistema é uma política social, apesar de toda desigualdade social que assola o nosso país, foram estruturadas divisões de deveres e responsabilidades nas três esferas de governo objetivando melhorias e combate nessa desigualdade social no tangente a assistência médica, deixando assim cada nível governamental responsável pela saúde na sua parte geográfica correspondente, ocasionando assim a descentralização do SUS.

2.4 A descentralização do SUS e seu financiamento

A descentralização do SUS nada mais é do que a divisão de tarefas entre o governo federal, estadual e municipal, ou seja, cada esfera terá sua responsabilidade no sistema organizacional do SUS, conforme já fora mencionado no corpo da presente pesquisa.

Houve então em 1991, com a chegada do novo modelo de saúde denominado SUS, a criação da Comissão de Intergestores Tripartite - CIT, juntamente com a representação do

⁴¹ AGUIAR, Zenaide Neto. *SUS: Sistema Único de Saúde – Antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2015. p. 48;

⁴² BRASIL, 1990;

Ministério da Saúde, das secretarias estaduais de saúde e das secretarias municipais de saúde e da primeira norma operacional básica do SUS, além da Comissão de Intergestores Bipartite (CIB), para cooperar com a assistência, orientação, ajuda, apoio, auxílio, supervisão e auditoria do recém criado e implantado SUS, tanto as CIT como a CIB, exerciam importantíssimo papel, atuando diretamente no fortalecimento da idéia de gestão colegiada do Sistema Único de Saúde, onde compartilhavam de responsabilidades igualitárias e autônomas entre vários níveis de governo.⁴³

Essa descentralização tem por objetivo principal uma prestação de serviços no âmbito da saúde mais eficiente e de maior qualidade, sempre preservando a fiscalização e os controles feitos pela sociedade. Contudo, é importante ressaltar que, diante de tal mecanismo adotado, todas as esferas de governo gozam de autonomia e soberania para tomar suas próprias decisões no que tange a competência de suas atividades sendo corresponsáveis pela sua gestão, porém sempre respeitando os princípios gerais e a participação social. Diante dos fatos apontados temos como autoridade sanitária principal do SUS o Ministro da Saúde exercendo seu papel na União, Os secretários estaduais de saúde exercendo autonomia nos Estados e os secretários municipais de saúde cuidam desse setor dentro de determinado município, sendo assim, a gestão do SUS se faz compartilhada entre os gestores do SUS e representantes da sociedade no processo decisório e organizativo.⁴⁴

De acordo com o Decreto 7.508 de 2011, que regulamenta a Lei 8.080/90 estabelece que a descentralização político-administrativa deve garantir a integralidade na assistência médica mediante parceria entre todos os municípios, porém a oferta de ações e serviços do SUS deverá se organizar a partir da constituição de regiões de saúde, sendo tudo regulado pelo Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP).

O artigo 31 e seguintes da Lei 8.080/90 dispõe sobre o financiamento do SUS, este se dá com os recursos de todas as esferas de governo, e também são repassados ao Sistema Único de Saúde, atuando como fonte suplementar, o orçamento da Seguridade Social que é destinado ao SUS, de acordo com a receita estimada para que seja suprida todas as finalidades desse sistema, dessa forma fica estabelecido um valor montante a cada esfera de governo para

⁴³ CECILIO; ARAUJO; REIS. *Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde/ Módulo Político Gestor*. P.32. Disponível em:

<https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf>;

⁴⁴ AGUIAR, Zenaide Neto. *SUS: Sistema Único de Saúde – Antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2015. p. 73;

que haja organização orçamentária na gestão dos recursos destinados a saúde, cumprindo exatamente o que é determinado na Lei de Diretrizes Orçamentárias.⁴⁵

Os percentuais atribuídos a União, Estados, Distrito Federal e Municípios para o financiamento e gestão do SUS ficaram estabelecidos pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, proveniente da Emenda Constitucional nº 29/2000, devendo esse repasse financeiro ser fiscalizado pelos Conselhos de Saúde, bem como ser depositados em conta especial ou fundos de saúde.

3 DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº29 E SUA REGULAMENTAÇÃO PELA LEI COMPLEMENTAR Nº141 DE 2012

Fora definido através do artigo 95 da nossa Carta Cidadã que o financiamento do SUS seria realizado de maneira a facilitar o acesso de todos através do repasse de orçamento pela União, Estados, Distrito Federal e municípios, além de fontes alternativas como o orçamento da Seguridade Social, dessa forma, estima-se que compartilhando a responsabilidade financeira entre os três níveis de gestão aumenta a qualidade dos serviços da saúde para todos, haja vista que, a questão financeira da saúde é um tema de extrema importância, pois através das verbas auferidas e repassadas por todas as esferas do governo que veremos garantido o direito de todos a saúde de maneira igualitária, garantindo a universalidade e gratuidade dos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde.

Pois bem, segundo Ricart César Coelho dos Santos, as incansáveis tentativas de auferir verbas através da vinculação de recursos para a saúde se iniciou em 1980, na época a Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) buscava a vinculação do valor equivalente a 10% do PIB para a área da saúde, tal proposta não logrou êxito, contudo em 1990, também foram diversas as tentativas para conseguir a vinculação de recursos para investimento da área da saúde, após intensas negociações, finalmente tivemos a aprovação da Câmara dos

⁴⁵ AGUIAR, Zenaide Neto. *SUS: Sistema Único de Saúde – Antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2015. p. 75;

deputados em votação de dois turnos, a PEC 82-C que tramitou pelo senado como PEC 86-A que acabou sendo aprovada e promulgada como Emenda Constitucional 29.⁴⁶

A Emenda Constitucional 29 de 2000 é fruto de diversos movimentos sociais, e veio para garantir e definir percentuais mínimos a serem aplicados nas ações e serviços públicos de saúde e representa um importante avanço para diminuição da instabilidade financeira da área da saúde através da vinculação orçamentária diante da descentralização do SUS, garantindo responsabilidade orçamentária a todas as esferas de governo no tocante a saúde pública gratuita e universal.

Vale ressaltar que, de acordo com Carlos Octávio Ocké-Reis, ainda que tenhamos a regulamentação da EC 29/2000 através da lei complementar N°141 de 2012 a estabilidade financeira do nosso Sistema Único de Saúde vem sendo um dos principais eixos de luta dentro do nosso quadro político social. As Organizações Sociais de Saúde (OSS) tem por base recursos oriundos das três esferas de governo, bem como das contribuições sociais, porém não fora definido qualquer percentual de vinculação no momento da arrecadação, ficando assim a mercê da Lei das Diretrizes Orçamentárias (LDO), atribuindo a ela a competência exclusiva de determinar o *quantum* destinado ao financiamento da saúde pública.⁴⁷

Ainda no tocante sobre a LDO, devemos mencionar que a mesma é instável, pois sofre flutuações, atingindo diretamente nas porcentagens mínimas asseguradas destinadas ao SUS a cada nova LDO apresentada pelo governo, ou seja, a cada ano o financiamento mínimo obrigatório do SUS sofre alterações, o Conselho Nacional de Saúde afirma que apesar das oscilações ainda temos estabilidade, porém Carlos Octávio garante que não houve o aumento significativo almejado pela implementação da EC 29/2000.⁴⁸

No site oficial do Conselho nacional de saúde temos por base as seguintes informações:

“De acordo com levantamento realizado pela consultoria técnica da Comissão de Financiamento e Orçamento - COFIN/CNS, a pedido do Conselho Nacional de Saúde, os gastos de ações em serviços de saúde na esfera federal após a vigência da EC 29 tiveram uma ligeira oscilação, ficando em torno de 1,85% do Produto Interno Bruto, o que representa uma estabilidade desses gastos em relação ao PIB. Já os gastos Estaduais apresentaram um crescimento, passando de 0,57% do PIB em 2000 para 0,79% do PIB em 2003, enquanto os gastos municipais passaram de 0,67% do PIB para 0,91% do PIB no mesmo período, segundo dados do SIOPS.

⁴⁶SANTOS, Ricart César Coelho dos. *Financiamento da Saúde Pública no Brasil*. Belo Horizonte: Fórum, 2016. p. 95;

⁴⁷OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. *SUS: o desafio de ser único*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 38;

⁴⁸OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. *SUS: o desafio de ser único*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 38;

Déficit - De acordo com o levantamento realizado pela consultoria técnica da COFIN, existe um déficit acumulado de aplicação pela União em 2001, 2002 e 2003, que totaliza ?R\$ 1,6 bilhão, considerado o excesso que teve em 2004.”⁴⁹

3.1 Piso Constitucional da Saúde e os benefícios trazidos pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000

Como já mencionado a Emenda 29 de 2000 foi um grande marco na história da saúde brasileira, pois, através dela se obteve diversos benefícios que recaíram sob todos aqueles que careciam de um sistema de saúde justo, eficiente e igualitário, ficando então estipulado uma nova forma de financiamento do referido setor, sendo assim, a EC 29/2000 regulamentou a vinculação do produto de arrecadação de determinados impostos de todas as esferas de governo para as ações e serviços públicos de saúde, estipulando uma base de cálculo embasada em percentuais mínimos de recursos a serem destinadas ao SUS pela União, os Estados, Distrito Federal e municípios, tornando então obrigatório o repasse de suas receitas orçamentárias o mínimo assegurado pela EC 29/2000 destinadas às ações e serviços públicos de saúde, do contrário, a não aplicação desses recursos para manutenção das ações e serviços públicos de saúde poderia ocasionar a intervenção da União nos estados-membros, Distrito Federal e municípios, e dos estados em seus municípios.⁵⁰

Logo após a promulgação da EC29/2000 houve alterações que destacou em nova redação dada ao artigo 198 da CF que passou a disciplinar em seu §3º a possibilidade de os percentuais mínimos garantidos viessem a ser reavaliados a cada cinco anos, de acordo com a regulamentação da Lei Complementar nº 141 a contar da data da promulgação da referida Emenda, sendo assim após alterações em âmbito constitucional, dispôs o artigo 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT a institucionalização dos percentuais mínimos na referida ocasião visando a necessidade de aplicação de recursos através de um fundo financeiro destinado a saúde.⁵¹

Art. 77. Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:

[...]

⁴⁹ Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2005/ec29.htm>;

⁵⁰ SANTOS, Ricart César Coelho dos. *Financiamento da Saúde Pública no Brasil*. Belo Horizonte: Fórum, 2016. p. 22;

⁵¹ SANTOS, Ricart César Coelho dos. *Financiamento da Saúde Pública no Brasil*. Belo Horizonte: Fórum, 2016. p. 153;

§ 3º Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74 da Constituição Federal.⁵²

Sendo assim, conforme afirmações de Zenaide Aguiar Neto, através da normatização da Emenda Constitucional nº 29 de 2000 ficou estabelecido o piso constitucional onde os recursos eram destinados a saúde da seguinte forma:

- Os municípios destinariam ao fundo de saúde 15% de suas receitas;
- Os Estados participariam do financiamento com 12% de seus rendimentos;
- E a União basearia sua cota parte no financiamento da saúde de acordo com o valor aplicado ao ano anterior desde a promulgação da Emenda, acrescidos da variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB anual, ressaltando que em caso de PIB negativo, o valor anterior vigente não poderia sofrer redução.⁵³

Com a adoção da EC29/2000 a saúde deu um grande passo em direção a grandes e estimadas melhorias, adquirindo condições para um novo ciclo de expansão do SUS, pois passou a independer de qualquer fonte específica de financiamento, diante das garantias dos recursos mínimos assegurados pela referida emenda, instaurou-se a confiança de que o orçamento mínimo a ser aplicado respeitaria os valores e variações do PIB de cada período, nunca sendo aplicado na receita estimada do ano atual vigente valor inferior do qual fora aplicado no ano anterior, permitindo assim uma previsibilidade dos recursos a serem destinados a saúde pública, bem como acabando com as grandes variações orçamentárias.⁵⁴

Essa emenda funcionou muito bem preservando a vinculação dos recursos mínimos para o setor da saúde pública até a promulgação da Lei Complementar de 13 de janeiro de 2012 que veio trazendo a regulamentação do mencionado §3º do artigo 198 da nossa Carta Magna.⁵⁵

⁵² Art. 77 da ADCT, 1988;

⁵³ AGUIAR, Zenaide Neto. *SUS: Sistema Único de Saúde – Antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2015. p. 65;

⁵⁴ JATENE, Adib Domingos et. al. *O financiamento da Saúde no Brasil: Um debate sobre vinculação constitucional de recursos para a saúde, dívida pública e projeto de reforma tributária*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Câmara de Políticas da Saúde, 2010. P. 34;

⁵⁵ SANTOS, Ricart César Coelho dos. *Financiamento da Saúde Pública no Brasil*. Belo Horizonte: Fórum, 2016. p. 22;

3.2 Lei Complementar nº 141, de 2012 (Regulamentação da EC nº 29, de 2000)

A lei complementar 141 veio para regulamentar o referido § 3º do art. 198 da Constituição Federal disciplinando e dispondo sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde e ficando conhecida como regulamentação da Emenda 29, estabelecendo critérios de divisão proporcional 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, vale ressaltar que a referida LC determina também que ainda que reavaliadas a cada cinco anos, esta deveria estabelecer os percentuais de receitas vinculados à saúde dos entes federativos, os critérios de rateio interfederativo e o controle e fiscalização dos recursos do SUS e revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993 que dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS.⁵⁶

Os primeiros artigos da referida LC 141/2012 definem o que são gastos com saúde esclarecendo quais as ações e serviços podem ou não ser financiadas com os recursos da saúde pública, que são devidamente depositados nos fundos destinados a saúde.

Ocorre que conforme menciona Ricart César Coelho dos Santos, os membros atuantes na área da saúde permaneceram desapontados mesmo após a promulgação da Lei Complementar 141/2012, pois a referida LC apenas manteve o que já tínhamos conquistado, ou seja, preservou o financiamento da saúde pública nos mesmos moldes já estipulados na ADCT em seu artigo 77, sendo assim, diante dos fatos narrados, temos que, em nada influenciou ou melhorou na aplicação e destinação dos recursos para o referido setor da saúde pública brasileira, tal fato demonstra claramente que estamos longe de ter a melhoria almejada por todos que lutam por essa causa.⁵⁷

Com a promulgação da LC 141/2012 ficou estabelecido que quando não for possível separar a competência tributária de um determinado produto de arrecadação de imposto, os

⁵⁶ AGUIAR, Zenaide Neto. *SUS: Sistema Único de Saúde – Antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2015. p. 65;

⁵⁷ SANTOS, Ricart César Coelho dos. *Financiamento da Saúde Pública no Brasil*. Belo Horizonte: Fórum, 2016. p. 94;

entes responsáveis pelo financiamento do Sistema Único de Saúde, deverá adimplir com o mínimo obrigatório assegurado, nos termos do dispositivo do artigo 8º da LC 141/2012 que dispõe com precisão que, o Distrito Federal deverá aplicara importância de 12% dos seus rendimentos na área da saúde para que não haja falha na garantia do orçamento mínimo obrigatório.⁵⁸

Insta mencionar que conforme já mencionado no tópico 3.1 as vinculações de percentuais das receitas fiscais para serem aplicados exclusivamente no sistema de saúde pública foram subdivididos da seguinte forma: os municípios devem destinar 15% de suas receitas, os estados devem destinar 12% e a União o valor do ano anterior acrescido da variação do PIB, porém caso ocorra o infortúnio do PIB ter variação negativa em relação ao ano anterior, é vedado a redução do valor que fora aplicado no ano anterior.⁵⁹

Temos então, que a LC 141/2012 nada mais é que uma lei que trata diretamente dos orçamentos e transferências de recursos, que devem ser arrecadados pelos entes federados e alguns órgãos do sistema governamental, sendo devidamente repassados a saúde para que haja eficácia garantidora de um bom serviço de saúde prestados a todos conforme dispõe a nossa carta cidadã, que assegura em seu artigo 196 que a saúde é direito de todos e dever do Estado, devendo este serviço ser eficaz e gratuito de modo a assistir todos os cidadãos de maneira igualitária preservando a dignidade da pessoa humana e sempre priorizando o valor da vida.

3.3 Dos valores mínimos a serem aplicados na Saúde Pública obrigatoriamente

Fica estipulado pelo artigo 2º, parágrafo único da Lei Complementar 141/2012 todos os recursos destinados a saúde deverão ser movimentados por meio de fundos de saúde, bem como, diante disso podemos mencionar que para os entes federativos auferirem tais recursos transferidos por outro ente deverão contar com fundo, plano e conselho de saúde em pleno funcionamento.⁶⁰

⁵⁸ SANTOS, Ricart César Coelho dos. *Financiamento da Saúde Pública no Brasil*. Belo Horizonte: Fórum, 2016. p. 95;

⁵⁹ AGUIAR, Zenaide Neto. *SUS: Sistema Único de Saúde – Antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2015. p. 65;

⁶⁰ BRASIL, Lei Complementar 141/2012

Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm>;

Pois bem, conforme já mencionado a Lei Complementar 141/2012 veio para regulamentar a Emenda Constitucional 29/2000, onde ficou estipulado através do § 3º do art. 198 da Constituição Federal os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde.

Essa LC 141/2012 foi criada visando a definir os percentuais mínimos que aplicados pelas três esferas de governo no tangente ao orçamento de saúde pública, de modo a garantir ao menos o mínimo para que este possa assistir a todos aqueles que precisam dos serviços de saúde de maneira igualitária e eficaz, definindo então o que deve ser de fato considerado gasto com o referido sistema, podemos citar alguns exemplos como a compra e distribuição de medicamentos, a gestão do sistema público de saúde, desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovido por instituições do Sistema Único de Saúde (SUS), entre vários outros.

Nos termos dessa referida lei, a União permanece destinando à saúde praticamente os mesmos recursos que já estavam estipuladas, ou seja, no mesmo tempo em que os Estados e Municípios aplicam obrigatoriamente o mínimo legal assegurado na importância de 12% e 15% dos seus rendimentos, a União possui o dever de aplicar o valor destinado no ano anterior acrescido da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) dos dois anos anteriores ao que se referir a lei orçamentária, e em caso de PIB negativo manter-se-á o valor aplicado anteriormente, sendo vedado a redução dos referidos recursos.

Insta mencionar que, os recursos aplicados na área da saúde, se origina de arrecadações de impostos pagos por todo cidadão brasileiro seja ele natural ou naturalizado, porém, apesar desses recursos se encontrarem diretamente ligados a economia, e analisando o atual cenário político brasileiro, habitamos em um país onde boa parcela da população sobrevive percebendo um salário mínimo, apesar de pesquisas apontarem que a média salarial dos brasileiros encontram-se em R\$2.340 segundo dados levantados pela 58ª Pesquisa Salarial da Catho, com possível margem de erro de apenas 0,4%,⁶¹ os recursos ainda são escassos, pois ainda que carga tributária do Brasil seja considerada uma das mais altas da América Latina, não há mais o que se tributar, os possíveis sistemas de arrecadação encontram-se esgotados, e vale ressaltar que de acordo com a última pesquisa realizada pelo IBGE em 29/03/2019 o desemprego no país aumentou consideravelmente subindo para 12,4%, atingindo cerca de 13,1 milhões de pessoas em nosso país e a população subutilizada é

⁶¹ Disponível em: <<https://www.jornalcontabil.com.br/media-salarial-do-brasileiro-e-de-r2-340/>>;

a maior desde 2012, ou seja isso reflete diretamente em nossas políticas sociais públicas, pois quanto maior o desemprego e menor os salários, conclui-se que menor são os gastos e maior é o número de inadimplência, portanto, conseqüentemente menor é a arrecadação tributária.⁶²

Diante de tudo que já fora exposto, temos que apesar do dispositivo do artigo 24 da referida LC 141/2012 estabelecer que:

“Art. 24. Para efeito de cálculo dos recursos mínimos a que se refere esta Lei Complementar, serão consideradas:

I - as despesas liquidadas e pagas no exercício; e

II - as despesas empenhadas e não liquidadas, inscritas em Restos a Pagar até o limite das disponibilidades de caixa ao final do exercício, consolidadas no Fundo de Saúde. “⁶³

É de suma importância ressaltar que após o dispositivo legal da Lei Complementar 141/2012, ficou estipulado em seu artigo 16 que o repasse dos recursos destinados as ações e serviços público de saúde fossem realizados diretamente aos fundos de saúde de cada respectivo ente da federação, tornando assim relevante a análise das formas de transferências empregadas por cada esfera de governo na área de saúde e suas conseqüências jurídicas.⁶⁴

Devemos pontuar que através da promulgação Emenda Constitucional 86/2015 torna-se impossível a previsão certa de um mínimo legal garantido dos gastos com ações e serviços públicos de saúde da União por intermédio de lei infraconstitucional, tendo em vista que o importe total deslocou-se expressamente para a Constituição Federal, sendo assim a referida Lei em comento ainda continua em vigência apenas no tangente aos Estados, Distrito Federal e Municípios.⁶⁵

3.4 Mudanças obtidas com a Emenda Constitucional 86/2015 e os reflexos no financiamento da saúde pública

⁶²Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/24110-desemprego-sobe-para-12-4-e-populacao-subutilizada-e-a-maior-desde-2012>>;

⁶³BRASIL, Lei Complementar 141/2012;

⁶⁴ SANTOS, Ricart César Coelho dos. *Financiamento da Saúde Pública no Brasil*. Belo Horizonte: Fórum, 2016. p. 138;

⁶⁵ SANTOS, Ricart César Coelho dos. *Financiamento da Saúde Pública no Brasil*. Belo Horizonte: Fórum, 2016. p. 96;

Em que pese a Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015, Ricart César Coelho dos Santos dispõe que essa é responsável por trazer alterações consideráveis aos dispositivos constitucionais referentes às normas orçamentárias estabelecidas para o financiamento do sistema de saúde pública, os reflexos que a referida Emenda trás aos fundos de saúde, implica diretamente na base de cálculo constitucional para a aplicação do mínimo obrigatório a ser aplicado nas Ações e Serviços Públicos de Saúde – ASPS a partir do ano de 2016, atingindo então a Receita Corrente Líquida da União, ou seja, a execução orçamentária das emendas parlamentarias passa a ter valor mínimo obrigatório no importe de 1,2% da Receita Líquida Corrente – RLC da União, sendo 0,6% da RLC somente destinados a Ações e Serviços Públicos de Saúde sem alocação adicional de recursos para esse fim.⁶⁶

Além disso, devemos mencionar que de acordo com a Lei nº12.858, de 9 de setembro de 2013 tínhamos a garantia da participação de parcela dos tributos decorrentes da exploração do petróleo, reservas de óleo, gás natural e pré sal, sendo a referida parcela de arrecadação destinadas a saúde e a educação, no tangente a saúde eram somadas a título de acréscimo ao mínimo legal já garantido pela LC141/2012, conforme os dispositivos dos artigos 2º e 3º da Lei nº12.858/2013.⁶⁷ Vejamos o que prega os mencionados artigos:

“Art. 2º Para fins de cumprimento da meta prevista no inciso VI do caput do art. 214 e no art. 196 da Constituição Federal, serão destinados exclusivamente para a educação pública, com prioridade para a educação básica, e para a saúde, na forma do regulamento, os seguintes recursos:

I - as receitas dos órgãos da administração direta da União provenientes dos royalties e da participação especial decorrentes de áreas cuja declaração de comercialidade tenha ocorrido a partir de 3 de dezembro de 2012, relativas a contratos celebrados sob os regimes de concessão, de cessão onerosa e de partilha de produção, de que tratam respectivamente as Leis nºs 9.478, de 6 de agosto de 1997, 12.276, de 30 de junho de 2010, e 12.351, de 22 de dezembro de 2010, quando a lavra ocorrer na plataforma continental, no mar territorial ou na zona econômica exclusiva;

II - as receitas dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios provenientes dos royalties e da participação especial, relativas a contratos celebrados a partir de 3 de dezembro de 2012, sob os regimes de concessão, de cessão onerosa e de partilha de produção, de que tratam respectivamente as Leis nºs 9.478, de 6 de agosto de 1997, 12.276, de 30 de junho de 2010, e 12.351, de 22 de dezembro de 2010, quando a lavra ocorrer na plataforma continental, no mar territorial ou na zona econômica exclusiva;

III - 50% (cinquenta por cento) dos recursos recebidos pelo Fundo Social de que trata o art. 47 da Lei nº 12.351, de 22 de dezembro de 2010, até que sejam

⁶⁶ SANTOS, Ricart César Coelho dos. *Financiamento da Saúde Pública no Brasil*. Belo Horizonte: Fórum, 2016. p. 99;

⁶⁷ SANTOS, Ricart César Coelho dos. *Financiamento da Saúde Pública no Brasil*. Belo Horizonte: Fórum, 2016. p. 97;

cumpridas as metas estabelecidas no Plano Nacional de Educação; e IV - as receitas da União decorrentes de acordos de individualização da produção de que trata o art. 36 da Lei nº 12.351, de 22 de dezembro de 2010.

§ 1º As receitas de que trata o inciso I serão distribuídas de forma prioritária aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios que determinarem a aplicação da respectiva parcela de receitas de royalties e de participação especial com a mesma destinação exclusiva.

§ 2º A Agência Nacional do Petróleo, Gás Natural e Biocombustíveis - ANP tornará público, mensalmente, o mapa das áreas sujeitas à individualização da produção de que trata o inciso IV do caput, bem como a estimativa de cada percentual do petróleo e do gás natural localizados em área da União.

§ 3º União, Estados, Distrito Federal e Municípios aplicarão os recursos previstos nos incisos I e II deste artigo no montante de 75% (setenta e cinco por cento) na área de educação e de 25% (vinte e cinco por cento) na área de saúde.

[...]

Art. 4º Os recursos destinados para as áreas de educação e saúde na forma do art. 2º serão aplicados em acréscimo ao mínimo obrigatório previsto na Constituição Federal.”⁶⁸

Com a chegada da Emenda 86 de 2015 o inciso I do §2º, do artigo 198 da CF de 1988 ganha nova redação, onde o que antes era acréscimo assegurado para fins de incrementar a quantidade de recursos destinados as áreas sociais da saúde e educação se perdeu, posto que diante da nova redação do referido artigo, passou a ser computada a reserva antes considerada acréscimo, dentro do mínimo legal assegurado não podendo este ultrapassar o gasto mínimo obrigatório dos rendimentos da União nos termos do art. 2º da EC 86/2015. Sendo assim a nova redação do inciso I, §2º do art 198 da CF/1988 permitiu a inclusão da liquidação dos tributos a titulo de acréscimo a serem computadas dentro da despesa mínima obrigatória destinada a saúde a cargo da União, Vejamos:

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

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

I - no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento); (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015).”⁶⁹

A nova redação do artigo 198, §2º, I, afastou qualquer possibilidade de Lei Complementar dispor sobre o importe orçamentário federal, prevendo então 15% e a RLC da União para base de cálculo do orçamento mínimo obrigatório a ser destinado aos fundos de

⁶⁸ Lei 12.858, de 13 de setembro de 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12858.htm>;

⁶⁹ Art.198 da CRFB, 1988;

saúde que passará a valer em 2020 nos termos do artigo 2º da emenda nº86/2015, dessa forma, a possibilidade de fixação de percentuais através de Lei Complementar continua valendo apenas no que se refere aos entes subnacionais.⁷⁰

Sendo assim, Ricart César Coelho dos Santos afirma que:

“Por meio da EC 86/2015, portanto, a União encontra-se blindada de qualquer tentativa de incremento na obrigatoriedade de seus gastos no setor da saúde. Utilizando-se de sua ascendência sobre o Congresso Nacional, com vistas à dominação, valendo-se do jogo de poder existente, o governo federal fez os cálculos políticos e saiu vitorioso do ponto de vista orçamentário-financeiro. Com a EC 86/2015, tornou-se impositiva uma pequena parte do orçamento federal (1,2% da RCL), destinado ao pagamento das emendas parlamentares individuais.”⁷¹

3.5 Da política de austeridade fiscal e os reflexos no tangente ao orçamento atual

O Sistema Único de Saúde faz parte das políticas sociais, sendo um direito público, igualitário, universal, integral e totalmente gratuito, conforme já mencionado é dever do Estado e direito de todos, os direitos sociais também são conhecidos como direitos de cidadania.

As propostas de Emendas Constitucionais nº(s)241 e 55, tramitadas na Câmara dos Deputados e no Senado Federal, respectivamente tratando sobre o congelamento das despesas do governo federal por até 20 anos, com a finalidade de criar um teto para os gastos públicos, originaram a aprovação da conhecida PEC do teto, que foi chamada de Novo Regime Fiscal e estabelecida por meio da EC 95, de 2016. Com a referida PEC do teto, fora fixado um valor definido para as despesas com as políticas públicas que carecem do orçamento do governo federal, o financiamento para as políticas sociais serão corrigidas apenas pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, sendo essas correções definidas anualmente desde o ano de 2017 à 2036, essa política foi estabelecida durante o Governo do então presidente

⁷⁰ SANTOS, Ricart César Coelho dos. *Financiamento da Saúde Pública no Brasil*. Belo Horizonte: Fórum, 2016. p. 100;

⁷¹ SANTOS, Ricart César Coelho dos. *Financiamento da Saúde Pública no Brasil*. Belo Horizonte: Fórum, 2016. p. 107;

Michel Temer, com o intuito de frear os gastos do Governo objetivando melhorias na economia.⁷²

No caso da Saúde, as aplicações mínimas também seguem a mesma regra, pois deixou de ter vinculação direta em relação as receitas passando a ter as aplicações mínimas já estabelecidas congeladas nos mesmo termos das despesas primárias (políticas públicas financiadas pelo Governo Federal), considerando que o mencionado congelamento dos gastos passaram a ter vigência em 2018, a saúde segue com à aplicação mínima já corrigida pelo IPCA, seguindo a regra de 15% da Receita Corrente Líquida, fazendo valer o que já estava resguardado pela emenda 86/2015, porém estabelece a PEC do teto que o saldo futuro de receitas, sendo elas decorrentes do aumento de arrecadação em detrimento do crescimento orçamentário sendo este em razão da melhoria da economia, não será beneficiada as políticas públicas com investimentos financeiros do Governo em razão da regra estabelecida para o teto de gastos.⁷³

Atualmente os gastos com a Saúde Pública já perfazem o montante de R\$28,49 bilhões de acordo com o portal de transparência do governo, vez que vale ressaltar que o orçamento atualizado destinados a saúde encontram-se em R\$122,60 bilhões, já respeitando a LDO de acordo com a política de austeridade fiscal.⁷⁴

ORÇAMENTO ATUALIZADO PARA A ÁREA DE ATUAÇÃO SAÚDE R\$ 122,60 BILHÕES	TOTAL DE DESPESAS EXECUTADAS PARA A ÁREA DE ATUAÇÃO SAÚDE R\$ 28,49 BILHÕES
---	--

Figura 1: Demonstrativo de Orçamento e Despesas com a Saúde Atualmente

Diante disso, é incomensurável os impactos acarretados pela promulgação da Emenda Constitucional 95 de 2016 no tangente a aplicação do mínimo obrigatório na saúde pública em comparação com o dispositivo da Emenda Constitucional anterior 86/2015, afirma Carlos Octávio Ocké-Reis, os prejuízos para o SUS podem beirar R\$ 738 bilhões com taxa de crescimento anual média de 3% do PIB até 2036 em cenários de crescimento econômico.⁷⁵

⁷² OCKÉ-REIS, Carlos Octávio, et al. *Políticas Sociais e Austeridade Fiscal: Como as políticas sociais são afetadas pelo austericídio da agenda neoliberal no Brasil e no mundo*. [online] Rio de Janeiro: CEBES, 2018. p. 37. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2018/05/Austeridade_VFF.pdf>;

⁷³ OCKÉ-REIS, Carlos Octávio, et al. *Políticas Sociais e Austeridade Fiscal: Como as políticas sociais são afetadas pelo austericídio da agenda neoliberal no Brasil e no mundo*. [online] Rio de Janeiro: CEBES, 2018. p. 38. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2018/05/Austeridade_VFF.pdf>;

⁷⁴ <<http://www.portaltransparencia.gov.br/funcoes/10-saude>>;

⁷⁵ OCKÉ-REIS, Carlos Octávio, et al. *Políticas Sociais e Austeridade Fiscal: Como as políticas sociais são afetadas pelo austericídio da agenda neoliberal no Brasil e no mundo*. [online] Rio de Janeiro: CEBES, 2018. p. 38. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2018/05/Austeridade_VFF.pdf>;

Insta mencionar que, o Brasil é um país onde a contratação majoritária de planos de saúde privados em sua maioria ocorre através das empresas, com a crise econômica e o aumento do desemprego, naturalmente temos um aumento proporcional de pessoas que carecem dos serviços públicos de saúde, de acordo com pesquisa atualizada pelo IBGE, estima-se que no Brasil o número de pessoas à procura de emprego no país chegou a 13,4 milhões,⁷⁶ uma pesquisa realizada pelo Serviço de Proteção ao Crédito (SPC Brasil) e pela Confederação Nacional de Dirigentes Lojistas (CNDL) mostra que 69,7% dos brasileiros não possuem plano de saúde particular, ou seja, quase 70% da população brasileira carecem exclusivamente do SUS,⁷⁷ isso implica diretamente no financiamento insuficiente para que tenhamos uma assistência de saúde pública eficaz e igualitária, haja vista que o montante destinado ao SUS não da conta de assistir todos os problemas sociais na área mencionada.

Diante disso, temos opiniões distintas e divididas entre os estudiosos acerca da referida política de austeridade fiscal, alguns deles afirmam que a implementação desta medida, é completamente maléfica para as políticas públicas sociais, pois atinge completamente o setor social voltado para população mais carente, bem como afirmam que o austericídio não é a única opção viável para adquirir melhorias financeiras, porém, em contrapartida para outros estudiosos, em sua maioria ligados ao governo, estes afirmaram ainda no período do governo de Michel Temer não haver outra solução, diante da crise econômica que assolou o país, se essa medida não fosse tomada entraríamos em um caos absoluto do qual não conseguiríamos sair, atingindo não só as políticas públicas como também todos os setores ligados ao governo, principalmente a previdência.

“Com a EC 95 passa a valer as seguintes regras para a aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde:

- 2017: 15% da receita corrente líquida (RCL) de 2017 = aplicação mínima de 2017;
- 2018: O mínimo de 2018 é calculado com base em 15% da RCL de 2017 + IPCA (acumulado de julho/2016 a junho de 2017);
- 2019: Aplicação mínima de 2018 + IPCA (acumulado de julho/2017 a junho de 2018)
- Durabilidade de 20 anos;

⁷⁶ Portal IBGE <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/24283-desemprego-sobe-para-12-7-com-13-4-milhoes-de-pessoas-em-busca-de-trabalho>>;

⁷⁷<<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2018-02/pesquisa-mostra-que-quase-70-dos-brasileiros-nao-tem-plano-de-saude-particular>>;

- 2036: Aplicação mínima de 2035 + IPCA (acumulado de julho/2034 a junho/2035).⁷⁸

O economista João Sicsú, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), afirma que a referida PEC venha a acarretar prejuízos acerca do desenvolvimento, suspendendo qualquer possibilidade de crescimento do país em 20 anos, destaca que o equilíbrio fiscal é de extrema importância, porém que a premissa de exigência para que isso ocorra se baseia no crescimento da economia e juros baixos. “Equilíbrio fiscal se faz com uma economia robusta. Acho que sociólogos ou cientistas políticos podem explicar o patamar de juros no país. Eu não consigo. Gastamos R\$ 500 bilhões com juros no Brasil em 2015. Por isso, a dívida cresce”, afirmou. Sicsú ainda alertou que o desenvolvimento econômico passa pelo aumento de gastos com saúde e educação.⁷⁹

Em contrapartida o economista Samuel Pessôa, da Fundação Getulio Vargas (FGV), afirma que sem a mudança e a implementação da PEC do Teto o país poderia voltar a sofrer com a inflação crônica, resultando na recessão e no crescimento exacerbado do desemprego. “Sem as reformas, teremos mais incertezas, e o ajuste das contas será feito por aumento de carga tributária ou pela volta da inflação. O empresário ficará sem horizonte de planejamento e o investimento vai cair ainda mais. Precisamos de medidas duras neste momento”, afirmou. Esse por sua vez, claramente notório defensor da PEC do teto para os gastos públicos, afirma que a referida medida resguardará a economia.⁸⁰

Ainda existem muitas vertentes, em que esta dicotomia se diverge acerca do tema, porém já sofremos impactos consideráveis resultantes dessa política que interfere diretamente no aspecto econômico referente ao financiamento das políticas públicas sociais, em especial na área da saúde.

3.6 A gratuidade e a farmácia popular

⁷⁸OCKÉ-REIS, Carlos Octávio, et al. *Políticas Sociais e Austeridade Fiscal: Como as políticas sociais são afetadas pelo austericídio da agenda neoliberal no Brasil e no mundo*. [online] Rio de Janeiro: CEBES, 2018. p. 38. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2018/05/Austeridade_VFF.pdf>;

⁷⁹ Disponível em:

<https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/economia/2016/10/22/internas_economia,554285/economistas-divididos-sobre-a-pec-do-teto-de-gastos.shtml>;

⁸⁰ Disponível em:

<https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/economia/2016/10/22/internas_economia,554285/economistas-divididos-sobre-a-pec-do-teto-de-gastos.shtml>;

A farmácia popular do Brasil é um programa do Governo Federal cujo intuito seria o de elastecer o acesso aos medicamentos básicos e padronizados, aqueles considerados essenciais, para pessoas portadoras de doenças mais comuns, tais como diabetes, hipertensão, HIV, dentre muitas outras doenças sendo elas crônicas ou não, que carecem de outros medicamentos básicos necessários para manutenção da vida de qualquer indivíduo.⁸¹

O referido programa fora criado em detrimento da necessidade de manutenção da vida, em decorrência da Lei nº10.858, de 13 de abril de 2004, onde a distribuição de medicamentos a população mediante ressarcimento do custo do mesmo, ficou sob a competência da Fiocruz que permaneceu autorizada no tangente a disponibilização dos mesmos, vale ressaltar que tais medicações padrões são disponibilizadas tanto em farmácias populares, como em farmácias privadas, a preço de custo ou subsidiado, porém as pessoas sob tratamento contínuo ou que carecem de medicamentos gratuitos devem sempre ter em mãos receita prescrita e carimbada pelo médico da rede pública de saúde.⁸²

Ainda no tangente a farmácia popular, todo cidadão tem direito a proteção da saúde preventivamente pela ação da vigilância sanitária, ou seja, é de suma importância que todo e qualquer medicamento passe pelo controle e fiscalização feitos pela vigilância sanitárias das Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, pois a falha das referidas instituições mencionadas, pode causar sérios danos a saúde individual e coletivamente.

Sendo assim, dispõe a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976 em seu artigo primeiro que os medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos e correlatos ficam sujeitos as normas da vigilância sanitária.⁸³

Quanto aos medicamentos, é assegurado pela Lei Orgânica de Saúde nº 8.080/90 em seu artigo 6º, I, alínea d, que é responsabilidade do poder público o fornecimento do medicamento necessário à terapêutica de todo indivíduo que encontrar-se em situação de tratamento médico. Vale mencionar que tem direito à assistência integral no Sistema público de saúde, e será isento de qualquer restrição ou ônus na disponibilização de medicamentos

⁸¹ Portal da saúde: <www.saude.gov.br>

Disponível em: <https://aafo.org.br/sites/default/files/uploads/programa_farmacia_popular.pdf>;

⁸² SANTOS, Lenir. Conhecendo seus direitos na saúde pública. Campinas, SP: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2006. p.93;

⁸³ SANTOS, Lenir. *Conhecendo seus direitos na saúde pública*. Campinas, SP: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2006. p.28;

essenciais, nos termos dos protocolos clínicos e farmacológicos existentes, aquele que estiver em situação de tratamento através da rede pública de saúde.⁸⁴

Conforme informações precisas disponibilizadas no portal de transparência do Governo Federal, a manutenção e funcionamento do programa farmácia popular do Brasil pelo sistema de gratuidade, atualmente dispõe do valor equivalente ao importe de 0,07% dos gastos públicos com o referido programa, ou seja, as despesas executadas na ação orçamentária do ano corrente de 2019, perfaz o montante de R\$ 586,13 milhões, de um total de R\$ 2.04 bilhões destinados ao orçamento atualizado disponibilizado para a referida ação.⁸⁵

ORÇAMENTO ATUALIZADO DA AÇÃO R\$ 2,04 BILHÕES	DESPESAS EXECUTADAS NA AÇÃO DO ORÇAMENTO CORRENTE R\$ 586,13 MILHÕES	ESTE VALOR EQUIVALE A 0.07% DOS GASTOS PÚBLICOS
--	---	--

Figura 2: Demonstrativo Orçamentário Atual

Vale ressaltar que no ano anterior a receita e as despesas do referido programa fechou com orçamento em cima do programado conforme planilha disponível abaixo pelo portal de transparência do governo:

ORÇAMENTO ATUALIZADO DA AÇÃO R\$ 2,09 BILHÕES	DESPESAS EXECUTADAS NA AÇÃO DO ORÇAMENTO CORRENTE R\$ 2,09 BILHÕES	ESTE VALOR EQUIVALE A 0.08% DOS GASTOS PÚBLICOS
--	---	--

Figura 3: Demonstrativo Orçamentário Anterior

Ou seja, apesar da diminuição do total de gastos públicos com o programa da farmácia popular de 0,08% para 0,07% em apenas um ano, é importante mencionar que nos encontramos no início de um governo onde a LOA ainda não conta com déficit nessa referida área, por isso os números positivos disponibilizados pelo governo.

4 DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

O Regime jurídico do SUS se forma através do conjunto de programas governamentais organizados e regulados, sendo de competência das três esferas de governo da federação conforme dispositivo do artigo 23, II, CF, que por sua vez juntamente com o artigo

⁸⁴SANTOS, Lenir. *Conhecendo seus direitos na saúde pública*. Campinas, SP: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2006. p.120.

⁸⁵Disponível em: <<http://www.portaldatransparencia.gov.br/programas-e-acoes/acao/20YR-manutencao-e-funcionamento-do-programa-farmacia-popular-do-brasil-pelo-sistema-de-gratuidade>>;

196 da nossa carta magna temos a padronização do acesso a saúde, esse garantido como direito de todos e dever do Estado, respeitando os princípios da universalidade e da igualdade,⁸⁶ ocorre que nesse ponto, temos que o SUS está constitucionalmente obrigado por força do princípio da integralidade atender os três níveis de atenção em saúde, sendo eles a atenção básica ou primaria que consiste geralmente na Unidade Básica de Saúde – UBS, pelo Programa de Saúde da Família – PSF ou através dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, resultando-se geralmente no primeiro contato com o cidadão; O segundo nível de atenção ou atenção secundária se dá através de serviços prestados em média complexidade, trata-se então de exames, de pequenos procedimentos cirúrgicos através de Ambulatórios Médicos de Especialidades Diversas – AME; Já o condizente a atenção terciária, este diz respeito as necessidade de alta complexidade, tais como grandes cirurgias e transplantes que carecem de hospitais e médicos especializados.⁸⁷

Resguarda o princípio da integralidade da assistência pela rede pública de saúde, que a mesma deve se dar nos três níveis de complexidade conforme já mencionado, porém o que vem ocorrendo dentro do judiciário é a sustentação de uma natureza jurídica híbrida na integralidade, apesar dos pilares da saúde pública compreenderem como direito atividades preventivas e curativas desde a atenção básica ao nível mais alto de complexidade de acordo com a necessidade de cada individuo, sendo tudo devidamente assegurado através da leitura do artigo 196 da nossa carta cidadã, que por sua vez prevê que a saúde é direito de todos e dever do Estado conforme já mencionado por diversas vezes no presente trabalho, o problema enfrentado pela maquina judiciária vai além dos conflitos entre normas e princípios, pois, na pratica existem estudos que evidenciam piamente que o poder judiciário vem sofrendo com a confusão entre a integralidade do acesso a saúde e o direito a qualquer produto ou serviço de saúde.⁸⁸

A Lei 6.360/76 prevê que para que uma droga seja incorporada nas políticas públicas de saúde, esta deve seguir os pressupostos para sua legalidade, passando por avaliação e encontrando-se devidamente registrada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Vejamos:

⁸⁶ JUNIOR, Reynaldo Mapelli. *Judicialização da Saúde: Regime Jurídico do SUS e Intervenção na administração Pública*. 1.ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017, p.56;

⁸⁷ JUNIOR, Reynaldo Mapelli. *Judicialização da Saúde: Regime Jurídico do SUS e Intervenção na administração Pública*. 1.ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017, p.57;

⁸⁸ JUNIOR, Reynaldo Mapelli. *Judicialização da Saúde: Regime Jurídico do SUS e Intervenção na administração Pública*. 1.ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017, p.62;

“Lei nº 6.360 de 23 de Setembro de 1976

Dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os Medicamentos, as Drogas, os Insumos Farmacêuticos e Correlatos, Cosméticos, Saneantes e Outros Produtos, e dá outras Providências.

Art. 12 - Nenhum dos produtos de que trata esta Lei, inclusive os importados, poderá ser industrializado, exposto à venda ou entregue ao consumo antes de registrado no Ministério da Saúde.”⁸⁹

Diante do referido artigo, podemos avaliar que o poder judiciário ao condenar o poder público na concessão de medicamentos não padronizados pelo SUS, sendo eles sem o devido registro na ANVISA, ou prescritos indevidamente por médicos do sistema privado, medicamentos importados que não possuam qualquer evidência científica de sua qualidade e eficiência, trazendo consigo apenas a crença de possível melhora sem comprovações convictas de sua eficácia, fere o dispositivo legal da Lei 6.360/76.

Pois a referida Lei é clara quando dispõe o que segue:

“Art. 3º - Para os efeitos desta Lei, além das definições estabelecidas nos incisos I, II, III, IV, V e VII do Art. 4º da Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, são adotadas as seguintes:

[...]

XXII – Medicamento de Referência – produto inovador registrado no órgão federal responsável pela vigilância sanitária e comercializado no País, cuja eficácia, segurança e qualidade foram comprovadas cientificamente junto ao órgão federal competente, por ocasião do registro.”⁹⁰

Contudo, diante dos conflitos existentes entre normas e princípios, dispôs o desembargador Renato Dresch do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais – TJMG, observando que a nossa carta magna de 1988 garante à população o acesso igualitário e universal da saúde pública, e ao atendimento e assistência integral, o mesmo faz menção sobre a necessidade de uma séria discussão sobre o dispositivo do inciso II, do artigo 198 onde encontra-se expressa a integralidade dos serviços de saúde sem ressalva a qualquer distinção, sendo assim o mesmo ponderou que:

“O juiz não tem capacidade de dizer se determinado atendimento é ou não integral. Esse é o impacto social e cabe ao Estado dizer o que é integral. O magistrado não entende de medicina. Se o médico afirmar que há risco de morte, na dúvida, ele irá atender a demanda sem ter consciência de que, com essa decisão, pode estar prejudicando outro paciente.”⁹¹

⁸⁹ Art. 12 da Lei 6.360 de 1976;

⁹⁰ Art. 3º, inciso XXII da Lei 6.360 de 1976;

⁹¹ Disponível em: <<https://www.conass.org.br/consensus/judicializacao-na-saude/>>

Reynaldo Mapelli Júnior ainda pondera que o aumento significativo, paulatino e crescente das concessões judiciais atendendo pedidos individuais e fornecendo medicamentos, órteses, próteses, bem como produtos diversos tangentes a saúde e procedimentos ambulatoriais e hospitalares, é um fato incontroverso, contudo faz uma importante ressalva afirmando o que já fora mencionado pelo desembargador Renato Dresch do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais em trecho transcrito logo acima, que o despreparo do poder judiciário em lidar com essas demandas e a dificuldade que os juízes enfrentam diariamente diante de inúmeros processos cuja demanda vêm pleiteando diversos assuntos tangente a políticas públicas de saúde, vem se tornando um problema em diversas comarcas, juízes que não lidavam regularmente com o assunto, agora começam a se deparar com questões de alta complexidade referentes as demandas judiciais que pleiteiam acesso aos serviços de saúde estatais embasados nos dispositivos constitucionais, pois a judicialização da saúde não só acarreta problemas por demandar mais recursos orçamentários, bem como, viola diretamente a regra de igualdade entre os usuários do SUS.⁹²

Ou seja, analisando todos os critérios de concessão da saúde em todas os níveis de complexidade, se respeitados os paradigmas estipulados pelos parâmetros da ANVISA em detrimento da necessidade do cidadão, a não concessão do poder judiciário as prescrições médicas acaba caindoem um sério conflito entre normas e princípios, haja vista que sem a concessão dos remédios prescritos pelos médicos como fator essencial para determinado problema de saúde, viola-se diretamente o direito a vida e o princípio da dignidade da pessoa humana, prevista e assegurada pela Constituição Federal que garante o direito a vida e o de vive-la com dignidade, ou seja se o tratamento prescrito for para manutenção da vida para que a pessoa possa obter determinada cura ou tenha uma melhor qualidade de vida, os parâmetros estipulados pela Lei 6.360/76 não pode ser maior que o direito a vida.

A Política de Assistência Farmacêutica do Sistema Único de Saúde (SUS) têm as diretrizes de gestão estabelecidas com o intuito de garantir a disponibilização e o uso racional de medicamentos. Atualmente, a organização dessa distribuição é feita da seguinte forma: fornecimento básico, aqueles medicamentos utilizados nos tratamentos de doenças comuns e mais prevalentes; fornecimento estratégico que disponibiliza medicamentos para os tratamentos endêmicos e HIV/AIDS; E o fornecimento especializado que trata das

⁹²JUNIOR, Reynaldo Mapelli. *Judicialização da Saúde: Regime Jurídico do SUS e Intervenção na administração Pública*. 1.ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017, p.121;

medicações cuja utilização depende da observação de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.⁹³

Seguindo a linha de entendimento de integralidade obrigatória do atendimento do SUS em todos os níveis de complexidade e do fornecimento de fármacos pela Rede pública de saúde garantindo a universalidade e tratamento igualitário previsto na Constituição, adentramos então, um importante problema ocasionado pela judicialização da saúde, pois, conforme já mencionado temos um teto e um mínimo obrigatório de gastos com saúde pública a ser respeitado, esse teto é o montante destinado e responsável por atender toda a demanda do referido sistema, ou seja, quando o poder judiciário concede algo que o poder público não tem condições atender pelo óbvio “falta de verba pública” o valor montante para assistir as necessidades de uma única pessoa com problema de complexidade máxima, pode vir a interferir na assistência de muitas outras pessoas que carecem do básico, justo ou não, na prática é como diz o conhecido ditado popular “veste-se um santo e desveste-se outro” nesse caso em especial, desvestem-se muitos outros.

Vale ressaltar que, no Brasil existem milhões de pessoas portadoras de doenças raras e que possuem sérias necessidades especiais carecente de remédios órfãos que demandam mais verba pública, esses são denominados “órfãos” por se tratar de produtos destinados a um pequeno número de enfermos que possuem necessidades raras para melhores condições de vida ou de possível cura, ou seja, com a demanda pequena não há interesse da indústria farmacêutica em comercializar ou desenvolver fármacos que não lhe traram o retorno financeiro almejado se disponibilizados a venda para o comércio como um remédio comum, ou seja, sem uma demanda grande, não há comércio rentável para as indústrias de fármacos específicos, e com público restrito e pequeno que necessitam desses fármacos em questão temos que o resultado disso é que os referidos remédios órfãos ficam muito mais caros.⁹⁴

Diante do que fora exposto, objetivando manter e assegurar a qualidade, segurança e eficácia na distribuição de medicamentos a população, seguindo os critérios estabelecidos pelo princípio da universalidade, e obtendo o menor custo possível, Reynaldo Mapelli Júnior

⁹³ Catanheide, Izamara Damasceno, et al. *Características da judicialização do acesso a medicamentos no Brasil: uma revisão sistemática. [online]*. Salvador: Instituto de saúde coletiva, 2016. p. 02. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/physis/2016.v26n4/1335-1356/pt/>>;

⁹⁴ Pirett, Christiane Nery Silva, et al. *Doenças Raras, Medicamentos Órfãos: Reflexões Sobre o Dark Side das Organizações da Indústria Farmacêutica. [online]*. Revista Brasileira De Estudos Organizacionais Sociedade Brasileira De Estudos Organizacionais, 2018. p. 439. Disponível em: <<https://rbeo.emnuvens.com.br/rbeo/article/view/140/pdf>>;

menciona que foram apontadas as seguintes diretrizes para a organização do sistema de medicamentos, sendo elas:

1. Adoção de relação de medicamentos essenciais;
2. Regulamentação sanitária de medicamentos com ênfase à promoção do uso de medicamentos genéricos;
3. Reorientação da assistência farmacêutica, que deverá se fundamentar na descentralização da gestão, na promoção do uso racional dos medicamentos, na otimização e na eficácia do sistema de distribuição no setor público, no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução de preços dos produtos;
4. Promoção do uso racional de medicamentos;
5. Desenvolvimento científico e tecnológico;
6. Promoção da produção de medicamentos;
7. Garantia de segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos;
8. Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.⁹⁵

Contudo, apesar de todas as tentativas para amenizar os gastos com as políticas públicas, Reynaldo Mapelli Júnior menciona que nos últimos 15 anos o impacto direto da judicialização da saúde nas questões de políticas públicas de saúde vem crescendo e se intensificando paulatinamente, principalmente nos quesitos de necessidades individuais, onde temos informações claras de confirmação do Sistema CODES da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, que a expansão por pedidos de remédios dentre outras coisas concernentes à saúde para o poder judiciário cresceu em escala assustadoramente exacerbada chegando a atingir de 2010 à 2014 61.512 novas demandas ajuizadas, menciona ainda que em dois anos sendo de 2012 e 2014 o Governo Federal gastou cerca de R\$1,76 bilhão de reais na compra de medicamentos concedidos através do poder judiciário.⁹⁶

Existem décadas de demandas judiciais de pacientes que acionam a máquina judiciária para obter o acesso a saúde no Brasil embasados nos artigos 196 e 198 da nossa Constituição Federal, a judicialização da saúde pública e privada cresceu 130% no Brasil, de 2012 à 2017 de acordo com um Recente relatório encomendada pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e o Poder Judiciário, sendo de extrema importância ressaltar que esses dados são referentes apenas as demandas existentes em primeira instância, e atualmente esse número

⁹⁵JUNIOR, Reynaldo Mapelli. *Judicialização da Saúde: Regime Jurídico do SUS e Intervenção na administração Pública*. 1.ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017, p.81;

⁹⁶JUNIOR, Reynaldo Mapelli. *Judicialização da Saúde: Regime Jurídico do SUS e Intervenção na administração Pública*. 1.ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017, p.121;

de vem crescendo descontroladamente ao passo que o número de desemprego encontra-se demasiadamente de acordo com a crise econômica que se instaurou em nosso país.⁹⁷

4.1 O princípio da reserva do possível e o déficit de verba para assistir a todos que precisam, malefícios e o impacto acarretados pela judicialização da saúde

Temos que quando a pretensão objetivada é referente a políticas públicas sociais que são de competências exclusivas do Estado, a principal tese de defesa da Fazenda Pública vem embasada na importância e necessidade de se respeitar o princípio da reserva do possível, ou seja, já fora garantido um mínimo obrigatório pelo Estado cuja previsão orçamentária é limitada, para que este possa adimplir com sua parte obrigatória no tangente ao financiamento da saúde, justamente no intuito de prestar assistência básica a todos os que carecem desses serviços, nesse caso o critério para se admitir a intervenção do poder judiciário em exigências feitas pela população em demandas de casos de alta complexidade, só deveria ocorrer quando fosse devidamente comprovada a existência de verba pública para atender determinado pedido, ocorre que nesse quesito a reserva do possível vem sendo deixada de lado majoritariamente pelos magistrados, sob alegações de desrespeitar o texto constitucional que prevê a saúde para todos em sua integralidade, por representar tal pleito a restrição do mínimo legal para uma vida digna. Insta mencionar que, a determinação judicial para compra de produtos não padronizados pela ANVISA e dependentes de importação, elevou significativamente o déficit dos orçamentos para a saúde, pois, o problema da utilização do orçamento público da saúde abruptamente fora do plano orçamentário, enseja em atendimento privilegiado, induzindo a novos gastos apartados do que é destinado e assegurado por Lei ao Sistema Único de Saúde.⁹⁸

Contudo, apesar dos problemas apresentados com a judicialização da saúde, o princípio da reserva do possível não pode ser utilizado toda vez como mecanismo para impedir que a pessoa não exerça o seu direito a saúde individual, pois, uma vez que o artigo 7º, II, LOS garante a integralidade da assistência, o Sistema Único de Saúde deve resguardar

⁹⁷ Disponível em: <<https://politica.estadao.com.br/blogs/fausto-macedo/crescimento-da-judicializacao-na-saude-qual-a-solucao/>>

⁹⁸ JUNIOR, Reynaldo Mapelli. *Judicialização da Saúde: Regime Jurídico do SUS e Intervenção na administração Pública*. 1.ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017, p.127;

e promover serviços individuais e coletivos, porém sem violar o acesso igualitário de todos os utilizadores do mencionado sistema.⁹⁹

Conforme menciona Reynaldo Mapelli Júnior, já existe um plano orçamentário que rege as políticas públicas de saúde, plano este que deve ser respeitado, e segue reforçado pela Lei Orçamentária Anual – LOA, pelo Plano Plurianual e pela Lei das Diretrizes Orçamentárias – LDO conforme estipulados pelo artigo 195 da Constituição Federal que também devem ser cumpridas, ou seja diante da judicialização da saúde e os parâmetros apregoados pelo princípio da reserva do possível, temos que a impossibilidade de assistência do governo a todos os pedidos pleiteados judicialmente pelo motivo de não se adequarem aos padrões estipulados pela ANVISA e pela Lei 6.360/76 culmina não somente da falta de recursos, mas do desequilíbrio orçamentário para assegurar o acesso igualitário e justo a todos que carecem desse sistema, pois quando o Poder Público é condenado a fornecer produtos que não se encontram padronizados em protocolos clínicos estipulados em Lei, é evidente o acarretamento de problemas orçamentários, pois não existe um plano de financiamento para esses produtos sem registro na ANVISA e importados, ou seja, não há como incluir no orçamento público assegurado e planejado para saúde que se encontra embasado em produtos padronizados dentro de critérios estipulados em Lei, a compra de produtos proibidos comercializados fora dos critérios cuja comercialização é proibida no Brasil.¹⁰⁰

Com isso, é válido mencionar um trecho escrito pela Colunista Crítica Sandra Franco (consultora jurídica especializada em direito médico e da saúde, doutoranda em Saúde Pública, presidente da Comissão de Direito Médico e da Saúde da OAB de São José dos Campos (SP) e membro do Comitê de Ética para pesquisa em seres humanos da UNESP (SJC) e presidente da Academia Brasileira de Direito Médico e da Saúde) acerca do mencionado assunto, a mesma pondera que:

“O cenário é crítico e o sistema de saúde está à beira de um colapso. Os pacientes brasileiros sofrem com a falta de leitos, de atendimento de qualidade, com equipamentos decentes para exames e diagnósticos, com o tempo de espera para cirurgias e procedimentos, com a distribuição e o preço de medicamentos. Sem esquecer que a falta de políticas de promoção à saúde, tal como tratamento de água e saneamento básico colaboram para a indústria da doença.”¹⁰¹

⁹⁹JUNIOR, Reynaldo Mapelli. *Judicialização da Saúde: Regime Jurídico do SUS e Intervenção na administração Pública*. 1.ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017, p.129;

¹⁰⁰JUNIOR, Reynaldo Mapelli. *Judicialização da Saúde: Regime Jurídico do SUS e Intervenção na administração Pública*. 1.ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017, p.130;

¹⁰¹ ESTADÃO/POLÍTICA: Disponível em: <<https://politica.estadao.com.br/blogs/fausto-macedo/crescimento-da-judicializacao-na-saude-qual-a-solucao/>>;

“A judicialização no setor é um problema crônico, que parece um caminho sem fim. Há mais de uma década discute-se a possibilidade de uma força-tarefa entre os operadores do Direito e os profissionais da saúde para se resolver esta questão. Entretanto, enquanto a política do Governo Federal não fizer sua parte, com ações, mudanças de gestão, previsões de gastos e uma atenção especial aos hospitais públicos, o Judiciário continuará servindo como porta de acesso àqueles que conseguem pagar advogados para ter privilégios ou para serem colocados à frente nas filas de espera para os diversos procedimentos da no SUS.

A cultura do cidadão de entender a saúde como um direito de todos, de forma a que não se poderá suprir apenas os interesses individuais também é essencial. Aquele que usa seu plano de saúde para exames desnecessários ou judicializa para procedimentos e medicamentos que nem sequer utiliza também colabora para o caos na saúde.”¹⁰²

Ou seja, pode-se concluir que os malefícios acarretados pela judicialização da saúde em sua totalidade, provém dos privilégios determinados a um cidadão em detrimento do resultado da falta de recursos para muitos, pois é notório que a retirada abrupta de um determinado valor do montante orçamentário garantido a política pública de saúde para assistir a todos, gera total desequilíbrio no funcionamento do Sistema e no planejamento do Poder público, esse impacto nas verbas públicas do financiamento do Sistema Único de Saúde faz com que milhões de pessoas fiquem sem o básico, e nem sempre a judicialização da saúde tem em seu pleito produtos e procedimentos inadiáveis, gerando apenas gasto público desnecessário seguido de sobrecarregamento das demandas enviadas a máquina judiciária.

Isso demonstra em suma, que grande parcela dos recursos que vão para as pessoas que conseguiram os pedidos pleiteados através de determinação judicial, é destinado a um número limitado de pessoas que abocanham uma elevada concentração de recursos públicos, recursos esses que seriam destinados a assistência de todo o sistema de saúde pública, passam a ser desviadas para que seja cumprida as decisões judiciais, ou seja esse desvio de finalidade atinge completamente os fundos de saúde instaurando desequilíbrio e levando o orçamento do Sistema Único de Saúde ao caos iminente, que passa a trazer inúmeros malefícios a toda a população brasileira, pois a imprevisibilidade do valor montante em detrimento de condenações do poder público na concessão de medicamentos e produtos de saúde é inimiga do planejamento do setor como um todo.¹⁰³

Nessa vertente dispõe Ricart César Coelho dos Santos que essas demandas resultam em conseqüências que responsáveis pela “*desprogramação orçamentária, com o aumento da*

¹⁰²ESTADÃO/POLÍTICA: Disponível em: <<https://politica.estadao.com.br/blogs/fausto-macedo/crescimento-da-judicializacao-na-saude-qual-a-solucao/>>;

¹⁰³SANTOS, Ricart César Coelho dos. *Financiamento da Saúde Pública no Brasil*. Belo Horizonte: Fórum, 2016. p.188;

necessidade de remanejamento de verbas e abertura de créditos adicionais, especialmente suplementares, para fazer face ao atendimento das liminares e sentenças judiciais.”

Ricart César ainda faz uma menção de extrema importância, quando afirma que o perfil das pessoas que logram êxito nos pleitos demandados judicialmente, é em sua maioria, pessoas que não se encaixam dentro do que se conhece por risco social. Sendo assim, o autor conclui que as determinações judiciais favoráveis aos demandantes são destinadas a uma parcela de pessoas socialmente melhores favorecidas, menciona ainda em um trecho transcrito em seu livro que:

“Regiões reconhecidamente carentes e socialmente desfavorecidas apresentam diminuto índice de judicialização em comparação com a média do Estado, como é o caso da Região de Registro, município situado no Vale do Ribeira – região reconhecida pelos maíores baixos índices de desenvolvimento humano no Estado de São Paulo.”¹⁰⁴

Considera-se que em virtude das da influência do poder judiciário nas determinações favoráveis a concessão de medicamentos, interfira diretamente nos gastos do Ministério da Saúde, sendo o método que faz com que o financiamento da saúde regrida de maneira lastimável onde os recursos da política pública de saúde menos chegam a quem mais necessita.¹⁰⁵

5 CONCLUSÃO

Ao final do presente trabalho conclui-se que apesar dos avanços consideráveis que obtivemos ao longo de todos os anos desde a possível criação do Sistema Único de Saúde até os dias de hoje, os problemas ainda são muitos, o Brasil carece da aplicação de uma quantidade consideravelmente alta de orçamentos públicos para que possa operar com a eficácia desejada de maneira a atender a todos e forma igualitária.

Os Conselhos nacionais de Saúde estão percebendo cada vez mais que os serviços públicos prestados a esfera em comento, não obterá melhoras sem o financiamento adequado, pois enquanto os gastos com a saúde pública no Brasil representam 3,8% do PIB ocupando o

¹⁰⁴SANTOS, Ricart César Coelho dos. *Financiamento da Saúde Pública no Brasil*. Belo Horizonte: Fórum, 2016. p.189;

¹⁰⁵SANTOS, Ricart César Coelho dos. *Financiamento da Saúde Pública no Brasil*. Belo Horizonte: Fórum, 2016. p.189;

64º lugar de ranking mundial temos que o Brasil fica um pouco acima da média da América Latina e consideravelmente bem abaixo de países desenvolvidos, (somados federal, estaduais e municipais), os sistemas de saúde semelhantes internacionais alocam no mínimo 7% do PIB. Sendo assim não restam dúvidas que para melhorar a gestão, o SUS carece de mais recursos.¹⁰⁶

Os tributos recolhidos para formulação da receita aplicada na esfera de Saúde, não são suficientes para atender toda a demanda existente que carecem do referido sistema, sendo assim, acredita-se que uma reforma previdenciária ensejaria numa melhora considerável nos recursos orçamentários para as políticas públicas sociais, segundo afirmação do atual Ministro da economia Paulo Guedes em audiência pública acerca do assunto da reforma da Previdência o mesmo ponderou que:

“Gastamos R\$ 700 bilhões ano passado com a Previdência, nosso passado, e R\$ 70 bilhões com educação, nosso futuro. Gastamos dez vezes mais com a Previdência do que com nosso futuro”, declarou na CCJ.”¹⁰⁷

Realmente, a Reforma da previdência se faz necessária mediante muitos outros aspectos no tangente as finanças do governo, porém é notório que essa não é o único meio de solução para voltarmos a ter progresso no que concerne o orçamento das políticas públicas sociais, pois existem outras medidas possíveis a serem tomadas, que desfavorecendo a parcela mais rica teríamos orçamento de sobra para termos uma saúde pública de ponta.

Alguns economistas afirmam que não obstante a reforma da previdência ser de importante ajuda ao progresso do assunto em questão, deve-se cobrar os impostos de maneira mais justa, ressalta-se que o Brasil é um dos países que possui uma das cargas tributárias mais altas do mundo com o agravante de ser uma das mais regressivas onde a parcela mais pobre da população é quem mais sofre com o pagamento de impostos, ou seja, encontra-se desproporcional a demanda tributária do nosso ordenamento jurídico, podendo citar como um dentre muitos outros possíveis exemplos o fato de não termos regulamentação da taxaço de imposto sobre as grandes fortunas, como previsto na Constituição Federal de 1988 em seu artigo 153, VII. Vale ressaltar que o último projeto de Lei para taxaço de impostos sobre grandes fortunas fora proposta pela Senadora Vanessa Grazziotin do PCdoB (Projeto de Lei

¹⁰⁶ DADOS DISPONIVEIS EM: <<https://exame.abril.com.br/brasil/banco-mundial-gastos-com-saude-publica-no-brasil-representam-38-do-pib/>>;

¹⁰⁷ Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2019/04/03/ccj-da-camara-ouve-paulo-guedes-sobre-reforma-da-previdencia.ghtml>>.

do Senado nº 139, de 2017 Complementar) objetivando instituir o Imposto referido, definindo o patrimônio líquido como fato gerador, fixando as alíquotas progressivas e as hipóteses de abatimento do valor do imposto conforme a ementa explicativa do projeto, porém o mesmo encontra-se em situação de arquivamento.

Concluímos que a taxaço de imposto sobre as grandes fortunas seria uma das opçoes e dos caminhos para tornar a carga tributária mais progressiva e justa perante todos os cidadãos.

No tangente a Judicializaço da saúde estima-se que essa é responsável pela degradaço do sistema orçoamentário que assiste milhões de pessoas que carecem dos serviços mais básicos do SUS, sendo assim, podemos concluir que uma possível criaço de uma Lei que verse sobre um orçoamento especifico para judicializaço da saúde, contribuiria para um critério mais justo na concessão referente a açoes e serviços de saúde de forma mais igualitária e equânime, ou seja, criando um fundo de saúde destinado apenas a essas determinaçoes judiciais que concede determinados produtos e serviços de saúde não padronizados de acordo com a Lei brasileira, resguardaria o orçoamento mínimo obrigatório assegurado ao Sistema Único de Saúde que tem por finalidade assistir a todo e qualquer cidadão, não tirando o direito do cidadão de pleitear individualmente o seu direito a saúde, porém respeitando sempre o principio da reserva do possível e se utilizando de orçoamento apartado do que ficou determinado pela Emenda Constitucional 29/2000 e pela sua regulamentação na Lei Complementar 141/2012 que versa sobre o orçoamento público para o SUS, mas sim, utilizando de um fundo de financiamento apenas destinado as demandas judicializadas.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

<<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2018-02/pesquisa-mostra-que-quase-70-dos-brasileiros-nao-tem-plano-de-saude-particular>>;

<<https://www.conass.org.br/consensus/judicializacao-na-saude/>>;

<http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2005/ec29.htm>;

<<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/24110-desemprego-sobe-para-12-4-e-populacao-subutilizada-e-a-maior-desde-2012>>;

<<https://politica.estadao.com.br/blogs/fausto-macedo/crescimento-da-judicializacao-na-saude-qual-a-solucao/>>;

<https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/economia/2016/10/22/internas_economia_554285/economistas-divididos-sobre-a-pec-do-teto-de-gastos.shtml>;

<<https://www.jornalcontabil.com.br/media-salarial-do-brasileiro-e-de-r2-340/>>;

<<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/129136>>;

AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS: Sistema Único de Saúde – Antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2015;

Art. 77 da ADCT, 1988;

BARROS, Fábio Batalha Monteiro de. **História e Legislação do SUS e Saúde da Família: problematizando a realidade da saúde pública**, 1.ed. Rio de Janeiro: Agbook, 2011;

BRASIL, Lei Complementar 141/2012

BRASIL, Ministério da Saúde. **Secretaria executiva. Sistema Único de Saúde (SUS) princípios e conquistas**. Brasília: Ministério Saúde. 2000;

CATANHEIDE, Izamara Damasceno, et al. **Características da judicialização do acesso a medicamentos no Brasil: uma revisão sistemática**. [online]. Salvador: Instituto de saúde coletiva, 2016. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/physis/2016.v26n4/1335-1356/pt/>>;

CECÍLIO, Carlos de Oliveira. **Políticas Públicas de Saúde: Sistema Único de Saúde [online]**. UNESP. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/7/unidades_conteudos/unidade02/unidade02.pdf>;

CECILIO; ARAUJO; REIS; **Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde/ Módulo Político Gestor.** P.32. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf;

COELHO, V.; SOUZA, M. S.; FREIRE, R.P. **Legislação do SUS e Saúde Pública - Manuais para Provas e Concursos em Enfermagem.** 1. Ed. Salvador: Sanar, 2016, p. 25;

COHN, Amélia, et al. **Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS.** 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006;

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988;

DADOS DISPONIVEIS EM: <https://exame.abril.com.br/brasil/banco-mundial-gastos-com-saude-publica-no-brasil-representam-38-do-pib/>;

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm

Disponível em: <http://www.portaltransparencia.gov.br/funcoes/10-saude>;

Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2019/04/03/ccj-da-camara-ouve-paulo-guedes-sobre-reforma-da-previdencia.ghtml>;

ESTADÃO/POLÍTICA: Disponível em: <https://politica.estadao.com.br/blogs/fausto-macedo/crescimento-da-judicializacao-na-saude-qual-a-solucao/>;

JATENE, Adib Domingos et. al. **O financiamento da Saúde no Brasil: Um debate sobre vinculação constitucional de recursos para a saúde, dívida pública e projeto de reforma tributária.** São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Câmara de Políticas da Saúde, 2010;

JÚNIOR, Reynaldo Mapelli. **Judicializaçãoda Saúde: Regime Jurídico do SUS e Intervenção na administração Pública.** 1.ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017;

Lei 12.858, de 13 de setembro de 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2011-2014/2013/Lei/L12858.htm

Lei nº 6.360 de 1976;

LOURENÇO, Adaumirton Dias et al. **ESTUDOS DE DIREITOS FUNDAMENTAIS**. 1ed. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010;

MEDICINA, Associação Paulista de. **SUS: O que você precisa saber sobre Sistema Único de Saúde**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2005;

MERCADANTE, Otávio Azevedo. **Evolução das políticas e do Sistema de Saúde [online]**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2002. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/sd/pdf/finkelman-9788575412848-05.pdf>>;

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio, et al. **Políticas Sociais e Austeridade Fiscal: Como as políticas sociais são afetadas pelo austericídio da agenda neoliberal no Brasil e no mundo . [online]** Rio de Janeiro: CEBES, 2018. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2018/05/Austeridade_VFF.pdf>;

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **SUS: o desafio de ser único**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 38;

Pirett, Christiane Nery Silva, et al. **Doenças Raras, Medicamentos Órfãos: Reflexões Sobre o Dark Side das Organizações da Indústria Farmacêutica**. [online]. Revista Brasileira De Estudos Organizacionais Sociedade Brasileira De Estudos Organizacionais, 2018. Disponível em: <<https://rbeo.emnuvens.com.br/rbeo/article/view/140/pdf>>;

Portal IBGE, disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/24283-desemprego-sobe-para-12-7-com-13-4-milhoes-de-pessoas-em-busca-de-trabalho>>;

RICCI, Luiz Antonio Lopes. **A MORTE SOCIAL: Mistanásia e Bioética**. 1 ed. São Paulo: Paulus;

Santos, Lenir. **Conhecendo os seus direitos na saúde pública**. 1. ed. Campinas-SP: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2006;

SANTOS, Ricart César Coelho dos. **Financiamento da Saúde Pública no Brasil**. Belo Horizonte: Fórum, 2016.