

UNIVERSIDADE SANTA CECÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO DA SAÚDE:
DIMENSÕES INDIVIDUAIS E COLETIVAS

JAQUELINE MARCO DO NASCIMENTO

AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS DECORRENTES DE ORDEM JUDICIAL:
UMA ANÁLISE DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SANTOS

SANTOS/SP

2023

JAQUELINE MARCO DO NASCIMENTO

**AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS DECORRENTES DE ORDEM JUDICIAL:
UMA ANÁLISE DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SANTOS**

Dissertação apresentada à Universidade Santa Cecília como parte dos requisitos para obtenção de título de mestre no Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde, sob a orientação do Prof. Dr. Renato Mehanna Khamis.

SANTOS/SP

2023

JAQUELINE MARCO DO NASCIMENTO

**AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS DECORRENTES DE ORDEM JUDICIAL:
UMA ANÁLISE DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SANTOS**

Projeto de dissertação apresentado
ao Programa de Pós Graduação
Stricto Sensu em Direito da Saúde:
Dimensões Individuais e Coletivas.

Orientador: Prof. Dr. Renato
Mehanna Khamis

DATA DE APROVAÇÃO: ___/___/___

Examinador (a): Prof. (ª) Dr. (ª):

Examinador (a): Prof. (ª) Dr. (ª):

Orientador: Prof. Dr. Renato Mehanna
Khamis

SANTOS/SP

2023

Autorizo a reprodução parcial ou total deste trabalho, por qualquer que seja o processo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos.

Nascimento, Jaqueline Marco do.

Aquisição de medicamentos decorrentes de ordem judicial : Uma análise da judicialização da saúde no Município de Santos / Jaqueline Marco do Nascimento.-- 2023.

n° de fls. 124

Orientador: Prof. Dr. Renato Mehanna
Khamis

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Santa Cecília, Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde, Santos, SP, 2023.

1. Direito à Saúde. 2. Política Nacional de Medicamentos. 3. Aquisição de Medicamentos. 4. Judicialização. 5. Município de Santos. 6. Orçamento. I. Khamis, Renato Mehanna. II. Aquisição de Medicamentos decorrentes de ordem judicial.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu marido e meus filhos que tiveram paciência para suportar minha ausência.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Renato Braz Mehanna Khamis, orientador, pela dedicação, apoio e incentivo no decorrer deste trabalho, a quem expresseo o meu profundo respeito e gratidão.

À Universidade Santa Cecília – UNISANTA, pela oportunidade de acesso a este mestrado.

Aos docentes e discentes do Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde: Dimensões Individuais e Coletivas – UNISANTA, pelo acolhimento, comprometimento e aprendizado.

À Procuradoria da Câmara Municipal de Santos, representada pela Dra. Rita de Kássia de França Teodoro, que de prontidão apoiou a referida pesquisa com extensão aos demais colegas de trabalho, que sempre disponibilizaram a troca de experiências.

À CAPES, pela bolsa a mim dispensada.

A todos que contribuíram de diversas maneiras na realização deste trabalho, gostaria de expressar meu agradecimento e reconhecimento.

RESUMO

Esta pesquisa estudou a judicialização do direito à saúde no município de Santos, sob a perspectiva da Administração Pública. A judicialização é o fenômeno atribuído a solução de controvérsias de variadas prestações de saúde pública e privada pelo Poder Judiciário. Foi realizada com o estudo exploratório, descritivo, longitudinal, com uso de técnicas mistas de levantamento e análise dos dados coletados no Diário Oficial do Município, site de contratações públicas utilizado pela Prefeitura Municipal de Santos e Dados Abertos do Portal da Transparência do Município de Santos. No período de 2021 e 2022, foram analisados 379 (trezentos e setenta e nove) casos de aquisição de medicamentos e insumos, sendo 279 (duzentos e setenta e nove) procedimentos licitatórios na modalidade Pregão Eletrônico e 98 (noventa e oito) de contratação direta. Dentre o total de 279 (duzentos e setenta e nove) procedimentos analisados, identificou-se que 160 (cento e sessenta) procedimentos licitatórios foram realizados em decorrência de ordem judicial. Sendo o restante, 119 procedimentos, decorrente de aquisição comum da assistência farmacêutica do Município. A pesquisa demonstrou que mais de 50% (cinquenta por cento) das aquisições de medicamentos e insumos pela Secretaria Municipal de Saúde de Santos, é decorrente de ordem judicial. Portanto, a judicialização da saúde no município de Santos impacta diretamente no planejamento e no orçamento da cidade. Acresce-se ainda, que as pesquisas demonstraram que grande parte dos medicamentos adquiridos pelo município para cumprir decisões judiciais servem ao fornecimento de medicamentos e insumos que fazem parte das listas da União e dos estados. Por fim, em que pese o Supremo Tribunal Federal reconheça há repartição de competências no que se relaciona à assistência à saúde por parte do poder público, contudo, foi infeliz ao não limitar a solidariedade dos entes às obrigações impostas a cada uma pela ordem jurídica pátria, pois, a solidariedade não pode ser absoluta a ponto de esvaziar outros preceitos constitucionais de igual forma aplicáveis na espécie, a exemplo da universalização, descentralização e hierarquização do SUS, o princípio do equilíbrio fiscal das contas públicas, sem prejuízo da divisão de atribuições já previstas em lei federal.

Palavras Chaves: judicialização; direito à saúde; poder judiciário; aquisição de medicamentos; planejamento; orçamento.

ABSTRACT

This research studied the judicialization of the right to health in the city of Santos, from the perspective of Public Administration. Judicialization is the phenomenon attributed to the solution of controversies of various public and private health benefits by the Judiciary. It was carried out with an exploratory, descriptive, longitudinal study, using mixed techniques for surveying and analyzing the data collected in the Official Gazette of the Municipality, a public procurement website used by the Municipality of Santos and Open Data from the Transparency Portal of the Municipality of Santos . In the period 2021 and 2022, 379 (three hundred and seventy-nine) cases of acquisition of medicines and supplies were analyzed, of which 279 (two hundred and seventy-nine) were bidding procedures in the Electronic Auction modality and 98 (ninety-eight) of direct contracting . Among the total of 279 (two hundred and seventy-nine) procedures analyzed, it was identified that 160 (one hundred and sixty) bidding procedures were carried out as a result of a court order. With the remainder, 119 procedures, resulting from the common acquisition of pharmaceutical assistance in the Municipality. The survey showed that more than 50% (fifty percent) of purchases of medicines and supplies by the Municipal Health Department of Santos, is due to court order. Therefore, the judicialization of health in the municipality of Santos has a direct impact on the city's planning and budget. In addition, research has shown that most of the medicines purchased by the municipality to comply with court decisions serve to supply medicines and supplies that are part of the lists of the Union and the states. Finally, despite the fact that the Federal Supreme Court recognizes that there is a division of competences in relation to health care by the public authorities, however, it was unfortunate in not limiting the solidarity of the entities to the obligations imposed on each one by the legal order of the country , since solidarity cannot be absolute to the point of emptying other constitutional precepts equally applicable in the species, such as the universalization, decentralization and hierarchization of the SUS, the principle of fiscal balance of public accounts, without prejudice to the division of attributions already provided for by federal law.

Keywords: judicialization; right to health; judicial power; acquisition of medicines; planning; budget.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Ciclo PDCA	44
-----------------------------	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Base de Cálculo de Receitas e Impostos 2021.....	92
Tabela 2: Base de Cálculo de Receitas e Impostos 2021.....	93
Tabela 3: Judicialização da Saúde no município de Santos - 2021.....	102
Tabela 4: Judicialização da Saúde no município de Santos - 2021	103
Tabela 5: Análise do comprometimento da Judicialização da Saúde no Orçamento da Saúde	113

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Estatísticas da Saúde Pública no município de Santos - 2021/2022	98
Gráfico 2: Estatísticas da Saúde Pública no município de São Vicente - 2021/2022	98
Gráfico 3: Estatísticas da Saúde Pública no município de Praia Grande - 2021/2022	99
Gráfico 4: Demandas judiciais para fornecimento de medicamentos em 2021	100
Gráfico 5: Demandas judiciais para fornecimento de medicamentos em 2022	101
Gráficos 6 e 7: Dispensas de licitação 2021/2022.....	108

SUMÁRIO

Introdução	15
1. Direito à saúde na Constituição	18
1.1. Conceito de Saúde	18
1.2. Saúde pré Constituição Federal de 1988	22
1.3. Saúde pós Constituição Federal de 1988	24
2. Política Nacional de Medicamento (PNM)	31
2.1. Competências de cada ente da federação com relação à gestão dos medicamentos do componente especializado da Assistência Farmacêutica	35
2.2. Relação de Medicamentos Essenciais (Rename)	36
2.3. Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (Resme) do Estado de São Paulo	39
2.4. Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume) de Santos	40
3. Planejamento na Administração Pública	42
3.1. Planejamento na área da saúde	46
3.2. Orçamento para o planejamento da saúde	48
4. AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA A GARANTIA DA POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS	53
4.1. Aquisição de Medicamentos por Procedimento Licitatório	58
4.2. Aquisição de Medicamento por Contratação Direta	63
5. SAÚDE E A COMPETÊNCIA DAS TRÊS ESFERAS DO PODER	66
5.1. Justicialidade dos Direitos Sociais	68
5.2. Crescente Judicialização	70
5.3. Mediação em conflitos de saúde	73
5.5. Direitos individuais versus direitos coletivos	75
6. POSSÍVEIS IMPACTOS CAUSADOS PELOS PROCEDIMENTOS LICITATÓRIOS NO MUNICÍPIO DE SANTOS DECORRENTE DE JUDICIALIZAÇÃO	84
6.1. Orçamento da Saúde nos Municípios	86
6.2. Análise do Orçamento da Saúde no Município de Santos	91
6.3. Análise da judicialização no Município de Santos	98
6.4. Análise dos procedimentos licitatórios	105
6.5. Análise das contratações diretas	108
6.6. Impacto da judicialização no orçamento do município de Santos	111
6.7. A Judicialização da Saúde e a aplicação do Tema 793 do Supremo Tribunal Federal	116
CONSIDERAÇÕES FINAIS	121
Referências bibliográficas	125

Introdução

A judicialização da saúde é um fenômeno político e jurídico em crescimento desde meados dos anos 2000. É caracterizada pela demanda ao Poder Judiciário para a tutela de direitos atinentes à saúde, ou seja, a judicialização da saúde transfere atribuições do Poder Executivo ao Poder Judiciário, o que pode vir a acarretar inúmeros problemas institucionais.

Na metodologia aplicada, inicialmente, realizou-se um breve levantamento bibliográfico e, para isso, buscou-se na literatura científica os descritores judicialização da saúde, direito fundamental e direito coletivo relacionado à saúde e ética médica em bases de dados como Scielo, PubMed, Google Acadêmico.

Além disso, buscamos dados oficiais que corroborassem a discussão da judicialização da saúde no município de Santos. Posteriormente à leitura, partiu-se para o método dedutivo que se pauta no contínuo questionamento sobre a veracidade das informações, na fragmentação de questões complexas em parcelas menores de análise a fim de produzir a análise de forma gradativa e progressiva e, por fim, a criação de um produto que se propõe a uma abordagem completa e geral da temática trabalhada.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88) asseverou o direito à saúde como uma garantia social e dispôs que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede, regionalizada e hierarquizada, que constitui um sistema único. Na regulamentação desse direito, a Lei Orgânica do SUS estabeleceu a execução de condutas de assistência terapêutica integral - no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) - incluindo a formulação da política de medicamentos (para fornecimento destes).

A aquisição de medicamentos é uma das ações da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, que envolve práticas voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo os medicamentos como insumos essenciais. A compra de remédios, quando o recurso é da União, é feita de forma centralizada, ou, dependendo da pactuação entre os entes, de forma descentralizada, com repasse de recursos, fundo a fundo, pelos estados e municípios.

Para gerir a Assistência Farmacêutica, é necessária uma maior eficiência no uso dos recursos públicos disponíveis, sendo imprescindível um adequado planejamento para a aquisição dos medicamentos.

Todavia, analisando os gastos na área da saúde do município de Santos, identificamos que a judicialização da saúde vem impactando de forma negativa na gestão dos recursos.

Com o objetivo de identificar as causas do impacto negativo na gestão dos recursos, estudou-se as licitações realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde do Município de Santos - anos de 2021 e 2022 - constatou-se que mais de 50% (cinquenta por cento) dos procedimentos licitatórios são decorrentes de ordens judiciais.

No período de janeiro de 2021 até dezembro de 2022, 57% (cinquenta e sete por cento) dos procedimentos licitatórios foram decorrentes de ordem judicial, ou seja, menos que a metade dos procedimentos licitatórios realizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Santos são planejados, pois, a maior parte das aquisições é para cumprimento de demandas.

Com relação às contratações diretas, dos 98 (noventa e oito) procedimentos, 100% se tratavam de aquisição de medicamentos ou insumos decorrentes de ordem judicial.

Acresce-se ainda, que apesar da precariedade dos dados, as pesquisas demonstraram que grande parte dos medicamentos adquiridos pelo município para cumprir decisões judiciais servem ao fornecimento de medicamentos e insumos que fazem parte das listas da União e dos estados.

Com relação ao custeio de medicamentos por todos os entes da federação, o Supremo Tribunal Federal reconhece que há repartição de competências no que se relaciona à assistência à saúde por parte do poder público, contudo, foi infeliz ao não limitar a solidariedade dos entes às obrigações impostas a cada uma pela ordem jurídica pátria, pois, a solidariedade não pode ser absoluta a ponto de esvaziar outros preceitos constitucionais de igual forma aplicáveis na espécie, a exemplo da universalização, descentralização e hierarquização do SUS, o princípio

do equilíbrio fiscal das contas públicas, sem prejuízo da divisão de atribuições já previstas em lei federal.

Concluí-se portanto, que em que pese o STF tenha fixado tese sobre a repartição de competências (Tema 793), a Corte não levou em consideração os efeitos práticos dessa decisão sob os prismas processual, político-social, administrativo, orçamentário e financeiro para os pequenos e médios municípios brasileiros, que em verdade, continuarão arcando com o custo, resultando em um rombo das finanças públicas, vez que se revela juridicamente impossível o ressarcimento por tal ônus dentro do mesmo exercício financeiro em que foi realizada a despesa pública, ensejando um desequilíbrio fiscal que no município de Santos ultrapassa a cifra dos milhões anualmente.

1. Direito à saúde na Constituição

1.1. Conceito de Saúde

Preliminarmente a previsão no ordenamento jurídico do direito à saúde, ele passou por um longo processo para definição do conceito, haja vista, que o conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja, saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas (SCLIAR, 2007).

A história da saúde e da doença é uma história de construções de significados atribuídos à natureza, às funções e à estrutura do corpo e ainda às relações corpo-espírito e pessoa-ambiente.

Na Mitologia Grega, por exemplo, há várias divindades vinculadas à saúde¹:

- 1) Asclepius, ou Aesculapius (divindade da medicina): Foi mencionado como figura histórica na Ilíada. Bastão de Asclepius é, até hoje, símbolo da medicina.
- 2) Higieia (a Saúde): Vem de Higia, filha de Asclepius; deusa da saúde, limpeza e sanitariedade.
- 3) Panacea (a Cura): Deusa da cura, irmã de Higia. A expressão panacea remete a um remédio muito usado pelos alquimistas para curar a enfermidade. Para os gregos, era possível a cura de todos os males (crença mágica ou religiosa), pelo uso de plantas e métodos naturais, e não apenas por procedimentos ritualísticos.

Na Antiguidade, a concepção mágico-religiosa partia, e ainda parte, do princípio de que a doença resulta da ação de forças alheias ao organismo - que nele se introduzem por causa do pecado ou de maldição - e de que transgressões de natureza individual e coletiva acarretaria doenças. Era comum que esses casos fossem tratados por divindades, em processos liderados por sacerdotes, feiticeiros ou xamãs.

¹ Novaes, Paulo Eduardo R.S. **Mitologia, Medicina e Saúde**. Revista Científica de Saúde. Disponível em: <file:///C:/Users/TEMP/Downloads/610-2683-2-PB.pdf> Acesso em 12 abr. 2022

Ainda na idade antiga, as medicinas hindu e chinesa apresentaram uma nova forma de compreensão da doença, pautada na noção de equilíbrio, surgindo, assim, o modelo holístico de saúde, diretamente relacionado com a ideia de proporcionalidade adequada entre saúde e doença.

Nesse sentido, uma pessoa saudável teria um equilíbrio entre os elementos que compõem o organismo humano, pois o desequilíbrio desses elementos permitiria o aparecimento de doenças.

Sob outro enfoque, os primeiros filósofos buscaram explicações não sobrenaturais para saúde e doença. O modelo empírico-racional tem origem no Egito, em 3.000 a.C.

Além dos egípcios, a Medicina grega também representou uma importante inflexão na maneira de encarar a doença.

Nesse contexto, Hipócrates (século VI a.C.) estabeleceu a relação homem/meio, com o desenvolvimento de sua Teoria dos Humores, que versa sobre a existência de quatro fluidos principais no corpo: bile amarela, bile negra, fleuma e sangue. Dessa forma, a saúde era baseada no equilíbrio desses elementos, e o homem era visto como uma unidade organizada, sendo a doença uma desorganização desse estado.

Essa concepção fisiológica, adotada por Hipócrates, define as origens das doenças de acordo com o desequilíbrio entre as forças da natureza, que estão dentro e fora da pessoa.

Superadas essas primeiras concepções, o modelo de medicina científica ocidental ou biomédica, na atualidade, tem suas raízes ligadas ao Renascimento e à Revolução Artístico-Cultural, processos históricos que ocorreram a partir do século XVI. Esse modelo entende e explica as doenças, dividindo o corpo em partes cada vez menores e reduzindo a saúde a um mero funcionamento mecânico.

Ademais, um conceito universal de saúde, a princípio, dependeria de um consenso entre as nações, o que só seria possível através de um organismo internacional. Assim, após o término da Primeira Guerra Mundial, surgiu a Liga das Nações, a qual não foi capaz de atingir esse objetivo, sendo necessária uma

Segunda Guerra e a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), para que se chegasse a uma definição.

Nestes termos, a OMS² conceituou saúde como o “estado de completo bem-estar físico, mental e social, que não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”, de acordo com carta de princípios de 7 de abril de 1948. Aliás, esse dia passou a ser conhecido como o “Dia Mundial da Saúde”, implicando o reconhecimento do direito à saúde e a obrigação do Estado em relação à sua promoção e proteção.

Esse conceito refletia uma aspiração nascida dos movimentos sociais do pós-guerra: a partir do fim do colonialismo e da ascensão do socialismo, a saúde deveria expressar o direito a uma vida plena e sem qualquer tipo de privação.

Todavia, essa conceituação formulada pela OMS ainda não era satisfatória, tendo em vista que o conceito não era operacional, por utilizar a expressão “bem-estar”, de cunho altamente subjetivo, tornando difícil a implementação desse direito social, que muitas vezes depende de políticas e verba pública (quantificada e suficiente) para alcançar o completo bem-estar físico, social e mental.

Nesse passo, o conceito de bem-estar ora formulado é irreal, pois visa uma perfeição inatingível que não se adapta à realidade fática, afinal o perfeito bem-estar é um objetivo a ser alcançado de acordo com a evolução da sociedade e da tecnologia.

Em uma melhor perspectiva, a saúde traduz-se no direito a uma vida plena, fruto da conjuntura social, econômica, política e cultural em que cada pessoa está inserida, não podendo ser compreendida apenas em seu sentido biológico, por ser um fenômeno essencialmente humano, ou seja, determinado pela infinidade de fatores que influenciam a vida de uma pessoa, sejam de ordem natural – biológica, genética; ambiental – moradia, poluição; social – relações familiares, trabalho; cultural; e, inclusive, religiosa.

² Ministério da Saúde. **Biblioteca Virtual em Saúde.** Disponível: <<https://bvsmis.saude.gov.br/05-8-dia-nacional-da-saude/#:~:text=Em%201.947%20a%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial,apenas%20a%20aus%C3%Aancia%20de%20doen%C3%A7a%E2%80%9D>>. Acesso: 10 abr de 2022.

Desse modo, corresponde ao produto do convívio harmônico da pessoa com o seu entorno social, cultural e religioso, sendo, portanto, um equilíbrio – que se traduz na plenitude psíquica e física do indivíduo, além da sensação de satisfação consigo mesmo e com os outros, conferindo a cada pessoa os instrumentos e meios para atender, de modo adequado e efetivo, às exigências e desafios apresentado pelo meio social.

Destaca-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) de 1986³, que criou o chamado "Conceito Ampliado de Saúde", cujo sentido mais abrangente diz que a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, e acesso a serviços de saúde.

A 8ª Conferência foi a primeira a contar com a participação de usuários, pois, anteriormente, os debates se restringiam à presença de deputados, senadores e autoridades do setor. As conferências eram conhecidas por ser "intraministério", em que o Ministério da Saúde convidava pessoas das secretarias e intelectuais, sendo que esses eventos não tinham a dimensão atual.

Nela ainda foram reafirmados os princípios da Declaração de Alma-Ata⁴, a defesa do direito universal à saúde, o fortalecimento dos sistemas públicos universais de saúde, a responsabilidade primordial dos governos na garantia do direito à saúde, da justiça social e da equidade, a não comercialização da saúde, o financiamento adequado e sustentável, e a determinação econômica, social e ambiental da saúde.

No documento elaborado por um grupo de pesquisadores da Fiocruz, apoiado pela Câmara Técnica de Atenção Básica do Ministério da Saúde e chancelado pelo Conselho Nacional de Saúde, salientou-se a importância da Atenção Primária à Saúde como núcleo estruturante de sistemas públicos universais de qualidade, modelo eficaz e eficiente para garantia da saúde como direito humano, sendo

³ 8ª Conferência Nacional de Saúde (17 a 21 de março de 1986). **Relatório Final**. Disponível: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf> Acesso: 05 abr 2023;

⁴ Declaração de Alma Ata. Disponível: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf>. Acesso: 10 mar 2023.

condição para a efetivação da diretriz da Agenda 2030, cuja proposta é “não deixar ninguém para trás”.

Portanto, o conceito de saúde leva em conta as formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (PAIM, 2006).

1.2. Saúde pré Constituição Federal de 1988

Superado o conceito de direito à saúde, ele passou primeiramente a ser considerado um direito social pela Constituição mexicana de 1917 e posteriormente na Constituição alemã de 1919.

No Brasil, as primeiras constituições⁵ garantiam o acesso à saúde somente aos trabalhadores que contribuía com a Previdência Social.

A Constituição Imperial de 1824, não tratou expressamente do direito à saúde, garantindo somente o chamado “socorro público” (primeira previsão constitucional de atos securitários, conforme art. 179 abaixo transcrito:

“Art. 179. A inviolabilidade dos Direitos Civis, e Politicos dos Cidadãos Brasileiros, que tem por base a liberdade, a segurança individual, e a propriedade, é garantida pela Constituição do Imperio, pela maneira seguinte.

(...)

XXXI. A Constituição tambem garante os soccorros publicos.”

Já a Constituição de 1891, suprimiu o dispositivo que garantir os “socorros públicos” e dispôs de forma implícita sobre a proteção sanitária, ao tratar da “segurança individual”, conforme art. 72 abaixo transcrito:

“Art.72. A Constituição assegura a brasileiros e a estrangeiros residentes no país a inviolabilidade dos direitos concernentes á liberdade, á segurança individual e á propriedade, nos termos seguintes:

⁵ Os dispositivos foram extraídos *ipsis litteris* ao texto da constituição da época. Portanto, pode não estar em consonância com as atuais regras ortográficas.

(...)"

A Constituição de 1934 foi a primeira a tratar expressamente de saúde, ampliando o rol dos direitos individuais e políticos, criando normas programáticas e atribuindo competência concorrente à União e aos Estados para cuidarem da saúde e da assistência pública, conforme art. 10 abaixo transcrito:

"Art 10. Compete concorrentemente à União e aos Estados:

(...)

II - cuidar da saúde e assistência públicas;"

A definição como obrigação trabalhista de prestar assistência médica, atribuindo competência legislativa somente à União, conforme arts. 16 e 137 vem com o advento da Constituição de 1937, que dispunha o seguinte:

"Art 16. Compete privativamente à União o poder de legislar sobre as seguintes matérias:

(...)

XXVII - normas fundamentais da defesa e proteção da saúde, especialmente da saúde da criança.

(...)

Art. 137. A legislação do trabalho observará, além de outros, os seguintes preceitos: (Suspensão pelo Decreto nº 10.358, de 1942)

(...)

l) assistência médica e higiênica ao trabalhador e à gestante, assegurado a esta, sem prejuízo do salário, um período de repouso antes e depois do parto;

(...)"

A competência privativa da União para legislar sobre saúde e garantiu o direito à vida, foi mantida na Constituição de 1946, conforme arts. 5º e 141 abaixo transcritos:

"Art. 5º - Compete à União:

(...)

XV - legislar sobre:

(...)

b) normas gerais de direito financeiro; de seguro e previdência social; de defesa e proteção da saúde; e de regime penitenciário;

(...)

Art. 141. - A Constituição assegura aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade dos direitos concernentes à vida, à liberdade, a segurança individual e à propriedade, nos termos seguintes:

(...)"

Por fim, a Constituição de 1967 manteve a competência privativa da União em legislar sobre saúde, bem como garantiu aos trabalhadores e às suas famílias assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva, conforme art. 158:

"Art. 158 - A Constituição assegura aos trabalhadores os seguintes direitos, além de outros que, nos termos da lei, visem à melhoria, de sua condição social:

(...)

XV - assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva;"

Ressalte-se que a Emenda Constitucional nº 01/1969, que por alguns doutrinadores é conhecida como Constituição de 1969, também manteve a competência da União em legislar sobre a matéria, conforme art. 8º:

"Art. 8º. Compete à União:

(...)

XIV - estabelecer e executar planos nacionais de educação e de saúde, bem como planos regionais de desenvolvimento;

(...)

c) normas gerais sobre orçamento, despesa e gestão patrimonial e financeira de natureza pública; de direito financeiro; de seguro e previdência social; de defesa e proteção da saúde; de regime penitenciário;"

1.3. Saúde pós Constituição Federal de 1988

O direito à saúde teve uma evolução histórica constitucional até o advento da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88) que de forma inaugural, inseriu a saúde no rol de direitos sociais, conforme artigo 6º, *caput*.

Trata-se de direitos fundamentais de segunda dimensão, atrelados ao princípio da igualdade, tais como os direitos sociais, culturais e econômicos. Tiveram origem nas primeiras décadas do século XX (ideologias: socialistas e social-democratas). Relacionam-se com o trabalho, o seguro social, o amparo à

velhice, à doença. Representam poderes de reivindicação de determinadas prestações estatais. É a geração dos direitos coletivos.

São garantias institucionais que tiveram papel importante na transformação do Estado em agente concretizador dos direitos coletivos ou de coletividades, portanto, exigem do Poder Público uma atuação positiva, uma forma atuante na implementação da igualdade social dos hipossuficientes.

O art. 6º da Constituição refere-se de maneira bastante genérica aos direitos sociais por excelência, como o direito à saúde, ao trabalho, ao lazer, à previdência social, à assistência aos desamparados, etc., segundo SILVA (2006):

“... prestações positivas proporcionadas pelo Estado direta ou indiretamente, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a igualização de situações sociais desiguais. São portanto, direitos que se ligam ao direito de igualdade. Valem como pressupostos do gozo dos direitos individuais na medida em que criam condições materiais mais propícias ao auferimento da igualdade real, o que, por sua vez, proporciona condição mais compatível com o exercício efeito da liberdade”⁶.

Entre os direitos sociais, a seguridade ocupa uma posição de destaque, especialmente porque nela se insere o direito à saúde, que será objeto de estudo.

A positivação constitucional do direito fundamental à saúde, bem como diversos outros direitos fundamentais sociais, é uma característica marcante da CRFB/88, relacionando-se diretamente com o constitucionalismo democrático-social do período posterior à Segunda Guerra.

A proteção constitucional existente no país antes de 1988 limitava-se a normas esparsas, como a garantia de “socorros públicos” e a garantia de inviolabilidade do direito à subsistência⁷. Antes da CRFB/88, não se podia cogitar uma efetiva proteção à saúde na perspectiva do direito constitucional e, menos ainda, na condição de direito fundamental.

⁶ SILVA, José Afonso da. Curso de Direito Constitucional Positivo. 26. ed. São Paulo: Malheiros, 2006.

⁷ Respectivamente: Constituição de 1824, art. 17/9, XXXI, e Constituição de 1934, art. 113, *caput*.

O direito à saúde é proclamado em diversos textos normativos, como, no artigo 5º (*caput*), artigo 6º, artigo 196 e seguintes, da CRFB/88; além do artigo 2º, da Lei Federal nº 8.080/1990, que trata do Sistema Único de Saúde.

A explicitação constitucional do direito fundamental à saúde (embora não subsumido), a garantia de assistência social, bem como a criação do Sistema Único de Saúde, viriam com a nova ordem jurídica inaugurada pela CRFB/88, a qual, nesse aspecto, acolheu grande parte das reivindicações do Movimento de Reforma Sanitária⁸.

O direito à saúde, na ordem jurídico-constitucional brasileira, possui uma dupla fundamentalidade, formal e material, da qual se revestem os direitos e garantias fundamentais em geral, decorrentes do regime jurídico outorgado pela CRFB/88.

Dessa forma, no sentido material, o direito à saúde tem relevância como bem jurídico tutelado pela ordem constitucional, sendo pressuposto da manutenção e gozo da vida (aliás, vida com dignidade, ou seja, vida saudável e com certa qualidade).

Já em sentido formal, é propriedade que decorre do direito constitucional positivo, sendo parte integrante da Constituição escrita, entre os direitos fundamentais que se situam no ápice do ordenamento jurídico, os quais são normas de superior hierárquica formal e axiológica, submetidos ao limite formal (procedimento dificultoso) e material (cláusulas pétreas⁹) para modificação de preceitos constitucionais, e, por fim, condicionados pelos termos do § 1º do art. 5º da CRFB/88.

Ainda nesse sentido, segundo a teoria dos quatro status (JELLINEK, 1991), a doutrina contemporânea classifica os direitos fundamentais na ótica funcional como: a) direitos de defesa; b) direitos de participação; e c) direitos a prestações.

⁸ As principais propostas de reforma do setor sanitário foram discutidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986.

⁹ Cláusulas pétreas são limitações materiais ao poder de reforma da constituição de um Estado. Desta maneira, são dispositivos que apenas podem ser alterados para melhor, por meio de emenda constitucional.

Essa teoria foi concebida pelo alemão Georg Jellinek no final do século XIX e defende que os indivíduos podem ocupar quatro posições ou status, perante o Estado (JÚNIOR, 2019, p. 505):

- 1) *Status subjectionis ou passivo*: os indivíduos encontram-se posicionados passivamente, em situação de mera sujeição ou subordinação aos deveres que lhe podem ser atribuídos pelo Estado;
- 2) *Status negativus ou negativo*: o poder estatal não é ilimitado, de modo que as pessoas dispõem de certas liberdades em relação ao Estado, ou seja, são titulares de pretensões de resistência contra a intromissão de agentes estatais;
- 3) *Status civitatis ou positivo*: os indivíduos podem estar em posição que lhes permita exigir prestações a seu favor, a serem adimplidas pelo Estado;
- 4) *Status activus ou ativo*: as pessoas detêm o poder de interferir ou influenciar a formação da vontade do Estado.

O direito à saúde é um direito a prestações, ou seja, direito de *status civitatis ou positivos*, que implica a contraprestação positiva em favor dos respectivos titulares (sujeitos ativos) – desde que tais contraprestações não se enquadrem na categoria genérica dos direitos de defesa (SARLET, 2001). Gera pretensões voltadas à realização daquilo que está assegurado nas normas correspondentes a tais direitos, exigindo, assim, o adimplemento de obrigações de dar ou de fazer por parte do sujeito passivo desses direitos.

A CFRB/88 declara que as ações e serviços de saúde são considerados “de relevância pública” (art. 197, da CF), cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, o que significa “que sobre tais ações e serviços tem ele integral poder de dominação, que é o sentido do termo *controle*” (SILVA, 1999 – p. 805). A Constituição esteve extremamente atenta à necessidade da presença do Poder Público em tais ações e serviços de saúde, a ponto de tratar, no art. 200, uma série de atuações que se fazem necessárias.

Nesse aspecto, as ações e serviços públicos de saúde devem ser integrados em todo o território nacional, compondo um sistema único, regionalizado, hierarquizado e organizado de maneira descentralizada, o qual, além disso, deve ter direção única em cada umas das esferas de governo (art. 198, *caput*, inciso I, da

CFRB/88), englobar as três esferas - federal, estadual e municipal – e ter como responsável o Poder Público.

O Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do art. 200 da CFRB/88, tem a função de controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse da saúde pública; participa da produção de medicamentos, equipamentos e insumos; fiscaliza e inspeciona alimentos, bebidas, execução de ações de vigilância sanitária, epidemiológicas e de saúde do trabalhador. Por fim, participa da formulação de política e execução de ações de saneamento básico, conjuntamente com os demais órgãos (públicos ou privados) específicos desse setor.

Essas ações e serviços de saúde se relacionam com o princípio do atendimento integral (art. 198, II), que é diverso do acesso universal, pois este se refere ao direito atribuído a qualquer pessoa e aquele se refere ao próprio serviço, abrangendo todas as necessidades do ser humano relacionadas à saúde. Ou seja, todos têm direito à saúde, a qual deve ser prestada de maneira completa, sem exclusões de doenças ou patologias.

As principais propostas de reforma do setor sanitário foram discutidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde e, uma vez consolidadas, foram apresentadas à Assembleia Nacional Constituinte de 1986/1987, ressaltando que grande parte foi acolhida no novo texto constitucional.

Corroborando o direito à saúde, o Supremo Tribunal Federal, de modo a conferir-lhe a magnitude necessária para a cobrança pela via judicial, em decisão da relatoria do Ex-Ministro Celso de Mello, proferiu o seguinte entendimento:

“O caráter programático da regra inscrita no art. 196 da Carta Política – que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado brasileiro – não pode converter-se em promessa constitucional insequente, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever, por um gesto irresponsável de infidelidade, governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado (STF, RE-AgR 393175/RS, Rel. Min. Celso de Mello, julgado em 12.12.2006)”.

Segundo Silva (2007, p. 308), o direito à saúde há de informar-se pelo princípio de que o direito à vida de todos os seres humanos também significa que, nos casos de doença, cada um tem o direito a um tratamento condigno, de acordo

com o estado atual da ciência médica, independentemente de sua situação econômica, sob pena de não ter muito valor sua consignação em normas institucionais.

E acrescenta ainda:

“Como ocorre com os direitos sociais em geral, o direito à saúde comporta duas vertentes, conforme anotam Gomes Canotilho e Vital Moreira: uma, de natureza negativa, que consiste no direito a exigir do Estado (ou de terceiros) que se abstenha de qualquer ato que prejudique à saúde; outra, de natureza positiva, que significa o direito as medidas e prestações estaduais, visando a prevenção às doenças e o tratamento delas”.

Como se pode ver do art. 196, confirmado nos arts. 198 a 200 da CFRB/88, a saúde, além de objetivo de um direito, trata-se de um direito positivo “que exige prestações de Estado e que impõe aos entes públicos a realização de determinadas tarefas (...) de cujo cumprimento depende a própria realização do direito”.

Além disso, desse direito positivo decorre um especial direito subjetivo de conteúdo duplo: por um lado, o não cumprimento das tarefas estatais para sua satisfação, dá cabimento à ação de inconstitucionalidade por omissão (arts. 102, I, “a”, e 103, § 2º); por outro lado, o seu não aditamento, *in concreto*, por falta de regulamentação, pode abrir pressuposto para impetração do mandado de injunção (art. 5º, LXXI), embora o STF entenda que o mandado de injunção não tem a função de regulação concreta do direito reclamado.

Entendimento esse que corrobora com o estabelecido no Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), que, através do Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (CDESC), emitiu diversas recomendações, especialmente, a Observação Geral nº 14/2000 (OG 14/2000), a qual trata do artigo 12 do PIDESC, que, por sua vez, garante “o direito ao mais elevado nível possível de saúde”, tratando das obrigações mínimas e esperadas pelos Estados aderentes do referido pacto.

Desta forma, depois de realizada a consulta e diagnosticada a doença pelo médico, restando comprovado que determinado tratamento ou medicamento é necessário ao combate da enfermidade, para a manutenção da vida e saúde do paciente, cabe ao Poder Público disponibilizar o tratamento ou medicamento, tendo em vista que o SUS está organizado de forma a promover o atendimento integral

(art. 198 da CF/1988), ou seja, é dever do Poder Público prestar atendimento completo na área da saúde.

2. Política Nacional de Medicamento (PNM)

Com o objetivo de garantir o Estado Assistencial, são criadas políticas públicas que correspondem a direitos assegurados constitucionalmente ou que se afirmam graças ao reconhecimento por parte da sociedade e/ou pelos poderes públicos enquanto novos direitos das pessoas.

Está política é de caráter não contributivo, haja vista que a Seguridade Social consiste em um conjunto de ações e políticas sociais que visam a promover o estabelecimento de uma sociedade mais justa e igualitária, amparando os cidadãos e suas famílias em determinadas situações, como a velhice, o desemprego e a doença.

A Seguridade Social é composta pela Assistência Social, Previdência e Saúde, diferentemente da Previdência que vem do modelo Bismarckiano¹⁰, em que há necessidade de contribuição para sua fruição, a Assistência Social e a Saúde aplicam o modelo Beveridgiano¹¹, em que a prestação do serviço é disponibilizada a todos independente de contribuição.

Ressalte-se que o modelo Beveridgiano decorre do Plano Beveridge que foi o primeiro grande sistema de Seguridade Social e o precursor do Welfare State¹², que é o Estado Assistencial que garante padrões mínimos de direitos sociais, como educação, habitação, saúde e seguridade social a todos os cidadãos.

A doutrina diverge sobre se as políticas públicas são atos, normas ou atividades. Em uma definição concisa, é possível afirmar que:

(...) políticas públicas são programas de ação governamental visando a coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas, para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados. (Bucci, 2006, p. 241)

¹⁰ O modelo Bismarckiano se caracterizava como um seguro social, cujo acesso estava condicionado ao prévio pagamento de uma contribuição de empregados e empregadores. Era destinado apenas a algumas categorias profissionais sob a gestão do Estado e a contribuição garantia o direito à aposentadoria e a alguns outros benefícios resultantes de situações de risco.

¹¹ O modelo Beveridgiano é um avanço em relação ao modelo Bismarckiano, vai além da lógica do seguro social, envolvendo uma relação de trabalho. Seu foco é o cidadão e considera a assistência e os serviços sociais universais como direitos sociais.

¹² A expressão inglesa Welfare State, é sinônimo de Estado Providência, Estado de Bem-Estar-Social (EBES) ou Estado Assistencial.

Segundo Cavalcante Filho (2017, p. 72), alguns elementos são centrais nessa definição:

(...) o fato de que a política pública é um programa, isto é, um conjunto coordenado de ações; a adjetivação de que se trata de ações governamentais, ou seja, levadas a cabo, ao menos prioritariamente, pelo Estado; e, por fim, os objetivos, que devem ser socialmente relevantes.

A Constituição Federal de 1988 (CFRB/88) adotou como legítimo o exercício à fruição da saúde, sendo um direito da pessoa e um dever do Estado.

Neste passo o art. 196 da CFRB/88 afirma que o direito à saúde deve ser garantido através de políticas sociais e econômicas e para a sua efetivação e garantia foi criada a Política Nacional de Medicamentos, como parte essencial da Política Nacional de Saúde, constituindo um dos elementos fundamentais para a implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população.

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) foi uma das primeiras políticas setoriais da área da saúde, é um documento oficial que expressa um compromisso do governo com a promoção do uso racional e do acesso da maioria da população a medicamentos essenciais, de qualidade assegurada e de eficácia e segurança comprovadas. Portanto, a PNM é um guia para a ação ao estabelecer prioridades e estratégias para cumpri-la. Além de estabelecer papéis, direitos e obrigações dos diferentes atores envolvidos, sejam eles do setor público ou privado.

Como bem destaca Abrucio (2005, p. 58):

“... (a) saúde é, sem dúvida alguma, a política pública de maior destaque no quadro federativo desde a Constituição de 1988. O modelo de descentralização proposto foi construído por muitos anos de lutas contra a centralização dos programas e da gestão dos recursos, com destaque para a atuação de sanitaristas e profissionais da área médica que constituíram junto com lideranças locais e movimentos sociais, aquilo que alguns denominam de “partido da saúde” - a que hoje se somam a burocracia setorial e diversos políticos, muitos com origem na área”.

Acrescente-se ainda, que a Lei n.º 8.080/1990, em seu artigo 6.º, estabelece como campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) a “formulação da política de medicamentos (...) de interesse para a saúde (...)”.

Esta Política integra os esforços voltados à consolidação do SUS, contribuindo para o desenvolvimento social do país e orientando a execução das ações e metas prioritárias fixadas pelo Ministério da Saúde, com as seguintes diretrizes e prioridades:

DIRETRIZES: 1) adoção de relação de medicamentos essenciais; 2) regulamentação sanitária de medicamentos; 3) reorientação da assistência farmacêutica; 4) promoção do uso racional de medicamentos; 5) desenvolvimento científico e tecnológico; 6) promoção da produção de medicamentos; 7) garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; 8) desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

PRIORIDADES: 1) revisão permanente da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename); 2) assistência farmacêutica; 3) promoção do uso racional de medicamentos; 4) organização das atividades de vigilância sanitária de medicamentos.

O documento da PNM define a assistência farmacêutica como: Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas às ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e o controle de qualidade, a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais da saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (Brasil, 1998, p. 15).

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica é parte integrante desta Política e envolve um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade.

Tendo essas ações, o medicamento como insumo essencial, buscando não só o acesso a ele, mas seu uso racional, através da pesquisa, do desenvolvimento e da produção de medicamentos e insumos; seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação; garantia da qualidade dos produtos e serviços; e

acompanhamento e avaliação da utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e melhoria da qualidade de vida da população.

A OMS recomenda que a PNM seja revisada a cada cinco anos, sendo necessários normas e critérios, desenvolvidos por comitê paritário com representantes do Ministério da Saúde do país, serviços de saúde, setor público, setor privado, comunidades, sociedade civil, além de um plano de ação próprio para a revisão e atualização da política. As normas devem ser oficializadas e publicadas, de modo a garantir participação e transparência do processo.

Segundo o Conselho Nacional de Secretário da Saúde¹³, o ciclo da assistência farmacêutica é composto por sete segmentos:

a) seleção – atividade responsável pelo estabelecimento da relação de medicamentos;

b) programação – atividade que tem como objetivo garantir a disponibilidade dos medicamentos previamente selecionados, nas quantidades adequadas e no tempo oportuno para atender as necessidades locais da população;

c) aquisição – processo de compra dos medicamentos estabelecidos na programação;

d) armazenamento – que envolve as atividades de recebimento e o ato de conferência, estocagem, segurança, conservação dos medicamentos e controle de estoque;

e) distribuição – entrega dos medicamentos para as unidades de saúde;

f) dispensação – entrega do medicamento correto ao usuário, na dosagem e quantidade prescrita, garantindo, assim, o uso racional de medicamentos; e

g) farmacovigilância – trabalho de acompanhamento do desempenho dos medicamentos que já estão no mercado.

Conclui-se, portanto, que a saúde é um direito de cidadania, sendo, portanto, um dever do Estado prover condições para a sua efetivação, entre elas o acesso a

¹³ Coleção Progestores. Livro 7. Assistência Farmacêutica e SUS. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/collec_progestores_livro7.pdf. Acesso: 30 dez 2022;

medicamentos.

Assim, com o fim de efetivar a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e atender o primeiro item do ciclo de assistência farmacêutica, ou seja, a seleção foi necessária à definição de uma relação de medicamentos essenciais nos limites da competência de cada ente.

2.1. Competências de cada ente da federação com relação à gestão dos medicamentos do componente especializado da Assistência Farmacêutica

Na esfera Federal:

1. Financiamento do Grupo 1 do CEAF;
2. Financiamento tripartite do Grupo 3 do CEAF;
3. Planejamento e programação;
4. Aquisição centralizada e distribuição aos Estados do Grupo 1A do CEAF;
5. Elaboração dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT).

Na esfera Estadual:

1. Grupo 1A – recebimento, armazenamento, distribuição aos municípios, através das Regionais de Saúde e Coordenadoria de Assistência Farmacêutica Especializada;
2. Grupo 1B – aquisição com recurso federal, recebimento, armazenamento e distribuição aos municípios, através das Regionais de Saúde e Coordenadoria de Assistência Farmacêutica Especializada;
3. Grupo 2 – financiamento, aquisição, recebimento, armazenamento e distribuição aos municípios, através das Regionais de Saúde e Coordenadoria de Assistência Farmacêutica Especializada;
4. Grupo 3 – financiamento tripartite;
5. Planejamento e programação;
6. Acolhimento, avaliação e autorização dos processos de solicitação de Medicamentos e
7. Dispensação aos usuários.

Na esfera Municipal:

2. Financiamento tripartite do Grupo 3 do CEAF;

3. Planejamento e programação do Grupo 3 do CEAF;
4. Aquisição, recebimento, armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos do Grupo 3 do CEAF aos usuários;
5. Acolhimento dos processos de solicitação de medicamentos do CEAF e dispensação aos usuários.

2.2. Relação de Medicamentos Essenciais (Rename)

O conceito de medicamentos essenciais é um dos elementos-chave de uma PNM, porque, ao ser aplicado nos setores público e privado, assim como nos diferentes níveis do sistema de saúde, promove a equidade e ajuda a definir prioridades para a atenção.

O essencial desse conceito é que um número limitado de medicamentos, selecionados cuidadosamente com base em evidências científicas de eficácia e segurança e no perfil epidemiológico da população, promova a racionalidade do uso e melhore a eficiência do sistema de provisionamento.

Para atender ao primeiro item no ciclo de assistência farmacêutica, a seleção, é necessária uma lista, constituída por medicamentos considerados essenciais para atendimento naquele contexto, e deve ser complementada por um guia ou formulário terapêutico, assim, foi instituída pela Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, a Rename:

(...)

O Ministério da Saúde estabelecerá mecanismos que permitam a contínua atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), imprescindível instrumento de ação do SUS, na medida em que contempla um elenco de produtos necessários ao tratamento e controle da maioria das patologias prevalentes no País.

A utilização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) como instrumento racionalizador das ações no âmbito da assistência farmacêutica é fruto da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica e estabelecida pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 338, de 06 de maio de 2004.

Posteriormente, em 2011, outros atos normativos regulamentaram o princípio de integralidade, estabelecendo critérios para seleção de tecnologias em saúde no

SUS. Ressaltando-se, a Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, que alterou a Lei do SUS (Lei Federal nº 8.080/1990), para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS acrescentou, dentre outros dispositivos, o art. 19-P, abaixo transcrito:

“Art. 19-P. Na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada:

I - com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, observadas as competências estabelecidas nesta Lei, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite;

II - no âmbito de cada Estado e do Distrito Federal, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores estaduais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Bipartite;

“III - no âmbito de cada Município, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores municipais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada no Conselho Municipal de Saúde.”

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei do SUS (Lei Federal nº 8.080/1990), dispendo sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, prevê no art. 25 o seguinte:

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

(...)

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

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

Assim a RENAME é elaborada atendendo aos princípios fundamentais do SUS, ou seja, a universalidade, a equidade e a integralidade, configurando-se como a relação dos medicamentos disponibilizados por meio de políticas públicas para os tratamentos das doenças que acometem a população brasileira.

Seus fundamentos estão estabelecidos em atos normativos pactuados entre as três esferas de gestão do SUS. Com isso, a concepção, a sistematização e a harmonização da RENAME devem sempre ser realizadas de forma democrática e articulada.

A lista é construída a partir de uma avaliação que considera as informações de eficácia, efetividade, segurança, custo, disponibilidade, entre outros aspectos,

obtidas a partir das melhores evidências científicas disponíveis.

A partir da criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), esta passa a ser responsável por propor a atualização da Rename, conforme estabelecido no Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011.

Segundo o decreto supracitado, a Conitec é um órgão colegiado de caráter permanente, que tem como objetivo assessorar o Ministério da Saúde nas atribuições relativas à análise e à elaboração de estudos de avaliação dos pedidos de incorporação, ampliação de uso, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde; e na constituição ou na alteração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDTs).

Por meio de instrumento legal, a Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) foi institucionalizada no Brasil como critério indispensável para a tomada de decisão sobre a incorporação tecnológica no SUS.

A atualização do elenco da Rename proposta pela Conitec compreende: i) um processo reativo em que os demandantes são órgãos e instituições, públicas ou privadas, ou pessoas físicas; e ii) um processo ativo conduzido por uma subcomissão da Conitec – a Subcomissão Técnica de Atualização da Rename e do Formulário Terapêutico Nacional.

Em ambos os processos, os medicamentos e insumos são incorporados, excluídos ou alterados no SUS, após avaliação da Conitec e decisão do secretário da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde do Ministério da Saúde.

O trabalho ativo e permanente da Subcomissão é fundamental para que ocorra a revisão de medicamentos com tradicionalidade de uso ou com baixo interesse de mercado. Isso é importante para garantir a seleção de medicamentos efetivos e seguros, a partir das melhores evidências disponíveis.

Assim a Conitec através da Portaria GM/MS n 3.435, de 8 de dezembro de 2021, estabeleceu e atualizou a lista Rename 2022, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Todavia, em que pese a Rename ter a obrigatoriedade de ser publicada bianualmente, a partir de 2022 o Ministério da Saúde, informou na introdução da portaria acima citada, que passará a disponibilizar, em seu portal, tabela complementar à Rename vigente, para apresentar à sociedade, de forma dinâmica e tempestiva, as informações sobre as tecnologias recentemente excluídas, alteradas

ou incorporadas que passaram por pactuação de financiamento na CIT.

Também, informou que à adoção da classificação “AWaRe” em relação aos medicamentos antimicrobianos. Tal classificação, presente na lista de medicamentos essenciais da OMS, define os agentes antimicrobianos em três categorias – Access, Watch, Reserve (“AWaRe”), traduzidos na Rename 2022 como Acesso, Alerta e Reservado – e apresenta recomendações sobre o uso de cada categoria. Tal inovação visa contribuir para a redução do desenvolvimento de bactérias resistentes a estes medicamentos e está alinhada ao Plano de Ação Global da OMS sobre a resistência antimicrobiana, que visa combater o desenvolvimento da resistência a medicamentos, garantindo o melhor uso de patógenos resistentes a medicamentos antimicrobianos.

2.3. Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (Resme) do Estado de São Paulo

No âmbito estadual a lista de medicamentos essenciais é denominada Relação Estadual de Medicamentos Essenciais – Resme devendo conter os medicamentos da Rename, ainda que com elencos mais restritos.

A inclusão e a exclusão de medicamentos da Rename nas listas de medicamentos locais atendem à dinâmica determinada, entre outros fatores, pela demanda: uma alta demanda recomenda a inclusão, uma baixa demanda, à exclusão.

Em quaisquer dos casos a decisão de inclusão ou exclusão deve estar suportada por adequada análise epidemiológica. Ademais, a Resme pode definir medicamentos de forma suplementar à Rename, desde que questões de saúde pública justifiquem e respeitadas as responsabilidades dos entes federativos, as pactuações em Comissões Intergestores Bipartite e no Conselho Municipal de Saúde, e observada a Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011.

No Estado de São Paulo, a Lei nº 10.938, de 19 de outubro de 2001, dispõe sobre a Política Estadual de Medicamentos, tratando expressamente da relação de medicamentos, conforme abaixo:

Art. 3º Caberá ao Estado, por intermédio dos órgãos competentes:
I - coordenar o processo de articulação intersetorial para o desenvolvimento da Política Estadual de Medicamentos, apresentando-a anualmente ao Conselho Estadual de Saúde;

II - prestar cooperação técnica, material e financeira aos Municípios, no desenvolvimento dos distintos aspectos da Política Estadual de Medicamentos;

III - elaborar periodicamente a relação de medicamentos essenciais para o Estado de São Paulo, com base na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME e na Lista-Modelo de Medicamentos Essenciais da Organização Mundial da Saúde;

...

§ 2º - A relação mencionada no inciso III deste artigo deverá considerar as regiões e a situação epidemiológica do Estado.

A Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, disponibiliza a relação de forma virtual no seu site oficial¹⁴, que poderá ser acessado <https://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/assistencia-farmaceutica/medicamentos-dos-componentes-da-assistencia-farmaceutica/links-do-componente-especializado-da-assistencia-farmaceutica/relacao-estadual-de-medicamentos-do-componente-especializado-da-assistencia-farmaceutica/consulta-por-medicamento>.

2.4. Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume) de Santos

A Relação Municipal de Medicamentos (Remume) é um dos marcos da instituição da Política de Assistência Farmacêutica, atendendo aos fundamentos de descentralização do SUS nas três esferas de gestão, devendo ser elaborada para atender às necessidades específicas da população de cada município, tendo como modelo a RENAME, sendo objeto de estudo a relação do Município de Santos.

No mesmo sentido a Lei Complementar Municipal nº 141/2012 prevê o seguinte:

“Art. 30. ...

§ 1º O processo de planejamento e orçamento será ascendente e deverá partir das necessidades de saúde da população em cada região, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, para definir as metas anuais de atenção integral à saúde e estimar os respectivos custos.”

A Remume norteia desde a seleção até a dispensação do medicamento à população.

Diferentemente da esfera federal em que a Conitec é responsável pela atualização da lista de medicamentos, no Município de Santos a Remume é

¹⁴ Portal da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, disponível em:

<<https://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/assistencia-farmaceutica/medicamentos-dos-componentes-da-assistencia-farmaceutica/links-do-componente-especializado-da-assistencia-farmaceutica/relacao-estadual-de-medicamentos-do-componente-especializado-da-assistencia-farmaceutica/consulta-por-medicamento>>

Acesso: 27 fev 2023.

atualizada pela Comissão de Padronização de Medicamentos da Secretaria de Saúde de Santos, que deverá considerar e respeitar a última atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, ou seja, a Rename-2022.

Com o fim de garantir o acesso à informação, que é um direito constitucional, previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da CRFB/88, regulamentado pela Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, foi criada a Lei Municipal nº 3.995 de 04 de março de 2022, que dispõe sobre a obrigatoriedade de divulgação dos medicamentos gratuitamente distribuídos pela rede municipal de Saúde no portal eletrônico do Município de Santos.

Desta forma, a Remume de Santos, atualizada em 2022, contém os medicamentos e insumos padronizados na rede municipal de Saúde, que podem ser utilizados no momento da assistência ao paciente, prescritos pelos médicos nas unidades de pronto atendimento (UPAs), hospitais, policlínicas e unidades especializadas e dispensados para o tratamento em casa e está disponibilizada no site oficial da Prefeitura Municipal de Santos, dispondo o rol de 346 medicamentos¹⁵.

Todavia, definida a seleção de medicamentos é necessária a sua aquisição, e, em se tratando de Administração Pública é necessário um planejamento.

¹⁵ Portal da Prefeitura Municipal de Santos. Disponível em: <<https://www.santos.sp.gov.br/?q=servico/relacao-municipal-de-medicamentos-essenciais-remume>> Acesso em: 27 fev 2023.

3. Planejamento na Administração Pública

Os objetivos previstos no art. 3º da CRFB/88, devem ser perseguidos pelo Estado brasileiro e as administrações públicas que o compõem, fazendo valer os direitos e as garantias individuais e implementando os direitos sociais, dentre eles o direito à saúde.

Com relação ao direito à saúde, vimos anteriormente que a Política Nacional de Medicamento compõe o direito social à saúde e envolve prestações positivas do Estado, além de exigir gastos de recursos públicos para a sua efetiva implementação. Para a efetivação desta política pública, se faz necessário percorrer um caminho que impreterivelmente deve passar pelo planejamento.

Historicamente, o planejamento faz parte da humanidade, de maneira umbilicalmente ligada à sobrevivência humana, desde que nossos ancestrais acumulavam alimentos para enfrentar as duras estações invernais, estando sempre relacionado a um cálculo racional e uma previsão.

Ele faz parte dos atos cotidianos que buscam compatibilizar um conjunto diversificado de ações e recursos para o alcance de objetivos, além da melhor forma de aplicação de recursos, que normalmente, são escassos.

Ressalte-se, que o planejamento se tornou um conjunto sistemático de técnicas e um campo disciplinar organizado a partir do advento do capitalismo, relacionado à necessidade de administrar as grandes fortunas acumuladas.

Aliás, com a industrialização, foram criados os sistemas de contabilidade, a análise de custos e a racionalização do processo de trabalho baseado nas teorias fordistas e tayloristas.

A evolução do arcabouço teórico-metodológico do planejamento está ligada ao desenvolvimento das sociedades e do pensamento humano, com uma variedade de enfoques, os quais buscam responder aos diferentes e cada vez mais complexos desafios das sociedades modernas.

O ato de administrar na esfera pública a gestão da coisa pública é pautado pela busca do interesse público e, assim, os limites de atuação do administrador público são bem menos elásticos que no setor privado, já que neste o foco é a busca

pelo lucro, e a gestão de cada organização é idealizada internamente, observando-se, apenas, as normas gerais estabelecidas na legislação.

O gestor público deve ter em mente que ele “está” gestor e, assim, como é próprio do modelo republicano, vários outros o sucederão e o que, em verdade, importa é que, a cada alternância de sujeitos na gestão administrativa, deve o interesse público seguir imaculado, incólume. Em outras palavras, vão-se os administradores públicos e permanecem os interesses e bens públicos. Por isso, é dever do administrador a guarda, a conservação e a tutela dos bens públicos, não tendo autonomia para aliená-los e onerá-los, exceto quando houver autorização legal (Bortoleto, 2020, p.30).

Corroborando ainda, Meirelles (2003, p. 84) afirma que:

A natureza da Administração Pública, da atividade administrativa, é a de “um múnus público para quem exerce, isto é, a de um encargo de defesa, conservação e aprimoramento dos bens, serviços e interesses da coletividade”.

Diferentemente do que alguns pensam, exercer a atividade administrativa não representa um favor para quem a exerce. O administrador, ao guardar, zelar, conservar e aprimorar os bens públicos, está desempenhando um dever, um encargo, uma obrigação, pois se trata da satisfação do interesse público e não de interesses particulares, afinal o fim da Administração Pública é o bem comum da coletividade.

Por essa razão, o administrador público que cumpre fielmente seu encargo no trato da coisa pública não faz mais que sua obrigação e, caso não atue a contento, desviando-se da finalidade legal ou omitindo-se quando devia ter atuado, deve ser responsabilizado.

Quanto a importância crucial do planejamento na administração pública, o professor Comparato (1994, p. 23) afirma que:

“Constitui verdadeiro truísmo reconhecer que a complexidade estrutural e a aceleração do ritmo das transformações sociais, no mundo contemporâneo, aumentaram exponencialmente a importância das tarefas de previsão e planejamento no nível governamental. Sem risco de erro, pode-se dizer que o bom desempenho dessas tarefas torna-se hoje o principal fator de legitimação dos sistemas de governo.”

O professor para melhor esclarecer o seu argumento, acrescenta ainda o seguinte:

“Na navegação aérea, de longo curso, por exemplo, é essencial estabelecer-se um adequado plano de voo, com a previsão das diferentes escalas, a eventual troca de tripulantes, o abastecimento de combustível e todas as demais providências correlatas. Ora, o desenvolvimento nacional é, sem dúvida, a mais importante das ‘navegações de longo curso’ que possa empreender uma sociedade. É a principal política pública, aquela dotada de maior sentido arquitetônico – para usarmos da expressão tão cara a Aristóteles na definição da arte política –, pois engloba e harmoniza todas as demais atividades governamentais”. (Comparato, 2014, p. 12-13)

Em síntese, o Estado tem um chamado “contrato social” com a sociedade, pois, os indivíduos abrem mão da sua liberdade individual, para que num conjunto, se consiga alcançar o bem estar de todos, portanto, o Estado terá o poder soberano, legítimo, de promover a organização, o ajuste de direitos e obrigações para que haja uma harmonia entre os indivíduos.

Já o Governo é o conjunto de pessoas que passará por um processo de escolha para ocupar um status de governantes e traçará os objetivos de condição e atuação do Estado.

Para colocar em prática os objetivos ou conjuntos de diretrizes é a administração pública, que é o instrumento de efetivação do Estado em prol de um bem comum de toda a sociedade.

O principal instrumento que a administração pública irá utilizar com o fim de efetivação, será às políticas públicas, ou seja, a política pública é o instrumento que irá resolver os problemas da sociedade.

O Manual de Planejamento do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (2021, p. 4) define o planejamento no setor público da seguinte maneira:

“O planejamento no Setor Público não é conceito estático; evolui à medida que as funções estatais são incorporadas, transformadas ou extintas, de acordo com os legítimos anseios da sociedade. Nessas idas e vindas, a profissionalização do aparato público é primordial para que as ações e serviços oferecidos sejam de qualidade a um custo que não onere excessivamente os cidadãos e o setor produtivo”.

Desde a década de 1980, o setor público vem incorporando metodologias empresariais. A assimetria entre o recolhimento compulsório de parte da renda dos cidadãos e a contrapartida estatal em produtos e serviços aquém do esperado tem abalado essa relação, impondo novos rumos ao planejamento público. Desburocratização, privatização, terceirização, busca por resultados e o paradigma

do cidadão como cliente tem transformado as peças de planejamento estatal em planos de negócios.

O planejamento faz parte do ciclo administrativo, ou seja, o conjunto de tarefas e atividades que, sequencialmente e de modo contínuo, é utilizado para administrar uma organização.

O ciclo administrativo (PDCA)¹⁶ é composto de quatro etapas:

1) (Plan) planejamento: estabelece missão, objetivos, metas, procedimentos e processos (metodologias) necessários para o alcance dos resultados;

2) (Do) execução: as ações ou o conjunto de ações planejadas são executadas;

3) (Check) controle/avaliação: trata-se de monitorar e avaliar, periodicamente, os processos e os resultados, confrontando os com o planejado, os objetivos, as especificações e o estado desejado; e

4) (Act) ação: momento de corrigir possíveis falhas ou problemas identificados no monitoramento ou na avaliação, de forma a melhorar a qualidade, a eficiência e a eficácia, aprimorando a execução.



Figura 1 – Ciclo PDCA. Fonte: Deming ou de Melhoria Contínua Fonte: CAMPOS, 1992, p. 266.

¹⁶ PDCA (do inglês: *PLAN - DO - CHECK - ACT* ou *Adjust*) é um método iterativo de gestão de quatro passos, utilizado para o controle e melhoria contínua de processos e produtos. É também conhecido como o círculo/ciclo/roda de Deming, ciclo de Shewhart, círculo/ciclo de controle, ou PDSA (*plan-do-study-act*). Outra versão do ciclo PDCA é o OPDCA, onde a letra agregada "O" significa observação ou como algumas versões dizem "Observe a situação atual". Esta ênfase na observação e na condição atual é utilizada frequentemente na produção enxuta (Lean Manufacturing / Toyota Production System) do Sistema Toyota de Produção (disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Ciclo_PDCA#cite_note-1>. Acesso em: 17 jul 2023)

Por meio do planejamento são definidos os objetivos e as metas. Também são formuladas estratégias, já com a definição de prazos e responsáveis pelas ações necessárias ao alcance da missão.

3.1. Planejamento na área da saúde

Na atual sociedade, podemos dizer que quase todas as atividades produtivas estão vinculadas a uma ou mais organizações. Algumas políticas públicas de caráter social são ambiciosas e complexas, e, para atingir o seu fim, é necessário articular um conjunto amplo e, em geral, heterogêneo de organizações. É o caso da área da saúde, que articula diferentes unidades, programas e serviços para garantir o cuidado à saúde de toda a sociedade, conformando interesses e conflitos, o que exige um grande esforço e muita competência na sua gestão.

E na assistência farmacêutica acontece da mesma forma, pois, é composta de várias etapas – algumas sequenciais, outras sobrepostas – que devem ser executadas de maneira harmônica para que se alcance o objetivo fundamental da assistência farmacêutica: garantir acesso e uso racional dos medicamentos.

Para que se consiga atingir esse objetivo principal, vários atores (*policy cycle*¹⁷) precisam ser considerados: os usuários do sistema, com suas necessidades em saúde para serem atendidas; os profissionais de saúde, com seus conhecimentos e habilidades; os produtores e distribuidores de medicamentos.

E, entre todos eles, o gestor, tendo que articular os recursos, às necessidades dos usuários e os diversos interesses em todas as esferas relacionadas, resumindo uma tarefa bastante complexa, que exige preparo, capacidade técnica e condições para planejar.

Ademais, o processo de planejamento não pode ser delineado longe dos atores que, efetivamente, executam as ações de assistência farmacêutica, pois, são eles que conhecem as características peculiares desse setor, com suas

¹⁷ O processo de elaboração de políticas públicas (*policy-making process*) também é conhecido como ciclo de políticas públicas (*policy cycle*). O ciclo de políticas públicas é um esquema de visualização e interpretação que organiza a vida de uma política pública em fases sequenciais e interdependentes.

potencialidades e dificuldades, e que terão suas atividades diárias possivelmente alteradas pelo resultado do processo de planejamento.

O Poder Público é o responsável pelo fornecimento de medicamentos, sendo imprescindível a realização de um planejamento, que diferentemente da improvisação, possui um componente racionalizador (instrumental teleológico) e visa o alcance de objetivos, articulando um conjunto diversificado de ações e recursos em situação de escassez.

Internacionalmente, o Brasil é signatário da Declaração Universal dos Direitos Humanos, que, em seu art. 25, trata a saúde como condição necessária a uma vida digna.

E ainda no âmbito internacional, repise-se que o Brasil incorporou o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), na ordem jurídica em 1991, com vigência a partir de 24/04/1992, que traz o artigo mais abrangente do direito internacional dos direitos humanos sobre o direito de saúde, o art. 12.1 em que “o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental”.

No âmbito interno, o art. 3º da CRFB/88 define os objetivos fundamentais, os quais somente serão alcançados com uma administração pública capaz de assegurar amplo acesso a um sistema de saúde eficiente para toda a população.

Ademais, parte essencial das políticas de saúde implementadas a partir das disposições da Constituição Federal foi a criação de um sistema de planejamento setorial que, em tese, mostra-se de forma a permitir um bom funcionamento.

Essa organização orçamentária deu-se em torno dos princípios que articulam a ação do SUS: a universalidade; a integralidade; e a igualdade de assistência.

Como esses princípios partiam da ideia da descentralização e da municipalização, a integração em torno de parâmetros nacionais de funcionamentos apenas seria possível a partir de uma articulação federativa consistente. Os pilares dessa organização surgiram com os critérios de planejamento do SUS basicamente delineado nas Leis nº 8.080/1990 e 8.142/1990, com disposições também na Lei Complementar nº 141/2012, que organizam o funcionamento dos serviços de saúde

em âmbito nacional, destacando-se os arts. 36 a 38 da Lei nº 8.080/1990, nos quais se concentram as normas sobre planejamento e orçamento.

Tornando possível uma sistematização que permita dar maior coesão ao planejamento financeiro de todo o sistema de modo a integrar os entes da federação em torno dos objetivos comuns do setor, criando-se uma estrutura de planejamento orçamentário setorial de caráter nacional, fundamental para garantir o funcionamento de um sistema que se propõe ser único, institucionalizando um conjunto de políticas públicas no âmbito de nosso federalismo cooperativo de forma eficiente.

3.2. Orçamento para o planejamento da saúde

Quando tratamos de planejamento, não podemos deixar de lado uma parte essencial dele, que é o planejamento orçamentário da Administração Pública, haja vista que, o Estado brasileiro se organiza na forma federativa, e com clara separação de poderes, ambas cláusulas pétreas constitucionais.

Desta forma, é tarefa por demais árdua, dadas as dificuldades que se pode facilmente vislumbrar em compatibilizar a atividade planejadora, que exige o estabelecimento de objetivos que guiarão a ação do Estado, com a autonomia territorial e funcional decorrente do federalismo e da separação de poderes.

Além disso, o Manual Técnico de Orçamento diz que a reforma gerencial do orçamento público, introduzida no início dos anos 2000, inovou ao propor a reorganização dos programas de governos dos entes públicos, passando a ser baseados em resultados com indicadores e metas, indo além da mera alocação de receitas e despesas.

A reforma gerencial do orçamento público materializou o espírito de planejamento por resultados trazido pela CRFB/88 e tratado pela Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº 101/2000) como um dos pilares da Gestão Pública.

Cabe mencionar tanto a Emenda Constitucional nº 95/2016, que dispôs sobre um novo regime fiscal, impondo um teto para os Gastos Públicos, quanto a Emenda Constitucional 100/2019, que determinou que “a administração tem o dever de executar as programações orçamentárias, adotando os meios e as medidas necessários, com o propósito de garantir a efetiva entrega de bens e serviços à sociedade” (Art. 165, §10 - CRFB/88). Apesar de ter vigência apenas para o Governo Federal (como disposto no §13), essa mudança é simbólica, e pode servir para inspirar mudanças nas Constituições Estaduais e Leis Orgânicas de municípios.

A CRFB/88, trouxe melhorias incrementais que foram incorporadas ao planejamento público. Merecendo destaque o tripé de planejamento, baseado em um conjunto integrado de três instrumentos, materializados no Plano Plurianual (PPA) e na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), que devem atuar em conjunto com a Lei Orçamentária Anual (LOA) como um processo único. Cada instrumento possui objetivos e contribuições específicas para o planejamento dos governos.

Corroborando ainda, é importante destacar que o Brasil adotou o sistema de o federalismo fiscal, que segundo Rezende (1995) se constitui em uma técnica administrativa que possibilita o exercício do poder em territórios de grande amplitude. É um método de organização administrativa nacional que se baseia no estabelecimento de governos de âmbitos central, regional e local. Este arranjo financeiro estabelece regras para divisão de receitas, das despesas e dos encargos na federação a partir do compromisso dos residentes das unidades federadas.

Nesta toada, a repartição de competências é considerada um dos elementos essenciais ao federalismo e sua caracterização efetiva. Não havendo hierarquia entre os entes federativos, mas sim autonomia.

A Constituição Federal de 1988, assegurou à União uma fatia maior de competências exclusivas, aquelas que não podem ser delegadas, como por exemplo a defesa nacional, a política macroeconômica, exploração de serviços de telecomunicações, entre outros.

Contudo, com relação às políticas sociais, de modo geral, foram estabelecidas como competências comuns à União, Estados e Municípios (art. 23, CF/1988).

Para executar políticas públicas é necessário um bom planejamento, sendo que este, perpassa por um orçamento para seu custeio, sendo que, na área da saúde, não há, via de regra, exclusividade ou jurisdição própria de alguma esfera de governo sobre determinada área de atuação ou nível de atenção à saúde, sendo a responsabilidade solidária entre os entes da Federação.

A CRFB/88 traz os percentuais mínimos de investimento na área da saúde por cada ente da Federação, conforme disposto no § 2º do art. 198¹⁸, que em síntese é a União deverá investir no mínimo 15% da receita corrente líquida (não precisa vir necessariamente de impostos, pode vir até de empréstimo), os Estados 12% dos seus impostos e os Municípios 15% dos seus impostos, ficando vinculado 37% receita de impostos dos Estados e 38% dos municípios, com relação aos Distrito Federal, segue os mesmos percentuais dos impostos estaduais e municipais de sua competência.

Portanto, na área da saúde temos uma vinculação de receita em que havendo o seu descumprimento pelos entes da federação, há previsão de aplicação de sanções e penalidades, como o impedimento de transferência voluntária de recursos sem a comprovação do cumprimento dos limites constitucionais relativos não somente a área da saúde, como também da educação.

Destacamos também as desonerações tributárias, caracterizadas pela redução da carga tributária de um determinado imposto sobre o agente passivo do

¹⁸ CRFB/88. 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:

I - no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento);

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

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.

fato gerador, ocorrendo como consequência a renúncia fiscal. Esta abdicação do direito de receber o tributo não pode ocorrer sem a devida legalidade, sob pena de incorrer em responsabilidade, vez que ante à compulsoriedade pelo pagamento, deve ocorrer a cobrança por parte do ente tributante.

Isso sem mencionar na quantidade de declarações de utilidade pública; certificados de filantropia e benemerência, os quais são entregues com pouco ou nenhum critério, prejudicando também, o orçamento.

Desta forma, os investimentos para a área da Saúde no Brasil andam em descompasso com aquilo que se ordena na CRFB/88, vez que a arrecadação das contribuições sociais - que deveriam ser destinadas para aplicação no Sistema Único de Saúde -, é corroída com as desvinculações e as renúncias fiscais, ou nem as computam como receitas sociais.

4. AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA A GARANTIA DA POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS

No planejamento na área da saúde para a efetivação da Política Nacional de Medicamentos, temos um item importantíssimo que é a aquisição de medicamentos.

A Constituição Federal, em seu artigo 37, inciso XXI, impõe à Administração Pública o dever de licitar. Sendo assim, quando da realização de algum negócio no qual figurar, em um dos pólos, pessoas públicas ou governamentais, há a obrigatoriedade (com exceção dos casos de contratação direta, situação em que o processo é mais simplificado) de realização de um procedimento administrativo chamado licitação.

Segundo Celso Antônio Bandeira de Mello (2006, p. 492), podemos definir licitação da seguinte forma:

É um certame que as entidades governamentais devem promover e no qual abrem disputa entre os interessados em com elas travar determinadas relações de conteúdo patrimonial, para escolher a proposta mais vantajosa às conveniências públicas. Estriba-se na ideia de competição, a ser travada isonomicamente entre os que preencham os atributos e aptidões necessários ao bom cumprimento das obrigações que se propõem assumir.

O dispositivo acima citado da Lei Maior, foi inicialmente regulamentado pela Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, instituindo as normas a serem observadas quando da realização do procedimento licitatório. Sobre essa normatização segue críticas de Sundfeld (1994, p. 11):

Difícilmente se encontrará no mundo, um texto normativo tão mal elaborado quanto a lei 8.666, de 21 de junho de 1993, justamente a mais importante lei brasileira sobre licitações e contratos administrativos. Há problemas graves de sistematização e constitucionalidade, sem contar a lastimável redação, que envergonha o Congresso Nacional [...]. Sua aplicação é, por isso, um martírio para os milhares de profissionais obrigados a cumpri-la cotidianamente.

Após quase três décadas de vigência dessa lei, surge o novo marco normativo do tema, com a promulgação da Lei nº 14.133/2021 (nova Lei de Licitações e Contratos Administrativos).

Conforme previsão contida no art. 193, II, a nova Lei de Licitações e Contratos Administrativos, que têm vigência imediata, e revogaria, após dois anos de sua publicação, a Lei nº 8.666/1993, a Lei nº 10.520/2002 (Lei do Pregão) e os arts. 1º ao 47-A da Lei nº 12.462/2011 (Regime Diferenciado de Contratações - RDC). Contudo, com o advento da Medida Provisória nº 1.167, de 31 de março de 2023, a revogação total passou para 29 de dezembro de 2023.

Após o decurso do prazo bienal de coexistência dos referidos regimes jurídicos de licitações e contratações públicas, a Lei nº 14.133/2021 será aplicada obrigatoriamente pela União, estado, DF e municípios e suas entidades da Administração Pública Indireta, com exceção das empresas estatais que continuarão submetidas à Lei nº 13.303/2016, na forma do art. 1º, § 1º da nova Lei de Licitações e Contratos Administrativos.

Dentre as novidades trazidas pela nova lei, está a diminuição das modalidades de licitação para cinco: concorrência, concurso, leilão, pregão e a novidade denominada diálogo competitivo (art. 28), e extinção de outras, como a tomada de preços e convite.

Conforme leciona Marçal Justen Filho (2008, p. 63), a vantagem que a Administração busca consiste na maior qualidade da prestação, conjugada com o maior benefício econômico, ou seja, apresenta tanto de aspectos de qualidade, quanto de onerosidade. Nas palavras do doutrinador:

A maior vantagem apresenta-se quando a Administração assumir o dever de realizar a prestação menos onerosa e o particular se obrigar a realizar a melhor e mais completa prestação. Configura-se, portanto, uma relação custo-benefício. A maior vantagem corresponde à situação de menor custo e maior benefício para a Administração.

Contudo para atingir essa vantagem, a nova lei de licitações acrescentou alguns novos princípios da licitação, quais sejam: os princípios do interesse público, do planejamento, da transparência, da segregação de funções e do desenvolvimento nacional sustentável.

Com relação ao princípio do planejamento, ele se vincula a uma agenda mais recente do Estado regulador e gerencialista brasileiro, de modernização da máquina pública e de debates sobre a governança pública, no contexto democrático da

CRFB/88, sugerindo, portanto, a consolidação da agenda do Estado gerencialista no campo das compras públicas.

Dito de outro modo, o princípio do planejamento vincula as questões do processo licitatório a uma agenda mais ampla, interligando estrategicamente os temas do direcionamento, monitoramento e avaliação da gestão da máquina pública e de suas políticas ao tema das licitações.

Pela nova lei, os órgãos responsáveis pelo planejamento de cada ente federativo, deverão, na forma de regulamento, elaborar um Plano de Contratações Anual, com o objetivo de racionalizar as contratações dos órgãos e entidades sob sua competência, garantir o alinhamento com o seu planejamento estratégico e subsidiará elaboração das respectivas leis orçamentárias.

A CRFB/88, em seu art. 22, inc. XXVII, determina que a competência da União é privativa quanto à instituição de normas gerais sobre licitações e contratos administrativos, ou seja, a União possui competência privativa para instituir normas gerais, cuja observância será obrigatória para todos os entes federativos, estando vinculada toda a Administração Pública (União, estados, Distrito Federal e municípios, tanto à administração direta quanto indireta); significa, também, que tanto a União, quanto os estados e municípios, possuem competência para instituir normas específicas, com aplicabilidade restrita ao âmbito federativo de cada ente, desde que respeitem os delineamentos das normas gerais veiculadas pela União.

Conforme se depreende da leitura do art. 37, caput e inciso XXI da CRFB/88, a Administração Pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, estados, DF e municípios, está obrigada a licitar. Assim, desde já fica esclarecido que além do Poder Executivo, o Poder Judiciário e o Legislativo, Tribunais de Contas, Ministério Público, ao contratarem com terceiros, estão desempenhando atividade administrativa e sujeitos a todas as regras a ela pertinentes.

Além disso, o art. 1º da Lei nº 14.133/2021, determina a obrigatoriedade de licitar aos Poderes da União, estados, DF e municípios, repetindo o previsto na norma maior, e aos fundos especiais (órgão integrante da Administração Direta, como por exemplo os fundos de saúde), autarquias, fundações públicas, empresas públicas, sociedades de economia mista (ou seja, as entidades da Administração

Indireta) e demais entidades, controladas direta ou indiretamente pela União, estados, DF e municípios.

Com relação à Administração Indireta, também podem ter seus próprios regulamentos sobre Licitações adaptados à Lei nº 14.133/2021.

Pela Súmula 222 do Tribunal de Contas da União, todas as orientações deste órgão que tratam de normas gerais de licitação, serão estendidas aos municípios, estados e DF (ou seja, todas as esferas governamentais). Daí a importância do conhecimento das orientações desta Corte:

SÚMULA Nº 222 TCU. As Decisões do Tribunal de Contas da União, relativas à aplicação de normas gerais de licitação, sobre as quais cabe privativamente à União legislar, devem ser acatadas pelos administradores dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

E, no caso da licitação e contratação ser processada por recursos federais mediante repasse voluntário de recursos públicos da União para estados e municípios, estes também deverão observar a legislação federal a respeito do tema e, também, sob fiscalização do TCU:

Instrumentos de formalização, renovação ou aditamento de convênios, instrumentos congêneres ou de consórcios públicos que envolvam repasse voluntário de recursos públicos da União devem conter cláusula que determine que as compras, obras e serviços sejam contratados mediante processo de licitação pública, de acordo com o estabelecido na legislação federal pertinente. (TCU, Licitações & Contratos – Orientações e Jurisprudências do TCU, 4a ed., 2010, p.824)

Importante lembrar, contudo, que cada estado e alguns municípios, possuem seus próprios Tribunais de Contas.

Portanto, para aquisição de bens ou serviços, é necessário realizar procedimento licitatório, que normalmente possui duas fases, a interna e a externa. Em síntese a fase interna é dividida da seguinte forma:

- a) Identificação da necessidade e requisição do objeto;
- b) Autorização da abertura da licitação;
- c) Abertura do processo administrativo;
- d) Designação: Equipe de Planejamento, Pregoeiro/Equipe de Apoio e Comissão de Contratação;

- e) Elaboração do instrumento convocatório e todos seus anexos;
- f) Indicação/Previsão de recursos orçamentários;
- g) Exame/Aprovação do instrumento convocatório pela Assessoria Jurídica;
- h) Publicação do Edital.

Com a publicação do edital, se inicia a fase externa que difere a depender da modalidade licitatória escolhida, fazendo um levantamento das licitações no Município de Santos, verificamos que na aquisição de medicamentos a modalidade principal escolhida é o Pregão Eletrônico, por essa razão, sintetizamos a fase externa dessa modalidade:

- a) Procedimento prévios à sessão, durante o período de realização desses procedimentos estará aberto o prazo para impugnação e pedido de esclarecimentos:
 - a.1.) credenciamento;
 - a.2.) envio das propostas e documentos de habilitação;
 - a.3.) declarações
- b) Abertura da Sessão:
 - b.1.) proibida a identificação dos licitantes;
 - b.2.) documentos permanecem em sigilo.
- c) Julgamento das propostas:
 - c.1.) exame de conformidade das propostas;
 - c.2.) etapa competitiva;
 - c.3.) desempate nos termos da Lei Complementar nº 123/2006 (e demais desempates se necessário);
 - c.4.) negociação da proposta;
 - c.5.) julgamento/aceitabilidade da proposta;
- d) Habilitação:

- d.1) Verificação do SICAF ou outro registro, no Município de Santos temos a SALIC;
- d.2.) Demais documentos cadastrados antes da Sessão;
- d.3.) Documentos complementares - 2h mínimo para envio via sistema.
- e) Declaração do vencedor;
- f) Fase recursal;
- g) Adjudicação e homologação

Esse é o roteiro de procedimento licitatório comum, sendo que após superada a fase externa é passado para a fase de assinatura e execução do contrato com a autorização de fornecimento e entrega dos medicamentos. Já a aquisição de medicamentos tem algumas peculiaridades, em especial, com relação a fase interna, a qual será o próximo objeto de estudo.

4.1. Aquisição de Medicamentos por Procedimento Licitatório

A aquisição de medicamentos é uma das etapas dentro da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, tendo em vista que o medicamento como insumo essencial para a promoção, proteção e recuperação da saúde. A compra de remédios com recursos federais, considerando a pactuação entre os entes e o disposto nesta política, é feita de forma centralizada pela União ou, de forma descentralizada, pelos estados e municípios mediante o repasse de recursos.

Nos termos do SUS, a gestão da assistência farmacêutica é descentralizada e pactuada entre União, estados, municípios e Distrito Federal. Desta forma, dependendo do pactuado, e, considerando os componentes da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, o medicamento é adquirido por um dos entes federativos.

Para definir quem irá adquirir o medicamento, a assistência farmacêutica foi organizada em três componentes, o componente básico, o estratégico e o especializado, além do Programa de Farmácia Popular, sendo o Ministério da Saúde responsável pelo componente estratégico.

A União, de forma centralizada, adquire os medicamentos mais caros ou aqueles em que a economia de escala se faz importante e posteriormente distribui aos estados e municípios, que realizam o armazenamento, a distribuição e a dispensação. Sendo que, em outros casos, a União repassa recursos aos demais entes, para que realizem, de maneira descentralizada, a aquisição dos fármacos.

Conforme dito anteriormente, via de regra, a licitação divide-se em duas fases: a fase interna e a fase externa. A fase interna (ou preparatória) da licitação, é a fase na qual será desenvolvido o planejamento da contratação. Nesta etapa são efetuados os procedimentos prévios à contratação, delimitando as condições do instrumento convocatório antes de trazê-las ao conhecimento da sociedade. Já, na etapa externa (ou executória), inicia-se com a publicação do edital, quando é dado conhecimento ao público de que aquela licitação irá ocorrer, o objetivo é a seleção da melhor proposta para a Administração e verificar as condições da empresa que será contratada. Após a finalização do procedimento licitatório, a última etapa é a contratual, e posteriormente a efetiva execução.

Diferentemente de licitações de outras áreas, às licitações para aquisições públicas de medicamentos se difere já na fase interna, principalmente no valor estimado da contratação.

Para quaisquer aquisições em procedimento licitatório a Administração precisa ter um valor estimado para poder planejar e adequar ao seu orçamento. A jurisprudência dos Tribunais de Contas¹⁹, consolidaram o entendimento de haver no mínimo três orçamentos, para balizamento de preços.

O valor estimado ou orçamento estimado, é elemento obrigatório em qualquer processo de compra ou contratação (seja no procedimento licitatório ou na contratação direta), devendo sempre constar dos autos do processo. É o valor estimado que retrata a média do objeto no ramo de mercado.

¹⁹ Acórdão n.º 1547/2007 do TCU: “ACORDAM os Ministros do Tribunal de Contas da União, reunidos em sessão do Plenário, ante as razões expostas pelo Relator, em: (...) 9.1.2. proceda, quando da realização de licitação, à consulta de preços correntes no mercado, ou fixados por órgão oficial competente ou, ainda, constantes do sistema de registro de preços, em cumprimento ao disposto art. 43, inc. IV, da Lei 8.666/93, consubstanciando a pesquisa no mercado em, pelo menos, três orçamentos de fornecedores distintos, os quais devem ser anexados ao procedimento licitatório”

Esse valor estimado é obtido através de pesquisa junto a fornecedores; pesquisa em sites especializados, como por exemplos, comprasnet, banco de preços, além de licitações e contratações com outros órgãos da Administração Pública.

Conforme tratado no segundo capítulo, os medicamentos disponibilizados pelo SUS estão listados na Rename. Sendo que cada novo medicamento ou tecnologia em saúde a ser incorporado a esta lista, deve ser previamente analisado pela Conitec, cabendo aos municípios a sua complementação com os medicamentos de âmbito local.

A aquisição de medicamentos tem suas peculiaridades, haja vista que fatores mercadológicos por vezes dificultam ou inviabilizam a Administração de realizar boas compras em termos de custo. Ressaltando, que na área da saúde pública, a situação torna-se ainda mais complexa, haja vista os recursos destinados serem escassos e as necessidades quase infinitas.

Sendo assim, ao realizar as compras de medicamentos, a Administração precisa se valer de uma metodologia que auxilie na busca por otimizar os recursos.

Na aquisição de medicamentos é diferente, um medicamento para ser comercializado no Brasil é necessário a aprovação pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Ademais, procedimentos licitatórios nesta área, tratam de valores altos e de grande risco, pois, uma fase interna mal planejada, poderá acarretar em contratos inexecutáveis, gerando na falta de medicamentos para dispensação

Atento às dificuldades de precificação que o mercado oferece, o Ministério da Saúde em 1998 criou o Banco de Preços de Saúde (BPS), que se destina ao registro e à consulta de informações de compras de medicamentos e produtos para a saúde realizadas por instituições públicas e privadas. Ressalte-se, que esse

sistema foi positivado na nova Lei de Licitações, conforme inciso I, do § 1º, do art. 23 e inciso II do § 3º do art. 174²⁰.

Assim, para um medicamento ser comercializado no Brasil, além do registro na ANVISA, precisam também ter uma regulação financeira. Neste ponto, a regulação é realizada através da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), que é o órgão interministerial responsável pela regulação econômica do mercado de medicamentos no Brasil e está vinculada à ANVISA, ela estabelece limites para preços de medicamentos, adota regras que estimulam a concorrência no setor, monitora a comercialização e aplica penalidades quando suas regras são descumpridas. É responsável também pela fixação e monitoramento da aplicação do desconto mínimo obrigatório para compras públicas.

A CMED tem uma metodologia própria, com o preço de fábrica, que leva em consideração a não incidência de Imposto Sobre Circulação de Mercadoria e Serviços (ICMS), em razão do Convênio nº 87/2002 com a Conselho Nacional de Política Fazendária do Ministério da Economia (CONFAZ).

Ressaltamos que além da não incidência de ICMS, há também, a aplicação do Coeficiente de Adequação de Preços – CAP (Resolução CMED nº 4, de 18 de dezembro de 2006), que é um desconto mínimo obrigatório, atualizado anualmente, a ser aplicado sempre que forem realizadas vendas de medicamentos, constantes do rol divulgado pela CMED e nas compras de todos os medicamentos por força de decisão judicial, destinadas aos entes da administração pública direta e indireta da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios.

O CAP será aplicado sobre o Preço Fábrica - PF. A aplicação do CAP sobre o PF resultará no Preço Máximo de Venda ao Governo - PMVG. Atualmente o CAP

²⁰ Lei 14.133/2021 - Art. 23. O valor previamente estimado da contratação deverá ser compatível com os valores praticados pelo mercado, considerados os preços constantes de bancos de dados públicos e as quantidades a serem contratadas, observadas a potencial economia de escala e as peculiaridades do local de execução do objeto.

(...)

I - composição de custos unitários menores ou iguais à mediana do item correspondente no painel para consulta de preços ou no banco de preços em saúde disponíveis no Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP);

Art. 174. É criado o Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP), sítio eletrônico oficial destinado à:

§ 3º - O PNCP deverá, entre outras funcionalidades, oferecer:

II - painel para consulta de preços, banco de preços em saúde e acesso à base nacional de notas fiscais eletrônicas;

está em 21,53% (vinte e um vírgula cinquenta e três por cento), conforme Resolução nº 05, de 21 de dezembro de 2020.

Ressaltamos ainda, que a CMED como reguladora dos preços de medicamentos, possui um canal de denúncia de vendas acima dos seus preços.

A tabela CMED de março de 2022²¹, possui 27 mil linhas, ou seja, são 27 mil medicamentos comercializados no país, sendo, portanto, um trabalho árduo para os gestores públicos o planejamento de aquisição de medicamentos e principalmente o balizamento da pesquisa de preços.

Em se tratando de tabelas referências, além do BPS e da CMED, temos também, os valores dos medicamentos vendidos ao varejo, como por exemplo os estabelecidos na Associação Brasileira do Comércio Farmacêutico (ABCFARMA).

É importante ressaltar que essas tabelas servem apenas de balizamento de valores, ou seja, não é possível utilizá-las de forma exclusiva na aquisição de medicamentos, tendo em vista que:

- a) BPS (Banco de Preços em Saúde) - não consegue acompanhar as inovações do mercado, portanto, está sempre desatualizada;
- b) CMED (Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos) - é o maior valor a ser pago pela Administração, o que pode acarretar em sobrepreço, em relação ao mercado;
- c) ABCFarma (Associação Brasileira do Comércio Farmacêutico) - não aplica o coeficiente de desconto (CAP) para a Administração e a não incidência de ICMS.

Desta forma, os tribunais recomendam que o uso dessas tabelas somente como referenciais, se fazendo necessário a cotação junto a fornecedores ou outros procedimentos licitatórios e contratos, para fechamento de uma cesta de preços aceitável.

Por fim, quanto aos valores a CMED faz um papel fundamental de regulamentação do mercado financeiro de medicamentos, estabelecendo um balizamento, podendo afirmar que o preço de venda de medicamento deveria ser

²¹ Portal da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/cmmed/precos>. Acesso: 27 fev 2023.

obrigatoriamente menor ao da CMED, a venda por um valor maior, seria uma afronta legal.

4.2. Aquisição de Medicamento por Contratação Direta

Embora a realização de contratos pela Administração Pública exija, em regra, a obediência ao procedimento licitatório (princípio da obrigatoriedade), o legislador ressalvou hipóteses em que o gestor pode prescindir da seleção formal prevista neste estatuto. Vale lembrar que essas hipóteses de ressalva encontram fundamento no próprio texto constitucional, uma vez que o inciso XXI do art. 37 da CRFB/88, já citado, que estabelece a obrigatoriedade do procedimento de licitação para os contratos feitos pela Administração, iniciando seu texto resguardando “ressalvados os casos especificados na legislação”.

Quando a lei prevê hipóteses de contratação direta (dispensa e inexigibilidade) é porque admite que nem sempre a realização do certame levará à melhor contratação pela Administração ou que, pelo menos, a sujeição do negócio ao procedimento formal e burocrático previsto pelo estatuto não serve ao eficaz atendimento do interesse público naquela hipótese específica.

Nesse sentido, destaca-se que:

“Nem sempre, é verdade, a licitação leva a uma contratação mais vantajosa. Não pode ocorrer, em virtude da realização do procedimento licitatório, é o sacrifício de outros valores e princípios consagrados pela ordem jurídica, especialmente o princípio da eficiência”. (Dallari, 2003, p. 34)

Mesmo sem a observância de alguns dos procedimentos relativos às modalidades licitatórias, a contratação direta deve obediência aos princípios do Direito Administrativo, exigindo, por exemplo, a realização de um procedimento formal, destinado a justificar a escolha de tal contratação e delineamento de seus parâmetros e objetivos e principalmente a justificativa do preço.

Que, conforme tratado anteriormente, deverá ser utilizado as tabelas referenciais, bem como a consulta a fornecedores e outras contratações com a Administração Pública, inclusive nas contratações por inexigibilidade.

Acrescentamos que, a nova Lei de Licitações trouxe uma novidade na área da saúde, que é a possibilidade de aquisição de medicamentos através de contratação direta para doenças raras, conforme abaixo:

Art. 75. É dispensável a licitação:

(...)

IV - para contratação que tenha por objeto:

(...)

m) aquisição de medicamentos destinados exclusivamente ao tratamento de doenças raras definidas pelo Ministério da Saúde;

Preliminarmente, é importante esclarecer a definição de doença rara, segundo a Portaria nº 199, de 30 de janeiro de 2014, que instituiu a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, pelo Ministério da Saúde, é:

Art. 3º Para efeito desta Portaria, considera-se doença rara aquela que afeta até 65 pessoas em cada 100.000 indivíduos, ou seja, 1,3 pessoas para cada 2.000 indivíduos.

Esta mesma portaria, em seu art. 12, define a doença rara em dois eixos:

- a) Eixo 1: doença rara de origem genética: anomalias congênitas ou de manifestação tardia; deficiência intelectual e erros inatos de metabolismo;
- b) Eixo 2: doença rara de origem não genética: infecciosas; inflamatórias; e autoimunes.

Todavia, mesmo havendo essa exceção ao procedimento licitatório, o legislador ainda previu a possibilidade de contratação direta mediante Registro de

Preços, conforme o parágrafo 7º do art. 86 da lei de licitações²². O que garantiria a competitividade dos licitantes.

Contudo, é bom ressaltar que se trata de exceção a regra geral, portanto, deve ser aplicada de forma restritiva, devendo ser prioritariamente realizado o procedimento licitatório.

Por fim, após todo o planejamento e procedimentos adotados de forma habitual, ainda temos as aquisições advindas de ordens judiciais, que passaremos a estudar no próximo capítulo.

²² Art. 86. O órgão ou entidade gerenciadora deverá, na fase preparatória do processo licitatório, para fins de registro de preços, realizar procedimento público de intenção de registro de preços para, nos termos de regulamento, possibilitar, pelo prazo mínimo de 8 (oito) dias úteis, a participação de outros órgãos ou entidades na respectiva ata e determinar a estimativa total de quantidades da contratação. (...)

§ 7º Para aquisição emergencial de medicamentos e material de consumo médico-hospitalar por órgãos e entidades da Administração Pública federal, estadual, distrital e municipal, a adesão à ata de registro de preços gerenciada pelo Ministério da Saúde não estará sujeita ao limite de que trata o § 5º deste artigo.

5. SAÚDE E A COMPETÊNCIA DAS TRÊS ESFERAS DO PODER

A CRFB/88 foi detalhista na conformação do direito à saúde no país, tendo em vista que o inc. II do artigo 23 e o inc. XII do art. 24, dispõem sobre as competências dos entes federativos em matéria de proteção e defesa da saúde. O art. 23, II, dispõe ser competência comum da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal “cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências”.

Pela competência comum fixada na Constituição, todos os entes federativos são responsáveis pela execução de ações e serviços destinados a cuidar da saúde e devem se articular em um federalismo cooperativo. O artigo 24, XII, da CRFB/88, por sua vez, define a competência legislativa concorrente entre União, Estados, e Distrito Federal em matéria de proteção e defesa da saúde, dispondo que "compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre (...) previdência social, proteção e defesa da saúde.

Nesse aspecto legislativo, o papel dos Municípios é suplementar, na medida em que o art. 30, inc. II, estabelece ser competência dos Municípios "suplementar a legislação federal e a estadual no que couber”.

Cabe ainda mencionar que a CRFB/88, no intuito de proteger maximamente os direitos fundamentais, consagra dentre as cláusulas pétreas a cláusula “direitos e garantias individuais”. Considerando a universalidade e a indivisibilidade dos direitos humanos, a cláusula de proibição do retrocesso social, conforme art. 2º, § 1º, do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais.

A partir dessa proteção constitucional e legislativa dada ao direito à saúde emergem deveres do Estado brasileiro que devem ser cuidados sobretudo pelo Poder Executivo, por meio de políticas públicas.

Nessa engrenagem jurídico-administrativa que orienta a efetivação do direito à saúde no país destaca-se o papel ativo dos poderes Executivo e Judiciário.

O Poder Executivo ganha relevância na medida em que possui a função precípua de garantir e executar as políticas públicas necessárias à efetivação do direito à saúde. Ao Executivo compete, ainda, regulamentar as leis no sentido de

dar-lhes maior eficácia, seja organizando a atuação estatal, seja delineando conceitos que ficaram muito abertos na Constituição ou nas leis.

O Poder Judiciário destaca-se sobretudo pelo seu papel de guardião das leis e do Estado de direito, cuidando para que o que está definido em nossa Constituição e nas nossas leis seja de fato cumprido pelos agentes públicos e pelos cidadãos em geral. O Judiciário destaca-se cada vez mais na efetivação do direito à saúde no Brasil na medida em que aumenta a procura, pelos cidadãos, de tutelas judiciais voltadas à proteção concreta e individual do direito à saúde.

O direito à saúde é um direito a prestações materiais, em sentido estrito, os direitos a prestações dizem respeito a “algo que o titular do direito, caso dispusesse dos meios financeiros suficientes e encontrasse no mercado uma oferta suficiente, poderia obter também de pessoa privadas” (ALEXY, 2001).

Os direitos à prestações materiais ou direito fundamentais à prestação em sentido estrito, conforme Alexy, são aqueles direitos a prestações cuja satisfação depende da própria implementação material daquilo que é garantido pelas normas que os definem.

Acrescenta-se ainda, a classificação do direito à saúde, como direito a prestação originários que são aqueles extraídos de normas dotadas de aplicabilidade imediata, geram posições de vantagem garantidas juridicamente, mesmo quando não haja regulamentação ou ainda que o Poder Público sequer tenha colocado o serviço à disposição dos particulares.

São direitos fundamentais cuja incidência implica direitos subjetivos a seus titulares, o que lhes permitem exigir judicial ou extrajudicialmente as prestações do sujeito passivo de forma direta, ou seja, sem necessidade de aguardar providências ulteriores.

A efetivação do direito à saúde mostra-se complexa e impõe deveres aos três poderes estatais. O Poder Executivo possui, nesse contexto, uma responsabilidade estratégica na medida em que a garantia do direito à saúde deve dar-se, prioritariamente, por meio de políticas sociais e econômicas. As falhas na política pública devem e sempre poderão ser corrigidas pelo Poder Judiciário, mas impõe-se uma atuação harmônica e articulada entre esses poderes para que as demandas

individuais e coletivas da sociedade por bens e serviços de saúde sejam satisfeitas com eficácia, economicidade, transparência e resolutividade.

5.1. Justicialidade dos Direitos Sociais

No direito, as decisões possuem um papel estratégico, ao ponto de se chegar a afirmar que o direito é a arte da decisão, da escolha entre diversas soluções que podem ser igualmente legítimas (DIDIER, 2014, p. 7-8).

As decisões estatais judiciais em saúde são aquelas tomadas pelas autoridades judiciárias por meio do devido processo legal. O processo judicial é requisito de validade da decisão estatal judiciária e deve seguir o rito legal estabelecido, de forma a garantir sempre o contraditório e a ampla defesa. No que se refere à democracia sanitária, a decisão judicial de saúde é fundamental por ser a última salvaguarda do cidadão contra uma lesão ou ameaça a um direito legalmente estabelecido.

Conforme sacramentado no art. 5º XXXV, da CRFB/88, “a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito”. Assim, se qualquer cidadão entender que o seu direito à saúde está sendo lesado ou ameaçado, a Constituição assegura o direito de recorrer ao Poder Judiciário para que a lesão ou ameaça seja resolvida.

No campo da saúde, tem sido cada vez mais recorrente a participação do Poder Judiciário na construção do direito à saúde brasileiro, por meio da judicialização da saúde.

Em razão do alcance da proteção constitucional dos direitos sociais o Estado, os poderes públicos e os legisladores estão vinculados a proteger e a garantir prestações existenciais, segundo Canotilho (2015) a doutrina e a jurisprudência adotaram uma posição mais conservadora:

- a) as prestações existenciais partem do mínimo para uma existência minimamente condigna;

- b) são consideradas mais como dimensões de direitos, liberdades e garantias (direito à vida, direito ao desenvolvimento da personalidade, direito ou princípio da dignidade da pessoa humana) do que como elementos constitutivos de direitos sociais; e
- c) a posição jurídico-prestacional assenta primariamente em deveres objetivos do Estado e não em direitos subjetivos prestacionais derivados diretamente da Constituição.

Corroborando ainda, o Supremo Tribunal Federal já reconheceu essa classificação, conforme disposto no AgRg no RE 393.175/RS, pela qual a 2ª Turma da Corte acabou por reconhecer o caráter originário do direito das pessoas carentes ao fornecimento gratuito de medicamentos considerados indispensáveis:

“O direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República (art. 196). Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular – e implementar – políticas sociais e econômicas idôneas que visem a garantir, aos cidadãos, o acesso universal e econômico idôneas que visem a garantir, aos cidadãos, o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica e médico-hospitalar. O direito à saúde – além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas – representa consequência constitucional indissociável do direito à vida.”

Acresce-se que, a distribuição gratuita de medicamentos permitiria:

“(...) conferir efetividade aos preceitos constitucionais, representando um gesto reverente e solidário de apreço à vida e à saúde das pessoas, especialmente daqueles que nada têm e nada possuem, a não ser a consciência de sua própria humanidade e sua essencial dignidade”. (STF - RE 232.335, AI 232.469, RE 236.200)

E os direitos prestacionais derivados (ou direitos derivados a prestações) são os que não se realizam, inteiramente, sem a prévia regulamentação, ou seja, sem a prévia existência de uma política de um serviço e/ou de uma rubrica orçamentária. Nessa categoria inclui-se a maior parte dos direitos sociais, inclusive o direito à saúde, por dependerem de prévias providências legislativas e administrativas para se tornarem exigíveis e serem adimplidos. Daí que, à falta dessas providências, tais direitos não geram posições de vantagem qualificadas como direitos subjetivos, o que impede serem exigidos judicialmente.

Vale destacar, que nestas situações não se trata de ativismo do Poder Judiciário, mas sim de guardião da carta constitucional, na medida em que lhe cabe

examinar, por meio das decisões judiciais no caso concreto, se as políticas públicas implementadas (ou não) pelo Poder Executivo atendem aos comandos constitucionais, em especial na área da saúde com relação ao acesso universal e igualitário, garantindo conseqüentemente, o direito à vida.

O direito à vida, principalmente no caso de fornecimento de medicamentos, deve ser entendido não somente como a vida em si, mas uma vida digna, porque muitos medicamentos são capazes de amenizar a enfermidade, ainda que a vida já esteja condenada, como no caso de câncer terminal.

5.2. Crescente Judicialização

O fenômeno da judicialização da saúde no Brasil reflete as demandas sociais por bens e serviços ligados ao conteúdo material do direito à saúde. O direito à saúde passa a ser concretizado também pelas determinações do Poder Judiciário, que passam, a partir de demandas judiciais, a obrigar o Poder Executivo a oferecer a indivíduos ou coletividades medicamentos, cirurgias, próteses, órteses, entre outros bens e serviços relacionados ao direito à saúde.

A positivação do direito à saúde nos Estados de Direito modernos constitui um fenômeno amplamente difundido, mas que possui variações nas fórmulas e estratégias jurídicas de efetivação utilizadas no momento da positivação do direito à saúde e de suas garantias. O que está atualmente claro é que a saúde é um direito reconhecido para ser levado a sério no Brasil, e que para isso é necessário refletir sobre o seu conteúdo e as suas formas de efetivação.

A Judicialização vem se consolidando como um dos maiores gastos de recursos destinados à saúde, alcançando cifras de crescimento que excedem, em muito, a capacidade do Estado para reunir esforços na busca de uma solução viável e definitiva para este problema.

Em relatório publicado no ano de 2021 pelo Conselho Nacional de Justiça - CNJ²³, elaborado em 2018 - mostra que o crescimento da judicialização na área da saúde, de 2008 a 2017 alcançou a marca de 130%. Esta margem está muito acima do crescimento de demandas judiciais em geral, que teve um aumento de apenas 50% para esse mesmo período. Além do avanço do número de demandas processuais, o relatório também nos mostra que o Ministério da Saúde estimava que os gastos com essas novas ações haviam subido cerca de 13 vezes, atingindo a marca de R\$ 1.600.000.000,00 (um bilhão e seiscentos milhões de reais) no ano de 2016. (CNJ, 2019, p. 13)

Os principais assuntos discutidos nos processos em primeira instância são: “Plano de Saúde”, “Seguro” e “Saúde”, seguidos de “Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos”.

O protagonismo do Poder Judiciário no que se refere ao direito à saúde se deve à atuação deficiente dos Poderes Legislativo e Executivo, além de ser um reflexo da crise do Estado Brasileiro o excesso de demandas judiciais indica ainda, que ou o serviço de saúde – público ou privado – não é prestado adequadamente, o que leva à busca pela conquista no âmbito judicial, ou que há um abuso do cidadão que, na ideia de que o Estado deve assegurar seu direito de qualquer forma, recorre ao Judiciário (SCHULZE, 2016).

As falhas nas políticas públicas e a insuficiência de recursos são as causas mais citadas em estudos que versam sobre o fenômeno da judicialização (WANG et al ., 2014; BERTOLDI et al ., 2012; SOARES, DEPRÁ, 2012), o que ratifica a ideia de que o Poder Judiciário atua na omissão ou na má regulamentação da Constituição Federal (ESTABEL, DIAS, 2015).

Não se ignora o fato de que a judicialização é uma forma de conscientização e exercício da cidadania. Contudo, os excessos e inconsistências do fenômeno, não só ameaçam a própria continuidade das políticas públicas, como também desorganizam a atividade administrativa e impedem a alocação racional dos recursos financeiros do Estado. No caso das políticas públicas relacionadas à

²³ Relatório do Conselho Nacional de Justiça - CNJ (2021), elaborado em 2018. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/06/Relatorio_Judicializacao-e-Sociedade_2021-06-08_V2.pdf. Acesso em 3 jul 2023

saúde, a judicialização se mostra ainda mais delicada, na medida que envolve princípios e direitos fundamentais como a dignidade da pessoa humana e a vida (BARROSO, 2009).

O constrangimento do Estado, pela via judicial, a fornecer e prestar atendimento médico, assistência farmacêutica ou outras prestações ligadas ao direito à saúde, traz consequências à gestão pública que não podem ser ignoradas. O impacto financeiro aos cofres públicos é um deles, uma vez que a ausência de tal despesa na programação orçamentária compromete o funcionamento do Estado como um todo e inviabiliza outras necessidades coletivas que acabam por ter seu numerário desviado (ALVES, 2018).

Ainda, há a obrigatoriedade no cumprimento da determinação judicial de forma célere faz com que os gastos com medicamentos adquiridos sejam maiores, quando comparados com aqueles pagos pelo Ministério da Saúde, pois, adquiridos no varejo (MADURO, PEREIRA, 2020).

Do ponto de vista jurídico, tem-se notado que o elemento “custo” não interfere na solução jurídica a ser dada ao caso, pois o que se considera é a garantia do acesso da população à saúde e os meios necessários para que isso se realize no plano fático. Nessa senda, em que pese a judicialização se apresentar como uma forma de efetivação e direitos, não se pode ignorar que ela acarreta custos inesperados aos entes públicos, traz inseguranças do ponto de vista orçamentário aos gestores, provoca uma desorganização administrativa e causa maior impacto sobre os municípios por serem menores e mais carentes (WANG et al., 2014; BARROSO, 2009).

Considerando que as políticas públicas possuem um ideal de justiça distributiva, ou seja, de redução de iniquidades, a atuação do Poder Judiciário também causa impacto nas questões equitativas, uma vez que as ações judiciais acabam, em sua maior parte, beneficiando poucos em detrimento de muitos. A perfectibilização do direito à saúde pela via judicial faz com que aqueles que buscam o Poder Judiciário contêm com um rol de ações e serviços maior do que

os cidadãos que se valem apenas daquilo que o sistema oferece (WANG et al., 2014; PEREIRA et al., 2010).

A Constituição Federal, ao reconhecer o direito à saúde como direito a prestações materiais, não só foi ao encontro da consolidação dos direitos fundamentais, mas também acabou conduzindo o Poder Judiciário à aplicação do referido direito como um poder absoluto, sem restrições, o que gera um desequilíbrio quando avaliado sob o ponto de vista das necessidades coletivas (SARLET, 2001; BRAUNER, FURLAN, 2013).

Além disso, a concessão indiscriminada de produtos relacionados à saúde pode contribuir para o aumento do número de casos de processos, desorganizando a atividade administrativa e impedindo a alocação racional dos já escassos recursos públicos (BRAUNER, FURLAN, 2013; BARROSO, 2009).

Assim, convém destacar que a escassez de recursos e a não previsão de gastos, assim como ausência do medicamento pretendido em listas públicas de medicamentos não são consideradas pelos juízes argumentos aptos a negar a tutela pretendida, cujo respaldo é o direito à saúde assegurado constitucionalmente (WANG, et. al., 2014).

5.3. Mediação em conflitos de saúde

Pela complexidade e abrangência a judicialização da saúde envolve diversas áreas do conhecimento jurídico, o tema é discutido sob diferentes enfoques, como (a) a possibilidade da justiciabilidade de direitos sociais; (b) de a judicialização promover o antagonismo do direito social contra os pobres; (c) o interesse da indústria farmacêutica na distribuição de medicamentos de alto custo; (d) as falhas na Sistema Único de Saúde (SUS); entre outros.

Nesse contexto de judicialização crescente de direitos sociais, algumas iniciativas têm sido buscadas e implementadas com a finalidade de diminuir o número de demandas envolvendo o tema, usando em especial alguma forma institucionalizada de mediação.

A mediação sanitária tem promovido ações com o fito de realizar encontros entre o Poder Judiciário, o ministério público, a defensoria pública, gestores e conselheiros municipais, entidades do terceiro setor e pessoas da comunidade a fim de discutir questões relacionadas à saúde individual ou pública:

Os chamados Métodos Alternativos para a Solução de Conflitos (MASCs) surgiram com a intenção de solucionar conflitos de maneira mais eficaz do que os mecanismos judiciais tradicionais que, por sua vez, já não respondiam satisfatoriamente ao papel de mecanismo de pacificação social. (LAMY; OLIVEIRA; BATISTA; AMARAL, 2018)

Segundo Assis (2023), a mediação sanitária é uma proposta institucional criada pelo Ministério Público de Minas Gerais “que visa discutir os desafios (problemas-causas) coletivos de saúde, no âmbito micro ou macrorregional, a partir do seu ativismo em uma agenda que possa envolver todos os atores do Sistema, jurídicos ou não”.

A idealização da mediação sanitária parte da percepção de duas situações político-institucionais: (a) o impacto negativo da judicialização da saúde no orçamento e no planejamento coletivo da saúde; e (b) a “necessidade da (re)organização das ações e serviços de saúde, no âmbito regional, de forma solidária e não solitária, com participação democrática, visando a elaboração desse mesmo planejamento de saúde numa perspectiva integrada e regional”. A mediação sanitária pode ocorrer tanto em assuntos de saúde pública como em assuntos de natureza suplementar em que estejam envolvidos interesses tutelados pelo Ministério Público.

A título de exemplo, no Distrito Federal, a Camedis²⁴, instituída por ação conjunta da Secretaria de Estado de Saúde e da Defensoria Pública do Distrito Federal, tem como missão “buscar a solução às demandas por serviços e produtos de saúde no intuito de evitar ações judiciais e propor soluções para aquelas em trâmite”.

Trata-se de um espaço de mediação em que a Defensoria Pública do Distrito Federal atua como mediadora nas questões envolvendo algum conflito entre cidadãos e a secretaria de saúde. Ainda segundo a Portaria Conjunta n. 01/2013, a

²⁴ Institui a Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde (CAMEDIS). Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/74163/Portaria_Conjunta_1_26_02_2013.html. Acesso em: 03 jul 2023

Camedis é “responsável por mediação relativa às demandas por serviços ou produtos de saúde oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Distrito Federal”.

A mediação sanitária se apresenta como uma possibilidade de discutir as relações na área da saúde, diante da natureza do tema envolvido – que transcende a ótica bilateral da relação entre médico e paciente, envolvendo vários outros indivíduos, instituições e interesses.

Entretanto, essa transformação que se espera da mediação como solução pacífica de conflitos e a consequente diminuição da judicialização da saúde não devem ser realizadas de forma generalizada, e muito menos desacompanhadas de criteriosa fiscalização por instituições de caráter imparcial e comprometidas com o acesso e a realização da justiça.

Se é certo que a judicialização da saúde traz consequências deletérias para o Estado e para a sociedade, também não se pode descurar que os direitos sociais precisam ser implementados e respeitados.

O Judiciário, ao decidir casos envolvendo direitos sociais, não pode usar a mesma lógica dos casos que envolvem direitos individuais. Os conflitos de direitos individuais envolvem a lógica retributiva, enquanto os de direitos sociais, a lógica distributiva. Ao conceder direitos sociais na lógica retributiva, o Judiciário provoca desvios de recursos da coletividade para uma parcela limitada da população (SILVA, 2008).

Não obstante a via escolhida para resolver a questão conflituosa, é sempre o direito da pessoa que deve ser privilegiado, haja vista os valores constitucionais envolvidos.

5.5. Direitos individuais versus direitos coletivos

O direito à saúde é um direito fundamental individual que assegura à pessoa sua dignidade e seu direito à vida, por outro lado, a saúde deve ser um direito garantido de forma igualitária e universal, prestado a todos integrantes da sociedade, sendo caracterizado aqui como um direito difuso, vez que pertence a uma generalidade imensurável, ultrapassando a esfera individual do homem.

Convém enfatizar que os direitos difusos surgiram em meados de 1970 e são caracterizados pela sua amplitude, podem abranger toda a humanidade ou ater-se ao conceito abstrato do homem. São indivisíveis, se referem a pessoas indeterminadas e possuem como objetivos o bem-estar social e, conseqüentemente, a dignidade humana. Os direitos difusos são caracterizados pela constante mutação, de acordo com as necessidades sociais da época vigente.

O direito à saúde encontra-se nesse âmbito, amparando todos os indivíduos, necessitados ou não, que demandam por sua integridade física intacta, de tal forma que ultrapassa a seara individual do ser.

O conceito de acesso à justiça, ou seja, de que a titularidade de direitos no plano material carece de sentido quando desacompanhada do instrumento processual adequado para fazer valer aqueles mesmos direitos em juízo, somente surgiu no momento em que a atuação do Estado passou a ser reclamada para assegurar os direitos sociais próprios do Welfare State, anteriormente citado.

O direito do cidadão de lutar pelo respeito a um direito seu perante o Poder Judiciário, é um elemento extremamente importante na configuração da democracia brasileira.

A ausência da perspectiva processual da justiciabilidade dos direitos fundamentais sociais contribui ou majora, em outro plano, para o que Marcelo Neves denominou de constitucionalização simbólica, de que os direitos sociais seriam exemplo mais marcante, por atuarem mais como álibis dos agentes políticos pretensamente comprometidos com os valores da justiça social do que propriamente como normas jurídicas (CAPPELLETTI, 1998).

Corroborando, o direito à saúde, sendo um direito fundamental, pode ser visualizado sob dois ângulos, para a garantia do respectivo âmbito de proteção.

Assim, genericamente considerado, pode ser dotado de um caráter objetivo, sendo concebido como uma ordem de valores instituída no texto constitucional. Por outro lado, também estão configurados sob a dimensão subjetiva, ou seja, nesta perspectiva, são enquadrados dentro do conceito de direito subjetivo.

Essa vertente tem sido abordada de maneira mais ampla porque a doutrina sobre os direitos fundamentais ancora-se exatamente na noção de direitos subjetivos, principalmente oponíveis em relação ao Estado. Está vinculada também a uma posição positivista, pois são observados sob a perspectiva de direitos de defesa do cidadão em relação ao Estado, bem como restritos à ótica subjetiva.

Conforme tratado no Capítulo I, a teoria do *status* de Jellinek, assentada a partir do fundamento da existência de quatro posições jurídicas de relação entre o indivíduo e o Estado, há uma tendência a considerar a noção da existência de um direito vinculado à sua possibilidade de ser exigido em juízo. Entretanto, ressaltamos a complexidade dos direitos fundamentais, tendo em vista o amplo leque de possibilidades aberto ao titular de um direito subjetivo fundamental, os quais se descortinam diante da conformação concreta da respectiva norma.

Ingo Sarlet (2005, p. 169), destaca a circunstância de que existem inúmeras variantes a respeito das possibilidades concernentes à noção de direito fundamental na condição de direito subjetivo, remarcando a acirrada controvérsia existente nessa seara. Adota, contudo, tendo em vista sua atualidade no campo doutrinário e formulação suficientemente elástica para a noção ampla de direito subjetivo, a proposição formulada por Robert Alexy:

“... que, partindo da distinção efetuada por Bentham entre *rights to services, liberties and powers*, edifica sua concepção de direitos fundamentais (o que chamou de sistema das posições jurídicas fundamentais, que, em princípio, pode integrar um direito fundamental subjetivo: a) direitos a qualquer coisa (que englobariam os direitos a ações negativas e positivas do Estado e/ou particulares e, portanto, os clássicos direitos de defesa e os direitos a prestações); b) liberdades (no sentido de negação de exigências e proibições) e c) os poderes (competências ou autorizações).”

Ressaltando a exposição anterior, em decorrência da eclosão do Estado social e ao aprimoramento da dogmática do Direito Constitucional, especialmente no período subsequente à Segunda Guerra Mundial, ocorreram alterações na percepção sobre os direitos fundamentais.

Isto porque, no constitucionalismo liberal, os direitos fundamentais eram qualificados apenas a partir da perspectiva subjetiva, relacionando-os com as

pretensões exigíveis do Estado pelo indivíduo, em virtude da existência de um direito previamente reconhecido em uma norma positiva.

Entretanto, sem descurar da importância dos direitos fundamentais subjetivos ou individuais, a doutrina tem conferido outros efeitos a estes, os quais estão consubstanciados no caráter ou na dimensão objetiva (SARMENTO, 2004).

A partir deste contexto, efetua-se uma nova configuração da antiga concepção de que ao Estado, para proteger os direitos fundamentais, bastaria abster-se de violá-los; todavia, sob este prisma, também deve efetuar ações positivas. Desta forma, para a consecução deste objetivo, verifica-se um aporte de valores morais na Constituição.

O Estado deve assegurar condições materiais mínimas para o exercício das liberdades constitucionais, sem as quais os direitos fundamentais previstos constitucionalmente não passam de declarações de intenções, contidas em meras “folhas de papel”. Logo, deve propiciar, de forma ampla, por meio de órgãos e procedimentos, a proteção e a real efetivação dos direitos fundamentais, atuando de forma a estruturar o ordenamento jurídico em função e em conformidade com estes.

Especificamente com relação ao direito fundamental social à saúde, deve ser conferida uma primazia. Isto, se e quando estiver em disputa ou colisão com outros direitos fundamentais, quer individuais, quer sociais; mas não olvidando o atendimento ao direito subjetivo sob eventual ameaça pelo risco da urgência, nem pretendendo funcionalizar o direito em questão.

A intenção do estudo é a de propugnar que o direito à saúde seja analisado sob a dimensão global, com a intenção de que o seu adimplemento enquanto “direito social” produza o efeito de ver atingido, pelo menos em parte e na medida do possível, o ideal concebido desde os tempos imemoriais, qual seja, de efetivar-se a justiça distributiva e justiça dinâmica (LOPES, 2006, p. 121-122).

Segundo Alexy, traduzido por Virgílio Afonso da Silva (2008, p. 165), um sopesamento é racional quando o enunciado de preferência, ao qual ele conduz, pode ser fundamentado de forma racional. Com isso, o problema da racionalidade do sopesamento leva-nos à questão da possibilidade de fundamentação racional de

enunciados que estabeleçam preferências condicionadas entre valores ou princípios colidentes.

A Justicialidade do direito à saúde representa um grande avanço democrático que vem sendo conquistado pela sociedade brasileira com importante contribuição do Poder Judiciário.

Além disso, os direitos sociais advêm de princípios constitucionais referentes à distribuição ou redistribuição econômica, social e política e compartilham o estatuto de direitos fundamentais relativamente à eficácia do seu valor jurídico.

José Reinaldo de Lima Lopes (1998, p. 126-127) assevera serem direitos relativos a metas gerais coletivas, destinados a distribuir os benefícios da vida social concernentes a objetivos maiores, tais como eficiência econômica, igualdade ou proporcionalidade na distribuição etc.

Em virtude de toda essa problemática é que se reveste de interesse o objeto deste estudo, pois o direito à saúde consiste basicamente em prestações a serem efetivadas pelo Estado, as quais têm implicações com os aspectos ora referidos.

É oportuno ressaltar que mesmo se considerando as normas constitucionais atinentes a direitos fundamentais sociais auto-aplicáveis, não se pode negar que os direitos a prestações necessitam de uma atuação integradora por parte do destinatário das normas de direitos fundamentais.

Geralmente estas consistem em prestações de natureza fática ou jurídica (normativa), pois normalmente são positivadas como normas definidoras de fins e tarefas para um ente público, ou impõem obrigações ao legislador, de maior ou menor intensidade quanto à concretização do direito em questão.

Os direitos sociais abrangem um conjunto complexo e heterogêneo de posições jurídicas, distintas quanto ao seu objeto, destinatário e estrutura normativa, gerando reflexos tanto com relação a seus efeitos quanto a sua eficácia. Demandam, portanto, uma conduta positiva por parte do destinatário da norma, normalmente o Estado, e geralmente consubstanciada numa prestação de natureza material ou fática, razão pela qual exigem uma postura ativa do Estado na esfera

econômica e social, pressupondo que a prestação constitutiva de seu objeto seja criada ou posta à disposição de seu titular.

Por isto, constituem uma categoria especial dos direitos fundamentais, porquanto, por meio do fornecimento dos recursos materiais necessários, objetivam a realização da igualdade e da liberdade real, a qual só pode ser alcançada se superadas, ou compensadas, as desigualdades sociais.

À disponibilidade dos recursos ou meios, verdadeiro limite fático à efetivação dos direitos sociais relativos a prestações, acrescenta-se o problema da capacidade jurídica do destinatário da norma, isto é, de seu poder de dispor do objeto reclamado, pois, sem isto, não poderá manejar recursos para tanto.

Estes condicionamentos configuram a chamada “reserva do possível”, a qual, em sentido amplo, abrange tanto a possibilidade quanto o poder jurídico de disposição pelo destinatário da norma.

Além de sua efetivação estar vinculada às circunstâncias socioeconômicas, os direitos sociais costumam ser classificados como normas de caráter programático, necessitando, geralmente, como ainda propugnado por uma parcela da doutrina, de uma integração legislativa, visto que normalmente são previstos constitucionalmente de modo genérico, deixando-se ao legislador um espaço de conformação para a sua atividade concretizadora.

E isto, dentro da realidade de marginalização brasileira, em que o acesso à justiça insere-se no panorama de exclusão dos serviços públicos básicos, acarreta, portanto, um ciclo de denegação dos direitos sociais que se retroalimenta.

Todavia, se faz necessário tratar dos limites desse direito, até onde o direito individual se sobrepõe ao direito coletivo. Tema controvertido em que deve ser analisado sempre o caso concreto.

Os serviços públicos caracterizadores dos direitos sociais não foram formulados para ser desfrutados isoladamente. Foram formulados para ser desfrutados por toda coletividade, não pela lógica da exclusão, mas pela lógica da inclusão.

Tais direitos foram, de fato, desenvolvidos para atender toda coletividade, respeitando-se os princípios que norteiam o atendimento aos serviços públicos, vale dizer, universalidade e impessoalidade.

A titularidade individual é meramente residual, inclusive pelos problemas inerentes ao favorecimento de um indivíduo isoladamente em detrimento dos demais, quando este obteve uma sentença judicial que os demais, por inúmeras razões, não puderam obter.

Analisando as aquisições decorrentes de ordem judicial no município de Santos, apesar de grande parte dos processos judiciais estarem em segredo de justiça, daqueles analisados, mesmo que de forma precária, pode ser constatado que as demandas foram ajuizadas por moradores de bairros nobres da cidade e por advogado particular.

Desta forma, se verifica a existência de um certo privilégio na obtenção de decisões reconhecedoras do direito social. No caso concreto está longe de ser a camada pobre da população – em vista da qual os direitos sociais foram instituídos – que, dentre os serviços públicos dos quais está marginalizada, inclui-se o jurisdicional.

Logo, o impacto de uma decisão de cunho individual – e, reforça-se, não se está negando esta possibilidade, mas chamando atenção para sua insuficiência – diante da prestação de serviços públicos de cunho social, num contexto em que os que mais necessitam destes serviços estão à margem do acesso à justiça, pode agravar um quadro que já é ruim.

Os direitos sociais são tradicionalmente conceituados como direitos do cidadão a prestações positivas do Estado, a um *facere* ou uma ação, sendo portanto, qualificados como direitos positivos, advindo daí a diferença entre esses e os direitos de liberdade, pretensões relacionadas aos deveres de abstenção do Estado, os denominados direitos negativos.

É de ser dividida a preocupação de José Reinaldo de Lima Lopes (2002):

“Não existindo escolas, hospitais e serviços capazes e em número suficiente para prestar o serviço o que fazer? Prestá-lo a quem tiver a sorte de obter uma decisão judicial e abandonar a imensa maioria à fila de espera? Seria isto viável de fato e de direito, se o serviço público deve

pautar-se pela sua universalidade, impessoalidade e pelo atendimento a quem dele mais precisar e cronologicamente anteceder os outros? Começam, pois, a surgir dificuldades enormes quando se trata de defender com instrumentos individuais um direito social.”

Segundo o ministro Luís Roberto Barroso, o impacto de decisões judiciais de cunho individual traz implicações porventura significativas para a destinação dos recursos orçamentários, que facilmente se vê descontextualizada das políticas públicas de saúde, conforme será estudado especificamente com relação ao orçamento do município de Santos.

Como afirma Luiz Guilherme Marinoni, quando se pensa em direito próprio ou alheio para discutir a natureza da legitimação processual dos direitos transindividuais, raciocina-se a partir de uma visão individualista, com a qual a noção de direito transindividual rompeu. Se o direito é da comunidade ou da coletividade, não é possível falar em direito próprio ou alheio.

Para poder adentrar propriamente no conceito de direitos fundamentais sociais é necessário lembrar, como aduzido, que, no princípio, quando começaram a surgir no cenário jurídico-institucional, aos direitos sociais foi atribuída uma eventual incompatibilidade com os tradicionais direitos civis liberais ou também liberdades públicas, terminologia utilizada na França.

Impende afirmar que, ao invés de se apresentar uma tendência de oposição entre essas duas classes de direitos, afigura-se a possibilidade da formulação de um modelo de compatibilidade. Por meio deste seria estabelecida a convivência dos direitos sociais ao lado dos direitos de liberdade, realizando a mesma função que estes desempenhavam no Estado de Direito Liberal, ou seja, a garantia da proeminência da igualdade, liberdade, propriedade e do princípio da reserva legal, estabelecendo-se uma relação complementar entre ambos.

Isto porque os direitos sociais instituem uma tensão dialética entre indivíduos e coletividades particulares, pois existe uma variada combinação de momentos individuais e coletivos – base na qual a titularidade ou exigibilidade dos direitos se

articulam entre os diferentes indivíduos²⁵ e coletividades de que sejam os respectivos titulares.

Essa situação é constatada na prática, no tocante à possível colisão entre o direito individual e o direito coletivo à saúde, quando eventualmente estiverem em confronto, devido a sua dimensão dual, ou seja, objetiva e subjetiva, conforme já ressaltado.

No entanto, aos direitos sociais atualmente também pode ser conferido o mesmo status dos outros direitos fundamentais, baseados em sua natureza de direitos constitucionais, e em virtude disto, a garantia jurisdicional dos direitos fundamentais deve e pode ser estendida aos direitos sociais. Sob outro prisma, os direitos sociais não se configuram em definições efetuadas a *priori*, senão pelo conteúdo dos interesses protegidos em cada caso.

Existe um paralelo entre os direitos sociais e as normas programáticas, disto decorrendo a absorção dos respectivos problemas quanto à eficácia e aplicabilidade, havendo, todavia, uma tendência à superação de alguns obstáculos a sua plena eficácia e efetividade.

Contudo, a melhor opção, em termos de aplicabilidade, é a adoção da tese preceptiva de eficácia plena ou auto-aplicabilidade às normas relativas aos direitos sociais, pois estes possuem as mesmas características conceituais dos direitos fundamentais, apesar de conterem uma estrutura e projeção diferente dos demais direitos de igual índole no ordenamento jurídico-constitucional, ocasionando um problema de interpretação constitucional (QUEIRÓZ, 2006).

Assim, afora a ameaça ao mínimo existencial, a exigibilidade individual de um direito social deverá ser considerada desarrazoada.

²⁵ Alguns teóricos propugnam o tratamento dos direitos sociais apenas como direitos públicos subjetivos, tal como defendido por Rodolfo Arango em sua obra sobre o conceito de direitos fundamentais sociais. ARANGO, Rodolfo. *El Concepto de Derechos Sociales*. Colombia: LEGIS– *Universidad Nacional de Colombia*, 2005.

6. POSSÍVEIS IMPACTOS CAUSADOS PELOS PROCEDIMENTOS LICITATÓRIOS NO MUNICÍPIO DE SANTOS DECORRENTE DE JUDICIALIZAÇÃO

Apesar de a Política Nacional de Medicamentos determinar e delimitar as responsabilidades de cada esfera do governo, o aumento exponencial nos processos de judicialização da saúde desconsidera essa organização e determinação legal.

Os municípios são frequentemente obrigados a fornecer medicamentos do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica, que são de responsabilidade da gestão estadual e é forçada a fornecer medicamentos que se enquadram no Componente Básico da Assistência Farmacêutica, que tem sua aquisição e fornecimento sob responsabilidade dos municípios.

Entretanto, os gestores e a administração pública como um todo, vêm buscando meios para se organizar, em conformidade com as diretrizes e princípios do SUS, em face da irregularidade de financiamento.

Neste cenário, a grande quantidade de decisões judiciais contrárias à administração recai sobre os gestores da assistência farmacêutica em todo território nacional e em todas as esferas de governo, determinando a aquisição de medicamentos, em especial os de alto valor financeiro, para atender as necessidades terapêuticas de alguns pacientes em específico.

Essa demanda tem levado à desestruturação do ciclo da assistência farmacêutica, que conta com um orçamento já comprometido com programas e políticas de saúde consideradas prioritárias nas três esferas de governo (PEREIRA, 2013, p.24).

Esta realidade, aliada à falta de informações claras sobre quais caminhos seguir para que se obtenham os medicamentos prescritos, leva uma parcela da população a pleitear judicialmente o acesso a medicamentos e tratamentos de saúde (MORETTI, 2014, p.9).

O impacto da judicialização da saúde representa riscos à continuidade das políticas de saúde pública, por desorganizar as atividades administrativas e dificultar a aplicação racional dos recursos públicos, os quais são escassos.

Em vários casos, se pode observar a concessão de privilégios para alguns pacientes que buscam os meios jurídicos em prejuízo da coletividade que depende das políticas públicas universais implementadas pelos gestores (BARROSO, 2008, p.32).

Pontos em comum foram observados em estudos acerca dos processos judiciais que visavam fornecimento de medicamentos em diversos estados e municípios brasileiros, dentre as similaridades, podemos destacar: a maior parte dos processos de solicitação de medicamentos é realizada de maneira individual e tem seu deferimento pelo poder judiciário baseado apenas na prescrição médica apresentada pelo paciente solicitante (PEPE et al., 2010, p.2); nas prescrições constam tanto medicamentos que constam na RENAME como medicamentos não padronizados na RENAME, com alguns casos, inclusive, de medicamentos sem registro sanitário junto a ANVISA, ou solicitado para tratar uma condição de saúde diferente da indicada no registro sanitário do medicamento (PEPE et al., 2010, p.2; FIGUEIREDO, 2010, p.92); há um aumento exponencial dos processos judiciais e do impacto financeiro com a aquisição destes medicamentos.

Apresenta-se como dificuldade imposta à gestão da assistência farmacêutica ao aumento exponencial da judicialização o fato de que os processos deferidos não se delimitam a entrega de medicamentos inclusos ou não na RENAME.

Existem características específicas destas demandas, que exigem uma atuação diferenciada dos gestores em saúde, tanto na esfera administrativa quanto na esfera jurídica, visando conter o aumento de novas demandas e zelar pelos princípios e as diretrizes do SUS (PEPE et al., 2010).

Este aumento impõe discussões e reflexões sobre o acesso dos pacientes aos medicamentos mediante a via judicial e envolve autoridades judiciárias, gestores públicos e a sociedade em geral, onde o principal debate se dá em buscar meios que possam, de fato, fazer cumprir o direito constitucional dos cidadãos sem que

sejam colocados em detrimento benefícios a população em geral (GANDINI; BARIONE; SOUZA, 2008, p.3).

Podemos citar também como problema causado à gestão da assistência farmacêutica o fato de que, quase em sua totalidade, os pedidos judiciais formulados terem concessão de tutela antecipada deferidos, implicando assim na obrigação da entrega em um curtíssimo espaço de tempo, situação que pode causar prejuízos ao atendimento e demandas rotineiras dos serviços de saúde (PEPE et al., 2010, p.2).

Outros pontos devem ser observados acerca dos impactos negativos relacionados à gestão de serviços de saúde.

Primeiramente, que o deferimento de todas as solicitações judiciais pode, a médio e longo prazo, acentuar a injustiça de acesso a medicamentos no SUS, indo na direção contrária dos princípios de equidade e integralidade, tendo em vista que beneficia os cidadãos que têm ampliadas as suas possibilidades de ingressar judicialmente para ter sua demanda atendida, e as decisões que beneficiem apenas um indivíduo não serem ampliadas a todos os cidadãos com a mesma condição patológica e que, em teoria, poderiam e deveriam ser beneficiados desta decisão (VIEIRA; ZUCCHI, 2007, p.22; MARQUES; DALLARI, 2007, p.7; CHIEFFI; BARATA, 2009, p.8).

O segundo ponto se refere às dificuldades impostas por essa situação à gestão da assistência farmacêutica em cumprir os curtos prazos impostos pelo judiciário, pois, devido a ser um gasto que não estava programado, faz com que a aquisição deste medicamento seja efetuada de uma maneira pouco efetiva e, muitas vezes, com um custo maior (PEPE et al., 2010, p.10).

Feitas essas considerações com relação ao impacto da judicialização da saúde de um modo geral, passaremos a analisar especificamente o Município de Santos.

6.1. Orçamento da Saúde nos Municípios

A Constituição Federal assegurou o direito à saúde, porém, não tratou de definir com clareza a maneira pela qual estaria esse direito sendo assegurado à população.

Com o fim de evitar subjetividades por parte dos administradores públicos que viessem a trazer consequências prejudiciais à sociedade, foi criada a Emenda Constitucional nº 29/2000, que define os percentuais mínimos de aplicação em ações e serviços públicos de saúde, para um processo de financiamento mais estável do Sistema Único de Saúde – SUS.

A garantia ao direito da saúde continuava sendo tratada de maneira superficial em termos de quanto aplicar e quais recursos se enquadram como despesas para tal área.

Sendo assim, foi promulgada a Lei Complementar nº 141/2012, suprimindo tais omissões, definindo os valores mínimos a serem aplicados anualmente em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), bem como estabelecendo normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas nas 3 (três) esferas de governo

A referida lei complementar estipula percentuais mínimos para aplicação em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) para cada ente federativo, sendo 15% para os municípios, 12% para os Estados, 12% para Distrito Federal referente a receita de competência tributária estadual e 15% da receita tributária municipal, 15% para União, conforme determina a Constituição Federal (1988) em seu art.198, §2º, I, com as exigências do art. 5º da Lei Complementar nº. 141/2012, onde dispõe que o valor a ser aplicado em ASPS corresponde ao valor mínimo referente aos investimentos do ano anterior mais o percentual correspondente à variação patrimonial do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da Lei Orçamentária Anual (LOA).

Reforça-se que, para ter um equilíbrio entre as entradas e saídas dos recursos públicos, é necessário realizar um planejamento, conforme tratado no Capítulo 3, sendo realizado através das leis orçamentárias previstas no art. 165 da Constituição Federal (1988) e são elas: Lei Orçamentária Anual – LOA, Lei das Diretrizes Orçamentárias – LDO e Plano Plurianual – PPA.

Contudo, o Judiciário brasileiro tende a desconsiderar o impacto orçamentário de uma decisão judicial que obriga o sistema de saúde a fornecer um determinado tratamento.

Para os juízes, em geral, questões relativas ao orçamento público, como a escassez de recursos e a não previsão de gasto, bem como o não pertencimento do medicamento pedido às listas de medicamentos do SUS, não são razões suficientes para se denegar o pedido de um tratamento médico, dado que este encontra respaldo no direito à saúde assegurado pela Constituição Federal.

A crescente judicialização, aponta de forma inequívoca dos fatos relevantes para os planejadores de políticas públicas e para a gestão do orçamento público: (1) existem cada vez mais ações contra o sistema público de saúde pedindo tratamentos médicos e (2) o impacto das decisões judiciais no orçamento público de saúde está longe de ser insignificante.

O impacto dessas decisões nos orçamentos da União e de alguns estados tem sido objeto de muitas pesquisas. Porém, salvo algumas exceções (VIEIRA e ZUCCHI, 2007; LEITE et al., 2009; MACHADO et al., 2011), pouco se conhece sobre como decisões judiciais obrigando o fornecimento de bens e serviços de saúde — principalmente medicamentos — afetam os municípios.

Os municípios possuem, em geral, orçamentos menores e infraestrutura menos desenvolvida que estados e União. Isso foi levado em consideração pela distribuição de competências dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) que, em regra, atribuiu aos municípios ações e serviços de saúde de baixa ou média complexidade — a chamada “estrutura federativa do SUS”.(DOURADO e ELIAS 2011).

Não obstante esse fato, é consolidado o entendimento no Judiciário brasileiro de que o paciente pode pleitear judicialmente bens e serviços de saúde a qualquer ente da federação — município, estado ou União —, independentemente da divisão de competências, das normas do SUS, ou do custo daquilo que se pede.

Este é também o entendimento do Supremo Tribunal Federal (STF), que o invoca sempre que um ente da federação alega não ser de sua responsabilidade,

mas de outro ente, o que está sendo requerido judicialmente. Como exemplo desse posicionamento, há muito tempo consolidado no STF, observa-se o trecho transcrito:

A competência comum dos entes da federação para cuidar da saúde consta do art. 23, II, da Constituição. União, Estados, Distrito Federal e Municípios são responsáveis solidários pela saúde junto ao indivíduo e à coletividade e, dessa forma, são legitimados passivos nas demandas cuja causa de pedir é a negativa, pelo SUS (seja pelo gestor municipal, estadual ou federal), de prestações na área de saúde. (Suspensão de Liminar no 228, julg. 14/10/2008, publ. 21/10/2008)

Essa posição, determinando que em matéria de saúde pública a responsabilidade dos entes da Federação deve ser efetivamente solidária (todos podem responder por qualquer demanda judicial em matéria de saúde), encontra-se de tal forma consolidada que tramita no STF a proposta de se criar uma súmula vinculante (Proposta de Súmula Vinculante nº 4) com o seguinte conteúdo:

(...) responsabilidade solidária dos Entes Federativos no que concerne ao fornecimento de medicamento e tratamento médico ao carente, comprovada a necessidade do fármaco ou da intervenção médica, restando afastada, por outro lado, a alegação de ilegitimidade passiva corriqueira por parte das Pessoas Jurídicas de Direito Público.

A edição de uma súmula vinculante com esse conteúdo significaria vincular oficialmente os demais órgãos do Poder Judiciário e da administração pública direta e indireta, em quaisquer das esferas da federação, a esse entendimento (conforme 103-A da Constituição Federal), o que seria especialmente oneroso aos municípios.

Estes se veem obrigados a fornecer tratamentos de altíssimo custo e complexidade que, de acordo com a divisão de competências do SUS, deveriam ser fornecidos pelos governos estaduais ou pelo Ministério da Saúde, os quais dispõem de recursos financeiros e previsão orçamentária para tanto.

Assim, estudar como a judicialização da saúde afeta os municípios é importante porque o Judiciário, ao desconsiderar a divisão organizacional federativa do SUS estabelecida na Lei no 8.080/1990 e em outras normas do SUS, pode prejudicar o planejamento da gestão da saúde pelos entes federativos, que em muitos casos acabam atuando de maneira sobreposta (SARMENTO e TELLES, 2012).

Além do mais, a judicialização tende a causar um grande impacto na política de saúde dos municípios que, em regra, possuem menor capacidade para lidar com os custos e a imprevisibilidade advinda dos gastos em saúde ordenados judicialmente.

6.2. Análise do Orçamento da Saúde no Município de Santos

O financiamento do Sistema Único de Saúde - SUS é feito pelas três esferas de governo federal, estadual e municipal, como determina a Constituição Federal de 1988. O estabelecimento das fontes de recursos para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde atende a um dos pilares da "Seguridade Social", fazendo valer o direito de acesso da população.

De acordo com Andrade (2017), a receita pública é todo e qualquer ingresso de recursos financeiros nos cofres públicos arrecadados por meio das leis, contratos, convênios, entre outros. As receitas podem ser classificadas em receitas correntes e de capital.

Em harmonia com o autor supracitado, as receitas correntes são consequência de transações realizadas pelo ente público que gera constituição ou aumento do patrimônio público, como as receitas tributárias e de contribuições. Em contrapartida, as receitas de capital são executadas quando acontece um fato permutativo, onde não há ganho ou aumento de patrimônio, como alienação de bens, operações de crédito, amortização de empréstimos, etc (ANDRADE, 2017).

O inciso III do art. 77 da Constituição Federal, alterado pela EC nº 29/2000, determina que os Municípios e o Distrito Federal, devem aplicar no mínimo 15% do produto de arrecadação dos seus impostos em ações e serviços públicos de saúde, conforme abaixo:

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

I - no caso da União:

a) no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento;

b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto - PIB;

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; e

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.

Acresce-se que o art. 71 da Lei Federal nº 4.320/1964, criou uma espécie de fundo especial para receber e distribuir recursos financeiros para a realização de atividades ou projetos municipais específicos.

As políticas públicas que recebem receita desses fundos são programas que visam o atendimento do interesse público, sendo o Poder Executivo responsável por associar receitas a esses programas e garantir a sua realização.

Em Santos, o fundo de saúde foi criado através da Lei Municipal nº 603, de 18 de julho de 1989, e atualmente é disciplinado pela Lei Municipal nº 3.101, de 7 de janeiro de 2015, que conferiu nova disciplina ao Fundo Municipal de Saúde.

O orçamento da saúde no Município de Santos é gerido pela Secretaria Municipal de Saúde e pelo Fundo Municipal de Saúde, sendo que os recursos destinados às Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASP) são de responsabilidade exclusiva do Fundo Municipal de Saúde, conforme disposto na Lei Orgânica do Município:

Art. 183. O Sistema Único de Saúde no plano municipal, será financiado, nos termos do artigo 195 da Constituição Federal, com recursos do orçamento do Município, do Estado, da União e da Seguridade Social, além de outras fontes.

§ 1º O conjunto dos recursos destinados às ações e serviços de saúde no Município constituem o Fundo Municipal de Saúde conforme lei municipal.

§ 2º O Município aplicará anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo 15% (quinze por cento) do produto da arrecadação dos impostos, a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os artigos 158 e 159, inciso I, alínea b e parágrafo 3º da Constituição Federal.

Ressalta-se que os recursos financeiros referentes a ASP são destinados à manutenção da oferta e continuidade da prestação das ações e serviços públicos de saúde e ao funcionamento dos órgãos e estabelecimentos responsáveis pela implementação dessas ações e serviços, conforme a Portaria de Consolidação nº 6,

de 28 de setembro de 2017. Esses recursos financeiros se configuram como recurso de despesa corrente (custeio).

No âmbito da Atenção Primária, esses recursos podem ser utilizados como incentivos financeiros de Capitação Ponderada, Pagamento por Desempenho, Incentivo de Ações Estratégicas e Informatiza APS.

Especificamente em Santos, o produto de arrecadação dos impostos dos art. 156 e recursos dispostos nos arts. 158 e 159, todos da Constituição Federal, nos anos de 2021 foram os seguintes:

Tabela 1: Base de Cálculo de Receitas e Impostos 2021

RECEITAS DE IMPOSTOS - BASE DE CÁLCULO - 2021	
IRRF - IMPOSTO DE RENDA RETIDO NA FONTE	R\$ 121.672.599,18
IPTU - MULTAS E JUROS DE MORA	R\$ 460.962.197,80
IPTU- RECEITA DA DÍVIDA ATIVA TRIBUTÁRIA	R\$ 2.976.900,44
IPTU - JUROS DE MORA DA DÍVIDA ATIVA TRIBUTÁRIA	R\$ 37.528.483,24
IPTU - DÍVIDA ATIVA - MULTAS E JUROS	R\$ 16.317.048,88
ITBI - IMP. S/ TRANSM. INTER VIVOS DE BENS IMÓVEIS	R\$ 98.286.642,58
ITBI - IMP. MULTAS E JUROS DE MORA	R\$ 759.826,19
ITBI - RECEITA DA DÍVIDA ATIVA TRIBUTÁRIA	R\$ 4.594,73
ITBI - JUROS DE MORA DA DÍVIDA ATIVA TRIBUTÁRIA	R\$ 503.784,24
ISSQN - IMP. S/ SERVIÇOS DE QUALQUER NATUREZA	R\$ 817.495.993,46
ISSQN - MULTAS E JUROS DE MORA	R\$ 944.402,64
ISSQN - RECEITA DA DÍVIDA ATIVA TRIBUTÁRIA	R\$ 12.933.278,91
ISSQN - JUROS DE MORA DA DÍVIDA ATIVA TRIBUTÁRIA	R\$ 10.786.757,71
FPM - COTA-PARTE FUNDO DE PART. DOS MUNICÍPIOS	R\$ 88.032.431,68
ITR - COTA-PARTE DO IMP. S/PROPR. TERRITORIAL RURAL	R\$ 23.278,42
ICMS - COTA-PARTE IMP. S/CIRC. MERC. E SERV.	R\$ 477.833.014,19
IPVA - COTA-PARTE IMP. S/PROPR. VEI. AUTOM.	R\$ 105.326.922,83
IPIE - COTA-PARTE IMP. S/PROD. INDUST. S/EXP.	R\$ 3.677.359,56

TOTAL DE RECEITA DOS ARTS. 158 E 159 DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL	R\$ 2.256.065.516,68
DESPESAS COM ASP MÍNIMO DE 15%	R\$ 338.409.827,50
DESPESAS COM ASP EMPENHADAS 23,44%	R\$ 529.099.643,88
IMPLEMENTAÇÃO A MAIOR PELO MUNICÍPIO	R\$ 190.689.816,38

* Fonte: Tabela extraída da Audiência Pública de Prestação de Contas, realizada na Câmara Municipal de Santos, conforme Processo nº 80/2022. Disponível em: <https://administrativo.camarasantos.sp.gov.br/corporativo/index.php#>. Acesso em: 28 fev 2023.

Analisando o demonstrativo de receitas de impostos e transferências obrigatórias, o município de Santos recebeu o valor total de R\$ 2.256.065.516,68 do produto de arrecadação de impostos. Esse valor foi constituído por destinações da esfera federal, estadual e municipal, sendo destinados pela União o valor de R\$ 213.405.668,84, pelo Estado o valor R\$ 583.159.937,02 e o restante, R\$ 1.459.499.910,82, referente a tributos do próprio município.

Nos termos do disposto no § 2º do art. 183 da Lei Orgânica do Município de Santos, 15% (quinze por cento) do produto da arrecadação dos impostos, a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os artigos 158 e 159, inciso I, alínea b e parágrafo 3º da Constituição Federal deveriam ser destinados ao Fundo Municipal de Santos, portanto, no ano de 2021, o valor obrigatório seria de R\$ 338.409.827,50.

Porém, o município ainda implementou o importe de R\$ 190.689.816,38, destinando aproximadamente 23% ao fundo, ou seja, 8% a mais que o obrigatório. Totalizando uma destinação de R\$ 529.099.643,88 no ano de 2021.

Ressaltamos, que no ano de 2021, o município arrecadou um total de R\$ 2.998.374.362,84 (110,95%) de um orçamento estimado para este ano de R\$ 2.702.427.000,00.

Dentre os maiores valores arrecadados, em relação ao total, R\$ 1.692.394.644,48 (56,44%) são provenientes de impostos, taxas e contribuições de melhoria e R\$ 1.103.436.610,69 (36,80%) são provenientes de transferências correntes.

Assim, diferentemente de outros municípios, Santos teve superávit no recolhimento de tributos, o qual possibilitou a destinação de um valor maior que o previsto à Secretaria Municipal de Saúde.

A mesma análise foi realizada com relação ao ano de 2022, apresentando a tabela abaixo em que demonstra o produto de arrecadação de impostos do referido ano:

Tabela 2: Base de Cálculo de Receitas e Impostos 2022

RECEITAS DE IMPOSTOS - BASE DE CÁLCULO - 2022	
IPTU - IMPOSTO PREDIAL TERRITORIAL URBANO	R\$ 519.874.663,83
IPTU - MULTAS E JUROS DE MORA	R\$ 3.806.740,61
IPTU- RECEITA DA DÍVIDA ATIVA TRIBUTÁRIA	R\$ 76.452.755,01
IPTU - JUROS DE MORA DA DÍVIDA ATIVA TRIBUTÁRIA	R\$ 17.759.112,83
ITBI - IMP. S/ TRANSM. INTER VIVOS DE BENS IMÓVEIS	R\$ 84.402.286,46
ITBI - IMP. MULTAS E JUROS DE MORA	R\$ 697.102,03
ITBI - RECEITA DA DÍVIDA ATIVA TRIBUTÁRIA	R\$ 1.179,00
ITBI - JUROS DE MORA DA DÍVIDA ATIVA TRIBUTÁRIA	R\$ 276.511,36
IRRF - IMPOSTO DE RENDA SOBRE RENDIMENTO	R\$ 153.518.370,55
ISSQN - IMP. S/ SERVIÇOS DE QUALQUER NATUREZA	R\$ 991.322.422,81
ISSQN - MULTAS E JUROS DE MORA	R\$ 1.149.654,73
ISSQN - RECEITA DA DÍVIDA ATIVA TRIBUTÁRIA	R\$ 25.307.264,27
ISSQN - JUROS DE MORA DA DÍVIDA ATIVA TRIBUTÁRIA	R\$ 17.950.795,52
FPM - COTA-PARTE FUNDO DE PART. DOS MUNICÍPIOS	R\$ 109.683.409,24
ITR - COTA-PARTE DO IMP. S/PROPR. TERRITORIAL RURAL	R\$ 74.071,94
DESONERAÇÃO EXPORTAÇÃO (LC Nº 87/96)	R\$ -
ICMS - COTA-PARTE IMP. S/CIRC. MERC. E SERV.	R\$ 584.474.938,27
IPVA - COTA-PARTE IMP. S/PROPR. VEI. AUTOM.	R\$ 121.966.866,87
IPIE - COTA-PARTE IMP. S/PROD. INDUST. S/EXP.	R\$ 3.433.731,27
TOTAL DE RECEITA DOS ARTS. 158 E 159 DA	R\$ 2.712.151.876,60

CONSTITUIÇÃO FEDERAL	
DESPESAS COM ASP MÍNIMO DE 15%	R\$ 406.822.781,49
DESPESAS COM ASP EMPENHADAS 21,21%	R\$ 575.315.170,13
IMPLEMENTAÇÃO A MAIOR PELO MUNICÍPIO	R\$ 168.492.388,64

* Fonte: Tabela extraída da Audiência Pública de Prestação de Contas, realizada na Câmara Municipal de Santos, conforme Processo nº 289/2023. Disponível em: <https://administrativo.camarasantos.sp.gov.br/corporativo/index.php#>. Acesso em: 28 fev 2023.

Analisando o demonstrativo de receitas de impostos e transferências obrigatórias do ano de 2022, o município de Santos recebeu o valor total de R\$2.712.151.876,60 do produto de arrecadação de impostos. Esse valor é constituído por destinações da esfera federal, estadual e municipal, sendo destinados pela União o valor de R\$ 266.709.583,00, pelo Estado o valor R\$ 1.739.000.488,46 e o restante, R\$ 706.441.805,14, referente a tributos do próprio município.

Nos termos do disposto no § 2º do art. 183 da Lei Orgânica do Município de Santos, 15% (quinze por cento) do produto da arrecadação dos impostos, a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os artigos 158 e 159, inciso I, alínea b e parágrafo 3º da Constituição Federal deveriam ser destinados ao Fundo Municipal de Santos, portanto, no ano de 2022, o valor obrigatório seria de R\$ 406.822.781,49.

Porém, o município ainda implementou o importe de R\$ 168.492.388,64, destinando aproximadamente 21,21% ao fundo, ou seja, 8% a mais que o obrigatório. Totalizando uma destinação de R\$ 575.315.170,13 no ano de 2022.

Ressaltamos, que no ano de 2022, o município arrecadou um total de R\$ 3.490.564.468,34 (111,53%) de um orçamento estimado para este ano de R\$ 3.129.750.000,00.

Dentre os maiores valores arrecadados, em relação ao total, R\$ 2.030.661.647,45 (58,18%) são provenientes de impostos, taxas e contribuições de melhoria e R\$ 1.266.384.860,84 (36,28%) são provenientes de transferências correntes, um total de R\$ 2.998.374.362,84 (110,95%) de um orçamento estimado para este ano de R\$ 2.702.427.000,00.

Assim, mais uma vez, diferentemente de outros municípios, Santos teve superávit no recolhimento de tributos, possibilitando a destinação de um valor maior que o previsto à Secretaria Municipal de Saúde.

6.3. Análise da judicialização no Município de Santos

É importante, consignar que a escolha do município de Santos deu-se por dois motivos: i) o volume de ações judiciais demandando bens e serviços de saúde, o que se deve principalmente ao fato de o município ter um sistema público de saúde bem estruturado, dotado de uma ampla rede de serviços; ii) a existência de uma boa organização de dados disponibilizados publicamente pelo município, por meio de acesso às licitações na área da saúde e de publicações no Diário Oficial do Município²⁶, site de contratações públicas utilizado pela administração²⁷ e Dados Abertos do Portal da Transparência do Município²⁸, o que raramente acontece em municípios de menor dimensão. Portanto, em razão da importância da viabilidade de se acessar os dados, foi feita a opção por se estudar esse caso.

Corroborando ainda na escolha do Município, consultamos o Painel de Saúde do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, em que pode ser ratificada a assertiva acima, com relação ao volume de ações judiciais.

É importante dizer que em novembro de 2021, o Tribunal de Justiça de São Paulo lançou o Painel Saúde – Estatística de Casos Novos, com informações sobre o número de processos novos envolvendo direito à saúde que chegam ao TJSP, nele é possível filtrar os dados por comarca e classe processual, além de visualizar a distribuição gráfica desses processos por Região Administrativa Judiciária (RAJ), assunto (tratamento médico-hospitalar, fornecimento de medicamentos etc.), competência (Cível, Fazenda Pública e juizados especiais) e ramo do Direito (saúde pública, saúde suplementar e outros).

Esse projeto foi uma iniciativa do Comitê Estadual de Saúde que tem como atribuições monitorar ações judiciais, bem como propor medidas voltadas à otimização de rotinas processuais, à prevenção de conflitos judiciais e à definição de estratégias nas questões de direito sanitário. Ele é coordenado pela desembargadora Vera Lúcia Angrisani e desenvolvido pela Diretoria de

²⁶ Diário Oficial do Município de Santos. Disponível em: <https://diariooficial.santos.sp.gov.br/>. Acesso em: 27 fev 2023;

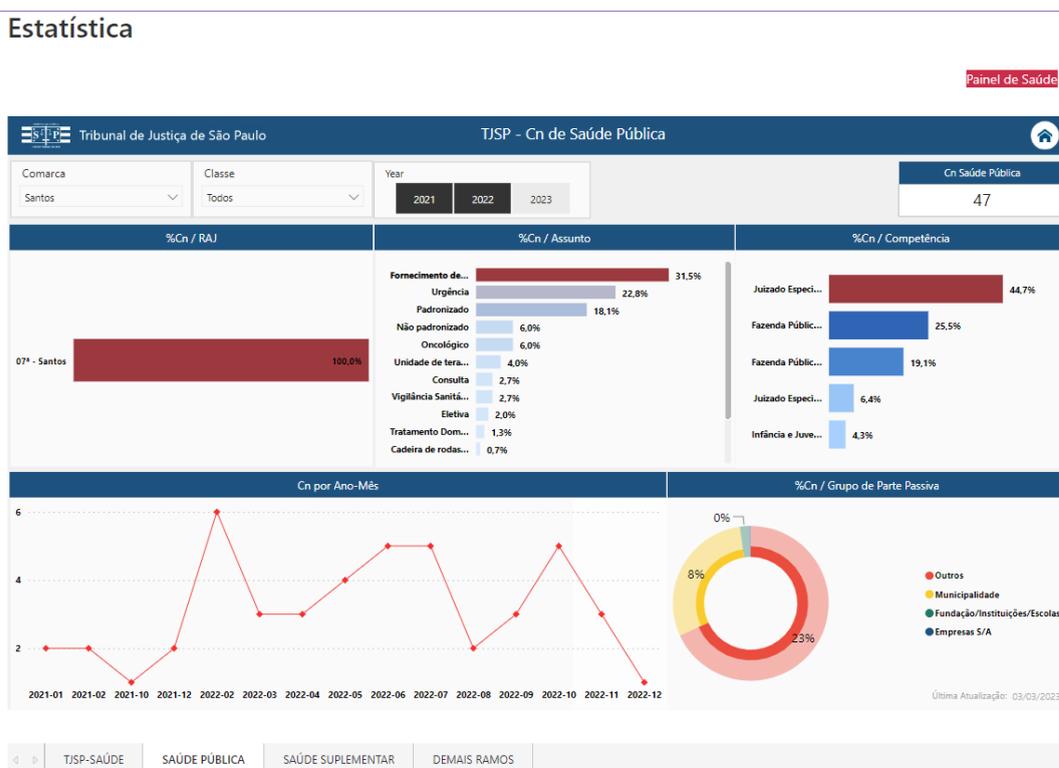
²⁷ Plataforma de Licitações do Banco do Brasil. Disponível em: <http://www.licitacoes-e.com.br/aop/index.jsp>. Acesso em: 27 fev 2023;

²⁸ Dados Abertos no Portal da Transparência do Município de Santos. Disponível em: <https://egov.santos.sp.gov.br/dadosabertos/receitas>. Acesso em: 8 mar 2023.

Planejamento Estratégico (Deplan), em parceria com a Secretaria de Tecnologia da Informação (STI).

De acordo com a pesquisa realizada no Painel Saúde - TJ/SP, nos anos de 2021 e 2022 foram distribuídas 47 (quarenta e sete) ações para fornecimento de medicamento, conforme abaixo:

Gráfico 1: Estatísticas da Saúde Pública no município de Santos - 2021/2022



* Fonte: Tela extraída do Painel de Saúde do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Disponível em: <https://www.tjsp.jus.br/Estatistica/Estatistica/Saude>. Acesso em: 24 jan 2023.

Já no município de São Vicente, foram distribuídos 20 (vinte) processos de saúde pública, para o fornecimento de medicamentos nos anos de 2021/2022, conforme abaixo:

Gráfico 2: Estatísticas da Saúde Pública no município de São Vicente - 2021/2022

Estatística

Painel de Saúde

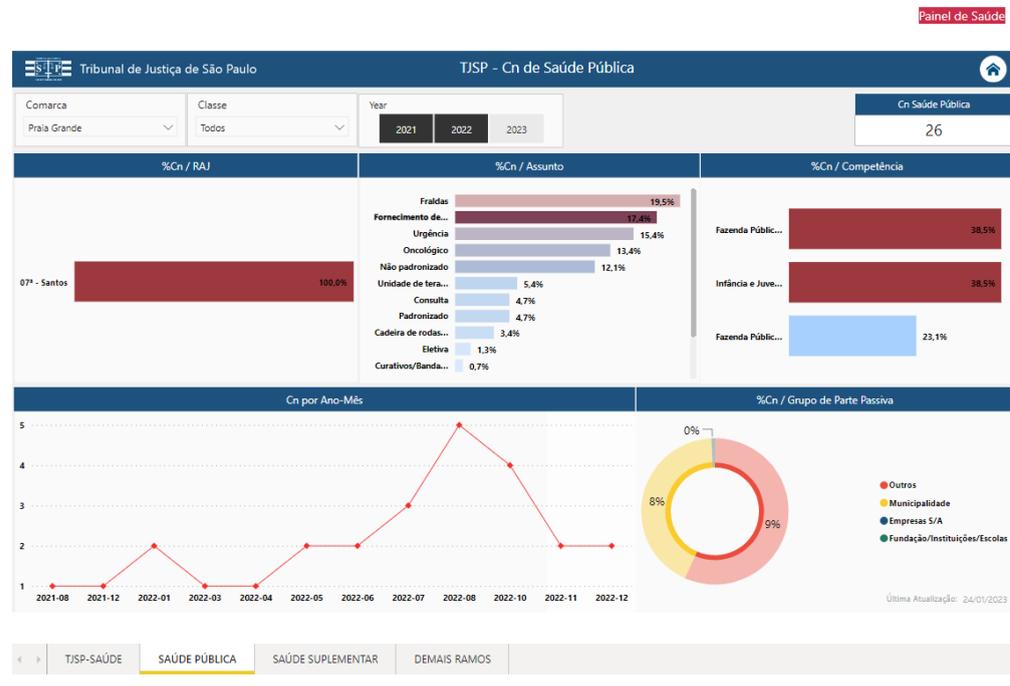


* Fonte: Tela extraída do Painel de Saúde do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Disponível em: <https://www.tjsp.jus.br/Estatistica/Estatistica/Saude>. Acesso em: 24 jan 2023.

Por fim, no município de Praia Grande, foram distribuídos 26 (vinte e seis) processos de saúde pública, sobre o fornecimento de medicamentos nos anos de 2021/2022, conforme abaixo:

Gráfico 3: Estatísticas da Saúde Pública no município de Praia Grande - 2021/2022

Estatística



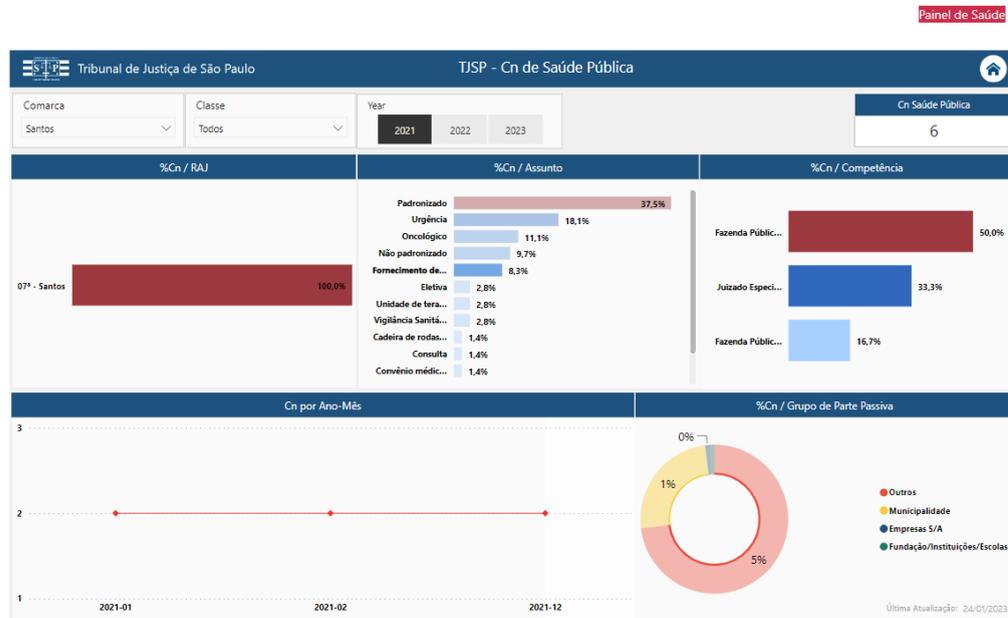
* Fonte: Tela extraída do Painel de Saúde do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Disponível em: <https://www.tjsp.jus.br/Estatistica/Estatistica/Saude>. Acesso em: 24 jan 2023.

A análise de ações distribuídas para fornecimento de medicamentos foi realizada nas maiores cidades da Baixada Santista, sendo que o município de Santos foi o mais demandado judicialmente para o fornecimento de medicamentos no período.

Ademais, ainda utilizando a mesma ferramenta de pesquisa, pode ser demonstrado o crescimento dos números de novos nos anos de 2021 e 2022, conforme telas abaixo:

Gráfico 4: Demandas judiciais para fornecimento de medicamentos em 2021

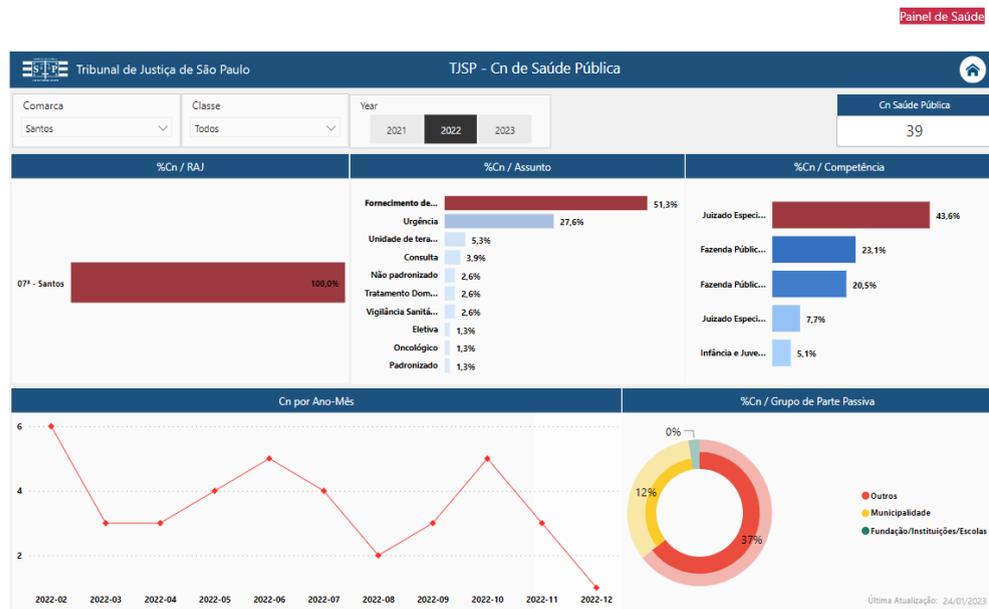
Estatística



* Fonte: Tela extraída do Painel de Saúde do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Disponível em: <https://www.tjsp.jus.br/Estatistica/Estatistica/Saude>. Acesso em: 24 jan 2023.

Gráfico 5: Demandas judiciais para fornecimento de medicamentos em 2022

Estatística



* Fonte: Tela extraída do Painel de Saúde do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Disponível em: <https://www.tjsp.jus.br/Estatistica/Estatistica/Saude>. Acesso em: 24 jan 2023.

Observa-se que no ano de 2021 do total de demandas sobre judicialização no Município de Santos, o percentual referente a fornecimento de medicamentos era de 8,3%, diferentemente no ano de 2022, esse percentual passou para 50%.

Havendo, portanto, um aumento considerável no número de novos processos sobre fornecimento de medicamentos em um curto espaço de tempo, com um aumento de 600% no número de novos processos recebidos, evidenciando um crescimento expressivo.

Ressaltamos que não há elementos seguros para aferir a razão do crescimento numérico das ações judiciais em face do município de Santos, mas o sucesso quase certo dessas demandas, em que, em regra, há a antecipação dos efeitos da tutela, sendo concedida em caráter irreversível, parecem concorrer fortemente para essa evolução.

Esse aumento gradativo de demandas judiciais, refletem no planejamento do município, em especial no orçamento público, conforme dados abaixo:

Tabela 3: Judicialização da Saúde no município de Santos - 2021

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE	
Despesa	Empenhado
Medicamentos fornecimento por decisão judicial	R\$ 710.134,57
Outros materiais de consumo decorrente de decisão judicial	R\$ 462.811,14
Serviços decorrente de decisão judicial	R\$ 21.653,06
Valor total	R\$ 1.194.598,77

*Fonte: Tabela elaborada pela autora, conforme informações extraídas do Portal da Transparência do Município de Santos, Dados Abertos. Disponível em: <https://egov.santos.sp.gov.br/dadosabertos/>. Acesso em: 06 jan 2023.

O dado mais surpreendente é que a maior parte do gasto judicializado do município de Santos é direcionada à aquisição de medicamentos e insumos cujo fornecimento são da competência de outro ente.

Destaca-se que, especificamente com relação à despesa com a judicialização da saúde para fornecimento de medicamentos, no ano de 2021, o gasto de R\$ 570.887,98 (quinhentos e setenta mil, oitocentos e oitenta e sete reais e noventa e oito centavos), foram decorrente de fornecimento de medicamentos não

incorporados na lista Rename, ou seja, do valor total de despesas para fornecimento de medicamentos, que foi no valor total R\$ 710.134,57, assim, 80,39% (oitenta vírgula trinta e nove por cento) foram custeados pelo Município e não pelo ente Federal.

Além disso, observou-se um grande número de pedidos relacionados com insumos médicos, bem como fórmulas alimentares. Quanto aos insumos, é importante esclarecer que, excetuando aqueles utilizados para controle da glicemia (tiras reagentes e lancetas) e para a aplicação de insulina (seringas), que têm o seu fornecimento garantido pela Lei nº 11.347/2006, os demais não são fornecidos como produtos, mas estão incluídos em procedimentos hospitalares, ambulatoriais ou na atenção domiciliar. Desse modo, salvo as exceções mencionadas, o SUS não fornece nenhum insumo isoladamente, tal como faz com os medicamentos.

Tabela 4: Judicialização da Saúde no município de Santos - 2022

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE	
Despesa	Empenhado
Medicamentos fornecimento por decisão judicial	R\$ 773.751,15
Outros materiais de consumo decorrente de decisão judicial	R\$ 702.040,69
Serviços decorrente de decisão judicial	R\$ 24.133,40
Total	R\$ 1.499.925,25

*Fonte: Tabela elaborada pela autora, conforme informações extraídas do Portal da Transparência do Município de Santos, Dados Abertos. Disponível em: <https://egov.santos.sp.gov.br/dadosabertos/>. Acesso em: 08 fev 2023.

Já no ano de 2022, o gasto de R\$ 539.348,14 (quinhentos e trinta e nove mil, trezentos e quarenta e oito reais e quatorze centavos), foram decorrente de fornecimento de medicamentos não incorporados na lista Rename, ou seja, do valor total de despesas para fornecimento de medicamentos, que foi no valor total R\$ 773.751,15, assim, 69,7% (sessenta e nove vírgula sete por cento) foram custeados pelo Município e não pelo ente Federal.

Com relação aos insumos, se verifica uma alta de 65,92% (sessenta e cinco vírgula noventa e dois por cento) entre o gasto de 2021 (R\$ 462.811,14) e 2022 (R\$ 702.040,69).

Da mesma forma, em regra, o SUS não fornece fórmulas alimentares. No entanto, no estado de São Paulo, onde está localizado o município objeto de nosso estudo, há um protocolo da Secretaria Estadual de Saúde para fornecimento de fórmulas infantis especiais para pacientes com alergia à proteína do leite de vaca (Resolução SS-336/2007). Assim, nesse estado, esse tipo específico de fórmula, que é o mais comumente solicitado, é ofertado pelo SUS. Os demais tipos de fórmulas alimentares não o são.

De acordo com a metodologia acima explicitada, nos últimos dois anos chegou-se ao valor de R\$ 2.694.524,01 para cumprimento de demandas judiciais.

Porém, conforme tratado anterior, para dispor do orçamento a administração pública realiza um planejamento, e no caso específico de aquisição para fornecimento de medicamentos e insumos se faz necessário um procedimento licitatório.

6.4. Análise dos procedimentos licitatórios

Consigna-se que a análise foi realizada com o levantamento de dados de procedimentos licitatórios através do Portal de Licitações do Banco do Brasil, plataforma em que o município de Santos realiza seus procedimentos licitatórios, considerando os seguintes parâmetros:

- a) período: anos de 2021 e 2022;
- b) fornecimento de medicamentos;
- c) fornecimento de fórmulas;
- d) fornecimento de nutrição,
- e) fornecimento de solução;

Dos 279 (duzentos e setenta e nove) procedimentos licitatórios na modalidade Pregão Eletrônico, todos foram realizados através do procedimento especial de Ata de Registro.

É importante mencionar que nos procedimentos licitatórios decorrentes da Ata de Registro de Preços, a Administração não tem obrigação de adquirir o objeto do procedimento, mas caracteriza planejamento, pois, a Administração terá a sua disposição os medicamentos quando houver necessidade. Essas são as chamadas “licitações preventivas”, que visam diminuir os custos porque se abre uma concorrência por meio da qual diferentes indústrias competem para oferecer o menor preço.

Ressalte-se que esses procedimentos levam em média um período de 6 (seis) meses para conclusão e efetiva execução para a entrega do medicamento.

Com relação às atas analisadas, elas tinham um prazo de vigência de 12 meses, não prorrogável, porém, o contrato decorrente dela poderá ser prorrogado no limite total de 60 (sessenta) meses. Convém ressaltar que os procedimentos analisados foram sob a vigência da Lei nº 8.666/1993, antiga lei de licitações.

Porém, se trata de aquisição e não serviço contínuo, portanto, os contratos decorrentes dessas atas via de regra não cabe prorrogação, devendo a Administração realizar novo procedimento licitatório.

Conforme dito anteriormente a nova lei de licitações, Lei Federal nº 14.133/2021, teve sua obrigatoriedade a partir de 1º de abril de 2023, que foi alterada pela Medida Provisória nº 1.166, de 2023, na nova lei, há possibilidade de prorrogação da Ata de Registro de Preços, o que facilita o planejamento na gestão de medicamentos.

Dentre o total de 279 (duzentos e setenta e nove) procedimentos analisados, identificou-se que 160 (cento e sessenta) procedimentos licitatórios foram realizados em decorrência de ordem judicial. Sendo o restante, 119 procedimentos, decorrente de aquisição comum da assistência farmacêutica do Município.

Portanto, no período de janeiro de 2021 até dezembro de 2022, 57% (cinquenta e sete por cento) dos procedimentos licitatórios foram decorrentes de ordem judicial, ou seja, menos que a metade dos procedimentos licitatórios realizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Santos são planejados, pois, a maior parte das aquisições é para cumprimento de demandas.

6.5. Análise das contratações diretas

O art. 37, inciso XXI, da CF/88, dispõe que a licitação deve ser a regra diante de contratos de aquisições ou de alienações que a Administração Pública possa vir a firmar.

No entanto, a mesma regra constitucional ressalva a possibilidade de dispensa de procedimento licitatório em casos específicos. Então nestes casos, estaremos diante de contratações diretas, ou seja, sem a prévia disputa em um certame licitatório.

Com relação aos curtos prazos para cumprimento de ordens judiciais, tal fato anteriormente citado impõe por vezes a aquisição de medicamentos de forma desorganizada, por serem específicos para cada paciente e, muitas vezes, solicitados pelo Poder Judiciário através do nome comercial, e não pela sua denominação genérica, como preconiza a Lei nº 9.787/1999, que determina que as aquisições de medicamentos, sob qualquer modalidade de compra, e as prescrições médicas e odontológicas de medicamentos, no âmbito SUS, deverão adotar, obrigatoriamente a Denominação Comum Brasileira (DCB) (PANDOLFO; DELDUQUE, 2012, p.5; BRASIL, 1999, p.1).

A Lei nº 14.133/2021, seguindo a lógica das demais legislações sobre o tema (art. 30, § 3º, da Lei nº 13.306/2016 e da, ainda vigente, Lei nº 8.666/1993, art. 26, parágrafo único), manteve a mesma estrutura e o mesmo racional, apesar de ter ampliado seu espectro em relação às demais legislações citadas. Estabeleceu os casos de contratação direta quando ausentes alguns pressupostos para se realizar um procedimento licitatório, como pressuposto econômico, podendo-se dispensar o certame, nos casos dos incisos I e II do art. 75 e o pressuposto lógico, como no caso de fornecedor exclusivo, no caso do inciso I do art. 74.

Para aquisição de bens e serviços, o inciso II do art. 75 permite a dispensa de procedimento licitatório e a realização de contratação direta no valor de até R\$ 57.208,33 (cinquenta e sete mil, duzentos e oito reais e trinta e três centavos), conforme Decreto nº 11.317, de 29 de dezembro de 2022.

Ademais, especificamente no caso de cumprimento de ordem judicial, o inciso VIII do art. 75 da nova lei de licitações, trouxe a possibilidade de contratação direta diante de uma situação emergencial, neste caso, não há limitação de valor, e ainda, podemos incluir as liminares judiciais, haja vista, que não pode o Poder Público aguardar a conclusão de uma licitação.

Destacamos que o Tribunal de Contas da União²⁹, recomenda que o administrador demonstre a urgência de atendimento da situação e limite o objeto da contratação aos bens necessários para afastar o risco de prejuízo ou de comprometimento da segurança das pessoas e bens.

Assim, aplicando-se esse permissivo legal, o município de Santos, para atendimento de demandas da saúde, incluindo demandas decorrentes de ordem judicial, utiliza-se também, da contratação direta para aquisição de medicamentos e insumos.

Da mesma forma dos procedimentos licitatórios, foi realizado o levantamento de dados de contratações diretas através do Portal de Licitações do Banco do Brasil, plataforma em que o Município de Santos realiza seus procedimentos licitatórios considerando os seguintes parâmetros:

- a) período: anos de 2021 e 2022;
- b) fornecimento de medicamentos;
- c) fornecimento de fórmulas;
- d) fornecimento de nutrição,
- e) fornecimento de solução;

Corroborando, ainda, pesquisando as contratações diretas no site de compras eletrônicas do Banco do Brasil, constatamos que em 2021, foram realizados 39 procedimentos. Já no ano de 2022, constatamos que foram realizados 59 procedimentos.

No ano de 2021, dos 39 procedimentos de contratação direta realizados, 23 foram declarados desertos e somente 16 foram homologados.

²⁹ BRASIL. Tribunal de Contas da União (Plenário). Acórdão nº 3.065/2012, Rel. Min. Raimundo Carreiro, DOU de 22.11.2012.

Já no ano de 2022, dos 59 procedimentos de contratação direta realizados, 39 foram declarados desertos, 1 fracassado e somente 19 foram homologados, conforme gráficos abaixo:

Gráficos 6 e 7: Dispensas de licitação 2021-2022



Fonte: Elaboração própria. Calculado a partir dos dados disponíveis no Portal da Transparência no site oficial da Prefeitura Municipal de Santos.

Esclarecemos que, nos termos da legislação que rege a matéria um procedimento é declarado deserto, quando nenhuma empresa se inscreve para participar dos processos licitatórios lançados pelo poder público através de editais. Já o procedimento fracassado é aquele em que houve licitante, porém, este foi desclassificado em razão de irregularidade documental.

Em síntese, dos 98 procedimentos publicados, 62 (sessenta e dois) foram declarados desertos e 1 (um) declarado fracassado e somente 35 declarados homologados, ou seja, somente 36% das contratações diretas realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde foram concluídas efetivamente.

Embora não haja um estudo que comprove a ineficiência da contratação direta para aquisição de medicamentos, podemos deduzir, que as empresas de medicamentos não têm interesse em contratar com a Administração Pública, destacando-se duas hipóteses: 1. em razão do valor baixo da contratação ou 2. em razão da dificuldade da entrega de pouco produtos.

6.6. Impacto da judicialização no orçamento do município de Santos

Conforme já tratado, predomina na doutrina e na jurisprudência a solidariedade da obrigação do Poder Público em prestar assistência à saúde, cujo fundamento decorre da previsão de competência comum assegurada pelo art. 23, inc. II, da Constituição Federal.

Além do mais, o Judiciário vem dispensando tratamento igualitário, entre os entes federativos como se fossem iguais, quando é sabido que cada ente possui sua capacidade administrativa, orçamentária e financeira distintas para custeio do serviço público de saúde.

Importante ressaltar, que o fato de um tratamento pertencer à política não significa que ele deveria ser fornecido ao paciente, uma vez que para ter acesso ao tratamento é preciso também observar os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas, nos termos do que dispõe a Lei nº 8.080/90 em seu capítulo sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde (incluído pela Lei 12.401/2011 e o Decreto nº 7.508/2011).

O Judiciário, ao adotar a tese da responsabilidade solidária dos entes da federação para compor o polo passivo de ações demandando bens e serviços de saúde e de que o acesso a bens de saúde não se restringe àquilo que foi previamente definido em listas públicas, parece estar, indiretamente, redesenhando a política de assistência farmacêutica do SUS no que tange à distribuição de competências entre os entes federados.

A competência comum quanto à obrigação do Poder Público em garantir a assistência de saúde merece ser interpretada sem a exclusão da divisão de atribuições dos entes federados, não se revelando razoável, tampouco proporcional, que decisões judiciais imponham aos municípios o cumprimento de obrigações que a lei reservou como sendo de competência dos estados ou da União.

Ressalte-se ainda, que os efeitos para o sistema são danosos, por pelo menos três motivos: i) porque acarretam um acesso desigual ao SUS, pois aqueles que litigam têm acesso a um rol mais amplo de ações e serviços de saúde, enquanto o restante da população conta apenas com aquilo que está definido nas políticas; ii) porque geram um desequilíbrio na distribuição de competências dentro do sistema,

sobrecarregando o ente mais frágil do conjunto, o município; e iii) por fim, porque geram um elevado grau de incerteza ao gestor público, não apenas sobre quanto recurso público precisará disponibilizar para a compra de medicamentos demandados judicialmente, mas também sobre o impacto nas contas públicas e os cortes necessários em outras despesas e políticas.

O Judiciário obriga a Secretaria a arraigar o acesso desigual ao SUS, uma vez que existem produtos já licitados, mas acessíveis àqueles que recorreram à via judicial.

A Constituição de 1988 caracterizou-se por preceituar uma ampla descentralização de competências legislativas, fiscais e administrativas (SILVA, 2011), transferindo aos estados e municípios a responsabilidade pela implementação de uma série de políticas públicas.

Nesse cenário, a política de saúde foi a que mais rapidamente se desenvolveu, em termos de institucionalização e concretização da descentralização proposta em 1988, por uma série de fatores, salientando-se, dentre outros: força e capilaridade do movimento sanitário, importância desse grupo nos debates da Assembleia Constituinte, capacidade de indução do Ministério da Saúde (ARRECH, 2000).

Tal desenvolvimento não significou apenas a transferência de responsabilidade e recursos para estados e municípios, mas, mormente, a constituição de um sólido “sistema” de gestão da política de saúde que leva em consideração a estrutura federativa brasileira e o impacto dessa para a gestão das políticas públicas (DOURADO e ELIAS, 2011).

A organização federativa da política de saúde tem paralelo com a noção de divisão de competências entre níveis de governo na federação, princípio esse estendido para a gestão do SUS: União, estados e municípios devem não apenas “cooperar”, mas, mais do que isso, dividir competências, conforme as capacidades financeiras e técnicas de cada esfera de governo.

De fato, a cooperação é um dos princípios estruturantes das federações, mas não o único. Dizer que a gestão é compartilhada e que deve haver cooperação não significa que todos os entes devem igualmente ser responsabilizados pela

disponibilização de tratamentos e serviços dos mais variados níveis de complexidade.

O que vale salientar, quando se analisam as políticas públicas e a divisão de competências em sistemas federativos, é o fato de que cooperação não significa corresponsabilização.

O SUS, sendo um “sistema”, funciona — ou deveria funcionar — como tal, com cada órgão desempenhando um papel para o seu adequado funcionamento e manutenção.

Por isso, não há razão para supor que todos os entes federados são igualmente responsáveis pela assistência farmacêutica, assim como não são igualmente responsáveis por transplantes de órgãos, por exemplo.

A estrutura federativa é um aspecto importante quando se analisa as políticas públicas e, de fato, ser ou não uma federação importa na compreensão da divisão de competências entre níveis de governo.

O federalismo é composto por autonomia, cooperação, compartilhamento e até competição. Não dá para imaginar que haverá — ou que deve haver — corresponsabilização na gestão de todas as políticas públicas, em todos os seus aspectos.

A divisão de competências é profícua e eficaz para o processo de implementação das políticas governamentais e, se por um lado dificulta o entendimento da população acerca de a quem compete a responsabilidade sobre os diferentes componentes das políticas, por outro possibilita que essa responsabilidade seja dividida com base nas capacidades de cada esfera de governo, que são distintas não apenas em termos financeiros, mas também em termos de planejamento e de recursos humanos para a implementação dessas políticas.

No caso da Política de Assistência Farmacêutica no SUS, a mais afetada pelo fenômeno da judicialização da saúde, a importância da organização federativa fica bastante clara.

Em linhas gerais, municípios são responsáveis pela assistência farmacêutica básica, os estados e a União pelos medicamentos especializados e esta última pelo fornecimento dos medicamentos estratégicos (CONASS, 2007).

Isso não significa que, quando capazes de assumir a gestão de níveis mais complexos de atenção, os municípios não possam fazê-lo (Decreto no 7.508/2011); é o que acontece com grande parte dos municípios de maior porte, capitais ou mesmo pólos regionais. Estados e municípios podem assumir serviços e disponibilizar tratamentos e insumos mais complexos e/ ou caros, desde que possam assumir essa responsabilidade.

Houve, portanto, uma preocupação em se organizar o SUS de forma, em regra, a atribuir às políticas de saúde que demandem mais recursos e melhor infraestrutura para os entes com maior capacidade de provê-las, quais sejam, os estados e o governo federal.

Por essa razão é que se pode afirmar que as decisões judiciais que tratam todos os entes federados, União, estados e municípios, como igualmente responsáveis pela assistência farmacêutica são deletérias para o sistema de saúde porque desarranjam sua organização federativa de forma a onerar excessivamente os municípios, que podem ver seus recursos comprometidos com poucas ações judiciais — ou até mesmo uma única, conforme citado por Oliveira e Noronha (2011).

A presente pesquisa demonstrou que, de fato, uma parcela significativa dos recursos da política de assistência farmacêutica e de distribuição de outros materiais em saúde está sendo determinada e realocada judicialmente.

Ao se considerar que o gasto total estimado no município de Santos, para cumprimento de ordens judiciais obrigando fornecimento de medicamentos e insumos de saúde — incluindo compras com e sem procedimento licitatório licitação — foi de mais de R\$ 2,5 milhões nos períodos de 2021 e 2022, tem-se que o gasto com judicialização da saúde representa aproximadamente 36% do total destinado à Ação e Serviços Públicos de Saúde, que repise-se é no percentual de 15% sobre o produto de arrecadação de tributos, nos termos do art. 183 da Lei Orgânica do Município de Santos, conforme demonstrativo abaixo:

Tabela 5: Análise do comprometimento da Judicialização da Saúde no Orçamento da Saúde

ANO	2021	2022	TOTAL
PRODUTO DE ARRECADAÇÃO DE IMPOSTOS	R\$ 2.256.065.516,60	R\$ 2.712.151.876,60	R\$ 4.968.217.393,20
GASTO COM A JUDICIALIZAÇÃO	R\$ 1.194.598,77	R\$ 1.479.070,24	R\$ 2.673.669,01
DESPESA OBRIGATÓRIA COM ASP 15%	R\$ 338.409.827,49	R\$ 406.822.781,49	R\$ 745.232.608,98
% COMPROMETIMENTO DO PRODUTO DE ARRECADAÇÃO	0,5%	0,5%	0,5%
% COMPROMETIMENTO ASP	0,35%	0,36%	0,36%

Fonte: Elaboração própria. Calculado a partir dos dados disponíveis no Portal da Transparência no site oficial da Prefeitura Municipal de Santos.

O quadro acima, demonstra que parte do valor das despesas obrigatórias da saúde, estão sendo distribuídas conforme determinações do Poder Judiciário.

Conforme dito anteriormente, o município de Santos vem nos últimos dois anos com um superávit na arrecadação, infelizmente essa situação não se reflete na maioria dos municípios brasileiros, que possuem menor capacidade financeira para lidar com a imprevisibilidade advinda dos gastos em saúde ordenados judicialmente, uma vez que os recursos totais disponíveis para remanejamento ao cumprimento dessas decisões também tendem a ser de menor monta.

A partir desta premissa, pode-se dizer que a judicialização da saúde tem o potencial de gerar custos inesperados às diferentes esferas de governo da federação. Esses custos são também regressivos, ou seja, pesam mais sobre os entes federados a rigor mais pobres: os municípios e, dentre eles, aqueles menores e mais carentes.

Assim, os resultados da pesquisa mostram que dos recursos gastos pelo município para cumprir decisões judiciais servem ao fornecimento de medicamentos e insumos que fazem parte das listas da União e dos estados, são gastos em medicamentos e insumos adquiridos por meio de licitação (com Ata de Registro de Preço) para atender ações judiciais, o que indica que o município Santos já prevê que terá de fornecer produtos que são da competência de outro ente. Ou seja, mais

da metade dos gastos municipais com demandas judiciais refere-se a itens que são de responsabilidade dos demais entes federados, dentro da lógica federativa do SUS.

6.7. A Judicialização da Saúde e a aplicação do Tema 793 do Supremo Tribunal Federal

No que tange à solidariedade passiva dos entes federados pelo dever de prestar assistência à saúde, tivemos inicialmente no STJ, o TEMA 799 STJ, posteriormente cancelado em virtude do reconhecimento da natureza constitucional da matéria, e finalmente, no STF, a repercussão geral no TEMA 793 STF, conforme segue:

TEMA 799 STJ: Discussão: solidariedade passiva de União, Estados e Municípios, para figurar no polo passivo de demanda concernente ao fornecimento de medicamentos. (REsp 1.144.382-AL) – Observação: Afetação cancelada em razão da natureza constitucional da matéria.

TEMA 793 STF: Responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever de prestar assistência à saúde. Relator: MIN. LUIZ FUX - Leading Case: (RE 855.178-SE) - Recurso extraordinário em que se discute, à luz dos arts. 2º e 198 da Constituição Federal, a existência, ou não, de responsabilidade solidária entre os entes federados pela promoção dos atos necessários à concretização do direito à saúde, tais como o fornecimento de medicamentos e o custeio de tratamento médico adequado aos necessitados.

TESE FIRMADA: Os entes da federação, em decorrência da competência comum, são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais na área da saúde, e diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, compete à autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro.

Como se observa, a tese firmada reconhece a solidariedades dos entes federados nas demandas prestacionais na área da saúde; por conseguinte, em linhas gerais, estabelece que a execução das ações e serviços de saúde é responsabilidade dos municípios e estados, todavia o financiamento da medicação envolve os três entes de acordo com o nível de complexidade do tratamento exigido. Porém, esse tema ainda é motivo de debates.

No julgado, de 16/10/2020, o ministro do STF Luiz Fux suspendeu uma decisão do TJ/SP que obrigava o Município de Santa Isabel (SP) a fornecer medicamento de alto custo, sob o argumento de que, muito embora os entes da federação sejam solidariamente responsáveis quanto às demandas prestacionais na área da saúde, obrigar o adimplemento da obrigação poderia gerar desequilíbrio aos cofres municipais contrariando o interesse público³⁰.

Em ocasião anterior, o ministro Dias Toffoli, concedeu medida liminar – posteriormente confirmada – para suspender, somente em relação ao Município de Jundiá (SP), ordem judicial do Tribunal Regional Federal da 3ª Região (TRF-3) que havia determinado à União, ao Estado de São Paulo e ao Município o fornecimento do medicamento de alto custo, embasada na definição das responsabilidades de cada ente da federação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e o altíssimo custo do medicamento³¹.

A divisão do custo entre Município e Estado havia sido adotada no caso Remédio de alto custo sem delimitação de competência firmada no âmbito do SUS para seu fornecimento. Na decisão de 10/07/2020, o ministro Dias Toffoli, concedeu medida cautelar para suspender tutela de urgência e determinar que o Juizado Especial da Fazenda Pública de Santa Cruz do Sul (RS) promovesse a delimitação de atribuições entre os entes que compõem o SUS e, se necessário, ordenasse o ressarcimento entre eles. Posteriormente, entretanto, em decisão de 01/10/2020, o atual Presidente do STF, ministro Luiz Fux, julgou procedente o pedido de suspensão para afastar o Município de Santa Cruz do Sul/RS, mantida a eficácia em relação ao Estado do Rio Grande do Sul. Asseverou o relator que: “o imediato cumprimento da decisão impugnada seria capaz de gerar desorganização financeira e orçamentária no âmbito da Administração do Município de Santa Cruz do Sul” e “grave risco à manutenção do equilíbrio das contas municipais”³².

³⁰ Supremo Tribunal Federal. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=6025853>. Acesso em 16 mar 2023.

³¹ Supremo Tribunal Federal. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15340214438&ext=.pdf>. Acesso em: 16 mar 2023;

³² Supremo Tribunal Federal. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5959284>. Acesso em: 16 mar 2023.

Desta forma, em que pese a responsabilidade solidária dos entes da federação na área da saúde, o Supremo Tribunal Federal, no julgamento do Recurso Extraordinário de nº 855.178/SE (Tema 793), com repercussão geral, passou a reconhecer que apesar de existência de obrigação solidária dos entes federativos, os juízes devem identificar a qual ente compete a obrigação de fornecimento de determinado medicamento ou tratamento no caso concreto, em respeito aos primados da descentralização e da hierarquização do SUS, devendo ser assegurado em todo caso o ressarcimento de quem suportou o ônus financeiro indevidamente, consoante se extrai dos itens 1 e 2 da ementa do referido julgado:

"1) É da jurisprudência do Supremo Tribunal Federal que o tratamento médico adequado aos necessitados se insere no rol dos deveres do Estado, porquanto responsabilidade solidária dos entes federados. O polo passivo pode ser composto por qualquer um deles, isoladamente, ou conjuntamente.

2) A fim de otimizar a compensação entre os entes federados, compete à autoridade judicial, diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, direcionar, caso a caso, o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro".

Analisando o julgado, percebe-se que a Suprema Corte reconhece que há repartição de competências no que se relaciona à assistência à saúde por parte do poder público, contudo, foi infeliz ao não limitar a solidariedade dos entes às obrigações impostas a cada uma pela ordem jurídica pátria, pois, a solidariedade não pode ser absoluta a ponto de esvaziar outros preceitos constitucionais de igual forma aplicáveis na espécie, a exemplo da universalização, descentralização e hierarquização do SUS, o princípio do equilíbrio fiscal das contas públicas, sem prejuízo da divisão de atribuições já previstas em lei federal, pois, como já alertava o ministro Eros Grau no julgamento da ADI de nº 3.685-8/DF: *"(...) Não se interpreta a Constituição em tiras, aos pedaços"*.

Porém, ao fixar a tese, o STF não levou em consideração os efeitos práticos dessa decisão sob os prismas processual, político-social, administrativo, orçamentário e financeiro para os pequenos e médios municípios brasileiros. Em verdade, continuarão estes arcando com o custo, resultando em um rombo das finanças públicas, vez que se revela juridicamente impossível o ressarcimento por tal ônus dentro do mesmo exercício financeiro em que foi realizada a despesa pública,

ensejando um desequilíbrio fiscal que no município de Santos ultrapassa a cifra dos milhões anualmente.

Diante da urgência da demanda, normalmente com a concessão da tutela de urgência em sede de ação de obrigação de fazer, o oficial de Justiça ou até mesmo a parte, de imediato se dirige pessoalmente à Prefeitura para cumprimento da decisão judicial.

Ressalte-se que o cumprimento das liminares via de regra, vêm, com aplicação de pena de multa diária e bloqueio de verbas públicas para assegurar o direito vindicado, enquanto a intimação do estado, que não raras vezes também integra a polaridade passiva, é feita de forma eletrônica, sendo-lhe concedido uma tolerância de dez dias (artigo 5º, §3º, da Lei nº 11.419/06) para fins de leitura da intimação, quando a partir de então começa a fluir o prazo para cumprimento da decisão fixado no ato judicial.

Ademais, caso a municipalidade descumpra a ordem judicial — quando sequer a intimação do estado foi efetivada eletronicamente —, esta tem bloqueada suas contas públicas, ou o secretário de saúde é advertido de que responderá criminalmente por desobediência a ordem judicial, sem prejuízo da majoração da multa aplicada.

Conforme tratado anteriormente, a Administração para fornecer o medicamento precisa realizar um procedimento licitatório ou dependendo do tempo para o cumprimento da demanda, uma contratação direta, que conforme tratado anteriormente, é um procedimento mais simples, mas no município de Santos, com pouca efetividade, podendo levar dias ou semanas para se efetivar.

Nada obstante o STF assegurar o ressarcimento do Tesouro municipal quando do fornecimento de medicamentos que seja de competência de outro ente, tal se encontra distante de solucionar o problema em debate, uma vez que o ressarcimento tem natureza de indenização, e como tal se submete ao regime de precatórios, podendo levar mais de década para seu recebimento, ou seja, a recomposição das finanças municipais jamais ocorrerá dentro do exercício financeiro em que a despesa pública se efetivou, resultando em um rombo no orçamento e

colocando em risco a oferta de outros serviços públicos que deveriam beneficiar toda a coletividade.

Como se não bastasse essas questões orçamentárias, a concessão desgovernada de liminares, há o aspecto do planejamento. Da análise das aquisições da área da saúde do município de Santos, restou claro que a Secretaria de Saúde trabalha em função das demandas judiciais, com o prejuízo de qualquer planejamento anual que a Administração tenha realizado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consoante destacado desde a abertura, no Brasil, a partir das opções políticas lançadas no texto constitucional vigente e dos entendimentos praticamente unânimes consolidados junto à academia e à jurisprudência dos nossos Tribunais, já não há mais margem para se discutir e/ou duvidar que todos aqueles que residem no solo brasileiro possuem o direito fundamental de ver, materialmente, concretizadas ações governamentais voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, por meio do complexo e solidário Sistema Único de Saúde (SUS). Igualmente, é natimorta qualquer tentativa de ignorar que, paralelamente ao amadurecimento daquela certeza, eclodiu, em nosso País, o fenômeno da judicialização em massa do direito à proteção, manutenção e recuperação da saúde.

Essas medidas judiciais têm um forte impacto financeiro e na gestão da saúde, sendo que todas as esferas do governo se mostram preocupadas com o crescente número de ações judiciais envolvendo a assistência farmacêutica.

Os gastos com a judicialização, em todos os estudos e dados observados, apresentaram um aumento significativo, por vezes até exponencial com o passar dos anos, em todas as esferas de governo, o que confirma o forte impacto na gestão e no financiamento das políticas de assistência farmacêutica, visto que esse gasto não esperado refletirá na execução de ações já programadas pelo poder executivo.

Certo que é, que não se deve analisar apenas o ponto da gestão, deve-se observar o valor subjetivo e imensurável da vida e da dignidade humana, que deve ser preservada, sempre que possível.

O conflito se dá não só pela falta de critérios técnicos pelo poder judiciário que, diversas vezes, julga procedentes pedidos de medicamentos usualmente fornecidos pelo SUS, ou indicados para tratamentos não preconizados pela própria empresa fabricante do medicamento, o que pode, por falta de estudos de segurança, colocar em risco a saúde dos pacientes. Mas também, pela impossibilidade de ressarcimento entre os entes da federação.

Ao analisar os princípios e diretrizes que estruturam o SUS, nota-se que essas demandas judiciais, muitas vezes, contrariam os mesmos, principalmente ao analisarmos os princípios da universalidade e da equidade, uma vez que as ações

garantem o atendimento apenas a seus autores, e não a todos os pacientes acometidos com a mesma patologia.

Também podemos citar a afronta ao princípio da integralidade, uma vez que as decisões judiciais ordenam apenas o fornecimento do medicamento, sem o seu devido acompanhamento, além de desconsiderar políticas públicas já existentes.

O fortalecimento da comunicação entre os serviços de saúde e o poder judiciário pode, a longo prazo, embasar cientificamente as decisões jurídicas, aumentando o conhecimento das políticas públicas relacionadas à assistência farmacêutica pelo poder judiciário, e diminuindo, assim, ações desnecessárias.

A pesquisa foi limitada em razão da impossibilidade de acesso a dados mais específicos relacionados às demandas judiciais nas fontes oficiais, embora estejam disponíveis, são dados superficiais, impossibilitando aprofundamento na discussão.

Logo, a pesquisa ficou restrita aos dados disponíveis; dados estes por diversas vezes com intervalos de tempo diferentes. A contribuição da pesquisa foi evidenciar o aumento nos gastos de uma maneira geral e relativa com a compra de medicamentos e insumos via demanda judicial, bem como, os efeitos que acarretam no planejamento.

O presente trabalho teve por objetivo mostrar que o tema da judicialização da saúde tem se tornado cada vez mais relevante para os municípios e para a gestão municipal de políticas públicas, colocando aos gestores públicos o desafio de lidar com os gastos gerados pelo cumprimento de decisões judiciais dentro de um contexto de orçamentos limitados.

Também foi discutido como a judicialização, ao não respeitar a lógica que permeia a organização federativa do SUS, pode acarretar aos municípios um ônus orçamentário maior do que muitos deles podem suportar.

Conforme evidenciado no estudo de caso sobre o município de Santos, o volume de gastos que deve ser realocado para o cumprimento dessas decisões tem se mostrado significativo.

Estimou-se que o gasto total da judicialização entre 2021 e 2022 representa $\frac{1}{3}$ do que o município deveria gastar obrigatoriamente com a área da saúde.

Além do mais, cerca de 57% das aquisições realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde não são planejadas, ou seja, setores que tratam de licitações públicas trabalham conforme demanda judicial, de forma imprevisível, desestruturando toda a administração e planejamento desses setores.

Dessa maneira, os dados apontam para os seguintes impactos da judicialização: a criação de um acesso desigual ao SUS, favorecendo sobremaneira aqueles que acionam o Judiciário; um desequilíbrio na distribuição de competências dentro do sistema, que potencialmente sobrecarrega o município; e a dificuldade para o planejamento e a gestão do orçamento público dada a imprevisibilidade do gasto imposto pelas ações judiciais.

Ademais, restou demonstrado também, que a forma desenfreada como vem sendo concedidas liminares e a não aplicação prática do Tema 793 do STF, faz com que o município custeie medicamentos e insumos de outros entes, sem qualquer possibilidade de regresso dos valores aos cofres públicos municipais.

Importa ressaltar que, o município Santos foi privilegiado nos dois últimos anos analisados, com superávit na arrecadação de impostos e transferências obrigatórias, podendo absorver o impacto orçamentário gerado pelas decisões judiciais.

Porém, Municípios menores podem não ter — e, em geral, não têm — essa capacidade, especialmente por contarem com menos recursos disponíveis para cumprir as decisões, com ou sem licitação do medicamento litigado, sem comprometer outras ações e serviços da política pública de saúde.

Dos membros do Poder Judiciário, espera-se um conhecimento básico das políticas públicas voltadas à saúde, visando assim garantir de maneira efetiva o direito ao acesso a insumos que visem melhorar a saúde de todos e não somente aos casos que são submetidos a sua apreciação, privilegiando interesses individuais em face dos interesses coletivos.

Esta tese analisou questões relacionadas com o planejamento da saúde no município de Santos, de modo a pontuar os gastos decorrentes da judicialização da saúde, e deixar clara e fundamentar a importância que representa para o bom

funcionamento da Administração Pública e, assim, colaborar para com o cumprimento de seus objetivos constitucionais.

Assim, a pesquisa demonstrou que a Judicialização da Saúde vem impactando de forma negativa em face da Administração, pois, a gestão e o planejamento da saúde ao passar dos anos está caminhando para a imprevisibilidade e subjetividade dos gastos da saúde.

Referências bibliográficas

ABRUCIO, Fernando Luiz. **A coordenação Federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do Governo Lula**. Revista de Sociologia Política, 2005, p. 58;

ADORNO, Paulo. **As receitas tributárias e o planejamento social da saúde no Brasil** (p. 101). Editora Dialética. Edição do Kindle;

ALEXY, Robert. **Teoría de los Derechos Fundamentales**. Madri: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 2001;

_____. **Teoria dos Direitos Fundamentais**. Traduz. Virgílio Afonso da Silva. São Paulo: Malheiros Editores, 2008, p. 165;

ALVES, Maria Aparecida. **Judicialização da saúde e o impacto das decisões judiciais na gestão pública**. Revista Brasileira de Direitos e Garantias Fundamentais, Florianópolis, v. 4, n. 2, p. 99 - 113, 2018. Disponível em: <https://indexlaw.org/index.php/garantiasfundamentais/article/view/5005/pdf>. Acesso em: 18 mai 2023;

ANDRADE, N. A. (2017). **Contabilidade Pública na Gestão Municipal**. 6ª ed.-São Paulo: Atlas;

ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Intervenção Judicial na saúde pública: panorama no âmbito da Justiça Federal e apontamentos na seara das justiças estaduais**. Brasília, 2012;

ARRETCHE, Marta. **Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização**. Rio de Janeiro: Revan, 2000. BIEHL, João et al. Judicialization of the right to health in Brazil. The Lancet, v. 373, n. 9682, p. 2182-2184, jun. 2010;

ASSIS, Gilmar de. **Medição sanitária**. Cad. IberAmer. Direito. Sanit., Brasília, v. 2, n. 2, jul./dez. 2013. Anais dos III Congresso Iberoamericano de Direito Sanitário / II Congresso Brasileiro de Direito Sanitário. Disponível em: <<http://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/download/98/140>> Acesso em: 03 jul. 2023;

BARROSO, L. R. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva: Direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos.** Revista Jurídica Unijus, Uberaba, v. 15, n. 11, p.13-38, ago. 2008. Disponível em: <<http://revistas.uniube.br/index.php/unijus/article/view/1039/1216>>. Acesso em: 14 fev. 2023;

BERTOLDI, Andréa Dâmaso et al. **Is the brazilian pharmaceutical policy ensuring population access to essential medicines?** Globalization and Health, England, v. 8, p. 6, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3511298/#:~:text=Availability%20of%20medicines%20n%20the,the%20lower%20socio%2Deconomic%20strata>. Acesso em: 27 abr. 2023;

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos.** Rio de Janeiro: Campus, 1992, p.72;

BOMFIM, R. L. **Agenda única de saúde: a busca do acesso universal e a garantia do direito à saúde.** 2008. Tese (Doutorado). Departamento de Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008;

BORGES, Danielle da Costa Leite; UGÁ, Maria Alicia Domingues. **As ações individuais para o fornecimento de medicamentos no âmbito do SUS: características dos conflitos e limites para a atuação judicial.** Revista de Direito Sanitário, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 13 - 38, 2009. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13144/14950>. Acesso em: 26 fev. 2023;

BORTOLETO, Leandro. COLEÇÃO TRIBUNAIS E MPU. **Direito Administrativo.** 2020, p. 30;

BOTELHO, Ramon Fagundes. **A judicialização do direito à saúde : a tensão entre o “mínimo existencial” e a “reserva do possível” na busca pela preservação da dignidade humana.** Curitiba: Juruá, 2011;

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15 mai 2023;

_____. **Associação Brasileira do Comércio Farmacêutico (ABCFARMA).** Disponível em: <https://site.abcfarma.org.br/>. Acesso em: 19 jul 2023;

_____. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução Nº 107**, de 06/04/2010. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/173>. Acesso em: 27 abr. 2022;

_____. Conselho Nacional de Secretário de Saúde. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/collec_progestores_livro7.pdf>. Acesso 20 jul 2023;

_____. **Decreto nº 7.508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso: em: 28 jun 2023.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 338**, de 06 de maio de 2004. Estabelece a Assistência Farmacêutica no Brasil e resolve aprovar a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html. Acesso em: 02 jan. 2023;

_____. Supremo Tribunal Federal - **RE 855178 ED**, Relator(a): LUIZ FUX, relator(a) p/ Acórdão: EDSON FACHIN, Tribunal Pleno, julgado em 23/05/2019, PROCESSO ELETRÔNICO REPERCUSSÃO GERAL — MÉRITO DJe-090 DIVULG 15-04-2020. PUBLIC. 16-04-2020.

_____. Supremo Tribunal Federal - **ADI: 3685 DF**, relator: ELLEN GRACIE, Data de Julgamento: 22/03/2006, Tribunal Pleno, Data de Publicação: DJ 10-08-2006. Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search?classeNumeroIncidente=%22ADI%203>

685%22&base=acordaos&sinonimo=true&plural=true&page=1&pageSize=10&sort=_score&sortBy=desc&isAdvanced=true. Acesso em: 16 mar 2023;

_____. **Lei nº 8.437**, de 30 de junho de 1992. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8437.htm>. Acesso em: 14 jul. 2023.

_____. **Lei nº 13.105**, de 16 de março de 2015. *Código de Processo Civil*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm>. Acesso em: 14 mai. 2023;

_____. **Lei Federal nº 12.401**, de 28 de abril de 2011, que altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm> Acesso: 28 jun 2022;

_____. **Lei nº 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 16 mar 2023;

_____. Advocacia Geral da União. **Intervenção Judicial na saúde pública: Panorama no âmbito da Justiça Federal e Apontamentos na seara das Justiças Estaduais**. Brasília, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/wMrQzjzYts8wnBfmdPNhwNK/?lang=pt>. Acesso em: 07 mar 2023;

_____. **Lei nº 9.787**, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Brasília, 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9787.htm. Acesso em: 12 jan. 2023;

_____. **Portara GM/MS nº 2001**, de 3 de agosto de 2017. Altera a portaria nº 1.555/gm/ms, de 30 de Julho de 2013, que dispõe sobre as normas de

financiamento e execução do componente básico da assistência farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=41&data=15/08/2017>>. Acesso em: 22 fev 2023;

_____. **Portaria GM/MS nº 3.916**, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos e dá outras providências. Brasília, 1998. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html. Acesso em: 17 mar 2023;

_____. Tribunal de Contas da União. **Aumentam os gastos públicos com judicialização da saúde**. 2017. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/aumentam-os-gastos-publicos-com-judicializacao-da-saude.htm#:~:text=Estudo%20que%20abrangeu%20Uni%C3%A3o%2C%20Estados,de%201.300%25%20em%20sete%20anos>. Acesso em: 15 mar 2023;

_____. Ministério da Saúde. **Tabela CMED**, disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/cmed>. Acesso em: 19 jul 2022;

_____. Ministério da Saúde. **Preço CAP**, disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/acessoainformacao/perguntasfrequentes/medicamentos/cmed/precocap>. Acesso em: 19 jul 2022;

_____. Ministério da Economia. **Confaz**, disponível em: https://www.confaz.fazenda.gov.br/legislacao/convenios/2002/CV087_02#:~:text=ICMS%2028%2F21.,Direta%20Federal%2C%20Estadual%20e%20Municipal. Acesso em: 19 jul 2022;

_____. Ministério da Saúde. **Rename 2022 do Ministério da Saúde**, disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2022/01/RENAME-2022.pdf>. Acesso em 07 jul 2023;

BRASSICA, S. C. **A judicialização e a política de assistência farmacêutica no Brasil**: evolução e aspectos constitucionais. Revista Jus Navigandi, Teresina, ano 20, n. 4406, 25 jul. 2015. Disponível em:

<https://jus.com.br/artigos/41165/a-judicializacao-e-a-politica-de-assistencia-farmaceutica-no-brasil>. Acesso em: 14 mar 2023;

BUCCI, M.P.D. **Direito Administrativo e políticas públicas**. São Paulo: Saraiva, 2006, p. 241;

CAMPOS, Vicente Falconi. **Controle da Qualidade Total**. Rio de Janeiro: Editora Bloch, 3ª edição, 1992;

CAVALCANTE FILHO, João Trindade; GILMAR FERREIRA MENDES - MINISTRO STF; Raphael Carvalho Da Silva. **Políticas públicas no Brasil: uma abordagem institucional / Gilmar Mendes, Paula Paiva**. – 1.ed. – São Paulo: Saraiva, 2017.

CANOTILHO, J.J. Gomes (org.). Marcus Orione Gonçalves Correia, Érica Paula Barcha Correia. **Direitos Fundamentais Sociais: O Direito Constitucional como Ciência de Direcção** — O núcleo essencial de prestações sociais ou a localização incerta da socialidade (contributo para a reabilitação da força normativa da “constituição social”) (Locais do Kindle 132-134). 2. ed. – São Paulo : Saraiva, 2015. Edição do Kindle.

CAPPELLETTI, Mauro; GARTH, Bryant. **O Acesso à justiça**. Reimpr. Tradução Ellen Gracie Northfleet. Porto Alegre: Fabris, 2015.

_____. **O Acesso à Justiça**, 1988, p. 11-12.

COMPARATO, Fábio Konder. **A Afirmação Histórica dos Direitos Humanos**. 10ª ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

COMPARATO, Fábio K. **A organização constitucional da função planejadora.** Revista Trimestral de Direito Público, São Paulo, Malheiros, n. 8, p. 12-23, 1994.

CONTI, José Mauricio **O planejamento orçamentário da administração pública no Brasil** / José Mauricio Conti. – 1. ed. – São Paulo : Blucher Open Access, 2020.

CONASS. **Assistência farmacêutica no SUS.** Brasília: Conass, 2007.

CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. de C. B. **Ações judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 421-429, jun. 2010.

CUNHA JÚNIOR, Dirley da. **A efetividade dos direitos fundamentais sociais e a reserva do possível.** Leituras Complementares em Direito Constitucional. Direitos Humanos e Direitos Fundamentais. 3ª Ed. São Paulo : JusPODIVM, 2008, p. 372/391

DALLARI, S. G. **Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo.** Revista de Saúde Pública,, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 101-107, fev. 2007. Disponível em: <file:///C:/Users/TEMP/Downloads/88357-Texto%20do%20artigo-125265-1-10-20141201.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2023;

DELGADO, M.G.; Porto, L.V. **O Estado do Bem-Estar Social (Welfare State) no Capitalismo Contemporâneo.** DELGADO, M.G.; PORTO, L.V. (Org.) Welfare State: os grandes desafios do estado do bem-estar social. São Paulo: LTr., 2019 – p. 23/46.

DIDIER, Truchet, **La decision en droit de la santé.** In: *Les dineres de l'Institut Diderot*. Paris: Institut Diderot, 2014, p. 7-8 (tradução nossa)

DINIZ, Maria Gabriela Araújo. **Direito social em favor dos pobres: perspectivas da adoção de meios alternativos de solução de controvérsias nos conflitos de direito à saúde.** Caderno IberoAmericano de Direito Sanitário,

Brasília, v. 2, n. 2, p. 472-485, jul./dez. 2003. Disponível em <<http://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/99>>.

<http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v2i2>. Acesso: 3 jul 2023

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; SCHWARTZ, I. V. D. **Consequências da judicialização das políticas de saúde: custos de medicamentos para as mucopolissacaridoses**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 479-489, mar. 2012.

DOURADO, Daniel de A.; ELIAS, Paulo E. **Regionalization and political dynamics of Brazilian health federalism**. Revista de Saúde Pública, v. 45, n. 1, p. 204-211, fev. 2011.

FENSTERSEIFER, Tiago. **Defensoria Pública, direito fundamental à saúde, mínimo existencial, ação civil pública e controle judicial de políticas públicas**. In Revista da Defensoria Pública, (publicação EDEPE), ano 1, jul-dez, 2008, p. 426) Anais da 8ª CNS, 1986;

FERRAZ, Octávio M. Brazil. **Health inequalities, rights and courts: the social impact of the judicialization of health**. In: YAMIN, Alicia; GLOPPEN, Siri (Org.). Litigating the right to health. Cambridge: Harvard University Press, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bpsr/a/qxTxR5qxMrFsMRXSqQb3XDz/?lang=en> . Acesso em: 05 jan 2023;

FERREIRA, Camila D. et al. **O Judiciário e as políticas de saúde no Brasil: o caso Aids**. Monografia vencedora do Concurso de Monografias “Prêmio IPEA 40 anos”, 2004.

FIGUEIREDO, T. A. **Análise dos medicamentos fornecidos por mandado judicial na Comarca do Rio de Janeiro: A aplicação de evidências científicas no processo de tomada de decisão**. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/visa/files/25584.pdf>. Acesso em: 17 mar 2023;

GANDINI, J. A. D.; BARIONE, S. F.; SOUZA, A. E. de. **A judicialização do direito à saúde: a obtenção de atendimento médico, medicamentos e insumos terapêuticos por via judicial – critérios e experiências.** *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, ano XI, n. 49, jan. 2008. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-processual-civil/a-judicializacao-do-direito-a-saude-a-obtencao-de-atendimento-medico-medicamentos-e-insumos-terapeuticos-por-via-judicial-criterios-e-experiencias/>. Acesso em: 17 mar 2023

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.
LEITÃO, L. C. A. **Análise das demandas judiciais para aquisição de medicamentos do Estado da Paraíba.** 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2012. Disponível em: <http://tede.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/tede/1810/1/Luana%20Couto%20Assis%200Leitao.pdf>. Acesso em: 17 mar 2023;

JÚNIOR, Alexandre, Costa, Santana, Lupatini, Domingues, Biella. José Miguel do Nascimento, Rodrigo Fernandes, Luiz Henrique Costa, Rafael Santos, Evandro de Oliveira, Paulo Henrique Faria, Carla de Agostinho. **Avanços e perspectivas da RENAME após novos marcos legais: o desafio de contribuir para uma SUS único e integral.** *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, vl. 6, supl. 4, out. 2015, p. 3354 – 3371.

JUSTEN FILHO, Marçal. **Comentários à Lei de Licitações e Contratos Administrativos.** 12. ed. São Paulo: Dialética, 2008, p. 63.

KOHAMA, H. (2014). **Contabilidade Pública: teoria e prática.** 14^a ed. São Paulo: Atlas.

LAMY, Marcelo; OLIVEIRA, Danilo de; BATISTA, Ivaldo Marques; AMARAL, Ana Laura Mendes. **Mediação em Conflitos de Saúde: fundamentos teóricos e paradigmas jurídicos.** IN: LAMACHIA, Claudio; GONÇALVES, Sandra Kreiger (organizadores).

LOPES, José Reinaldo de Lima. **Direitos Sociais - Teoria e prática.** São Paulo: Editora Métodos, 2006, p. 121-122;

_____. LOPES, José Reinaldo de Lima. **Direito subjetivo e direitos sociais: o dilema do judiciário no Estado Social de Direito**. In: FARIA, José Eduardo (Org.). Direitos humanos, direitos sociais e justiça. São Paulo: Malheiros, 1994

Direito Médico e da Saúde: o direito, a saúde e à justiça, cenários e desafios. Brasília: OAB, Conselho Federal, 2018, p. 305-333. Disponível em: <https://www.oab.org.br/visualizador?url=/publicacoes/download?LivroId=000000895>. Acesso em: 03 jul 2023.

LEITE, Nair L. et al. **Ações judiciais e demandas administrativas na garantia do direito de acesso a medicamentos em Florianópolis-SC**. Revista de Direito Sanitário, v. 10, n. 2, p. 13-28, jul./out. 2009.

LOPES, José Reinaldo Lima. **Direito Subjetivo e Direitos Sociais: O Dilema do Judiciário no Estado Social de Direito**. In: José Eduardo Faria(org.), Direitos Humanos, Direitos Sociais e Justiça: A Função Social do Judiciário, 2002, p. 131

OLIVEIRA, D.,Souza, L.P., Lamy, M. **Violação das Obrigações Estatais na Área da Saúde: A Diferença entre as Obrigações Mínimas e as Esperadas**. In Caderno de Relações Internacionais, vol.7, n.13, ago-dez. 2016, disponível em: <https://site.lamyoliveirasantos.com.br/publicacoes/2016/violacao-das-obrigacoes-estatais-na-area-da-saude-diferenca-entre-obrigacoes>. Acesso em: 20 jul 2023;

MACHADO, M. A. de Á. et al.. **Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 590-598, jun. 2011. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/judicializacao>. Acesso em: 01 mar 2023;

MACHADO, José Angelo; Palotti, Pedro Lucas de Moura. **Entre cooperação e centralização. Federalismo e políticas sociais no Brasil pós-1988**. Revista Brasileira de Ciências Sociais, vol.30, n.88, 2015, pp. 61-82. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010269092015000200061&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 jul 2023;

MARÍN, N. et al. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003. MARQUES, S. B. Judicialização do direito à saúde. Revista de Direito Sanitário, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 65-72, jul. 2008. Disponível em: file:///C:/Users/TEMP/Downloads/88357-Texto%20do%20artigo-125265-1-10-20141201.pdf. Acesso em: 19 fev 2023.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Curso de Direito Administrativo**. 20. ed. São Paulo: Malheiros, 2006, p. 492;

MEIRELLES, Helly Lopes. **Direito Administrativo Brasileiro**. 2003. 28ª Edição. Pág. 84;

MESSENDER, A. M.; OZORIO de Castro , C. G. S.; LUIZA, V. L. **Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 2, n. 21, p.525-534, abr. 2005. Disponível em: http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_44_art4.pdf. Acesso em: 15 jun 2023;

MOG. (1999). **Manual Técnico de Orçamento. Manual Técnico para Elaboração da proposta orçamentária da União para 2000**. Brasília: Imprensa Nacional. Disponível em http://www.orcamentofederal.gov.br/informacoes-orcamentarias/manual-tecnico/MTO_2000.pdf>. Acesso em: 17 de mar de 2023;

MORETTI, P. G. de S. **Judicialização do acesso a medicamentos: direito individual e justiça social**. 2014. Monografia (Especialização em Gestão Pública). Curso de Gestão Pública, Universidade Federal de Santa Maria, Camargo, RS, 2014. Disponível em: <

file:///C:/Users/TEMP/Downloads/Moretti%20%20Patrcia%20Garmus%20de%20Souza.pdf>. Acesso em: 09 jul 2023;

NAFFAH FILHO, Michel; CHIEFFI, Ana C.; CORREA, Maria C. **S-Codes: um novo sistema de informações sobre ações judiciais da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo**. Bepa, v. 7, n. 84, p. 18-30, 2010.

OLIVEIRA, Vanessa E.; NORONHA, Lincoln. **Judiciary-Executive relations in policy making: the case of drug distribution in the state of São Paulo**. Brazilian Political Science Review, v. 5, n. 2, p. 10-38, 2011.

OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; Bermudez, Jorge Antonio Zepeda; Osório-de-Castro, Claudia Garcia Serpa. **Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos** (p. 7). SciELO - Editora FIOCRUZ. Edição do Kindle;

PACHECO FILHO, C. **Déficit da Previdência: a verdade em que se encerra**. Indic. Econ. FEE, Porto Alegre, v. 35, n. 3, p. 67-74, fev. 2008;

PANDOLFO, M.; DELDUQUE, M. C.; AMARAL, R. G. **Aspectos jurídicos e sanitários condicionantes para o uso da via judicial no acesso aos medicamentos no Brasil**. Revista Salud Pública, Bogotá, v. 14, n. 2, p. 340-349, apr. 2012. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rsap/2012.v14n2/340-349/>. Acesso em: 14 Jan. 2023.

PEPE, V. L. E. et al.. **A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2405-2414, ago. 2010.

_____. **Acesso a medicamentos por via judicial no Paraná: aplicação de um modelo metodológico para análise e monitoramento das demandas judiciais**. Revista de Direito Sanitário, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 3045, jan. 2015. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/%20view/88355>. Acesso em: 02 fev. 2023.

PEREIRA, J. G. **Demandas judiciais de medicamentos no estado do Paraná: aplicação de indicadores de avaliação e monitoramento e qualidade de vida relacionada à saúde dos usuários**. 2013. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/7694/0000027.pdf;jsessionid=25A462487F9069B5BB0460AF1F9BC72A?sequence=2>. Acesso em: 02 jul. 2023;

QUEIROZ, Cristina. **Direitos Fundamentais Sociais. Funções, Âmbito, Conteúdo, Questões Interpretativas e Problemas de Justicialidade**. Coimbra: Coimbra Editora, 2006, p. 06;

REZENDE, Fernando. **Federalismo Fiscal no Brasil**. Revista de Economia Política, vol. 15, nº 3 (59), julho-setembro/1995, disponível em: <https://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfndmkaj/http://www.rep.org.br/PDF/59-1.pdf>. Acesso em: 20 jul 2023;

RUVERAM F. J.U., and Artmass, E. **Planejamento e gestão em saúde: conceitos, história e propostas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. Temas em saúde collection;

SÃO PAULO. **Manual de Planejamento do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo**, 2021, disponível em: <https://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfndmkaj/https://www.mpsp.mp.br/documents/20122/1225002/MANUAL+DE+Planejamento+P%C3%9ABLICO+TCESP.pdf/1aa2d6f4-46df-f2db-8e1a-a67bf773c7a1?t=1635612345757>. Acesso em: 14 jul 2023;

SANTOS. **Remume do Município de Santos**, disponível em: <https://www.santos.sp.gov.br/?q=servico/relacao-municipal-de-medicamentos-essenciais-remume>. Acesso em: 07 jul 2023;

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Pela mão de Alice: o social e o político na Pós-Modernidade**. 7. ed. Porto: Edições Afrontamento, 1999.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A Eficácia dos Direitos Fundamentais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 5ª ed. 2005, p. 169

SARMENTO, Daniel; TELLES, Cristina. **Judicialização da saúde e responsabilidade federativa: solidariedade ou subsidiariedade?** Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/int-3252>. Acesso em: 10 mar 2023;

_____. **Direitos Fundamentais e Relações Privadas**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004, p. 134;

SCHULZE, Clenio; GEBRAN NETO, João Pedro. **Direito à saúde: análise à luz da jurisdição**. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2016.

SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**/Leonardo Secchi - 2ª ed. São Paulo : Cengage Learning, 2013 - p. 43;

SILVA, Marco Aurélio Souza da. **As políticas públicas de saúde: da politização à judicialização**. *Captura Críptica : direito, política, atualidade* Florianópolis, v. 6, n. 1, 2017. Disponível em: <https://ojs.sites.ufsc.br/index.php/capturacriptica/article/view/3062/2339>. Acesso em 27 abr 2023;

SILVA, Virgílio Afonso da. **O Judiciário e as políticas públicas: entre transformação social e obstáculo à realização dos direitos sociais**. *In: SOUZA NETO, Cláudio Pereira de; SARMENTO, Daniel. Direitos sociais: fundamentação, judicialização e direitos sociais em espécies*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008, p. 587-599.

SOARES, Jussara Calmon Reis de Souza; DEPRA, Aline Scaramussa. **Ligações perigosas: indústria farmacêutica, associações de pacientes e as batalhas judiciais por acesso a medicamentos**. *Physis* Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 311,

329, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v22n1/v22n1a17.pdf>. Acesso em: 20 mai 2023;

SPOSATI, A. **Descaminhos da seguridade social e desproteção social no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, 23(7):2315-2325, 2018, disponível em: [://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfndmkaj/http://www.rep.org.br/PDF/59-1.pdf](http://www.rep.org.br/PDF/59-1.pdf). Acesso em: 20 jul 2023;

SUNDFELD, Carlos Ari. **Licitação e Contrato Administrativo.** São Paulo: Malheiros, 1994, p. 11;

TANAKA, O. Y. **A judicialização da prescrição medicamentosa no SUS ou o desafio de garantir o direito constitucional de acesso à assistência farmacêutica.** Revista de Direito Sanitário, São Paulo, v. 1, n. 9, p.137-143, abr. 2008. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13109>. Acesso em: 22 fev. 2023.

TAVARES, João Paulo Lordelo Guimarães. **Acesso à justiça e hipossuficiência organizacional: fundamentos e amplitude da legitimação da Defensoria Pública na tutela dos direitos metaindividuais.** 2013. 156f. Dissertação (Mestrado em Direito Público) Universidade Federal da Bahia, UFBA, Salvador, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/11396/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Jo%C3%A3o%20Paulo%20Lordelo%20Guimar%C3%A3es%20Tavares.pdf> Acesso em: 17 jul 2023;

TEIXEIRA, M. F. **Criando alternativas ao processo de judicialização da saúde: o sistema de pedido administrativo, uma iniciativa pioneira do estado e município do Rio de Janeiro.** 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/visa/files/teixeiramfm.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2023.

UNIÃO. Manual Técnico de Orçamento. **Manual Técnico para Elaboração da proposta orçamentária da União para 2000.** Brasília: Imprensa Nacional. Disponível em

http://www.orcamentofederal.gov.br/informacoes-orcamentarias/manual-tecnico/MTO_2000.pdf. Acesso em: 17 mar 2023;

VIANNA, Luis W.; BURGOS, Marcelo B. **Entre princípios e regras: cinco estudos de caso de ações civis públicas**. Dados — Revista de Ciências Sociais, v. 48, n. 4, p. 777-843, out./dez. 2005.

VIEIRA, Fabíola; ZUCCHI, Paola. **Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil**. Revista de Saúde Pública, v. 41, n. 2, p. 214-222, abr. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/DdFrCJXWq5kg3934MPp3kNB/abstract/?lang=pt>.

Acesso em: 10 jun 2023;

VILLAS BÔAS, Maria Elisa. **O direito à saúde no Brasil: reflexões bioéticas à luz do princípio da justiça**. São Paulo: Edições Loyola, 2014.

WANG, Daniel. **Courts as healthcare policy-makers: the problem, the responses to the problem and problems in the responses**. Direito GV Research Paper Series N. 75, 2013. Disponível em: https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/11198/RPS_75_final.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 19 fev 2023;

WANG, Daniel. **Poder Judiciário e políticas públicas de saúde: participação democrática e equidade**. Cadernos Gestão Pública e Cidadania, v. 14, n. 54, p. 51-87, jan./jun. 2009. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/cgpc/article/view/44185>. Acesso em: 19 mar 2023;

WANG, Daniel et al. **Judiciário e fornecimento de insulinas análogas pelo Sistema Público de Saúde: direitos, ciência e política pública**. Relatório de pesquisa do Projeto Casoteca Direito GV, 2011.

WANG, Daniel; FERRAZ, Octavio. **Reaching out to the needy? Access to justice and public attorneys' role in right to health litigation in the city of Sao Paulo**. SUR International Journal on Human Rights. Disponível em: <https://sur.conectas.org/en/reaching-out-to-the-needy/>. Acesso em: 19 fev 2023;

WANG, Daniel; TERRAZAS, Fernanda; CHIEFFI, Ana. **Public system responses to health litigation: the case of the state of Sao Paulo Secretary of Health.**

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rap/a/9tTLBHPyj4ygN3pnwgQw4ng/?format=pdf&lang=en>.

Acesso em: 01 fev 2023;

WANG, Daniel Wei L. et al. **Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa.** Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 48, n. 5, p. 1191-1206, 2014. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/rap/v48n5/06.pdf>. Acesso em: 15 mai 2023;

ZANELLA, L. C. H. **Metodologia de estudo e pesquisa em administração.**

Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]:

CAPES/UAB, 2009;

ZUCCHI, P. **Distorções causadas pelas ações judiciais à política de**

medicamentos no Brasil. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 41, n. 2, p.

214-222, abr. 2007. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000200007&lang=en&nrm=iso.

Acesso em: 14 jul 2023.