



**SOCIEDADE METROPOLITANA DE EDUCAÇÃO, CULTURA E
TECNOLOGIA SÃO CARLOS
FACULDADE METROPOLITANA SÃO CARLOS - FAMESC
CURSO DE GRADUAÇÃO DIREITO**

PABLO DE SOUZA SERÓDIO

**O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SEUS DESAFIOS NO
FORNECIMENTO DE UM SERVIÇO DE QUALIDADE**

**Bom Jesus do Itabapoana/RJ
2021**

PABLO DE SOUZA SERÓDIO

**O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SEUS DESAFIOS NO
FORNECIMENTO DE UM SERVIÇO DE QUALIDADE**

Monografia apresentada como parte dos requisitos necessários para a conclusão do Curso de Graduação em Direito, sob orientação do Professor Me. Valdeci Ataíde Cápua e Coorientação do Professor Dr. Tauã Lima Verdan, da Faculdade Metropolitana São Carlos – FAMESC.

Bom Jesus do Itabapoana/RJ
2021/1º SEMESTRE

FOLHA COM A FICHA CATALOGRÁFICA

PABLO DE SOUZA SERÓDIO

**O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SEUS DESAFIOS NO
FORNECIMENTO DE UM SERVIÇO DE QUALIDADE**

Monografia aprovada em ____/____/____ para obtenção do título de Bacharelado
em Graduação de Direito.

Monografia avaliada em ____/____/____
Formatação: () _____
Nota final: () _____

Comissão Examinadora

Prof. VALDECI ATAÍDE CÁPUA
Orientador

Prof. TAUÃ LIMA VERDAN
Coorientador ou Avaliador de Metodologia

Prof. XXXXX
Avaliador de Conteúdo

Prof. XXXXX
Avaliador de Conteúdo

Bom Jesus do Itabapoana, XX (dia) de XXX (mês) de XXX (ano).

À minha querida mãe que nunca desistiu de mim, a
minha amada avó que sempre será minha mãe em dobro. Aos
meus falecidos pais que, de algum lugar, possam estar
assistindo a minha apresentação e me deem bons presságios.

Agradeço aos meus amigos e mentores profissionais, Dr. Ricardo Teixeira da Fonseca e Dr. Alessandro Lucio Teles. Ambos culpados pela escolha do tema e, me ensinaram muito nesses anos de trabalho na área da saúde. Aos meus orientadores, Valdeci e Tauã, cuja paciência fora uma dádiva nesse período de pesquisa, a vocês muito obrigado.

SERÓDIO, Pablo de Souza. **O Sistema Único de Saúde e seus desafios no fornecimento de um serviço de qualidade**. 105f. Trabalho de Conclusão de Curso Bacharelado em Direito. Faculdade Metropolitana São Carlos - FAMESC, 2021.

RESUMO

O objetivo do presente artigo é abordar a situação do Sistema Único de Saúde brasileiro e seus desafios na efetivação do princípio da eficiência. Apresentando a evolução do direito à saúde no Brasil. Apresentar fatores que, historicamente, ajudaram o Estado a declarar que, a saúde deve ser um direito fundamental e dever do mesmo. Como esse sistema é financiado, como se dá a distribuição de medicamentos. Quais os meios de garantia que o cidadão tem para garantir a efetividade do direito fundamental à saúde, sendo esse, o fenômeno da judicialização da saúde. Demonstrar o quantitativo processual de ações acerca da efetivação do direito à saúde, tendo em vista que, até mesmo a iniciativa privada é o polo passivo desse tipo de ações, isto é, o estado, através de contrato e convênios, pode ter empresas privadas prestando o serviço que mesmo por algum motivo, não o consiga. Quem deve ser responsabilizado acerca de improbidades administrativas ou crimes contra a máquina pública. A competência que cada tribunal terá de julgar as ações contra o gestor. Outrossim, este artigo também trará exemplos de ineficiência do ente público, tendo foco, principalmente na corrupção, que como será demonstrado, a corrupção é responsável por desvios milionários e bilionários do erário. Vale a pena destacar também que, devido ao cenário pandêmico, mais verbas são direcionadas para a saúde, gerando assim, um aumento no desvio de dinheiro público e causando prejuízo para a população. O presente artigo trará soluções para a ineficiência do Sistema Único de Saúde Brasileiro.

Palavras-Chaves: Saúde, Eficiência, Corrupção

SERODIO, Pablo de Souza. **The Unified Health System and its challenges in providing a quality service.** 105p. Course Final Paper Bachelor of Law. São Carlos Metropolitan College - FAMESC, 2021.

ABSTRACT

The purpose of this article is to address the situation of the Brazilian Unified Health System and its challenges in putting the principle of efficiency into effect. Presenting the evolution of the right to health in Brazil. Present factors that, historically, helped the State to declare that health should be a fundamental right and a duty of it. How this system is financed, how the distribution of medicines takes place. What are the means of guarantee that the citizen has to guarantee the effectiveness of the fundamental right to health, this being the phenomenon of the judicialization of health? Demonstrate the procedural quantity of actions regarding the realization of the right to health, considering that even the private sector is the passive pole of this type of actions, that is, the state, through contracts and agreements, may have private companies providing the service that even for some reason does not get it. Who should be held responsible for administrative misconduct or crimes against the public machine. The competence that each court will have to judge the actions against the manager. Furthermore, this article will also bring examples of public entity inefficiency, focusing mainly on corruption, which, as will be shown, corruption is responsible for diversion of millionaires and billionaires from the treasury. It is also worth noting that, due to the pandemic scenario, more funds are directed to health, thus generating an increase in the diversion of public money and causing damage to the population. This article will bring solutions to the inefficiency of the Brazilian Unified Health System.

Keywords: Health, Efficiency, Corruption.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADI – Ação Direta de Inconstitucionalidade
AGCM – Autoridade de Concorrência Italiana (agcm na sigla em italiano)
AIS – Ações Integradas de Saúde
ANS – Agência Nacional de Saúde
ANVISA – Agência de Vigilância Sanitária
APS – Atenção Primária de Saúde
CBAF- Componente Básico de Assistência Farmacêutica
CF – Constituição Federal
CFM – Conselho Federal de Medicina
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CNES – Cadastro Nacional de Empresas de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
CPC – Código de Processo Civil
DF- Distrito Federal
DJ- Data de Julgamento
ESPII – Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
FPE – Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal
FPM – Fundo de Participação dos Municípios
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INSPER – Instituto de Ensino e Pesquisa
LC- Lei Complementar
LPS – Lei dos Planos de Saúde
MERS ou SRME – Síndrome Respiratória do Oriente Médio
MG – Minas Gerais
OMS – Organização Mundial de Saúde
PIB – Produto Interno Bruto
PNAD – Pesquisa Nacional de amostra de domicílio
PNS - Pesquisa Nacional de Saúde

RE – Recurso Extraordinário

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

SADT – Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico

SARS – Síndrome Respiratória Aguda Grave

STF- Supremo Tribunal Federal

STJ- Superior Tribunal de Justiça

SUS- Sistema Único de Saúde

TCU – Tribunal de Contas da União

TUNEP – Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos

UBS – Unidade Básica de Saúde

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

Resumo

Abstract

Lista de Abreviaturas

INTRODUÇÃO	12
1 A SAÚDE NA PAUTA RASILEIRA	14
1.1 AS PRIMEIRAS DISPOSIÇÕES SOBRE A SAÚDE COMO TEMÁTICA DE POLÍTICA PÚBLICA	16
1.2 ASPECTOS HISTÓRICOS DO DIREITO A SAÚDE NO BRASIL	20
1.3 A GUINADA CONSTITUCIONAL: O RECONHECIMENTO DA SAÚDE COMO DIREITO CONSTITUCIONAL	25
2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM ANÁLISE.....	32
2.1 A LEI ORGÂNICA DO SUS ENQUANTO REFLEXO DOS MOVIMENTOS SOCIAIS DE CONSAGRAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE.....	37
2.2 PRINCÍPIOS NORTEADORES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	41
2.3 OBJETO DE INCIDÊNCIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	47
3 A EFICIÊNCIA ENQUANTO PRINCÍPIO ORIENTADOR DA POLÍTICA DO SUS.....	57
3.1 A RESSIGNIFICAÇÃO DA EXPRESSÃO “ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA” À LUZ DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL	64
3.2 O PARADIGMA PRINCIPIOLÓGICO DA EFICIÊNCIA COMO ORIENTADOR DA POLÍTICA DO SUS.....	70
3.3 REPENSAR O SUS E OS MODOS DE EFETIVIDADE DA EFICIÊNCIA: DESAFIOS APRESENTADOS.....	85
CONCLUSÃO	94
REFERÊNCIAS.....	97

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde Brasileiro vive, atualmente, uma crise sem precedentes. Ao analisar a evolução histórica do mesmo, é possível verificar que os problemas advêm há muito tempo. A problemática do presente trabalho, tem como finalidade apresentar as condições precárias do sistema de saúde brasileiro, que infligem a garantia Constitucional conforme artigo 196 da Lei Maior. É direito do cidadão e dever do Estado a efetivação da saúde. Dito isso, quais as soluções para mudar essa situação? Diante a situação pandêmica atual, a solução mais adequada é investir na saúde em prol da efetivação da eficiência do Sistema Único de Saúde, como na tecnologia, na mão de obra qualificada, usar a verba pública sabiamente, com planejamento. O gestor deve ter um planejamento adequado a fim de evitar o desperdício.

O presente trabalho fora estruturado em três capítulos. O primeiro capítulo trará breve apontamentos sobre a evolução histórica na saúde ao longo dos anos, por diversas Constituições Federais, até o presente momento com a promulgação da Carta Magna de 1988, como e porque chegamos até aqui, por que fora necessário ter a saúde como um direito fundamental do cidadão brasileiro.

O segundo capítulo será feito uma análise do Sistema Único de Saúde. Quais são as leis que o regulamentam, quais são os princípios do referido sistema, porquê ele possui esses princípios, quais foram os movimentos sociais mais importantes para a efetivação do mesmo. Dito isso, ainda no mesmo capítulo será abordado o fenômeno da Judicialização da Saúde, que consiste em provocar o judiciário em prol de efetivar um direito que, em suma, o Ente não vem cumprindo com eficiência.

O terceiro capítulo será abordado a eficiência como princípio norteador do sistema de saúde brasileiro. Porque ser eficiente? O que quer dizer ser eficiente? O mesmo capítulo trará também casos de ineficiência, cabe a qual tribunal julgar casos de ineficiência, de desvios, a terrível corrupção que assola o país. Mostrando como a corrupção é responsável por desvio de milhões, demonstrando assim que, apesar do Brasil ser o país que mais investe em saúde, ou seja, esse dinheiro ou é desviado para fins privados ou mal

investido. Esses problemas e soluções serão expostos no terceiro capítulo e serão apresentadas soluções para que a efetivação do artigo 196 da Constituição Federal seja aplicado com eficiência na população brasileira.

1 A SAÚDE NA PAUTA BRASILEIRA

O direito a saúde está umbilicalmente ligado a temática da Seguridade Social. É possível observar ao se fazer a leitura do artigo 194 da Magna Carta que assevera como conceito primordial um “conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. (AMADO, 2019, p. 62)

Os artigos 196 ao 200 da Constituição Federal, garantem, mediante políticas sociais e econômicas, que, visem à redução do risco de doença e de outros agravos ao acesso universal e igualitário, o direito a saúde, como um dever do Estado e direito de todos. Sabendo que, tal garantia é competência administrativa comum de todos os entes federados (União, Estados, Distrito Federal e Municípios), previsto no art. 23, inciso II, da CF. (BRASIL, 1988).

A saúde comunga em nossa ordem jurídico-constitucional, da dupla fundamentalidade formal e material, revestindo os direitos e garantias fundamentais em geral. (MENDES, 2020, p. 3549). Deste modo, assume relevância particular para que se adeque a interpretação das normas sobre o direito à saúde, que, por exemplo, apresenta diversas interconexões com a proteção de distintos bens fundamentais, apresentando zonas de convergência e mesmo de superposição em relação a outros bens, direitos e deveres que também constituem objeto de proteção constitucional, são eles: a vida, a moradia, o trabalho, a privacidade, o ambiente, além da proteção do consumidor, da família, de crianças, adolescentes e dos idosos, reforçando a tese da interdependência entre todos os direitos fundamentais (MENDES, 2020, p. 3549).

A constituição de 1988 é a primeira Carta brasileira a consagrar o direito fundamental à saúde. Textos constitucionais anteriores possuíam apenas disposições esparsas sobre o tema, a Constituição de 1824 fazia referência à garantia de “socorros públicos” (art 179, XXXI) (BRANCO, 2020, p. 979). O direito à saúde está previsto no art 196 da Constituição Federal como “direito de todos” e “dever do Estado”, garantido mediante “políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos”,

regido pelo princípio do “acesso universal e igualitário”(BRANCO, 2020, p. 979).

O direito à saúde, além de qualificar-se como um direito fundamental responsável por assistir todas as pessoas, o mesmo classifica-se como consequência constitucional indispensável ao direito à vida. O poder público, independente de sua esfera institucional na atuação na esfera organizacional federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente aos problemas relacionados à saúde, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, grave violação inconstitucional. (MARTINS, 2019, p. 1285).

Por ser uma assunto, deveras, complexo, o tema saúde remonta a partir da universalização dos direitos humanos, criou-se um Sistema Internacional de Direitos Humanos, seja através da edição de Tratados Internacionais mais genéricos (Sistema Global/Universal/Onusiano) seja por meio de Tratados Regionais (Sistema Interamericano), esclarece o relatório sobre a Seguridade Social de 2009 da Conferência Interamericana de Seguridade Social, os programas de benefícios “têm como objetivo prevenir que pessoas caiam na pobreza através de prover padrões de vida adequados”, protegendo trabalhadores e as pessoas que deles dependem. (AMADO, 2020, p. 83).

Ao se falar de saúde, deve-se trazer à baila toda a sua evolução histórica até os dias atuais, por se tratar de um dos direitos fundamentais mais difíceis de serem implementados com qualidade, justamente em razão dos seus altos custos de operacionalização (AMADO, 2019, p. 62). Desta feita, procurar-se-á no próximo item de nosso estudo, levantar dados que possam agregar fatos que corroborem com a importância do estudo do direito universal à saúde, tendo como ponto de partida a realidade vivenciada nos arredores do século XIX, momento em que deu-se atenção no sentido de zelar pela proteção à saúde das populações que compunham a sociedade à época. (AMADO, 2019, p. 62)

1.1. AS PRIMEIRAS DISPOSIÇÕES SOBRE A SAÚDE COMO TEMÁTICA DE POLÍTICA PÚBLICA

A palavra “saúde” acompanha a história da humanidade, começando a milhares de anos e se estendendo até os dias atuais. O século XVIII é dito como a evolução nos estudos epidemiológicos, bem como o início da aplicação do termo às necessidades da sociedade. A partir de então, saúde passou a refletir uma conjuntura social, econômica, política e cultural, (SCILIAR, 2007 *apud* SILVA, 2012, p. 4).

Com a proclamação da República, a ideia de modernizar o Brasil veio à tona, atualizar a economia e a sociedade era necessário. O mundo era capitalista e mais avançado, favorecendo a redefinição dos trabalhadores brasileiros como capital humano.(COLETTTO, 2017, p. 4).

Noséculo XIX quando a Revolução Industrial se alastrava pela Europa, proprietários de inúmeras fábricas começaram a se preocupar com as perdas consideráveis de mão-de-obra, o que refletiu nos primeiros serviços de assistência médica no trabalho. (MENDES; DIAS, 1991, *apud*, SILVA, 2012). Neste contexto, emerge no final do século XIX, diferentes estudos a cerca da saúde da classe trabalhadora, envolvendo suas condições sanitárias e higiene, insalubridade, análises de relatórios médicos e observações de ambiente de trabalho. (MENDES; DIAS, 1991 *apud* SILVA, 2012).

A Revolução Industrial enfatizou no século XIX o momento em que se estabeleceram as bases históricas da moderna epidemiologia. Naquele momento as cidades cresciam e as condições de vida se agravavam. O consumo da mão-de-obra, resultante da exploração dos trabalhadores, exigiu uma intervenção, sob pena de tornar inviável a sobrevivência e reprodução do próprio processo (MENDES; DIAS, 1991 *apud* SILVA, 2012, p. 10).

Neste contexto os modelos que tinham como apenas um determinante,observa-se que as causas de doenças se tornam insuficientes, torna-se sustentável acreditar que elementos de “diversas ordens (biológicos, físicos e sociais), podem interagir como causa, surgindo então à idéia das redes multicausais na determinação das doenças” (PITANGA, 2002 *apud* SILVA, 2012, p. 11).

Tais estudos tiveram início na Grã-Bretanha e na França, chegando

rapidamente aos Estados Unidos (SCLIAR, 2007 *apud* SILVA, 2012, p 5). O século XIX finaliza com a idéia de possíveis intervenções do Estado na área de saúde pública (MENDES; DIAS, 1991 *apud* SILVA, 2012, p. 5). O início do século XX é marcado pelo início do maior conflito bélico da história, consequência da luta entre as maiores potências mundiais daquele momento, causando desestabilizações políticas, sócias, econômicas e culturais por todo o mundo.

Justamente após a Grande Guerra, em 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS) divulga o primeiro conceito universal de saúde: “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”(SILVA, 2012, p. 5). O conceito refletiu a nova configuração mundial do período pós-guerra, sendo vastamente criticado, porém fruto de futuras reestruturações políticas. A primeira manifestação da OMS trouxe mais discussões a respeito não somente do conceito, mas também de sua aplicabilidade, num momento de transição e configuração de uma nova estabilidade política e social a nível mundial(SILVA, 2012, p. 5).

Em meados do século XIX quando a Revolução Industrial se expandia pela Europa, os proprietários de inúmeras fábricas começaram a se preocupar com as perdas consideráveis de mão-de-obra (MENDES; DIAS, 1991, p. 1). Mendes e Dias citam o relato de um médico inglês ao ser procurado por um proprietário fabril:

Coloque no interior da sua fábrica o seu próprio médico, que servirá de intermediário entre você, os seus trabalhadores e o público. Deixe-o visitar a fábrica, sala por sala, sempre que existam pessoas trabalhando, de maneira que ele possa verificar o efeito do trabalho sobre as pessoas. E se ele verificar que qualquer dos trabalhadores está sofrendo a influência de causas que possam ser prevenidas, a ele competirá fazer tal prevenção. Dessa forma você poderá dizer: meu médico é a minha defesa, pois a ele dei toda a minha autoridade no que diz respeito à proteção da saúde e das condições físicas dos meus operários; se algum deles vier a sofrer qualquer alteração da saúde, o médico unicamente é que deve ser responsabilizado. (MENDES; DIAS, 1991, p 1).

O relato ilustra o surgimento do primeiro serviço de assistência médica no trabalho até aquele momento (MENDES; DIAS, 1991*apud* SILVA, 2012, p. 11). A inexistência somada à fragilidade dos sistemas de assistência a saúde,

seja como expressão do seguro social ou daqueles diretamente providos pelo Estado, via serviços de saúde pública, fez com que “os serviços médicos de empresa passassem a exercer um papel vicariante” (MENDES; DIAS, 1991*apud* SILVA, 2012, p.2).

Contudo, naquele cenário, o papel do corpo médico dentro do ambiente de trabalho parecia representar o lucro, e não propriamente a preocupação com a saúde na vida do trabalhador (KEPPLER; VILHANUEVA, 2012*apud* SILVA, 2012, p. 11). Henry Ford (1863-1947), que implementou o modelo de produção conhecido como fordismo, mesmo que tardiamente ilustrou o que acontecia naquele momento, ao dizer que : “o corpo médico é a seção de minha fábrica que me dá mais lucro”. Tal conceito se estende até os dias atuais.(KEPPLER; VILHANUEVA, 2012 *apud* SILVA, p. 11).

A fim de não esmagar a mão-de-obra operária, já no final do século XIX, emergem diferentes estudos a cerca da saúde da classe trabalhadora, envolvendo suas condições sanitárias e de higiene, insalubridade, análises de relatórios médicos, observações de ambiente de trabalho e do ambiente que habita, e até mesmo análise da mortalidade em diferentes bairros (SCLIAR, 2007*apud* SILVA, 2012, p. 12). Esses estudos tiveram início na França e Grã-Bretanha, chegando rapidamente aos Estados Unidos que deram início oficial ao serviço de saúde pública na Grã-Bretanha e serviram tardiamente de exemplo para formulação de outros em diferentes países. Moacyr Scliar (2007) acrescenta:

Edwin Chadwick (1800-1890) escreveu um relatório que depois se tornaria famoso: As condições sanitárias da população trabalhadora da Grã-Bretanha. Chadwick, que não era médico nem sanitaria, mas advogado impressionou o Parlamento, que em 1848 promulgou lei (*Public Health Act*) criando uma Diretoria Geral de Saúde, encarregada, principalmente, de propor medidas de saúde pública e de recrutar médicos sanitaria. (SCLIAR, 2007, p. 7).

Na concepção proposta por Foucault, em 1982, com a evolução do Estado, a saúde passa a ter “valor” dentro da sociedade, vista também como forma comercial e como fonte de poder e riqueza para o fortalecimento dos países. (DANCZUK, 2001, p. 9).Consequência dessa perspectiva, a medicina do século XIX se modifica, introduzindo o controle dos corpos por meio da

normatização dos espaços, dos processos e dos indivíduos, necessários para a sustentação do capitalismo emergente, sendo consolidada com estas características até os dias de hoje (DANCZUK, 2001, p. 9).

A partir da segunda metade do século XX, a saúde se estabelece firmemente como um campo, o *Health Field*- conceito útil para analisar os fatores que intervêm sobre a saúde, e sobre os quais a saúde pública deve, por sua vez, intervir, formulado em 1974 por Marc Lalonde. A partir da segunda metade do século XX, os trabalhadores passaram exigir retorno do reconhecimento do seu saber, direito a informação recusam o trabalho perigoso ou arriscado a saúde, passaram ainda a questionar as alterações nos processos de trabalho, particularmente pela emergente adoção as novas tecnologias (SCLIAR, 2007 *apud* SILVA, 2012, p. 6). Sustentou-se nesse momento o necessário esforço para a compreensão da relação trabalho versus saúde. E “como características básicas dessa nova prática, destaca-se a de ser um campo em construção no espaço de Saúde Pública” (MENDES; DIAS, 1991 *apud* SILVA, 2012, p.7).

Em 1977, a Conferência de Alma-Ata marcou o surgimento dos serviços que prestam os cuidados na Atenção Primária de Saúde (APS), representam o princípio de que a saúde é um direito universal e parte constituinte de um processo mais geral de desenvolvimento social e econômico das comunidades. A implementação da proposta estabeleceu, de uma vez por todas, o papel do governo ou dos Estados no campo de saúde pública. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008 *apud* SILVA, 2012, p. 6). Para firmar a ideia de que, em um contexto mundial saúde passou a ser considerada um direito, aconteceu em 1986 a Primeira Conferência Internacional de Saúde. (FARIA *et al.*, 2009 *apud* SILVA, 2012, p. 6) .

É neste cenário que surgiram as vigentes políticas de intervenção em saúde pública no Brasil. O Sistema Único de Saúde (SUS) passa a ter suas competências a partir da nova Constituição Federal de 1988 (SCLIAR, 2007, *apud*, SILVA, p. 6). A criação do Sistema foi a mais ousada reengenharia da Saúde Pública, garantindo a partir desse momento que a saúde fosse um direito de todos e um dever do Estado. Ademais, a criação do SUS marcou uma nova etapa da construção da cidadania dos brasileiros, as ações em saúde do trabalhador passaram a ser definidas como parte integrante das

atribuições do SUS (CEREST, 2008 *apud* SILVA, 2012, p. 6). Desde sua criação, é responsável em seus diferentes níveis de complexidade, pelo atendimento a trabalhadores vítimas de doenças e acidentes relacionados ao trabalho (SILVEIRA, 2009 *apud* SILVA, 2012, p. 6).

Sendo assim, foi necessário mais de um século para se definir saúde, mas para se concretizar sua importância como direito na vida dos seres humanos. No próximo ponto, será exposto as mudanças que a Constituição Federal sofreu ao longo desse século, tanto seus progressos e seus retrocessos até chegarmos à Carta Magna atual, instrumento Federal no qual concedeu a saúde como um direito fundamental (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008 *apud* SILVA, 2012, p. 6)

1.2. ASPECTOS HISTÓRICOS DO DIREITO A SAÚDE NO BRASIL

Nesta seção será abordado os aspectos históricos do direito a saúde no Brasil, desde a primeira Carta, de 1824, vigente até o ano de 1889, com apenas uma emenda. A primeira Constituição não serviu apenas para os momentos de estabilidade política, conseguida, no Império, através da Praieira, última rebelião de caráter político no período monárquico. (NOGUEIRA, 2012, p. 11). A partir desse texto que fora emendado apenas uma vez que se processara grandes marcos para a evolução histórica de toda a monarquia. Evoluções com características tanto econômicas, como sociais. As intervenções no Prata e a Guerra do Paraguai, o fim da tarifa preferencial da Inglaterra e o início do protecionismo econômico, com a tarifa Alves Branco, de 1844, o fim do tráfico de escravos, o início da Industrialização e a própria abolição, em 1888. (NOGUEIRA, 2012, p. 11).

Entendendo um pouco mais a evolução do conceito de saúde, expondo um pouco da história constitucional, observa-se que a referida Carta Magna de 1824, pautou-se em um período de estruturação do Estado Brasileiro, e, com o surgimento da Carta Imperial, teve como principal interesse da época, fortalecer o poder do Imperador, no qual era o comandante do “Novo Estado” (SANTI; ARGERICH, 2015, p. 2). Ao analisar o texto constitucional, no título VIII, “Das Disposições Gerais, e Garantias dos Direitos Civis, e Políticos dos

Cidadãos Brasileiros”, a primeira referência à saúde no contexto constitucional foi o artigo 179 da Magna Carta. É possível observar que essa foi a única Constituição a reconhecer a existência de quatro funções do Poder político: Legislativa, Moderadora, Executiva e Judiciária. A função Moderadora ou Neutra consignava a chave de toda organização política do Império e era de delegação monárquica. (BARRETO; PAVANI, 2014, p. 5).

O direito à saúde neste período era assegurado como um socorro público, pois era considerada uma “desgraça” advinda dos deuses e a sua prestação se dava exclusivamente nas Casas de Misericórdia que eram ligadas às Instituições de Caridade. Não havia a preocupação em resguardar direitos e garantias quanto à saúde, o Estado não tinha olhos para essa esfera. Ou seja, a saúde nada mais era vista apenas como um “socorro público”, e somente com a chegada da Família Real houve a criação de uma estrutura sanitária básica, capaz de dar apoio ao poder que se instalava na cidade do Rio de Janeiro (DALLARI, 1988 *apud* SANTI; ARGERICH, 2015, p. 2). A seguir um texto da constituição, no qual cita a garantia dos “socorros públicos” :

Art. 179. A inviolabilidade dos direitos civis e políticos dos cidadãos brasileiros, que tem por base a liberdade, a segurança individual e a propriedade, é garantida pela Constituição do Império, pela maneira seguinte: (...)
XXXI) A Constituição também garante os socorros públicos (BRASIL, 1824).

A Constituição de 1891, por sua vez, houve um regresso no que tange à assuntos relacionados à saúde, suprimindo o dispositivo que garantia os “*primeiros socorros*”(SILVA, 2017, p. 7). Apresentando, em seu artigo 72, *caput*, uma leve e indireta proteção sanitária ao mencionar a “*segurança individual, verbis*”:

Art. 72. A Constituição assegura a brasileiros e a estrangeiros residentes no paiz a inviolabilidade dos direitos concernentes á liberdade, á segurança individual e á propriedade nos termos seguintes (...). (BRASIL, 1891).

Não houveram avanços substanciais no que se refere a saúde, na Constituição de 1891, pois o foco da Assembleia Constituinte esteve mais

focada nas mudanças da forma de governo, na criação da República, o que elencou deveres negativos. Outrossim, acrescenta-se que a Constituição de 1891 sofreu importante reforma em 1926, modificação que referiu-se à incorporação do direito do trabalho à Constituição (BARRETO;PAVANI, 2014, p. 5).

Ampliando o rol dos direitos individuais e políticos, a Constituição Federal de 1934 criou normas progmáticas e atribuiu competência à União e aos Estados a fim de cuidarem da saúde e conceder assistência pública. Adiante, fora garantido, assistência médica e sanitária aos trabalhadores e gestantes. (SILVA, 2017,p. 8).

Art 10. Compete concorrentemente á União e aos Estados: (...) II - cuidar da saúde e assistência públicas;

Art 121. A lei promoverá o amparo da produção e estabelecerá as condições do trabalho, na cidade e nos campos, tendo em vista a protecção social do trabalhador e os interesses economicos do paiz.

§ 1.º A legislação do trabalho observará os seguintes preceitos, além de outros que collimem melhorar as condições do trabalhador: (...)

h) assistencia medica e sanitaria ao trabalhador e á gestante, assegurado a esta descanso antes e depois do parto, sem prejuizo do salário e do emprego, e instituição de previdencia, mediante contribuição igual da União, do empregador e do empregado, a favor da velhice, da invalidez, da maternidade e nos casos de accidentes de trabalho ou de morte (...). (BRASIL, 1934).

A Carta Magna de 1934 fazem referência ao direito à saúde. Por esse motivo, a referida Lei Maior costumava ser apontada como a que conferiu maior atenção ao tema, até a CF de 1988 (POLETTI, 2012, p. 20). A Constituição de 1937 manteve a obrigação de proteger a saúde trabalhista. E, ao que se refere à competência legislativa em matéria de saúde, essa fora restringida apenas à atribuição da União, deixando, contudo, a possibilidade de delegação aos Estados. Nesse sentido:

Art. 137. A legislação do trabalho observará, além de outros, os seguintes preceitos: (...)

l) assistencia medica e higienica ao trabalhador e á gestante, assegurado a esta, sem prejuizo do salário, um periodo de repouso antes e depois do parto; Art. 16. Compete privativamente á União o poder de legislar sobre as seguintes

materias: (...)

XXVII - normas fundamentaes da defesa e protecção da saude, especialmente da saude da creança.(BRASIL, 1934).

Com o fim da Segunda Guerra Mundial, foi necessária uma reconstrução e redemocratização do Estado Brasileiro o qual trouxe o liberalismo em prol de enfrentar as medidas arbitrárias previstas entre 1937 a 1945. Com a promulgação da Constituição de 1946, foram restabelecidos direitos individuais e incluiu-se à saúde como um direito social. A referida Carta Magna fora considerada como uma das mais democráticas que o Brasil já teve, trazendo muitas novidades ao texto, principalmente pela alteração nos direitos e garantias fundamentais. (SANTI; ARGERICH, 2015, p. 3).

Muitos direitos e garantias foram ampliados se comparados com a Constituição de 1937. Um período de mudanças, muitas delas sendo consideradas de grande valia. Neste diapasão, Sciliar , discorre:

Reconhece a saúde como um dos direitos fundamentais de todo ser humano, independente de sua condição social e econômica ou sua crença religiosa ou política, afirmando a importância de uma política sanitária", inclusive criando um Ministério responsável exclusivamente na área da saúde. (SCILIAR, 2007,p. 8).

Com a consciência de que a maior parte do país se empregava na faixa agrícola do interior, sem oportunidades de tratamento médico e oportunidades de ganho das populações urbanas, insinuavam uma política de recuperação de áreas atrasadas. A “Revolução Municipalista”, mediante a redistribuição de 10% da arrecadação total do imposto de renda de todas as prefeituras (exceto capitais) em prol de municípios do interior. Os Constituintes de 46 partiam do princípio filosófico kantiano de que o Estado não é fim em si mesmo, mas feito para o fim. Este fim seria o homem, ou seja, o Estado deveria converter seus esforços em prol de elevar materialmente, fisicamente, moralmente, intelectualmente o homem (BALEEIRO; PILAU SOBRINHO, 2012, p. 14)

A Constituição de 1946 tentou manter um texto combinativo entre as Cartas de 1934 e de 1932, mantendo a competência privada da União para legislar sobre saúde e, pela primeira vez, garantindo o direito a vida:

Art 5º - Compete a 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(....).(BRASIL, 1946).

No período da Ditadura militar no Brasil, a Constituição de 1967, houveram modificações não apenas no campo político, também de forma acentuada em campo social. A população perdeu, então, seus direitos de cidadãos comuns passando a vigorar para todos os ordenamentos da ditadura militar, que é exemplo de direito de manifestação política, com alegação de se preservar a ordem política e social. (PILAU SOBRINHO, 2003, p. 95).

Outrossim, vale a pena destacar que fora mantida a competência privativa da União para legislar sobre saúde. Assegurando os trabalhadores e suas famílias, assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva:

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. (BRASIL, 1967).

Todavia, o povo brasileiro viveu nessa época um dos períodos mais arbitrários da história. A liberdade em todos os seus aspectos passou a ser vigiada e houve cerceamento dos direitos básicos dos cidadãos, incluindo-se o direito à saúde que passara a ser controlado em todos os seus aspectos, o foco do Estado nessa época era extinguir a participação do cidadão na gestão previdenciária social e aumentar o seu controle sobre o sistema.(SCLIAR, 2007, p. 9).

Logo após a repressão, surgiu em 1988 uma nova Constituição, Carta que vigora até os dias de hoje. Uma Lei Maior que revolucionou o direito à saúde, ou seja, além de prever direitos e garantias, a mesma os ampliou e deu a devida importância ao direito à saúde que em Constituições passadas foram ignoradas. A saúde a partir desse ponto, fora considerada um direito

fundamental do ser humano que vive em um Estado Democrático de Direito, cujo principal mandamento é a Dignidade da Pessoa Humana. (SANTI; ARGERICH, 2015, p. 4).

1.3. A GUINADA CONSTITUCIONAL: O RECONHECIMENTO DA SAÚDE COMO DIREITO CONSTITUCIONAL

O Instinto de liberdade é ligado ao homem desde suas origens. As sementes da liberdade, em termos de garantia jurídica, remontaram os textos medievais e afirmaram a valorização do direito de defesa individual. A evolução social começa, e a nova Carta Magna amplia a diretriz de Constituições anteriores, relativa aos direitos fundamentais, objeto de título próprio, narrada em capítulos dedicados sucessivamente aos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos, aos Direitos Sociais e aos Direitos Políticos. (TÁCITO, 2012, p. 23).

A seguridade social compreende em um conjunto integrado de ações de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinada a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (art 194, *caput*). Seus princípios orientadores são: a universalidade, a uniformidade, a seletividade, a irredutibilidade, a equidade, a diversidade e o caráter democrático e descentralizado. (LENZA, 2020, p. 942).

Após todos esses anos repletos de inúmeras modificações Constitucionais, retrocessos e avanços na área da saúde, o Poder Constituinte de 1988 reconheceu, sob a denominação de direitos sociais, um conjunto híbrido de direitos designados de fundamentais pelo Título II da Constituição Federal (BARRETO; PAVANI, 2014, p. 2). O direito à saúde é parte desse rol de direitos sociais. Estabelecida como um direito universal que deve ser garantido pelo Estado entre os direitos fundamentais em seu artigo 6º, o sujeito é detentor do direito que, o Estado está obrigado a garantir, entretanto, o sujeito não perde a responsabilidade de cuidar de sua saúde e de contribuir para a saúde coletiva, conforme Lenir Santos explica:

Diante do conceito afirmado pela Constituição de que 'saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença

e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação', abandonou-se um sistema que apenas considerava a saúde pública como dever do Estado, no sentido de coibir ou evitar a propagação de doenças que colocassem em risco a saúde da coletividade, e assumiu-se que o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais, além da prestação de serviços públicos de promoção, prevenção e recuperação da saúde. A visão epidemiológica da questão saúde/doença, que privilegia o estudo de fatores sociais, ambientais, econômicos e educacionais que podem gerar enfermidades, passou a integrar o direito à saúde. Esse novo conceito de saúde considera seus determinantes e condicionantes (alimentação, moradia, saneamento, meio ambiente, renda, trabalho, educação, transporte etc.) e impõe aos órgãos que compõem o Sistema Único de Saúde o dever de identificar esses fatos sociais e ambientais, e ao governo o de formular políticas públicas condizentes com a melhoria do modo de vida da população. (art. 5º, Lei nº 8080/90).(SANTOS, 2010, p. 147-148).

A fórmula para tornar o direito à saúde imponderável fica completa. A interpretação de que as normas de direitos fundamentais têm aplicabilidade incondicionada e imediata, e o direito à saúde, na forma do art. 196 da CF, é direito subjetivo individual e independente de políticas públicas. Conduzindo à adoção de dois fundamentos complementares: não há necessidade de demonstrar pretensão resistida, o direito é definitivamente assegurado a partir da Constituição, não havendo necessidade de observância de tratamentos ofertados pela rede pública, pois normas legais e administrativas não podem restringir o que a Constituição já definiu como irrestrito. (MOREIRA, s.d, p. 10)

Acerca da dimensão prestacional (ou positiva) do direito à saúde, diz com a possibilidade do titular do referido direito ter alguma pretensão material, sejam elas: tratamento médico, exame laboratorial, internação hospitalar, cirurgia, fornecimento de medicamento, ou seja, qualquer serviço ou benefício ligado a saúde. Não é simples, mas, também é evidente que não há condições de esgotar o problema. Partindo-se da premissa de que o direito à saúde, para além da dimensão defensiva já declinada, é também um direito a prestações, ao qual igualmente deverá ser outorgada a máxima eficácia e efetividade. (LEÃO , s.d, p. 13).

Já no âmbito da denominada dimensão negativa, o direito à saúde não assume a postura que o Estado deve fornecer aos cidadãos uma prestação

concreta, tal como dito anteriormente relacionado à medicamentos, fornecimentos ou qualquer benefício ligado à saúde, os direitos negativos (ou direitos de defesa), basicamente, quer dizer que, a saúde encontra-se protegida contra qualquer agressão de terceiros. Isto é, o Estado tem o dever jurídico de não afetar a saúde, no sentido de prejudicá-la. (LEÃO, s.d., p. 12)

Como já dito, de maneira inaugural, a Constituição de 1988 inseriu o direito à saúde no rol de direitos sociais. Nos Textos anteriores, somente os trabalhadores que contribuíam com a Previdência Social que poderiam ter acesso à saúde pública (SILVA, 2017, p. 7). Neste cenário é que surgiram as vigentes políticas de intervenção em saúde pública no Brasil: o Sistema Único de Saúde (SUS)- Lei nº 8.080 de 1990. Criação mais ousada reengenharia da saúde pública, garantindo nesse ponto a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. (CEREST, 2008 *apud* SILVA, 2012, p. 6).

Diante disso, fora aumentado o nível de intervenção estatal na economia, assumindo esse compromisso de ofertas de serviços, bens e utilidades, que não apenas restrito à saúde, como, também, acesso à água, alimentação, abrigo, educação e previdência social. Direitos sociais que estão conectados à superação de falhas do sistema, à proteção contra a pobreza e à promoção de justiça social. (BARROSO, 2020, p. 518).

A Carta Magna de 1988 contém um capítulo que dedica-se aos direitos sociais, abarcando os artigos 7º ao 11. Os instrumentos remetem aos cuidados dos direitos dos trabalhadores, incluindo suas associações profissionais e sindicais. No art. 6º, o texto constitucional identifica um número de direitos sociais em espécie, nos quais se incluem a educação, saúde, alimentação, lazer, segurança, previdência social proteção à maternidade e a infância e assistência aos desamparados (BARROSO, 2020, p. 518).

Alexandre de Moraes define o significado de seguridade social como “um conjunto de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinada a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Determinou a Constituição que, a seguridade social será financiada pela sociedade, de forma direta, ou indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes de orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios”. (MORAES, 2020, p. 1578).

A Constituição de 1988 não apenas adotou o conceito de seguridade

social como ampliou o acesso à previdência social, elevando seus benefícios e, universalizando o acesso à saúde, com o objetivo de financiar as consequentes pressões de gastos, a nova Carta diversificou as fontes de financiamento da seguridade: exigiu dos empregadores nova contribuição sobre os lucros, redirecionando-os para o setor que já incidia sobre o faturamento dos mesmos; ainda destinando ao setor as rendas provenientes de loterias em geral e determinando a organização de um orçamento específico para a seguridade, separado do orçamento fiscal (MENDES; BRANCO, 2020, p. 978).

Esse financiamento da seguridade social não prevê de contribuição de cargos de aposentados, tampouco de pensionistas. Tais benefícios são concedidos pelo Regime Geral de Previdência Social. É vetado aos Estados-membros ou Municípios editarem disciplina em contrário, seja em Constituições Estaduais, sejam nas respectivas Leis Orgânicas Municipais. Seja o financiamento, direto ou indireto, nos termos da lei, seja pelo empregador/empresa, pelo trabalhador e demais segurados da previdência social, excluindo a possibilidade de fixação de contribuição sobre aposentadoria, pensões, seja sobre a receita de concursos, prognósticos, ou, ainda, arcadas pelo importador de bens ou serviços do exterior, ou de quem a lei equiparar (MORAES, 2020, p. 1579).

Especificamente falando sobre saúde, ela está constitucionalmente prevista nos arts 196 a 200. Tais artigos tem o objetivo de reduzir o risco de doenças entre outros agravos, acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Esses cuidados são de competência administrativa comum da União, Estados, Municípios e Distrito Federal (art 23, II da CF). (PADILHA, 2020, p. 885).

A ideia de que a responsabilidade estatal pela saúde não caracteriza-se apenas pela responsabilidade à prestação de serviços públicos, mas também a sua fiscalização, regulamentação e controle. Entendimento adotado pelo art 197 da Lei Maior que confere as ações e serviços de saúde como de importância pública, não havendo distinção quando esse serviço é prestado diretamente pelo Estado ou por pessoa jurídica de direito privado. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada (arts 196 a 200 da CF). (BARRETO; PAVANI, 2014, p. 14).

Dessa forma, a atuação particular pode ocorrer de forma complementar

ou complementar, o artigo 199 da CF diz que as instituições privadas poderão participar por meio complementar através de convênios e contratos firmados com a Administração Pública, devendo seguir as diretrizes do Sistema Único de Saúde. O Supremo Tribunal Federal expõe o seguinte entendimento:

A CF assegura que a saúde é direito de todos e dever do Estado, facultada à iniciativa privada a participação de forma complementar no SUS, por meio de contrato ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (CF, art. 199, § 1º). Por outro lado, assentou balizas entre previdência e assistência social, quando dispôs, no art. 201, *caput* e I, que os planos previdenciários, mediante contribuição, atenderão à cobertura dos eventos ali arrolados; e no art. 203, *caput*, fixou que a assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, tendo por fim a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; o amparo às crianças e adolescentes carentes; à habilitação e reabilitação das pessoas deficientes e à promoção de sua integração à vida comunitária; à garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, inferindo-se desse conjunto normativo que a assistência social está dirigida a toda a coletividade, não se restringindo aos que não podem contribuir. Vê-se, pois, que a assistência à saúde não é ônus da sociedade isoladamente, e sim dever do Estado. A iniciativa privada não pode ser compelida a assistir a saúde ou a complementar a previdência social sem a devida contraprestação. Por isso, se as entidades privadas se dispuseram a conferir aos seus filiados benefícios previdenciários complementares e os contratados assumiram a obrigação de pagar por isso, o exercício dessa faculdade não lhes assegura o direito à imunidade tributária constitucional, outorgada pelo legislador apenas às entidades que prestam assistência social, independentemente de contribuição à seguridade social (CF, art. 203), como estímulo ao altruísmo dos seus instituidores. (STF - RE 202.700 DF, o Relator: min. MAURÍCIO CORRÊA, Data de julgamento: 8-11-2001, Tribunal Pleno, Data da Publicação : DJ de 1- 3 – 2002.)

A saúde complementar é, em vista disso, prestada por entidades privadas que por cooperação com o Poder Público, mediante a formalização de contratos ou convênios, ainda que constituído como sistema público. Esses atos devem vir acompanhados de interesse comum em firmar parceria em prol da prestação de tais serviços, viabilizando a atuação da rede pública na saúde. Quando o objeto do contrato for a compra de um serviço, a formalização do

contrato administrativo deve ser públicístico, conforme disposto no §1º, do citado artigo 199 (SILVA, 2017, p. 12).

A regulação do controle suplementar encontra respaldo na Lei 9.656/1998- Lei dos Planos de Saúde. A Introdução do conceito legal do Plano Privado de Assistência à saúde e a definição do Ministério da Saúde como responsável pelos níveis de regulação: econômico –financeiro e assistencial), ao lado da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar que regulamenta, fiscaliza e supervisiona as operadoras de planos de saúde (SILVA, 2017, p. 12).

Ao analisar os textos constitucionais até a presente, fora possível observar a evolução do direito à saúde. A partir de 1934, com a Constituição vigente, sendo considerada como uma das mais sociais do Estado brasileiro, que foi possível evidenciar uma perspectiva de uma democracia social. Os cidadãos da atualidade têm esse direito positivado na ordem constitucional como um direito social garantido mediante políticas econômicas e sociais, demonstrando uma evolução do constitucionalismo brasileiro. Antes da Constituição de 188, as pessoas que não preenchessem os requisitos que eram exigidos para o acesso à saúde, ficavam dependentes de iniciativa privada. (SANTI, ARGERICH, 2015, p. 5). Nesse conceito, Scliar destaca:

Por causa disso, nossa Constituição Federal de 1988, artigo 196, evita discutir o conceito de saúde, mas diz que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”. Este é o princípio que norteia o SUS, Sistema Único de Saúde. E é o princípio que está colaborando para desenvolver a dignidade aos brasileiros, como cidadãos e como seres humanos. (SCLAR, 2007, p. 11).

Garantir efetivamente o direito à saúde é tarefa que sem sombra de dúvidas é atribuída ao Poder público, não bastando, apenas, declarar que todos têm direito à saúde não é suficiente; é indispensável que o Estado cumpra com a sua parte e repasse os recursos financeiros necessários para efetivação do atendimento à saúde para que, por fim, evite a interferência do judiciário em suas atribuições. (SANTI, ARGERICH, 2015, p. 5).

Os Direitos sociais, saúde, educação, moradia e segurança pública,

não são direitos individuais, mas sim coletivos. O Estado possui um dever objetivo de proteção destes direitos, dever que fora cometido pelo Constituinte de 1988. O direito social à saúde é um direito coletivo que será atendido por meio de políticas públicas, ou seja, ações fixadas entre os três níveis da federação brasileira, União, Estados e municípios por meio do SUS (LENY, s.d, p. 54-55).

Neste capítulo, fora abordado as Constituições até chegarmos na presente. Carta na qual a saúde passou a ser um direito de todos, uma conquista social e, como a mesma é financiada e dividida pelos entes federados. O próximo capítulo, será abordado o Sistema Único de Saúde, regulamentado pela Lei nº 8.080/90 e como a saúde passou a funcionar à partir da criação de sua Lei Orgânica. No próximo capítulo, discutir-se-á sobre o Sistema Único de Saúde e suas diversas vertentes no âmbito jurídico-prático com foco nas diversas legislações pertinentes, princípios informadores e objetos de incidência da participação quadripartite e universalizada dos entes públicos.

2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM ANÁLISE

O Sistema Único de Saúde surge com a lei nº 8.080/90. Nasceu perante o âmbito de grandes batalhas e vitórias dos direitos fundamentais, o SUS, assim, ganhou vida, com fulcro no direito à dignidade da pessoa humana, no qual garante o mínimo existencial em prol de manter uma vida digna e justa. Esse princípio vem para proteger o bem maior, qual seja, o direito à vida. (ARAÚJO; SOARES; RANGEL, 2017, s.p).

Durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foram sistematizados e debatidos por quase cinco mil participantes, diversos estudos e proposições para a RSB (Reforma Sanitária Brasileira). O relatório final do evento inspirou o capítulo “Saúde” da Constituição, desdobrando-se, posteriormente, nas leis orgânicas da saúde (Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90), que permitiram a implantação do SUS. Na medida em que essas propostas nasceram da sociedade e alcançaram o poder público, mediante a ação de movimentos sociais e a criação de dispositivos legais, o SUS representa uma conquista do povo brasileiro. (PAIM, 2015, p. 25).

Como já visto, o Sistema Público de Saúde resultou de décadas de luta de um movimento que se denominou movimento da reforma sanitária. Algumas características desse sistema foram consolidadas pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90. A relevância pública dada à saúde declarada na Carta Magna tem o significado do destaque e proeminência da tema entre várias áreas e setores. Destaque-se, ainda, que foram consideradas como de relevância pública tanto à saúde pública quanto a privada. Conforme entendimento dos juristas essa relevância pública se limita ao simples entendimento de que a saúde seja apenas, puramente, um bem de mercado. Os serviços privados de saúde, além de serem de relevância pública estão subordinados à regulamentação, fiscalização e controle do SUS (CARVALHO, 2013, p. 6).

Desde a criação da Lei que regula o SUS, muito se evoluiu para assegurar o direito fundamental, embora ainda encontra-se distante daquilo que possa ser razoável. A intervenção do Judiciário, ao longo dos anos – com maior índice na última década – implementando políticas públicas de saúde, ganhou tamanha proporção que o STF decidiu abrir ampla discussão sobre o

tema, convocando e realizando da audiência pública nº 4, ocorrida entre os meses de abril e maio de 2009. (GEBRAN NETO, 2014, p. 2).

Por outro lado, destaca-se que o acesso aos serviços de saúde, por sua vez, aumentou ao longo dos anos. Indicadores usados que têm como fonte as PNAD (Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios) e a PNS (Pesquisa Nacional de Saúde), tais como a quantidade de pessoas que consultaram médicos e dentistas, apontam que mais pessoas têm procurado e obtido serviços de saúde (VIACAVA *et al*, 2018, p. 7).

O acesso aos serviços odontológicos, aumentou de 17,3% em 1981 para 33,1% em 1998 e 44,4% em 2013) (VIACAVA *et al*, 2018, p. 8). Avaliando esses números, regionalmente, nota-se que, em 2013, ainda persistem diferenças entre a região Norte, onde apenas um terço dos entrevistados relatou ter consultado um dentista, e as regiões Sul e Sudeste, nas quais cerca de metade dos entrevistados afirmaram ter realizados consultas pelo SUS com profissional de saúde bucal. A assistência à saúde bucal é marcada pela desigualdade no acesso segundo a renda e a escolaridade dos usuários dos serviços. Quanto maior a renda e a escolaridade, menor a porcentagem de pessoas que nunca realizaram o referido tratamento. O acesso a esse cuidado continua condicionado ao pagamento do próprio bolso, nos últimos 30 anos, a participação variou pouco - 66% em 1981 e 59% em 2013 (VIACAVA *et al*, 2018, p. 8).

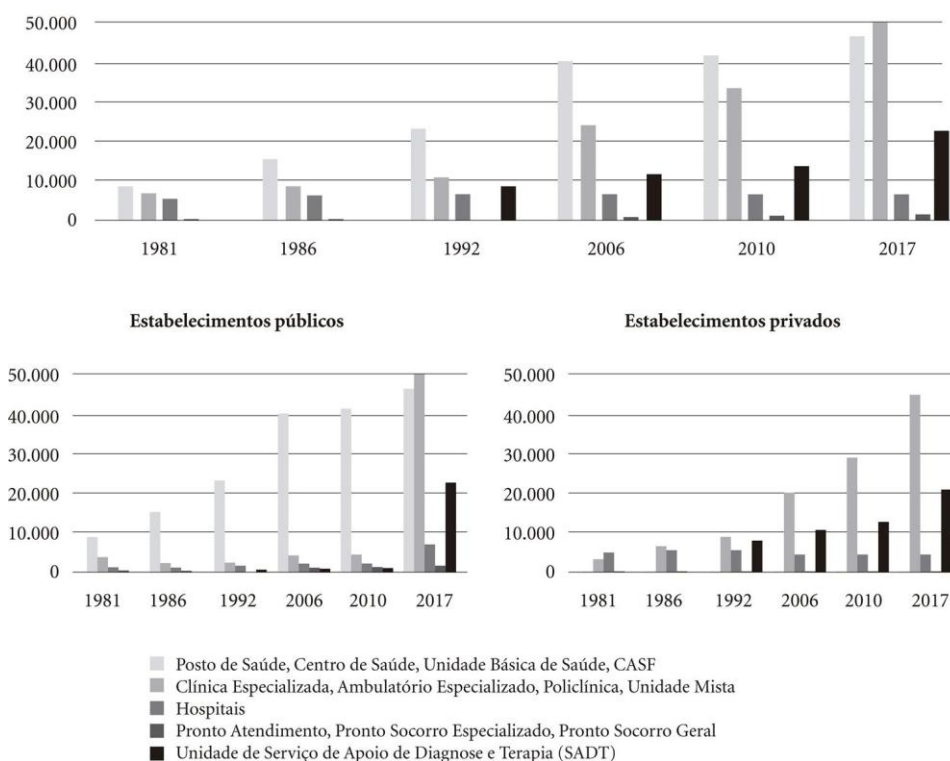
No quadro dessa evolução de estrutura ambulatorial e hospitalar, foram utilizados dados da Pesquisa Assistência Médico-Sanitária/IBGE (AêMS) de 1981, 1986, 1990 e 1992, e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/MS) de 2006, 2010 e 2017. Usando a variável “Esfera Administrativa”, foi possível estimar as frequências de estabelecimentos públicos e privados, considerando cinco grandes conjuntos: 1 – Centro de Apoio à Saúde da Família; 2 – Clínica especializada/ambulatório especializado, 3 – Hospitais; 4 – Pronto Atendimento, Pronto Socorro Especializado, Pronto Socorro Geral; 5 – Unidade de Serviço de Apoio de Diagnóstico e Terapia (VIACAVA *et al*, 2018, p. 2).

Os tipos de atendimentos prestados pelos foram agregados em categorias, sejam elas: SUS, privado ou Misto. A categoria SUS compreende estabelecimentos que, exclusivamente, atendem ao SUS. A categoria “Privado”

reúne os atendimentos via plano de saúde. A categoria “misto” refere-se à soma de atendimentos SUS/particular. Ademais, essas informações concentram-se no período de 2006, 2010 e 2017, são suas fontes o CNES (VIACAVA *et al*, 2018, p. 2).

A evolução dos números de profissionais foram feitas seguindo três categorias: médicos, dentistas e enfermeiros. Os dados do CNES foram usados para obter a proporção de profissionais vinculados ao SUS no período 2007-2017. Dados do CFM – Conselho Federal de Medicina, com tais dados, fora possível obter uma série histórica quantitativa de médicos e a razão médicos/população de 1980 a 2017. O cálculo dessa razão considerou a população estimada de 1980 a 1999 pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia Estatística). Os anos posteriores a 2000, utilizou-se as projeções do IBGE que incorporam os parâmetros demográficos calculados com base no Censo Demográfico de 2010 e as informações dos registros de nascimentos e óbitos. (VIACAVA *et al*, 2018, p. 3).

Figura 01. Quantitativo de estabelecimentos de saúde público/privado
Estimativa do total de estabelecimentos



Fontes: AMS/IBGE (1981, 1986, 1992) e CNES/MS (2006, 2010 e 2017).

É possível observar na figura 1 as dinâmicas gerais e específicas por tipos de estabelecimentos entre 1981 e 2017, além de sua distribuição em públicos ou privados. O número de estabelecimentos cresceu de 21.532 para 129.544, destacando o marcante incremento de UBS e clínicas, pioneiros ao longo de todo o período com estabilização nos anos mais recentes e os outros, especialmente a partir da década de 1990. Pouca variação de números de Hospitais, 5.660 (1981) para 6.794 (2017).

Poucos são os prontos-socorros e unidades de SADT, com crescimento apenas nos anos 1990. Outrossim, a expansão da atenção básica e da rede de urgência e emergência a partir da década de 2000, está relacionada ao importante aumento das UBS e das clínicas. Porém, enquanto as UBS são quase que exclusivamente públicas (99,2% em 2017), as clínicas são a grande maioria privadas (86,8% em 2017), visível que a participação pública diminui ao longo do tempo, tendo em vista que em 1981 era superior a 50%. (VIACAVA *et al*, 2018, p. 3,4).

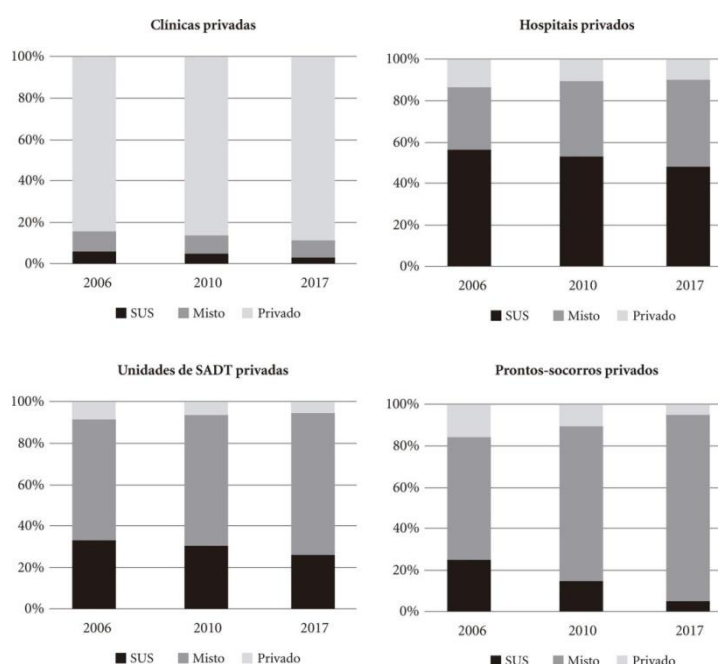
A predominância de estabelecimentos privados também é observada entre hospitais e unidades de SADT. Embora a participação dos hospitais públicos tenha aumentado, com a marca de 35,8% em 2017, mesmo com o fechamento e a concentração geográfica de unidades privadas, os hospitais públicos crescem através da criação de hospitais de pequeno e médio porte na esfera municipal e com incentivos federais e estaduais com criação de leitos. Já os privados, seguem uma lógica típica de mercado, mesmo com o convenio ao SUS, apresentam uma tendência a concentrar-se em espaços com melhores possibilidades de sustentabilidade e retorno. (VIACAVA *et al*, 2018, p. 3,4).

O papel desempenhado pelo setor privado na atenção à saúde prevaleceu desde a segunda metade do século XX, apesar da institucionalização do SUS no final da década de 1980. Não apenas existindo um domínio em áreas específicas, como houveram suporte à criação de unidades privadas pelas políticas dos governos. Ainda com um sistema público e universal de saúde, a atuação e a expansão do SUS estiveram unificadas com o setor privado, especialmente se tratando de convênios/contratos (VIACAVA *et al*, 2018, p. 3,4).

Essa relação entre setor público e privado na prestação de serviços de

saúde no Brasil é histórica, matendo-se ao longo do período desses 30 anos de expansão do SUS. Em prol de desinibir as características de interdependência público/privada e sua evolução, foram classificados os tipos de atendimentos prestados (SUS, privado ou misto) de quatro categorias de estabelecimentos privados em 2006, 2010 e 2017, conforme a figura abaixo, as unidades básicas e os postos de saúde não foram incluídos pelo motivo de grande maioria serem quase todos públicos:(ESCOREL, 2008, p. 386).

Figura 02. Quantitativo de estabelecimentos de saúde privados



Fonte: CNES/MS.

Como visto, a maioria das clínicas são privadas e sua utilização ocorre, também, por planos de saúde ou pagamento direto. A participação dos estabelecimentos exclusivamente privados, esteve sempre acima de 80%, com a redução de atendimentos exclusivos ao SUS. A grande maioria dos hospitais é privada, outrossim sua utilização se dá majoritariamente através do SUS ou compartilha-se entre os sistemas públicos e privados. A participação dos hospitais privados exclusivamente SUS diminuiu entre 2006 e 2007, embora tenha-se mantido próximo a 50%. (MARTINS, 2014, p.139-145).

Na esfera do aumento de recursos humanos, a disponibilidade de profissionais da área de saúde em geral, o número de médicos aumentou de

111 mil em 1980 para 447 mil em 2017. O CNES registra que o número de enfermeiros foi de cerca de 90 mil em 2007 para 230 em 2017, o número de dentistas foi de 78 mil em 2007 para 127 mil em 10 anos. (MARTINS, 2014, p.139-145).

Nesse percurso de 30 anos do Sistema Único de saúde caracterizou-se por importantes mudanças na atenção a saúde da população brasileira. A ampliação da oferta de serviços e profissionais vinculados ao SUS e das possibilidades de acesso, as mudanças nos padrões de utilização estão entre os principais elementos cambiantes. Mas, é importante destacar os desafios históricos, dentre os quais estão a relação público-privado na prestação de serviços à saúde. Há, ainda, como fora possível analisar ao discorrer do texto, marcantes desigualdades regionais. Entre os desafios mais recentes, destacam-se as transformações das condições de saúde da população, com implicações sobre a utilização dos serviços de saúde, além dos efeitos do congelamento por 20 anos dos gastos sociais, a partir de 2016, conforme Emenda Constitucional nº95 de dezembro de 2016(Novo Regime Fiscal). Tal emenda congelou o piso da saúde por 20 anos, diminuindo gradativamente o percentual, incidindo, diretamente sobre as receitas correntes líquidas (VIACAVA *et al*, 2018, p. 10).

2.1 A LEI ORGÂNICA DO SUS ENQUANTO REFLEXO DOS MOVIMENTOS SOCIAIS DE CONSAGRAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

As Leis Orgânicas da Saúde são o conjunto de duas leis editadas em prol de cumprir ao mandamento constitucional de 1988, no que se refere à seção II da saúde, a qual cria o Sistema Único de Saúde. Estas leis foram criadas com o objetivo de fornecer a população o atendimento a saúde com qualidade, tornando obrigatória a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto (ULHOA, 2012, p. 13).

Essas Leis Orgânicas da saúde são compostas pelas Leis nº 8.080/90 e 8.142/90. A Lei nº 8.080 é clara ao afirmar, em seu segundo artigo que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o estado prover condições indispensáveis ao seu pleno exercício. (BRASIL, 1990).

Pois bem, a referida lei organiza, promove, protege, recupera e fornece outras providências acerca a organização e o funcionamento dos serviços de saúde. Em seu primeiro artigo define: “a lei regula, em todo o Território Nacional as ações e serviços de saúde, executada isoladamente ou conjuntamente” (BRASIL, 1990) Neste artigo, fica nítido que a lei tem validade em todo o território nacional e atenderá todas as pessoas sem distinção de raça, cor, condições socioeconômicas entre outras características distintivas. (ULHOA, 2012, p. 13).

A questão da saúde vivenciou avanços e recuos. Eventos relevantes ocorreram a partir de 1984, como o seminário realizado pelas Secretarias de Saúde dos estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo, reuniões de trabalho sobre as Ações Integradas de Saúde (AIS). Tais eventos possibilitaram o V Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, que ocorreu em 1984, e tinha como objetivo apontar propostas e estimular o fomento de vários fóruns de debate sobre a saúde no Brasil. (SANTOS, 2013, p. 4).

Outro acontecimento considerado um marco histórico na esfera da saúde nacional foi a consolidação da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília. Contou com a participação de quase 4.500 pessoas, dentre as mesmas, 1.000 delegados a fim de discutir o rumo da saúde no Estado. Fora apontado nesse evento a necessidade de reestruturar a política de saúde com a criação do Sistema Único de Saúde. Os principais eixos discutidos foram: a saúde como direito de cidadania; a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial, com foco primordial na universalidade do direito à saúde. (SANTOS, 2013, p. 4).

A VIII Conferência Nacional de Saúde fora organizada num contexto político de transição democrática como resultado de propostas e lutas do movimento da Reforma Sanitária. A Conferência citada é considerada um marco para a saúde no país, a mesma simboliza um processo de construção de estratégia e plataforma de um movimento de democratização da saúde, inaugurando o trâmite de participação da sociedade civil nas deliberações sobre a política de saúde. (ROSÁRIO *et al*, 2020, p. 4).

Dentre as 4.500 pessoas que participaram da Conferência em tela, 500 foram destinadas à sociedade civil; 150 foram destinadas aos trabalhadores e às associações de bairro. Outras 300 vagas foram destinadas à representantes

de instituições religiosas, representantes dos direitos da mulher, entre outras instituições que apresentavam contribuições para a reformulação do sistema de saúde; 50 vagas foram atribuídas ao setor governamental, contando com a representação de todos os ministérios e de todas as instituições que, no âmbito estadual, municipal ou da união, tratavam de saúde (ROSÁRIO *et al*, 2020, p. 4).

Após iniciada a Reforma Sanitária, a Lei nº 8.142, de 28 de novembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, estabeleceu que cada esfera de governo, além de organizar e manter conselhos de saúde, teria de realizar conferências (art. 1º, *caput*) com periodicidade de quatro anos para suas reuniões. A primeira a se realizar a partir da lei foi a 9ª Conferência Nacional de Saúde (1992), obedecendo-se a partir desta o intervalo de quatro anos, com exceção da 12ª convocada em 2003, apenas três anos da anterior. (CONASS, 2009, p. 19).

O tema central da 9ª Conferência Nacional de Saúde foi: “Municipalização é o caminho”, com os seguintes subtemas: 1) Sociedade, governo e saúde; 2) Implementação do SUS; 3) Controle Social e 4) Outras deliberações e recomendações. Contando com a participação de quase 3.000 delegados e participantes credenciados e mais de 1.500 observadores. (CONASS, 2009, p. 19). As principais contribuições da 9ª conferência em prol da Política Nacional de Saúde foram: a defesa das conferências estaduais e municipais como preparatórias à nacional, fortalecendo os mecanismos de participação social no SUS; mobilização nacional em torno da questão do financiamento; e a proposta de extinção do INAMPS – que ocorrera no ano seguinte. (CONASS, 2009, p. 19).

Ao realizar um balanço nas seguintes conferências, fora possível identificar uma dificuldade em um diálogo e articulação política entre os participantes do movimento sanitário tradicional. Sendo, também, frustrado, o propósito de Ministros, Conselhos de Saúde e entidades de realizarem uma profunda revisão do sentido e organização da CNS. Nesse processo é comum uma certa nostalgia da 8ª CNS, afinal, a mesma, incorpora um caráter mítico na história da saúde pública. (GADELHA, 2015, p. 4).

Prova disso, fora a 16ª Conferência Nacional de Saúde, sendo o maior evento de participação social realizado no país. Contando com a presença de

mais de 5 mil pessoas, incluindo conselheiros de saúde, representantes de movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores do SUS. O evento aconteceu em Brasília, Distrito Federal, no dia 4 a 7 de agosto de 2019, realizado pelo Ministério da Saúde. (GARCIA, 2020, p. 1).

O tema escolhido, “Democracia e Saúde”, e a referência à “8+8” marcando o resgate histórico da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Mais de 4.600 conferências, que totalizaram mais de 1 milhão de participantes, realizadas em todos os estados brasileiros e no Distrito Federal, antecederam a 16ª CNS. Além disso, também, trouxeram contribuições ao debate 63 conferências livres, organizadas de modo independente por entidades de usuários, trabalhadores, instituições de ensino superior e gestores municipais e estaduais. (GARCIA, 2020, p.1).

O relatório que fora consolidado da 16ª Conferência sintetizou as melhores posições e orientações para a defesa e o fortalecimento do SUS, melhorias nas condições de saúde da população e a construção de relações mais saudáveis e democráticas no setor da saúde e na sociedade como um todo. As propostas foram organizadas em três eixos: 1) Saúde como um direito; 2) Consolidação dos princípios do SUS; e 3) Financiamento adequado e suficiente para o SUS. (GARCIA, 2020, p.1).

A partir da análise realizada, fora possível verificar que, várias propostas referentes ao planejamento e aos encaminhamentos necessários se repetem ao longo das conferências, sobre tudo as referentes à garantia de implementação das resoluções e do seu monitoramento, o que, ainda, não se concretizou de forma efetiva. Identificou-se que as Conferências não têm sido estratégicas em alguns pontos, ora, muitas vezes falta continuidade, reflexão sobre a própria gestão do sistema, monitoramento e avaliação. (RICARDI *et al*, 2017, p. 14).

Isso não significa que a Conferência não tenha potência e que não pautar a gestão do SUS, mas, sim, que tal instância precisa ser reavaliada, com intuito de garantir maior efetividade e fortalecer processos participativos do SUS e em outras políticas públicas, com a população e trabalhadores empoderados, pautando e construindo coletivamente com a gestão os rumos para garantir o direito à saúde e fortalecimento da democracia. (RICARDI *et al*, 2017, p. 14).

2.2 PRINCÍPIOS NORTEADORES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nesta seção, proceder-se-á uma avaliação dos princípios norteadores do SUS. Aludidos princípios dão base a esse sistema, quais sejam: a universalidade, a equidade e a integralidade nos serviços e ações de saúde, por um lado; de outro lado, seus princípios organizacionais que são a descentralização, a regionalização e a hierarquização da rede e a participação social. Valendo a pena lembrar que, a prioridade dada as ações preventivas de promover a saúde, não contando somente com a cura de doenças ou tratamento das mesmas, como ocorrera no passado. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, p. 30).

O Princípio da Universalidade está disposto no artigo 196 da Constituição Federal. Afirma o dispositivo que “a saúde é direito de todos e dever do Estado.” (BRASIL, 1988). Isso significa que a saúde é um direito e não um serviço no qual o cidadão tem acesso por meio de uma contribuição ou pagamento de qualquer espécie. Todo cidadão brasileiro tem direito à atenção à saúde. (MATTA, 2007, p. 1).

Neste ponto é preciso ressaltar, o Recurso Extraordinário nº 271.286 AgR/RS proposto pelo Estado do Rio Grande do Sul. O STF manteve decisão proferida pelo Tribunal de Justiça de RS que reconheceu a obrigação do fornecimento de medicamentos necessários para o tratamento HIV/AIDS aos usuários destituídos de recursos financeiros tendo em vista o Princípio da Universalidade como espinha dorsal do sistema. (LESSA, 2017, p. 26):

PACIENTE COM HIV/AIDS - PESSOA DESTITUÍDA DE RECURSOS FINANCEIROS - DIREITO À VIDA E À SAÚDE - FORNECIMENTO GRATUITO DE MEDICAMENTOS - DEVER CONSTITUCIONAL DO PODER PÚBLICO (CF, ARTS. 5º, CAPUT, E 196) - PRECEDENTES (STF) - RECURSO DE AGRAVO IMPROVIDO. O DIREITO À SAÚDE REPRESENTA CONSEQÜÊNCIA CONSTITUCIONAL INDISSOCIÁVEL DO DIREITO À VIDA. –(...) O Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional. A INTERPRETAÇÃO DA NORMA PROGRAMÁTICA NÃO PODE TRANSFORMÁ-LA EM PROMESSA CONSTITUCIONAL INCONSEQÜENTE. - 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 inconsequente, 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. DISTRIBUIÇÃO GRATUITA DE MEDICAMENTOS A PESSOAS CARENTES. - O reconhecimento judicial da validade jurídica de programas de distribuição gratuita de medicamentos a pessoas carentes, inclusive àquelas portadoras do vírus HIV/AIDS, dá efetividade a preceitos fundamentais da Constituição da República (arts. 5º, caput, e 196) e representa, na concreção do seu alcance, um gesto reverente e solidário de apreço à vida e à saúde das pessoas, especialmente daquelas que nada têm e nada possuem, a não ser a consciência de sua própria humanidade e de sua essencial dignidade.

Tal princípio não garante, apenas, o direito à saúde, como, também, para a questão do direito à vida e à igualdade de acesso sem distinção de raça, sexo, religião ou qualquer outra forma de discriminação do cidadão brasileiro. Ficando claro que a proposta em pauta no marco histórico da Constituição do SUS não se trata de um projeto de reformulação apenas do setor da saúde, mas um projeto de uma sociedade mais democrática e justa. (MATTA, 2007, p. 1).

O objetivo do Princípio da Equidade é diminuir as desigualdades. Não significando, portanto, que equidade seja sinônimo de igualdade. Apesar de todos terem direitos aos serviços, as pessoas não são iguais e, devido a isso, possuem necessidades diferentes. Equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. Para isso, a rede de serviços deve sempre estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida. A equidade trata-se de um princípio de justiça social. (CUNHA, 2017, p. 17).

Já o Princípio da Integralidade significa considerar a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Isto é, são importantíssimas as integrações de ações, incluindo a promoção à saúde, prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Outrossim, o Princípio da Integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial com diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos. (CUNHA, 2017, p. 17).

Os princípios acima são os Princípios Doutrinários do SUS e, para

organizá-los, considerando-se a ideia de seguridade social e relevância pública, existem algumas diretrizes que orientam o processo de acesso à saúde. Os princípios organizativos, que, nada mais são, que formas de concretizar o SUS na prática. (CUNHA, 2017, p. 18).

O STF, ao analisar o tema 579 da Repercussão Geral, negou por unanimidade recurso requerendo tratamento em acomodações superiores, bem como um atendimento diferenciado por médico do SUS, mediante ao pagamento da diferença. Por unanimidade fora fixa a tese dizendo sobre a inconstitucionalidade, ferindo princípios como o da equidade e o da universalidade. O acórdão segue exposto:

O Tribunal, apreciando o tema 579 da repercussão geral, por unanimidade e nos termos do voto do Relator, negou provimento ao recurso. Em seguida, o Tribunal, por unanimidade, fixou tese nos seguintes termos: “É constitucional a regra que veda, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a internação em acomodações superiores, bem como o atendimento diferenciado por médico do próprio Sistema Único de Saúde, ou por médico conveniado, mediante o pagamento da diferença dos valores correspondentes”. Ausentes, justificadamente, os Ministros Celso de Mello e Roberto Barroso, este representando o Supremo Tribunal Federal no evento “O poder das cortes constitucionais no mundo globalizado”, na Universidade de Nova York. Falou, pelo recorrido Estado do Rio Grande do Sul, o Dr. Victor Herzer da Silva. Presidiu o julgamento o Ministro Ricardo Lewandowski. Plenário, 03.12.2015. STF - RE 581.488 RS, o Relator: min. DIAS TOFFOLI, Data de julgamento: 03-12-2015, Tribunal Pleno, Data da Publicação : DJ de 08-04-2016.)

A regionalização e hierarquização são princípios organizacionais do sistema. A hierarquização organiza os procedimentos/atendimentos em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a determinada área geográfica, sendo planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com a definição e conhecimento da clientela a ser atendida. A regionalização é, na maioria das vezes, um processo de articulação entre serviços já existentes, objetivando buscar o comando unificado do mesmo. (CUNHA, 2017, p. 18).

A hierarquização, além de proceder à divisão de níveis de atenção (baixa, média e alta complexidade), deve garantir formas de acesso a serviços que componham toda a complexidade requerida para o caso, no limite dos recursos disponíveis em cada região. Ainda, deve-se incorporar uma rotina

de acompanhamento de serviços, com fluxos de encaminhamentos (instituições de referência) e de retorno de informações ao nível básico do serviço. Tais caminhos somam a integralidade da atenção com o controle e a racionalidade dos gastos do sistema. (CUNHA, 2017, p. 18).

Em processo que tramita na 1ª Vara do município de Bom Jesus do Itabapoana, é possível observar o Judiciário garantindo a transferência de pacientes para centro de referências devido ao estado gravíssimo de saúde do autor:

Face ao exposto, adotando as razões expendidas pela parte autora para fundamentar a presente decisão, com fulcro, pois, no artigo 300, do CPC, DEFIRO, independentemente de caução, o pedido liminar formulado (inaudita altera pars), ou seja, para determinar que os réus MUNICÍPIO DE BOM JESUS DO ITABAPOANA, ESTADO DO RIO DE JANEIRO E CONFERÊNCIA SÃO JOSÉ DO AVAI, solidariamente, no prazo de 24 h (vinte e quatro horas) promovam a transferência da Autora, através de transporte aéreo (helicóptero - inclusive, se for o caso, utilizando-se do corpo de bombeiros, polícia militar, defesa civil ou outro órgão que disponha de aeronave apta a realização do transporte, inclusive de empresas de remoções particulares), para hospital de referência cadastrado junto ao SUS, apontando-se o Instituto Nacional de Cardiologia, situado à Rua das Laranjeiras, nº 374, Laranjeiras, Rio de Janeiro - RJ, CEP 22.240-006 ou a Maternidade Perinatal Barra, situada à Avenida Embaixador Abelardo Bueno, nº 201, Barra da Tijuca, Rio de Janeiro - RJ, CEP 22.775-040, arcando com todos os custos necessários para realização da cirurgia cardíaca de emergência, sob pena de multa diária no valor de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), em caso de descumprimento da ordem judicial, intimando-se os respectivos representantes legais da pasta da área da saúde (Secretário Municipal de Saúde e Secretário Estadual de Saúde), bem como o Gestor da Conferência São José do Avaí, pessoalmente, através de Oficial de Justiça, na pessoa de seu representante legal, ficando ciente que, caso o referido tratamento não esteja disponível na rede pública, a parte autora deverá ser removida para estabelecimento particular, arcando os réus com os custos do tratamento, ficando ciente que a multa poderá incidir, a critério do Juízo, diretamente sobre o responsável do respectivo departamento.(TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, proc nº 0000450-73.2021.8.19.0010)

O Supremo Tribunal Federal, acerca desse controle e racionalidade de gastos do sistema se posiciona:

O STF, apreciando o tema 855.178 da repercussão geral no recurso especial, deu parcial provimento ao recurso extraordinário, nos termos do voto do Ministro Luiz Fux, Redator para o acórdão, vencidos os Ministros Teori Zavascki, Roberto Barroso e Marco Aurélio, não se manifestando a Ministra Cármen. 1. É da Jurisprudência do Supremo Tribunal Federal que o tratamento médico adequado aos necessitados se insere no rol de 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. 3, as ações que demandem fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA deverão necessariamente ser propostas em face da união”,. Plenário, 23.05.2019.(STF - RE 855.178 SE, o Relator: min. LUIZ FUX, Data de julgamento: 22-05-2019, Tribunal Pleno, Data da Publicação : DJ de 16/04/2020.)

A regionalização deve ter como norte a hierarquização, devido os níveis de complexidade requerida pelas necessidades de saúde dos indivíduos. A rede de ações, orientada pelo Princípio da Integralidade, deve se organizar desde as ações de promoção, prevenção e da recuperação estendendo-se até ações de maiores complexidades, como diagnósticos, cirurgias e Internações. (MOURA; MATTA 2007, p. 61).

A organização do sistema pode requerer uma rede de serviço que pode ultrapassar o limite do município, sendo necessário o firmamento de convênios com outros municípios para atender às demandas sanitárias do cidadão. Neste diapasão, o Princípio da Descentralização, através de seu viés de pactuação como a Comissão Intergestora Bipartite (CIB), participando na constituição da rede e no campo estratégico das referências e contrarreferência intermunicipais. (MOURA; MATTA 2007, p. 61).

O Princípio da Hierarquia é definido como a organização da rede de serviços, dividindo-se de acordo com o nível de complexidade. A hierarquização está presente no processo de trabalho em saúde, entre o trabalho simples e o trabalho complexo. Isto é, por exemplo, as atividades que envolvem a atenção primária possuem um nível de complexidade menor que outras atividades no âmbito hospitalar ou cirúrgico. Conhecer a complexidade do trabalho, necessidades científico-tecnológicas em saúde em seus múltiplos ambientes

far-se-á necessário para entender o fluxo organizacional da rede de serviços presentes no SUS, orientadas pelo princípio da integralidade. (MOURA; MATTA 2007, p. 16).

Por fim, a diretriz da participação popular, tendo em vista que, o SUS foi fruto de um amplo debate democrático. (CUNHA, 2017, p. 19) Democratização que deve estar presente no dia a dia do sistema de saúde. Isto é, a participação popular é a gestão social do sistema, através de Conselhos de Saúde e Conferências de saúde, que têm como função formular estratégias, controlar e avaliar a política de saúde. Os conselhos de Saúde devem existir nos três níveis de governo, são órgãos deliberativos de caráter permanente, compostos com a representatividade de toda a sociedade.

Assim sendo, a composição deve ser paritária, com metade de seus membros representando os usuários e, a outra metade, o conjunto composto por governo, trabalhadores da saúde e prestadores privados. Os conselhos devem ser criados por lei do respectivo âmbito de governo, em que serão definidas a composição do colegiado e outras normas de seu funcionamento. (CUNHA, 2017, p. 19).

Um último aspecto que merece destaque é o da complementaridade do setor privado. Diretriz que traduz sob quais condições o setor privado deve ser contratado, caso o setor público mostre-se incapaz de atender a demanda programada. Primeiramente, devem-se priorizar os serviços privados não lucrativos ou filantrópicos. Para celebração de contrato, devem ser seguidas as regras do direito público. Todo serviço privado contratado passa a seguir as determinações do sistema público, no que tange a regras de funcionamento, organização e articulação com o restante. Para a contratação de serviços, os gestores deverão proceder à licitação de acordo com a Lei Federal nº 8.666/93. (CUNHA, 2017, p. 19).

O Poder Executivo, através da mensagem nº 360/89 se posiciona sobre a convivência entre os setores públicos e privados:

Na lógica do SUS, é estabelecida ainda uma nova forma de relacionamento com os subsectores filantrópico e privado, baseado em normas éticas e na existência de qualidade da prestação de serviços. Não se contrapõem, aqui, os subsectores público e privado, mas é definida uma clara regra de convivência, cuja essência é a garantia da disponibilidade de

serviços, com as qualificações requeridas, para o franco acesso dos usuários. (BRASIL, 1989).

Os princípios e diretrizes do SUS, apesar de reconhecidos legalmente e sendo operados em quase todo o país, ainda estão muito distantes de atingir seus objetivos mais expressivos para a construção de um sistema universal, equânime e integral. Igualmente, seu reconhecimento legal e seus embates diários em prol dos serviços de saúde, na comunidade, nos conselhos de saúde, nas secretarias e nas instituições de formação são uma motivação assídua para fazer valer à pena a luta emblemática pelo direito à saúde (LIMA; SOUZA, 2017, s.p).

A consolidação do SUS depende também de um novo projeto, societário, de superação histórica iniquidades sociais e econômicas que persistem em existir no Brasil e na construção de um modelo de Estado que se responsabilize por políticas sociais que possam convergir e potencializar o ideário da Reforma Sanitária brasileira. (MATTA, 2007, p.19).

2.3 OBJETO DE INCIDÊNCIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

As condições nas quais os indivíduos nascem, crescem, trabalham e envelhecem influenciam demasiadamente a sua saúde e podem gerar desigualdades significativas nas condições de saúde deles. Existem basicamente dois tipos de desigualdades em saúde (MARMOT, 2015 *apud* VIEIRA, 2020, p. 17). O primeiro tipo ocorre dentro de um mesmo país, em que se constata a existência de uma gradiente social. Isto é, quanto mais rica é a área onde as pessoas residem, melhor é a sua saúde.

O segundo tipo, entretanto, diz respeito às desigualdades em saúde entre os países, quanto mais rico é o país mais saudável é sua população. Contudo, vale à pena destacar que, uma renda maior é um fator importante na determinação da saúde de uma população, porém não é o único fator que influencia a saúde. Isso porque, entre os países pobres, o aumento da renda nacional está ligado a melhores condições de saúde, outrossim, entre países ricos, ser mais rico far-se-á muito pouco pela saúde. (MARMOT, 2015, *apud*,

VIEIRA, 2020, p. 17).

A partir da última década no Brasil, um crescente número de novas e originais demandas judiciais tendo por objeto a prestação de serviços de saúde desaguou no Poder Judiciário reclamando a tutela do Estado-juiz em face da Administração Pública (ORSATTO, 2017, p. 45). Fenômeno decorrido de outro – a judicialização da política – denominando – se como judicialização da saúde por levar aos tribunais demandas sociais tendo por causa pedir agravo à saúde do cidadão. O fenômeno da judicialização da saúde atinge níveis ainda mais expressivos do que seria de esperar por sua relevância no mundo das relações socioeconômicas. (INSPER, 2019, p. 7).

Um único e icônico caso, da Fosfoetanolamina, conhecida também como “pílula do câncer”, resultou, no período de oito meses, cerca de 13 mil liminares para que a Universidade de São Paulo fornecesse medicamento ainda não aprovado pela ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) cuja eficácia ainda não havia sido comprovada por meio de estudos técnicos. (DALLARI, 2017 *apud*, INSPER 2019, p. 7).

Problema que não se restringe a casos isolados. O número de demandas judiciais relativas à saúde aumentou 130% entre 2008 e 2017, enquanto o número total de processos judiciais cresceu 50%(INSPER, 2019, p. 7). Segundo o Ministério da Saúde, em sete anos houve um crescimento de aproximadamente 13 vezes nos seus gastos com demandas judiciais, atingindo R\$ 1,6 bilhão em 2016 (INSPER, 2019, p. 7). Montante ainda que pequeno frente ao orçamento público para a saúde, representando parte substancial para impactar a política de compra de medicamentos, um dos principais objetos das demandas judiciais. (INSPER, 2019, p. 7).

A judicialização da saúde possui uma série de eventos que comprovam que, as pessoas acreditam que tudo pode acontecer. O caso da retinose pigmentar, resumidamente, demonstra tal situação, inexistia solução médica para o problema oftalmológico e, ainda assim, o Supremo Tribunal Federal através do RE 368.564, autorizou o tratamento no exterior. (CONASS, 2018, p. 17). Nos processos judiciais em que se busca um tratamento paliativo para a doença, muita das vezes a judicialização do medicamento apenas irá amenizar o sofrimento do doente sem apresentar um resultado curativo. (CONASS, 2018, p. 17).

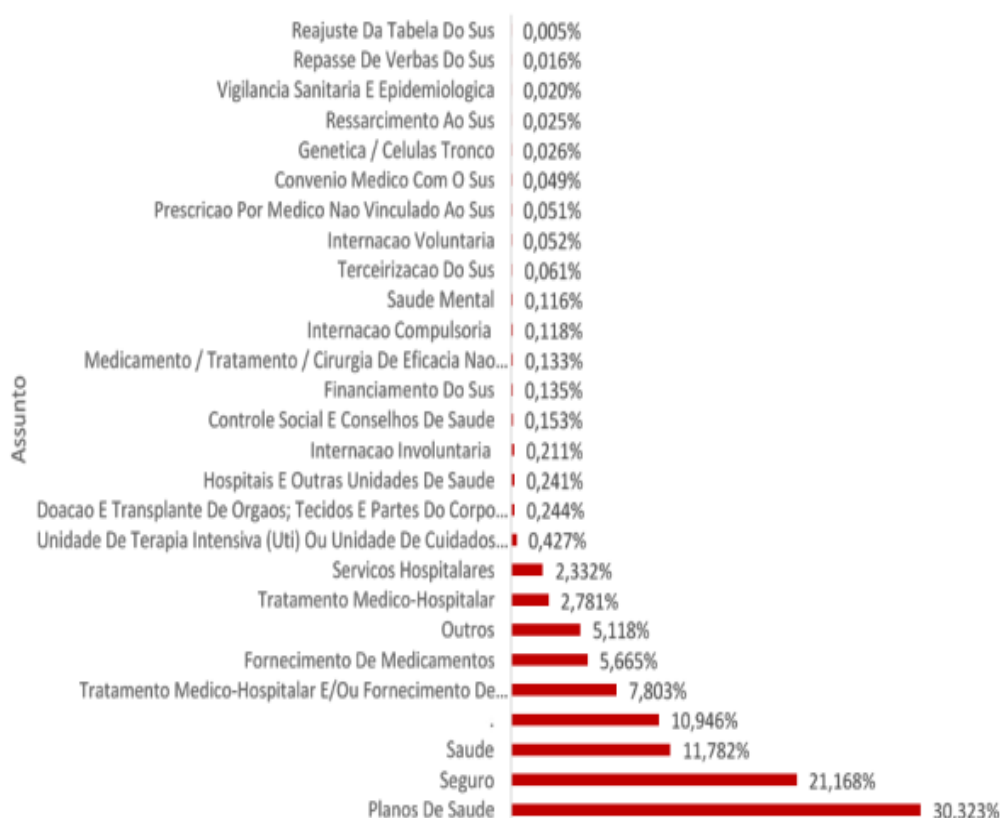
É possível que o atendimento requerido exija uma melhor qualidade de atenção, portanto, os problemas de saúde que não forem resolvidos no nível da atenção básica, deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica, organizados de forma municipal ou regional, e a inadimplência, ou a mora na transferência podem ocasionar em demanda judicial objetivando o atendimento para tratar o paciente de acordo com suas necessidades. (SOLLA; CHIORO, s.d, p. 14):

Trata-se de Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência ajuizada por A.O.B, representada por J.E.B em face de MUNICÍPIO DE BOM JESUS DO ITABAPOANA, ESTADO DO RIO DE JANEIRO E CONFERÊNCIA SÃO JOSÉ DO AVAI, devidamente qualificados. Aduz a parte autora em sua inicial, que conta com 3 dias de vida, estando internada em UTI neonatal do Hospital São José do Avai, em Itaperuna, RJ, apresentando quadro de CARDIOPATIA GRAVE.(...) Face ao exposto, adotando as razões expendidas pela parte autora para fundamentar a presente decisão, com fulcro, pois, no artigo 300, do CPC, DEFIRO, independentemente de caução, o pedido liminar formulado (inaudita altera pars), ou seja, para determinar que os réus MUNICÍPIO DE BOM JESUS DO ITABAPOANA, ESTADO DO RIO DE JANEIRO E CONFERÊNCIA SÃO JOSÉ DO AVAI, solidariamente, no prazo de 24 h (vinte e quatro horas) promovam a transferência da Autora, através de transporte aéreo (helicóptero - inclusive, se for o caso, utilizando-se do corpo de bombeiros, polícia militar, defesa civil ou outro órgão que disponha de aeronave apta a realização do transporte, inclusive de empresas de remoções particulares), para hospital de referência cadastrado junto ao SUS, apontando-se o Instituto Nacional de Cardiologia, situado à Rua das Laranjeiras, nº 374, Laranjeiras, Rio de Janeiro - RJ, CEP 22.240-006 ou a Maternidade Perinatal Barra, situada à Avenida Embaixador Abelardo Bueno, nº 201, Barra da Tijuca, Rio de Janeiro - RJ, CEP 22.775-040, arcando com todos os custos necessários para realização da cirurgia cardíaca de emergência, sob pena de multa diária no valor de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), em caso de descumprimento da ordem judicial, intimando-se os respectivos representantes legais da pasta da área da saúde (Secretário Municipal de Saúde e Secretário Estadual de Saúde), bem como o Gestor da Conferência São José do Avai, pessoalmente, através de Oficial de Justiça, na pessoa de seu representante legal, ficando ciente que, caso o referido tratamento não esteja disponível na rede pública, a parte autora deverá ser removida para estabelecimento particular, arcando os réus com os custos do tratamento, ficando ciente que a multa poderá incidir, a critério do Juízo, diretamente sobre o responsável do respectivo Departamento. Expeçam-se os atos de materialização, com urgência, ficando o encarregado da diligência autorizado a promover a intimação

pelos meios idôneos de comunicação eletrônica, conforme previsto na Consolidação Normativa. Defiro a gratuidade de justiça à autora. Dê-se ciência ao Ministério Público. Citem-se. Intimem-se.(TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, proc nº50-73.2021.8.19.0010).

Na sentença supra, o Exmo. Juiz defere liminar para transferência imediata da paciente para centro de alta complexidade devido ao quadro de saúde dela. 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”. É possível observar, uma participação muito elevada dos assuntos “Plano de Saúde”, mostrando a relevância da litigância judicial na esfera da saúde suplementar, segue figura do quantitativo de processo/assunto: (INSPER, 2019, p. 49).

Figura 3. Número de Processos de Saúde por Assunto 2008-2018



(INSPER, 2019, p. 50)

A priori, cumpre salientar que a Constituição de 1988 assegura à iniciativa privada o direito de atuar na assistência à saúde. A participação das

instituições privadas nesse campo deverá ocorrer de forma complementar ao SUS, seguindo as diretrizes por este estabelecidas. (QUAGLIATO, 2020, s.p).

O conceito de plano de saúde está previsto no artigo 1º da Lei 9.656/1998. A sua transcrição faz-se necessária: Plano Privado de Assistência à saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais. Podendo ser o preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente, escolhidos integrantes ou não da rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica. O pagamento poderá ser feito de forma integral ou parcial às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor. (BRASIL, 1998).

Nessa linha, os verbetes nº 597 e nº 609 do STJ se posicionam sobre, respectivamente, sobre a cláusula contratual e da cobertura securitária:

Súmula 597: A cláusula contratual de plano de saúde que prevê carência para utilização dos serviços de assistência médica nas situações de emergência ou de urgência é considerada abusiva se ultrapassado o prazo máximo de 24 horas contado da data da contratação. (BRASIL, 2017)

Súmula 609: A recusa de cobertura securitária, sob a legação de doença preexistente, é ilícita se não houve a exigência de exames médicos prévios à contratação ou a demonstração de má-fé do segurado. (BRASIL, 2018)

Os planos de saúde podem ser ressarcidos pelo SUS, o artigo 32 da Lei 9656/98 – conhecida como LPS (Lei dos Planos de Saúde), segundo:

Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o §1º, desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS (Agência Nacional de Saúde), os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em Instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 1998)

O ressarcimento será devido sempre que um consumidor de plano de saúde ou seus dependentes forem atendido pelo SUS e os serviços prestados

pelo sistema público constarem respectivos contratos particulares. (REIS, s.d, p. 39). O objetivo do ressarcimento é restituir os gastos realizados pela rede pública usando o tratamento de pessoas filiadas a planos privados de assistência à saúde, tendo em vista que o tratamento é coberto pelo contrato do plano. Os tratamentos prestados pelo Sistema Único de saúde, que não constem no contrato privado, não são objeto do ressarcimento. (REIS, s.d, p. 39).

Assim, se uma pessoa que possui plano possuindo assistência odontológica dirige-se ao SUS, em que recebe atendimento médico-hospitalar, não há que se falar em ressarcimento, afinal, o serviço prestado pelo sistema público não era coberto pelo plano plano privado. Isto é, se o plano oferece assistência médico-hospitalar, mas não cobre um tratamento de quimioterapia, caso a pessoa se dirige ao SUS para obtê-lo, o ressarcimento não é devido. (REIS, s.d, p. 40).

O artigo 8º do art. 32 da Lei dos Planos de Saúde “valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos que tratam o inciso I e o §1º desta Lei”. (REIS, s.d, p. 40). Interferindo que o SUS não poderá receber menos do que paga aos hospitais e instituições conveniados e contratados. Outrossim, as operadoras não obrigadas a ressarcir mais do que pagariam a sua rede credenciada. A referida lei fixou apenas os limites mínimos e máximos para o ressarcimento. Objetivando a cobrança devida, por meio de Resolução nº 9, de 3 de dezembro de 1998, instituindo, assim, a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (REIS, s.d, p. 40):

Art 3º. O ressarcimento será cobrado de acordo com os procedimentos estabelecidos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos – TUNEP, aprovada pelo Conselho de Saúde Suplementar, de acordo com o § 1º do Artigo 32, da Lei nº 9.656/98. Paragrafo único. A TUNEP identificará os procedimentos, proporcionando a uniformização das unidades de cobrança em todo o território nacional e definirá os valores de referência. (BRASIL, 1998).

Interessante observar a discussão judicial existente na Itália, em que a Autoridade de Garantia da Concorrência e do Mercado (AGCM) aplicou multa à Roche e à Novartis no valor de 90,6 e 92 milhões de euros, respectivamente,

ao fundamento de que os dois laboratórios celebraram acordo que visava obter uma diferenciação artificial entre os medicamentos Avastin e Lucentis, manipulando a percepção dos riscos da utilização do Avastin em Oftalmologia. (CONASS, 2019, p. 17).

No plano processual, muita das vezes, sequer existe interesse jurídico para deflagrar a ação judicial, tendo em vista que, é indispensável, de acordo com a teoria processualística, comprovar que a pretensão é necessária e que trará algum benefício em prol do autor da ação. Mas, se a doença é rara e não há evidência científica sobre o tratamento, o que se deve fazer? Indeferir a petição inicial ou permitir o prosseguimento da ação? A segunda segue sendo a escolha majoritária pelo judiciário, em prol da maximização do Direito à Saúde, no qual se compreende tentar tratamentos cientificamente não comprovados. (CONASS, 2019, p. 19).

No Brasil, também houve gigantesco aumento de prescrições do Lucentis, em detrimento do Avastin. Em detrimento disso, o Estado Brasileiro (SUS) e os planos de saúde podem ter utilizado muito mais recursos do que precisariam, em prol de tratamentos oftalmológicos. Isto se a premissa seguida pelo Tribunal de Justiça da União Europeia considerar concreta que houve uma “relação de substituição entre Lucentis e Avastin” (CONASS, 2019, p. 19).

Neste sentido, em 2020 o STF se manifesta da seguinte forma:

O Tribunal, apreciando o tema 500 da repercussão geral, deu parcial provimento ao recurso extraordinário, nos termos do voto do Ministro Roberto Barroso, Redator para o acórdão, vencidos os Ministros Marco Aurélio (Relator) e Dias Toffoli (Presidente). Em seguida, por maioria, fixou-se a seguinte tese: “1. O estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos experimentais. 2. A ausência de registro na ANVISA impede, como regra geral, o fornecimento de medicamento por decisão judicial. 3. É possível, excepcionalmente a concessão judicial de medicamento sem registro sanitário, em caso de mora irrazoável da ANVISA em apreciar o pedido (prazo superior previsto na Lei nº 13.411/2016), quando preenchidos três requisitos: (i) a inexistência do pedido de registro do medicamento no Brasil (salvo no caso de medicamentos órfãos para doenças raras e ultrarraras); (ii) a existência de registro do medicamento em renomadas agências de regulação do exterior; e (iii) a inexistência de substituto terapêutico com registro no Brasil. 4. As ações que demandem fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA deverão necessariamente ser propostas em face da União”, vencido o

Ministro Marco Aurélio. Ausente, justificadamente, o Ministro Celso de Mello. Plenário, 22.02.2019.(STF - RE 657.718 MG , o Relator: min. MARCO AURÉLIO, Data de julgamento: 22-05-2019, Tribunal Pleno, Data da Publicação : DJ de 10/11/2020.)

O direito à saúde não pode ser garantido indiscriminadamente, sem que seja observada a necessária repartição administrativa de competências, situação que se mostra ainda mais evidente quando envolve o pedido de fornecimento de tratamentos oncológicos, cujo custo é elevado. Segundo os arts. 196, 197 e 198 da Constituição, as ações e serviços de saúde constituem um sistema único e integram uma rede regionalizada e descentralizada, cuja participação de todos os entes é obrigatória. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

A fim de melhor elucidar a questão existem premissas necessárias à compreensão da política pública de saúde no que tange ao fornecimento de medicamentos. No âmbito SUS, as ações relativas à Assistência Farmacêutica são pautadas pela Política Nacional de Medicamentos e pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica, ambas reguladas pelas portarias n. 3.916/1998 e pela Resolução n. 338/2004, respectivamente. (CONASS, 2019, p. 138).

Pois bem, os medicamentos disponíveis no SUS são aqueles padronizados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), divididos em Componente Básico, Estratégico e Especializado, sendo que a incorporação de medicamentos nessa relação cabe tão somente ao Ministério da Saúde. O Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), cabe aos municípios geri-la e destinam-se à aquisição dos medicamentos da atenção básica em saúde, conforme a RENAME. Também o Componente Estratégico de Assistência Farmacêutica (CESAF) abrange os medicamentos utilizados para tratamento de doenças de perfil endêmico ou com imenso impacto socioeconômico. Tais medicamentos são adquiridos pelo Ministério da Saúde, distribuídos aos Estados e sua dispensação se dá, geralmente, através das UBS (Unidades Básicas de Saúde) dos municípios onde o paciente reside. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

O ponto comum que se identifica na acerca da dos objetos de incidência do sus diz respeito à integralidade no SUS. Busca-se, no âmago, responder “como” e “em que medida” o Estado deve fornecer obrigações prestacionais positivas ao indivíduo e à coletividade. Para essa construção, há

que se entender, primeiramente, que a integralidade não significa, em nenhum momento algum, “tudo para todos”. De outro lado, insta apresentar um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços de saúde, com o objetivo deconcretizar a promoção, proteção e recuperação da saúde, compreendendo todos os níveis de atenção à saúde, conforme previsto na CF de 1988 e na Lei n. 8.080/90. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

A integralidade está umbilicalmente ligada à descentralização, à regionalização e às redes de atenção à saúde. Também está relacionada ao registro nacional de tecnologias em saúde, às pesquisas clínicas e à incorporação de tecnologias no SUS. A organização do acesso às ações e serviços de saúde em sistemas públicos universais, seja no Brasil ou em qualquer outro país, está relacionada à compatibilização das necessidades sanitárias da população com os orçamentos limitados, públicos e, no caso brasileiro, insuficientes, a partir de regras racionais, seguras, claras e transparentes. O gestor público deve aliar a racionalidade, a observância do binômio custo-efetividade, o “não desperdício” (Princípio da Reserva do Possível), a finitude dos recursos financeiros, o benefício para um número maior de pessoas, dentre outros tantos elementos, para tomar uma ou outra decisão, num país de necessidades tão díspares. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

É sabido que o objetivo de todos os poderes é resguardar as conquistas relacionadas à efetivação dos direitos fundamentais e humanos. No entanto, essecuidado requer atuação ponderada, fundamentada e compromissada socialmente, sob pena de submeter pessoas ao risco elevado à saúde e levar políticas públicas ao colapso. Nesse campo de saúde pública, a importância da Medicina Baseada em Evidência, dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas e da distinção entre análise de tecnologias em saúde e sua incorporação – ou não – no SUS, logo, refletiram na formação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, a CONITEC, regulada por lei. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Assim, a judicialização da saúde deve ser vista no perímetro da reserva do possível no âmbito da técnica e contabilidade financeira, havendo uma análise crítica viabilizando as ações, como por exemplo, a falta de comprovação científica de um medicamento requerido. 25 a 30% do total de

medicações solicitadas judicialmente incluem aqueles contidos na lista oficial. (COSTA, 2020, p. 12).

Igualmente, essa evidência remete aos nós críticos do sistema público de saúde, sobretudo ao subfinanciamento e a má gestão dos recursos, que se tornam incapaz de oferecer integralmente o que se propõe assegurar como direito aos cidadãos brasileiros e justifica-se a busca pelo judiciário a fim de adquirir algo previsto legalmente. Entretanto, a maior parte dos requerimentos ainda reside em medicações e tratamentos não disponíveis pelo SUS, fato que se associa fortemente às prescrições médicas que favorecem certos laboratórios. (COSTA, 2020, p. 13).

O aceite imediato despreza alternativas eficazes contidas no serviço público acarretando o oferecimento de outras extremamente caras que poderiam ser contempladas pelo sistema com um custo muito menor (COSTA, 2020, p. 13). Será que esses profissionais trabalham exclusivamente no SUS ou tem duplo vínculo com o privado? São influenciados pelas interações comerciais com as indústrias farmacêuticas? São privilegiados prescrevendo medicamentos e tratamentos específicos? O subfinanciamento do SUS impede em grande parte a aquisição e compra das medicações e tratamentos, logo, a judicialização não deixa de ser um meio de incorporar novas tecnologias e pressionar o gestor a garantir os interesses do privado. (COSTA, 2020, p. 13).

Devido à complexidade da judicialização da saúde, há um longo caminho a ser percorrido, objetivando a importância como meio para assegurar o direito à saúde em condições respeitáveis com os parâmetros financeiros do SUS. Embora tal fenômeno seja um meio de garantir o direito à saúde prevista na CF, o mesmo veio crescendo significativamente refletindo negativamente ao sistema público de saúde. Ao gerar despesas adicionais de alto valor e ao exigir a realocação de recursos que comprometem o interesse coletivo em detrimento a um pequeno grupo de indivíduos, gerando desigualdade do acesso e potencializando iniquidades sociais. Há uma clara fragilidade entre Judiciário e Executivo. A criação de comitês estaduais e municipais voltados à temática far-se-á necessário em prol da mediação sanitária para contornar razoavelmente tal fenômeno. (COSTA, 2020, p. 13).

3 A EFICIÊNCIA ENQUANTO PRINCÍPIO ORIENTADOR DA POLÍTICA DO SUS

Não é de hoje que a busca pelo planejamento perfeito de inúmeros administradores. Planejamento pode ser definido como processo pelo qual determinamos qual caminho será tomado em busca da situação desejada, diagnosticando assim, uma “antemão” em prol de mudar a situação atual para chegar a uma condição definida como desejável. (KUSCHNIR, 2010, p. 101. *apud* SELAU, 2014, s.p).Vários são os conceitos de eficiência perante a administração pública, dentre eles, destaca-se, o posicionamento de Hely Lopes Meirelles, que narra “na administração prestadora, construtiva, não basta ao administrador atuar de forma legal e neutra é fundamental que atue com eficiência, produzindo resultados satisfatórios”.

Nesse sentido, não adianta que o administrador seguir os Princípios Constitucionais da Legalidade, Impessoalidade, Moralidade, Publicidade, e da eficiência, assunto amplamente debatido na literatura jurídica. Partindo desde entendimento inicial, a administração pública visa os interesses coletivos, englobando a tutela das fronteiras, matérias relacionadas à segurança e paz. Incluindo, também, necessidades básicas da pessoa. (LIMA, 2016, *apud*, MEIRELLES, 1996. p. 90).

Com a promulgação da Emenda Constitucional 19 de 1998, deve ser dada ênfase à Lei que dispõe sobre o regime de concessão e permissão de prestação de serviços públicos previsto no art. 175 da Constituição Federal, em seu 6º artigo, em que há referência a eficiência como requisito essencial para uma boa prestação de serviço público, qual seja: (SELAU, 2014, p. 9).

Art. 6º Toda concessão ou permissão pressupõe a prestação de serviço adequado ao pleno atendimento dos usuários, conforme estabelecido nesta Lei, nas normas pertinentes e no respectivo contrato. § 1º Serviço adequado é o que satisfaz as condições de regularidade, continuidade, eficiência, segurança, atualidade, generalidade, cortesia na sua prestação e modicidade das tarifas. (BRASIL, 1998).

A década de 90 foi tida como a década de mudanças na administração pública. Houve uma transição gerencial na qual o Estado passou a ser um

grande gerente, deixando de ser um prestador, um grande regulador que buscou para si elementos anteriormente, apenas visto, junto à iniciativa privada. (SELAU, 2014, p. 10). Diante da atual situação financeira no país, com cortes consideráveis no investimento público em saúde, a eficiência da gestão é vista por diversos autores como essencial, para que não sejam negados tratamentos por falta de recursos. (DERMINDO *et al*, 2020, p. 4).

Para a economia, o critério de eficiência se soma aos de eficácia e efetividade, sofisticando, o primeiro, que passa a ser entendido como a minimização dos custos dos insumos ou maximizar os produtos em prol de alcançar os objetivos. Busca-se uma gestão eficiente, sendo a meta dos gestores e dos serviços públicos. Uma gestão que busca a eficiência é uma gestão que planeja. O planejamento é ponto crucial na busca de serviços e ações eficientes, apesar de no país ter-se que a saúde pública é caracterizada, geralmente, por um perfil um efetivo sistema de custos e pela falta de profissionalização. (SELAU, 2014, p. 13).

Um conceito de política pública, segundo Bucci:

A política pública é definida como um programa de ação governamental, porque consiste num conjunto de medidas articuladas (coordenadas), cujo escopo é dar impulso, isto é, movimentar a máquina do governo, no sentido de realizar algum objetivo de ordem pública ou, na ótica dos juristas, concretizar um direito. (BUCCI, 2006, s.p *apud* SELAU, 2014, p. 13).

O planejamento é ponto crucial na busca de serviços e ações eficientes, apesar de no país ter-se que a saúde pública é caracterizada, geralmente, por um perfil um efetivo sistema de custos e também pela falta de profissionalização. (SELAU, 2014, p. 13). De outra vertente, o princípio da eficiência, o qual afirma que a administração pública deve reger seus atos sempre almejando a otimização de resultados, tendo em vista o aprimoramento dos serviços e das atividades prestadas. Tal preceito fora adotado tendo em vista a transição do modelo burocrático para o modelo gerencial. (SELAU, 2014, p. 10).

Fato é que, no país, políticas públicas estão sendo utilizadas para favorecer um grupo seleto de pessoas, no caso, os administradores públicos.

(LIMA; SOUZA, 2014, p. 4). O sítio eletrônico G1 expõe alguns desses casos:

Um projeto de lei apresentado na Câmara Municipal de Goiânia propõe aumentar os salários dos vereadores, do prefeito e vice. No entanto, segundo a Procuradoria Jurídica da própria Câmara, o texto contém erros e impedimentos.

O projeto é de autoria do vereador Milton Garcez (Patriota). A reportagem tentou contato com o parlamentar na Câmara e por telefone, na manhã desta sexta-feira (4), mas não obteve retorno. No projeto de lei, Garcez justifica que o assunto não é tratado pela Câmara Municipal desde 2012 e que, na época da última discussão, a proposta foi vetada pelo então prefeito e teve o veto mantido pela Casa. O texto propõe fixar o salário de um prefeito ao de um deputado federal. Já o vice-prefeito e os secretários municipais passariam a receber o mesmo valor que os vereadores. Por sua vez, os vereadores receberiam 75% do pagamento de um deputado estadual. A Constituição Federal estabelece que, em municípios com mais de 500 mil habitantes, como é o caso de Goiânia, o salário dos vereadores deve corresponder a 75% do valor pago aos deputados estaduais, o que está previsto no projeto. No entanto, a Constituição também determina que a despesa com a remuneração dos parlamentares não pode ultrapassar o montante de 5% da receita municipal. Além disso, o texto constitucional estabelece que a remuneração dos funcionários públicos não pode ultrapassar o salário dos ministros do STF, com limite, nos municípios, ao salário do prefeito. Se a proposta de Garcez fosse aprovada, o prefeito de Goiânia, que no último pagamento recebeu R\$ 27 mil, passaria a ganhar R\$ 33,7 mil. Já os vereadores, que receberam R\$ 15,6 mil, passariam a ganhar R\$ 18,9 mil. (G1, 2020, online).

No mesmo sentido, o mesmo sítio eletrônico de grande notoriedade exibe reportagem semelhante:

Um projeto de lei apresentado na Câmara Municipal de Ji-Paraná (RO), a cerca de 380 quilômetros de Porto Velho, causou indignação em moradores, que protestaram durante uma sessão de votação nesta terça-feira (15). A proposta era aumentar salários do prefeito, vice-prefeito, secretários e vereadores, além de aumentar a taxa de coleta de lixo e o Imposto Predial Territorial Urbano (IPTU).

O maior aumento seria no salário de vice-prefeito, que passaria de R\$ 9 mil para R\$ 20 mil. Os reajustes começariam a valer a partir de 2022. A proposta foi apresentada pelo vereador Joaquim Teixeira (MDB). Ele é o atual presidente da casa e vai ocupar o cargo de vice-prefeito a partir do próximo ano. Teixeira venceu a eleição no último dia 15 de novembro na chapa com Isaú Fonseca (MDB).

Indignados e com a intenção de barrar aprovação do projeto, centenas de moradores foram até o plenário da Câmara. A Polícia Militar (PM) foi chamada para acompanhar a situação. Outra proposta em pauta, apresentada pelo atual prefeito Affonso Candido (DEM), previa aumento de 113% na taxa da coleta de lixo e quase 4% no IPTU.

Após a aprovação do projeto, uma emenda foi apresentada para zerar os aumentos nos salários, taxa e imposto. O presidente da Câmara e vice-prefeito eleito, Joaquim Teixeira, não quis falar com a reportagem. (G1, 2020, online)

Quando se fala em eficiência na Administração Pública, significa que o gestor público deve gerir a máquina pública com efetividade, economicidade, transparência e moralidade em prol de cumprir metas estabelecidas (OLIVEIRA, 2017, s.p). Nos dizeres de Celso Antônio Bandeira de Melo:

Quanto ao princípio da eficiência, não há nada a dizer sobre ele. Trata-se, evidentemente, de algo mais do que desejável. Contudo, é juridicamente tão fluido e de tão difícil controle ao lume do Direito, que mais parece um simples adorno agregado ao art. 37 ou o extravasamento de uma aspiração dos que burilam no texto. De toda sorte, o fato é que tal princípio não pode ser concebido (entre nós nunca é demais fazer ressalvas óbvias) senão na intimidade do princípio da legalidade, pois jamais suma suposta busca de eficiência justificaria postergação daquele que é o dever administrativo por excelência. Finalmente, anote-se que este princípio da eficiência é uma faceta de um princípio mais amplo já superiormente tratado, de há muito, no Direito italiano: o princípio da boa administração. (MELO, 2013, p.98)

O modelo de Estado Social que fora aprimorado com o advento da Constituição Federal de 1998 impôs ao Estado um grande rol de serviços que este deveria garantir a toda sua população. (SELAU, 2014, p. 10). Contudo o Estado tornou-se uma grande máquina morosa e burocrática que não mais conseguiria prestar de forma eficiente seus serviços. Neste ponto surge a ideia da administração pública gerencial, em que o Estado passa a delegar funções. executará o serviço, por este ter recebido do Estado essa função. (ALEXANDRINO, 2017, p. 68).

A chamada descentralização administrativa ocorre quando o Estado passa a desempenhar suas funções através de outras pessoas, e não pela administração direta. A descentralização pressupõe duas pessoas distintas: o Estado (a União, o Distrito Federal, um estado ou município) e a pessoa que

executará o serviço, por este ter recebido do Estado essa função. (ALEXANDRINO, 2017, p. 68). Ela será efetivada mediante outorga quando o Estado cria uma entidade (pessoa jurídica) e ela transfere determinado serviço público. Ainda na visão do mesmo autor:

A doutrina aponta como fundamento dessa modalidade de descentralização o assim chamado princípio da especialização (ou da especialidade): um ente federado - União, estados, Distrito Federal ou municípios - edita uma lei por força da qual competências específicas, nela discriminadas, que originariamente foram a ele atribuídas, passarão a ser exercidas por uma pessoa jurídica distinta (uma entidade de sua administração indireta), no pressuposto teórico de que essa especialização propiciará maior capacitação para o desempenho ótimo daquelas competências. (ALEXANDRINO, 2017, p. 68)

Houve a criação de inúmeras agências reguladoras que passaram a regularizar e fiscalizar os serviços que até então eram oferecidos e implantados pelo Estado, agora, concedidos a iniciativa privada para devida prestação. (SELAU, 2014, p.10). Todas as concessões foram feitas devido a aceitação de ideias defendidas junto a iniciativa privada, em prol do custo/benefício, otimização de serviços e também na celeridade dos mesmos. O princípio da eficiência, enfim, declara que a administração pública deve reger seus atos sempre almejando o máximo resultado, tendo em vista o aprimoramento dos serviços e das atividades prestadas.

Todos os princípios do sistema devem ser tratados como verdadeiros condões para concretizar os direitos e garantias fundamentais dos indivíduos, os quais concretizarão através de uma ampla participação democrática. (SELAU, 2014, p. 10). Para a professora Maria Sylvia Di Pietro, o Princípio da Eficiência pode ser descrito em duas vertentes:

Relativamente à forma de atuação do agente público, espera-se o melhor desempenho possível de suas atribuições, a fim de obter os melhores resultados;
Quanto ao modo de organizar, estruturar e disciplinar a administração pública, exige-se que este seja o mais racional possível, no intuito de alcançar melhores resultados na prestação dos serviços públicos. (DI PIETRO, s.a, s.d *apud*, ALEXANDRINO, 2017, p. 296).

Outro aspecto da eficiência nos termos do art 39, § 2º Constituição:

§ 2.º A União, os Estados e o Distrito Federal manterão escolas de governo para a formação e o aperfeiçoamento dos servidores públicos, constituindo-se a participação nos cursos um dos requisitos para a promoção na carreira, facultada, para isso, a celebração de convênios ou contratos entre os entes federados. (BRASIL, 1988)

Ainda na visão de Marcelo Alexandrino e Vicente Paulo, sobre a relação da eficiência com a economia:

A noção de eficiência vincula-se à de economicidade, princípio expresso no art. 70, caput, da Carta de 1988, acerca do controle financeiro da administração pública. Deve-se buscar que a prestação de serviços públicos (em sentido amplo) ocorra do modo mais simples, mais rápido e mais econômico, melhorando a relação custo/benefício da atividade da administração. O administrador deve sempre procurar a solução que atenda da melhor maneira o interesse público, levando em conta o ótimo aproveitamento dos recursos disponíveis, conforme essa análise de custos e dos benefícios correspondentes. (ALEXANDRINO; PAULO, 2017, p. 297).

Ponto chave relacionado ao Princípio da Eficiência administrativa e seus mecanismos de controle é a sua relação com a atuação discricionária do administrador público, sendo particularmente importante o controle judicial. (GABARDO, 2017, s.p). A importância do Princípio da Eficiência é atenuada pela preponderância pragmática do Princípio da Legalidade. Isto é, é notável a inclusão expressa do Princípio da Eficiência ultrapassar as barreiras da impossibilidade de sindacabilidade dos atos administrativos. (GABARDO, 2017, s.p).

A tradicional teoria dos atos administrativos divide-os em vinculados, não deixando margem para qualquer apreciação subjetiva do agente, obrigando-o a agir de certa forma em função de realizar determinados pressupostos legais. (GABARDO, 2017, s.p). Esta divisão, de extrema problematidade, vinha prestando-se como óbice para a apreciação do judiciário em uma imensa gama de atos administrativos. Atualmente, entretanto, o Poder Judiciário vem conquistando a prerrogativa de interferir cada vez mais no âmbito de decisão administrativa. (GABARDO, 2017, s.p).

Recurso extraordinário. Constitucional e administrativo. Direito à saúde. Tratamento médico. Responsabilidade solidária dos entes federados. Repercussão geral reconhecida. Reafirmação de jurisprudência. 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. (STF - RG RE: 855178 PE - PERNAMBUCO 0005840-11.2009.4.05.8500, Relator: Min. LUIZ FUX, Data de Julgamento: 05/03/2015, Data de Publicação: DJe-050 16-03-2015).

A eficiência foi inserida como princípio no texto constitucional com a EC 19/1998 e refere-se à atuação dos agentes e modo organizacional do sistema para o melhor resultado administrado. Celso Antônio Bandeira de Mello esclarece:

Se os interesses públicos são indisponíveis, se são interesses de toda a coletividade, os atos emitidos a título de implementá-los não de ser exibidos em público. O princípio da publicidade impõe a transparência na atividade administrativa exatamente para que os administrados possam conferir se está sendo bem ou mal conduzida. (MELLO, 2006, s.p)

Além da mudança citada em sede constitucional, diversas alterações nas normas constitucionais têm sido realizadas tendo como modelo o Princípio da Eficiência. (ALEXANDRE; DEUS, 2017, p. 115). Nesse contexto, destaca-se a publicação da Lei de Responsabilidade das Estatais (Lei nº 13.302/2016). Dentre as diversas novidades estatuídas pelo novo diploma, destacam-se a estipulação de notório conhecimento, tempo de experiência profissional e formação acadêmica como requisitos para que alguém seja nomeado para o Conselho de Administração ou Diretoria de uma empresa pública ou sociedade de economia mista (art. 17) (ALEXANDRE; DEUS, 2017, p. 115).

Vale a pena destacar que, assim sendo, a eficiência é princípio que soma aos demais princípios administrativos, não se sobrepondo a qualquer deles, o que significa que a função administrativa, a ser desempenhada de forma eficiente, deverá ser exercida, entre outros aspectos, em conformidade com o Princípio da Legalidade (ALEXANDRE; DEUS, 2017, p. 115).

3.1 A RESSIGNIFICAÇÃO DA EXPRESSÃO “ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA” À LUZ DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL

A eficiência tem como norte a “boa qualidade”. A partir disso, a sociedade passa a dispor de fundamento jurídico expreso para atingir tal princípio., como por exemplo, o Estado precisa assegurar educação e saúde de qualidade ao menos satisfatória A eficiência é um princípio balizador de toda a administração pública. (ALEXANDRE; DEUS, 2017, p. 297).

Não é difícil perceber que a inserção desse princípio revela o descontentamento da sociedade diante de sua antiga impotência para lutar contra a deficiente prestação de tantos serviços públicos. Tal prestação, já causou incontáveis prejuízos aos usuários. De fato, sendo tais serviços prestados pelo Estado ou por delegados seus, sempre ficaram inacessíveis para os usuários os meios efetivos para assegurar seus direitos (CARVALHO, 2017, p. 53).

Os poucos meios existentes se revelavam insuficientes para sanar as irregularidades cometidas pelo Poder Público na execução dos serviços. (CARVALHO, 2017, p. 53). A inclusão do princípio em tela, que passara a ser expreso na Constituição, suscitou numerosas e severas críticas por parte de alguns estudiosos. Sendo uma delas a imprecisão do termo. Isto é: quando dizer que a atividade administrativa é eficiente ou não? Por outro lado, afirma-se ainda, de nada adianta a referência expressa na Constituição se não houver por parte da administração pública a intenção de melhoria na gestão da coisa pública e dos interesses da sociedade. Com efeito, nenhum órgão público se tornará eficiente por ter sido a eficiência qualificada como princípio na Constituição. (CARVALHO, 2017, p. 53).

Segundo Hely Lopes Meirelles (2005, s.p), o Princípio da Eficiência exige que a atividade administrativa seja exercida com presteza, perfeição e rendimento funcional. É o princípio mais moderno da administração pública, já que não se contenta em desempenhar apenas com a legalidade, mas sim, exigindo resultados positivos para o serviço público e satisfatório atendimento das necessidades da comunidade e de seus membros, não podendo se contentar com o atendimento parcial das necessidades do usuário.

(ALEXANDRE; DEUS, 2017, p. 114).

O que precisa mudar é a mentalidade dos governantes, em prol de buscar os reais interesses da coletividade e o afastamento dos interesses pessoais dos mesmos. Somente assim, poderá falar em eficiência. (CARVALHO, 2017, p. 53). Incluído em mandamento constitucional, o princípio pelo menos prevê para o futuro maior oportunidade para os indivíduos exercerem sua real cidadania contra tantas falhas e omissões do Estado. Ou seja, trata-se, na verdade, de um dever constitucional da Administração, que não pode ser desrespeitado, sob pena de serem responsabilizados os agentes que deram causa a essa violação. (CARVALHO, 2017, p. 53).

O Poder Judiciário, desde que provocado, e a própria administração pública têm competência para aferir a eficiência em atuações administrativas. (ALEXANDRINO; PAULO, 2017, p. 298). Os atos que contrariam o Princípio da Eficiência são ilegais ou ilegítimos, teoricamente, ensejando sua anulação e, salvo se isso gerar algum prejuízo ainda maior ao interesse público, o desfazimento das medidas administrativas que deles decorrerem: sendo dolosa ou culposa a conduta dos agentes públicos envolvidos, deverá ser promovida a responsabilização cabível. (ALEXANDRINO; PAULO, 2017, p. 298).

Porém, verifica-se, que, na maioria das vezes, o operador do direito não tem condições de examinar as consequências globais de suas decisões, em função de não considerar fatores coletivos como o número de cidadãos atingidos pela política eleita e maximização dos resultados, apenas fixam-se no exame do direito individual. Ademais, o STF tem caminhado no sentido de dar prevalência ao direito à vida e à saúde em detrimento das limitações financeiras do estado, conforme verifica-se no trecho do acórdão a seguir: (TEIXEIRA; BLIACHERIENE, 2012, p. 66)

Tal como pude enfatizar em decisão por mimproferida no exercício da Presidência do Supremo Tribunal Federal, em contexto assemelhado ao da presente causa (Pet1.246/SC), entre proteger a inviolabilidade do direito à vida e à saúde, que se qualifica como direito subjetivo inalienável assegurado ato dos pela própria Constituição da República (art. 5º, "caput" e art. 196), ou fazer prevalecer, contra essa prerrogativa fundamental, um interesse financeiro e secundário do Estado, entendo - uma vez configurado esse dilema - que razões de ordem ético-jurídica impõem ao julgador uma só e possível opção: aquela que privilegia o respeito indeclinável à vida e à

saúde humanas. Cumpre não perder de perspectiva que o direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República. 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 que visem garantir, aos cidadãos, o acesso universal e igualitário à assistência médico-hospitalar. O caráter programático daregra 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 (JOSÉ CRETELLA JÚNIOR, "Comentários à Constituição de 1988", vol.VIII/4332-4334, item n. 181, 1993, Forense Universitária) – não pode converter-se em promessa constitucional inconsequente, 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 (RE 509569 /SC. Rel. Min. Celso de Mello. DJ14/03/2007).

O ordenamento jurídico brasileiro prevê, através do controle judicial da atividade administrativa, nos termos do art. 5º, XXXV da Constituição Federal que “a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça do direito”. Esse controle confere ao ordenamento de segurança jurídica necessária para afastar a sociedade de qualquer tipo de arbitrariedade e preservação dos direitos dos administrados. Nesse sentido, Celso Antônio Bandeira de Mello, trata o Princípio do Controle Jurisdicional dos Atos Administrativos da seguinte forma (BARROS, 2006, p. 190):

É bem de ver, de exigência impostergável à idéia de Estado de Direito. Com efeito, de nada valeria proclamar-se o assujeitamento da Administração à Constituição e às leis, se não fosse possível, perante um órgão imparcial e independente, contrastar seus atos com as exigências delas decorrentes, obter-lhes a fulminação quando inválidos e as reparações patrimoniais cabíveis. Os sistemas pelos quais tais contrastes se fazem e a amplitude com que são admitidos comportam variações em função dos regimes jurídico-positivos, mas, evidentemente, não poderiam deixar de existir. Nos países do continente europeu, em sua grande maioria, o controle jurisdicional da Administração, em relação à quasetotalidade dos atos administrativos, não é feito pelo Poder Judiciário, mas por órgãos independentes e autônomos que, todavia, são integrantes da própria Administração³⁵⁵. Dito modelo resulta de peculiaridades históricas próprias da vida

daqueles países e da formação dos respectivos Direitos Administrativos. Entre nós, que adotamos, neste particular – e felizmente –, o sistema anglo-americano, há unidade de jurisdição, isto é, cabe exclusivamente ao Poder Judiciário o exercício pleno da atividade jurisdicional. Ato algum escapa ao controle do Judiciário, pois nenhuma ameaça ou lesão de direito pode ser subtraída à sua apreciação (art. 5.º, XXXV, da Constituição). Assim, todo e qualquer comportamento da Administração Pública que se faça gravoso a direito pode ser fulminado pelo Poder Judiciário, sem prejuízo das reparações patrimoniais cabíveis. (MELLO, s.d, p. 82-83 *apud* BARROS, 2006, p. 190-191)

Celso Fernandes Campilongo descreve o importante papel que é exercido pelo Poder Judiciário para o fortalecimento da democracia:

Num contexto de crise do Estado social, o Judiciário ganha uma função especial de guardião da legalidade e da moralidade das eleições e do controle das políticas públicas. Seu papel para o aprofundamento da democracia tem essas duas dimensões básicas: de um lado, garantir a plena eficácia das regras do processo eleitoral, notadamente no que respeita ao uso dos meios de comunicação em massa; de outro, garantir a plena eficácia dos programas de ação social do Estado. O desrespeito de um ou outro conjunto de regras implica violação de direitos subjetivos de natureza pública. Sua tutela judicial não é simples nem rotinizada. Entretanto, sem essa atuação do Judiciário a democracia corre sérios riscos. Essa é a função política do Judiciário: promover o acoplamento estrutural entre a política e o direito por intermédio da aplicação da Constituição. (CAMPILONGO, 2008, p. 108 *apud* BARROS, 191-192, 2006).

Há doutrinadores que referenciam o controle judicial como uma intromissão do Poder Judiciário nas atividades desenvolvidas pela Administração pública, o que é chamado de judicialismo, segundo José Afonso da Silva:

O movimento ou a prática que conduz o Judiciário a intrometer-se nas atividades da Administração Pública, a título de verificar a ocorrência de improbidade. Preocupa, contudo, a possibilidade real de o Judiciário se imbuir da função de guarda da moralidade pública e, a pretexto de exercê-la, avançar ao fundo do mérito, da oportunidade e conveniência de atividade da Administração Pública. No âmbito municipal isso já vem acontecendo de modo preocupante. Não se trata aqui da velha questão do governo dos juízes, mas de uma forma de controle de ações governamentais, que, por ir além da razoabilidade a

que se há de ater a jurisdição, terá forte conteúdo político a entravar a atuação do governante. (ROCHA, 1995, *apud* BARROS, 2006, p. 192).

Seguindo o mesmo raciocínio, Adilson Abreu Dallari cita os excessos ou desdobramentos do controle de legalidade, que invade o mérito da atuação administrativa, senão leia-se:

Fica claro que se trata de um momento atual de desordem no complexo jurídico e administrativo nacional, uma vez que o objetivo determinado pela Constituição é de oferecer saúde de qualidade a todos. Determinação na qual não vem se cumprindo no cenário atual. (LIMA; SOUZA, 2014, p. 5). O administrador público não deve se esquecer de que a mesma Constituição, em seu artigo 37, prevê que União, Estados e Municípios, estão sujeitos ao princípio da eficiência, ou seja, a carta magna prevê a saúde pública como direito de todos e dever do estado, porém com eficiência. (LIMA; SOUZA, 2014, p. 5).

O Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais não reconheceu recurso interposto pela parte, sob argumento de não restar comprovado a eficácia do medicamento e, também, seu alto custo, ferindo o princípio da reserva do possível e dificultando políticas públicas:

Agravo de instrumento. Judicialização do direito à saúde. Organização do SUS. Assistência farmacêutica. Medicamento não padronizado. Existência de dúvidas técnicas quanto à sua eficácia. Princípio da reserva do possível. Recurso desprovido. 1. A saúde é direito fundamental que se concretiza por meio de prestações estatais que assegurem o acesso de todos à assistência farmacêutica, médica e hospitalar, bem como às políticas públicas voltadas para esse fim. 2. A eficácia desse serviço público, notadamente de assistência farmacêutica, depende da seleção e distribuição à população, para atingir o maior número possível de pessoas. Para esse desiderato, o estabelecimento de diretrizes e critérios de aquisição de medicamentos, norteados pelos princípios da seletividade e distributividade, requer padronização, muitas vezes incompatível com a especificidade do caso. 3. Isso não quer dizer que o Poder Público não tenha obrigação de garantir ao cidadão necessitado dessa assistência quando o medicamento não se encontrar no rol daqueles fornecidos. A ponderação dos valores contidos nos princípios em conflito: dignidade humana; mínimo existencial; da reserva do possível e do orçamento, possuem pesos diferentes, sendo que os dois primeiros devem prevalecer, desde que demonstrado que o

não atendimento lhe suprimirá o mínimo de qualidade de vida, incluído aí a saúde. 4. Havendo dúvida técnica quanto à eficácia do medicamento pleiteado, o qual, além de não ser padronizado pelo SUS, é de alto preço, há de se colocar em relevo o princípio da reserva do possível, sob pena de se inviabilizar a política pública de saúde sob uma perspectiva universal. (TJ-MG - AI: 10000170127583001 MG, Relator: Bitencourt Marcondes, Data de Julgamento: 14/05/0017, Câmaras Cíveis / 1ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 17/05/2017).

Sobre a competência do judiciário acerca das decisões da administração, explana Moreira Neto e Dallari:

Não há como aceitar a competência do Judiciário para decidir sobre as prioridades da Administração, pois isso viola o princípio da separação dos poderes (ou, mais exatamente, de funções governamentais), agride o princípio representativo, não se coaduna com o planejamento democrático e desmantela todo o sistema de elaboração e execução orçamentária. (MOREIRA NETO, 2003 *apud* DALLARI, s.d, p. 228).

Nesta seara, é de fácil compreensão que todos os setores da administração pública se engrenam, tendo o estado como obrigação reduzir as assimetrias deles, para que assim seja efetivado o princípio da eficiência na saúde pública e, não somente, mas nos outros setores essenciais. (LIMA; SOUZA, 2014, p. 6). Portanto, fica claro que passamos por um momento de desordem no complexo jurídico e administrativo nacional, uma vez que o objetivo determinado pela Constituição é de oferecer saúde de qualidade a todos, o que não vem se cumprindo no cenário atual. (LIMA; SOUZA, 2014, p. 5)

O administrador público não deve se esquecer de que a mesma Constituição, em seu artigo 37, prevê que União, Estados e Municípios, estão sujeitos ao princípio da eficiência, ou seja, a Carta Magna prevê saúde pública como direito de todos e dever do estado, porém com eficiência. (LIMA; SOUZA, 2014, p. 5). Entretanto, a ineficiência no setor público da saúde traz ao Estado gastos desnecessários, onde se ele adotasse o parâmetro da prevenção, em diversos casos seria dispensável o tratamento. (LIMA; SOUZA, 2014, p. 6). Fato é que a população, de maneira rigorosa, recolhe seus impostos e em troca espera políticas públicas eficientes, que lhe garantam o mínimo existencial.

Quanto à eficiência no tratamento de doenças e, à competência do estado, leia-se a jurisprudência:

Ementa: agravo regimental no recurso extraordinário. Administrativo. Fornecimento de medicamento. Dever do estado. Solidariedade entre os entes da federação. Acórdão em conformidade com a jurisprudência deste tribunal. 1. O fornecimento de tratamento médico adequado aos necessitados se insere no rol dos deveres do Estado e deve ser prestado de forma solidária entre os entes da federação. Precedentes: ARE 772.150/RJ, Rel. Min. Cármen Lúcia, DJe 17/10/2013, RE 716.777-AgR/RS, Rel. Min. Celso de Mello, Segunda Turma, DJ 16/5/2013, e ARE-AgR 744.223, Rel. Min. Rosa Weber, DJe 11/9/2013. 2. In casu, o acórdão originariamente recorrido assentou: “paciente portadora de doença oncológica neoplasia maligna de baço pessoa destituída de recursos financeiros direito à vida e à saúde necessidade imperiosa de se preservar, por razões de caráter ético-jurídico, a integridade desse direito essencial fornecimento gratuito de meios indispensáveis ao tratamento e à preservação da saúde de pessoas carentes dever constitucional do Estado (CF, arts. 5º, caput, e 196) precedentes (STF) responsabilidade solidária das pessoas políticas que integram o estado federal brasileiro consequente possibilidade de ajuizamento da ação contra um, alguns ou todos os entes estatais recurso de agravo improvido.” 3. Agravo regimental desprovido. (RE 717290 AgR, Relator(a): LUIZ FUX, Primeira Turma, julgado em 18/03/2014, PROCESSO ELETRÔNICO DJe-067 DIVULG 03-04-2014 PUBLIC 04-04-2014).

A eficiência é um fundamento lógico para todos os setores da administração, seja na educação, seja no ramo da energia, adotando políticas de proteção ambiental, manutenção de segurança pública ou até mesmo realizar políticas públicas sociais mais eficientes em prol da erradicação da pobreza. (LIMA; SOUZA, 2014, p. 6).

3.2 O PARADIGMA PRINCIPIOLÓGICO DA EFICIÊNCIA COMO ORIENTADOR DA POLÍTICA DO SUS

É de fácil compreensão que todos os setores da administração pública se engrenam, tendo o estado como obrigação reduzir as assimetrias desses setores, para que, por fim, seja efetivado o princípio da eficiência na saúde

pública. (LIMA; SOUZA, 2014, p. 6). É sabido que muitos ainda insistem no argumento instituído por políticos, de que falta verba aos cofres da saúde. Para fluir o raciocínio, segue a proposta de Matheus Carvalho:

Essa história maniqueísta de contraposição entre financiamento e eficiência se repete a cada novo governo. De um lado, o discurso de necessidade de buscar a eficiência que fará render melhor os recursos atuais. De outro, um discurso de busca de financiamento que dizem ser uma proposta descabida, pois mais dinheiro, sem eficiência, levará a mais perda de recursos. (CARVALHO, 2013, p.19 *apud* LIMA; SOUZA, 2014, p. 6)

Ou seja, mais verbas destinadas à saúde, de maneira ineficiente, causariam um aumento da ineficiência, isto é, verbas seriam destinadas de maneira errônea, ou até mesmo seriam desviadas. No pensamento do mesmo autor, é exposto:

Minha avaliação sobre estes dois polos da discussão é de que as duas questões são fundamentais, indissociáveis, nessa área de saúde pública. Tenho evidências de um lado, que me levam a ter certeza que o financiamento é insuficiente para a saúde pública e, de outro, existe ineficiência. Essa é a pior associação: insuficiência e ineficiência que se potencializam. (CARVALHO, 2013, p. 19 *apud* LIMA; SOUZA, 2014, p. 7).

É possível observar ainda que, no Brasil, o valor arrecadado com tributos aumenta a cada ano:

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Planejamento Tributário (IBPT), estima-se que a arrecadação tributária do Estado brasileiro, incluindo União, Estados e Municípios, correspondeu, em 2005, a aproximadamente R\$ 733 bilhões. Em 2004, foram R\$ 650,15 bilhões, e, em 2003, R\$ 553,18 bilhões. (BARCELLOS, 2010, p.102 *apud* LIMA; SOUZA, 2014, p. 7)

Consequentemente, o problema do sistema de saúde brasileiro não está totalmente atrelado aos gastos públicos com o mesmo, isto é, o problema de tamanha ineficiência não está relacionado à falta de verba destinada à saúde (MÉDICI, 2011, p. 46 *apud* LIMA 2016, p. 65). O que realmente acontece é que a população e os administradores em geral criaram uma utopia,

uma forma de fazer política, dizendo que o Brasil gasta pouco com saúde pública, para que todos os anos, seja reafirmada a promessa de mais verbas à saúde. Simplesmente a verba é jogada no sistema, sem fiscalização ou gerenciamento, sem foco ao devido destino, resultando assim, num investimento ineficaz. (MÉDICI, 2011, p. 46 *apud* LIMA 2016, p. 65).

Com esse evidente descontrole na fiscalização, gerenciamento acerca das verbas relacionadas à saúde, o STF tem sedimentado entendimento, compreendido também pelo STJ, de que cabe aos próprios Estados e Municípios a autonomia de gerenciar suas finanças destinadas ao Sistema Único de Saúde, mediante a prestação de contas a União, que também possui interesse na efetivação dos Direitos Fundamentais. (LIMA, 2016, p. 65).

Seguem os julgados:

Agravo regimental no conflito de competência. Processo penal. Crimes de quadrilha, falsidade ideológica, peculato e corrupção passiva. Desvio de verbas provenientes do sistema único de saúde - SUS. Controle do poder executivo federal e do tribunal de contas da união. Competência da Justiça Federal. Súmula 208/stj. 1. Segundo o posicionamento do Supremo Tribunal Federal e desta Corte de Justiça, compete à Justiça Federal processar e julgar as causas relativas ao desvio de verbas do Sistema Único de Saúde - SUS, independentemente de se tratar de repasse fundo a fundo ou de convênio, visto que tais recursos estão sujeitos à fiscalização federal, atraindo a incidência do disposto no art. 109, IV, da Carta Magna, e na Súmula 208 do STJ. 2. O fato de os Estados e Municípios terem autonomia para gerenciar a verba financeira destinada ao SUS não elide a necessidade de prestação de contas perante o Tribunal de Contas da União, nem exclui o interesse da União na regularidade do repasse e da correta aplicação desses recursos. 3. Portanto, a competência da Justiça Federal se mostra cristalina em virtude da existência de bem da União, representada pelas verbas do SUS, bem como da sua condição de entidade fiscalizadora das verbas federais repassadas ao Município. 4. Não trazendo o agravante tese jurídica capaz de modificar o posicionamento anteriormente firmado, é de se manter a decisão agravada na íntegra, por seus próprios fundamentos 5. Agravo regimental a que se nega provimento. (STJ - AgRg no CC: 122555 RJ 2012/0097833-4, Relator: Ministro OG FERNANDES, Data de Julgamento: 14/08/2013, S3 - TERCEIRA SEÇÃO) (BRASIL, 2013).

O julgado acima demonstra que deve haver um controle nas verbas destinadas à saúde, ora que se trata de um bem de interesse social, cabendo a responsabilização e cuidado por parte de todos os entes federativos, sejam

eles os municípios ou os estados, assim como o Distrito Federal, e principalmente a União. (LIMA, 2016, p. 66).

Outrossim, em seara criminal acerca daqueles que agiram com desvio de finalidade as verbas destinadas da efetivação do Sistema Único de Saúde, cabe ao agente delitivo restituir os cofres públicos, com atualização monetária acrescido de valores legais:

Tomada de contas especial. Desvio de finalidade na aplicação de recursos do sistema único de saúde - sus, destinados às atividades de vigilância epidemiológica e controle de doenças e de ações específicas de promoção, prevenção e combate à aids. Rejeição das alegações de defesa do município de itapema/sc. Fixação de novo e improrrogável prazo para recolhimento da dívida. Prazo superado sem o pagamento do valor devido. Contas irregulares. Débito. Multa aos exgestores. 1. O ente público responde pela restituição do débito quando, comprovadamente, houver se beneficiado pela aplicação irregular de recursos federais desviados de sua finalidade, nos termos do art. 3º da Decisão Normativa n. 57/2004 do TCU. 2. Não observado o cumprimento do novo prazo concedido para recolhimento do débito apurado, julgam-se irregulares as contas, condenando-se o ente público ao pagamento da dívida quantificada, atualizada monetariamente, e acrescida dos consectários legais (TCU 02885220117, Relator: MARCOS BEMQUERER, Data de Julgamento: 02/07/2013).

Pois bem, o acórdão acima se manifesta no sentido que o ente público é responsável pela restituição do débito, se demonstrado que ele proveio de desvio de finalidade, cujo objetivo seria aplicar recursos ao Sistema Único de Saúde. (LIMA, 2016, p. 66). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o coronavírus é uma família de vírus que pode causar doenças em animais ou humanos. Em humanos, esse vírus causa infecções respiratórias que podem ser desde um resfriado comum até doenças mais severas como a Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS) e a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS). O novo coronavírus causa a doença chamada COVID-19. (UNIMED, s.a, p. 3)

O adoecimento produzido pelo novo coronavírus tem se mostrado severo em muitos casos, principalmente por pessoas acometidas por comorbidades crônicas, o que se potencializa devido à facilidade de disseminação. Diante disso, em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou que o surto da doença causada pelo coronavírus constitui Emergência de Saúde

Pública de Importância Internacional (ESPII). (DALLAZEN, 2020, p. 1).

Diante dessa situação pandêmica causada pelo COVID-19, os gastos públicos exigidos envolvem setores prestacionais imediatos nas áreas de saúde, política sanitária, assistência social e principalmente despesas tributárias. Gastos que, em época de crise se amoldam hodiernamente. (DALLAZEN, 2020, p.1).

Desde a declaração de emergência em saúde pública de importância internacional, por meio da Portaria 188/2020, pelo Ministério da Saúde, a União efetivou diversos repasses para Estados e Municípios para o enfrentamento de emergência. (VECHI *et al*, 2020, p. 1)

Ocorre que, com experiências passadas, anteriores do momento atual da crise sanitária, esse cenário emergencial contribui para a ampliação do risco de prática de condutas fraudulentas e corruptas, na medida em que é propício o abuso da situação emergencial para obter ganhos ilícitos. (FLORÊNCIO FILHO; ZANON, 2020, p. 3).

Ainda, vale a pena destacar que tal conduta criminosa, representa um fenômeno que atinge com maior força as classes sociais mais desfavorecidas. São essas que sofrem mais com o desvio de recursos públicos, pois, em geral, dependem de hospitais públicos que prescindem de uma adequada infraestrutura e possuem menos equipamentos e suprimentos necessários para o tratamento da COVID-19, que, no caso, precisariam das verbas desviadas. (FLORÊNCIO FILHO; ZANON, 2020, p. 3).

O Sistema Único de Saúde compreende todas as ações e serviços de saúde estatais das esferas federal, estadual, municipal e distrital, bem como os serviços na seara privada, sejam eles contratados ou conveniados. Dito isso, a gestão do SUS ocorre de maneira descentralizada, com competência tripartite entre os Entes Federativos, conforme dispõe o art. 198, I, da Constituição de 1988, posteriormente regulamentado pela Lei nº 8.080/90 e pela Lei nº 8.142/90. (DALLAZEN, 2020, p. 4)

No mesmo sentido, dispõe o §3º do art. 77 do ADCT, incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000:

Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os

transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74 da Constituição Federal. (BRASIL, 2000)

Os primeiros repasses feitos pela União aos Estados e Municípios, para combate à COVID-19, ainda no mês de abril, conforme é possível observar no Portal da Transparência do Governo Federal, foram realizados na modalidade “fundo a fundo”, isto é, diretamente do Fundo Nacional da Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais.(DALLAZEN, 2020, p. 4).

Os recursos destinados ao combate da pandemia cuja arrecadação são previstas na Medida Provisória 938/2020 e no art. 5º, I, da Lei Complementar 173/2020, devem ser repassados por meio dos respectivos fundos de participação, consoante determinado pelo artigo 1º, § 3º, inciso II, da Medida Provisória 938/2020 e do artigo 5º, § 6º, da LC 173. (VECHI, *et al*, 2020, p. 3). Explicação da medida provisória:

Estabelece que a União prestará apoio financeiro aos estados e aos municípios mediante o repasse do montante correspondente à variação nominal negativa entre os valores creditados pelos Fundos de Participação dos Estados e do Distrito Federal (FPE) e dos Municípios (FPM), de março a junho do exercício de 2020, em relação ao mesmo período de 2019, anteriormente à incidência de descontos de qualquer natureza, limitados à dotação orçamentária específica para essa finalidade. Estipula que o valor do apoio financeiro será de até R\$ 4 bilhões por mês e totalizará até R\$ 16 bilhões no período. Caso a diferença apurada para um mês específico seja maior do que R\$ 4 bilhões, os recursos disponíveis para os meses seguintes poderão ser utilizados mediante autorização do Ministério da Economia. Já na hipótese de que essa diferença seja menor do que R\$ 4 bilhões, somente os valores apurados serão repassados. Por fim, se a diferença apurada no total dos quatro meses for maior do que R\$ 16 bilhões, o repasse para cada ente federativo será realizado de forma proporcional ao valor disponível.(BRASIL, 2020)

A fiscalização, em cada esfera federativa, dar-se-á por meio dos respectivos órgãos de controle interno, pelos Conselhos de Saúde, pelos Tribunais de Contas e pelo Ministério Público. É o que estabelece o artigo 27 da LC 141/2012:

Art. 27. Quando os órgãos de controle interno do ente

beneficiário, do ente transferidor ou o Ministério da Saúde detectarem que os recursos previstos no inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal estão sendo utilizados em ações e serviços diversos dos previstos no art. 3º desta Lei Complementar, ou em objeto de saúde diverso do originalmente pactuado, darão ciência ao Tribunal de Contas e ao Ministério Público competentes, de acordo com a origem do recurso, com vistas:

I - à adoção das providências legais, no sentido de determinar a imediata devolução dos referidos recursos ao Fundo de Saúde do ente da Federação beneficiário, devidamente atualizados por índice oficial adotado pelo ente transferidor, visando ao cumprimento do objetivo do repasse;

II - à responsabilização nas esferas competentes. (BRASIL, 2012).

É possível observar que estabeleceu competência fiscalizatória concorrente quanto aos recursos que financiam o SUS, de acordo com a origem do recurso. (VECHI *et al*, 2020, p. 8). Diante disso, em caso de malversação, os recursos sejam devolvidos ao Fundo de Saúde do ente da Federação beneficiário, evidenciando que os recursos que financiam o SUS, uma vez alocados aos fundos respectivos, a ele se incorporam, formando um patrimônio apartado do patrimônio do ente financiador e lesado, de forma definitiva, às ações e serviços de saúde atreladas ao fundo lesado. (VECHI *et al*, 2020, p. 8).

As transferências na esfera da saúde são feitas na modalidade “fundo a fundo” estão expostas na Lei n.º 8.142/90 e regulamentadas pelo Decreto n.º 1.232/94, no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS). Por seu turno, a Lei n.º 8.080/90 disciplina, em seu art. 33, que “os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.” (DALLAZEN, 2020, p. 4).

O Ministério da Saúde expediu a Portaria nº 480, em 23 de março de 2020, regularizando o recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde, a ser disponibilizado aos estados e Distrito Federal, destinados às ações de saúde para o combate ao Coronavírus - COVID 19, nos seguintes termos:

Art. 1º Fica estabelecido recurso do Bloco de Custeio das

Ações e Serviços Públicos de Saúde no montante de R\$ 600.000.000,00 (seiscentos milhões de reais), a ser disponibilizado, em parcela única, aos estados e Distrito Federal, constantes do anexo desta Portaria, destinado ao custeio das ações de saúde relacionadas ao enfrentamento da circulação do "COVID19" no Brasil. (...)

Art. 3º Fica determinado que o Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para a transferência dos montantes financeiros estabelecidos nas Deliberações das Comissões Intergestores Bipartites - CIBs a serem repassados aos Fundos Municipais e Estaduais de Saúde, em parcela única, e processo autorizativo encaminhado pela Secretaria de Atenção Especializada à Saúde.

Art. 4º Os recursos orçamentários, objeto desta Portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.122.5018.21C0.6500 - Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional Decorrente do Coronavírus. (BRASIL, 2020).

Outrossim, no Brasil, o índice de corrupção já era bastante elevado antes mesmo da decretação das políticas de emergência, os fatos indicam que a situação não parece ser diferente, e que há possibilidades desse índice se elevar. A Polícia Judiciária brasileira já está a realizar operações para investigar o superfaturamento de compras na área da saúde, em varios estados brasileiros. (FLORÊNCIO FILHO; ZANON, 2020, p. 6).

Ainda em 2020, o Governo Federal pagou 185% a mais que o preço real em produtos para o combate do Covid-19, ao realizar compras emergenciais. Nesse sentido, o Ministério Público de Contas de São Paulo, por intermédio de seu Procurador-Geral, representou ao Tribunal de Contas do Estado para que haja apuração de possíveis irregularidades cometidas pela Secretaria da Saúde do Governo do Estado de São Paulo na aquisição de 340.000 aventais de proteção, operação batizada de "Nudus". (POLÍCIA FEDERAL, 2020, s.p).

Inicialmente, é importante destacar que o Sistema de Saúde pátrio é baseado no sistema de competência tripartite. Tal sistema funciona da seguinte forma: Os recursos financeiros ficam nos cofres da União para cobrir seus gastos e, também, serem repassados aos Estados. Diante do recebimento destes recursos, o Estado realiza o repasse aos municípios, responsáveis por colocar em prática as políticas públicas do setor da saúde. (COIFMAN, 2020, s.p).

A Lei Complementar nº 141/2012, dispõe dos valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios. No que tange a ações e serviços públicos de saúde, estabelece, também, critérios de rateio dos recursos transferidos para a saúde e normas fiscalizadoras e controle de despesas (DALLAZEN, 2020, p. 6). Segue artigo 3º da referida Lei Complementar:

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

I - vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;

II - atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;

III - capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);

IV - desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;

V - produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;

VI - saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;

VII - saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;

VIII - manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;

IX - investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;

X - remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;

XI - ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e XII - gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde. (BRASIL, 2012)

Diante a crise sanitária atual, o STF estabeleceu como parâmetro, em ocasião do julgamento da ADI nº 6.341, a competência comum administrativa

entre os Entes. Devido a referida crise, fez-se necessária uma atuação conjunta dos Entes Federativos, a fim de, uma fiscalização conjunta entre o *Parquet* estadual e federal. (DALLAZEN, 2020, p. 7).

A respeito, é necessário a leitura da relatoria do Ministro Luiz Fux, na RCL nº 39.790:

Como é sabido, o Brasil e o Mundo enfrentam hoje grave crise, decorrente da pandemia da Covid-19, cujos efeitos, por óbvio, extrapolam as fronteiras dos continentes e países. Numa tal situação, faz-se necessária, mais que nunca, a existência de harmonia e de coordenação entre as ações públicas dos diversos entes federativos, de sorte que as medidas governamentais adotadas para o enfrentamento da aludida pandemia extrapolam em muito o mero interesse local, referido no inciso I do art. 30 da Constituição Federal. (STF - RJ - RCL nº 39.790/2020, Relator: Ministro ROSA WEBER, Data de Julgamento: 08/05/2020, (BRASIL, 2020)

Perante essa atuação em conjunto dos Entes Federativos, a União vem repassando recursos financeiros, a título de transferências constitucionais e de “fundo a fundo” para Estados e Municípios aplicarem no enfrentamento à pandemia. Quanto a esta última, apesar da maioria da doutrina ser no sentido de que por estar sujeita à fiscalização de órgão federal, a aplicação correta dos recursos é do interesse da União, convém ressaltar que outros autores aduzem que a relativa autonomia na aplicação dos recursos, por parte do gestor público, atesta que as verbas foram incorporadas ao patrimônio do Ente(DALLAZEN, 2020, p. 7).

Outrossim, não se pode desconsiderar a existência de um interesse concorrente do ente federativo ao qual está vinculado o Fundo de Saúde eventualmente lesado, em obter o ressarcimento dos valores que foram desviados ou indevidamente aplicados, mesmo que os recursos provenham de outro ente federativo, como o Estado(DALLAZEN, 2020, p. 7).

E, nessa linha de intelecção, é necessário, também, reconhecer a atribuição concorrente do Ministério Público estadual para as providências que objetivem o ressarcimento do dano causado ao fundo vinculado a esfera federativa cujos interesses compete-lhe a defesa, para a sua recomposição, mesmo que parcela dos recursos desviados ou mal aplicados tenham origem federal, pois, como já dito, tais recursos não mais integram o patrimônio dos

entes federados financiadores do sistema, mas constituem um patrimônio próprio do SUS, afetado a realização ações e serviços de saúde em uma localidade específica. (VECHI *et al*, 2020, p. 10)

Esse posicionamento não contrasta com as normas de competência judicial estabelecidas constitucionalmente, em especial na esfera cível. (VECHI, *et al*, 2020, p. 10). Importante pontuar que o que determina a competência da Justiça Federal, na esfera cível, é a presença da União, de suas entidades autárquicas ou empresas públicas federais no polo ativo ou passivo da demanda, nos termos do que preceitua o artigo 109, inciso I, da CF:

Art. 109. Aos juízes federais compete processar e julgar: I - as causas em que a União, entidade autárquica ou empresa pública federal forem interessadas na condição de autoras, rés, assistentes ou oponentes, exceto as de falência, as de acidentes de trabalho e as sujeitas à Justiça Eleitoral e à Justiça do Trabalho. (BRASIL, 1988).

No âmbito cível, como bem apontam as mais recentes decisões do Superior Tribunal de Justiça, há de se fazer um *distinguishing* (método comparativo do caso e do precedente) entre as searas cível e criminal, tendo em vista a aplicação de forma demasiada, em casos de improbidade administrativa, das Súmulas 208 e 209 da Corte Especial, pois esses enunciados foram editados pela 3ª Seção do sodalício, que julga processos e recursos criminais, vejamos as Súmulas:

Súmula 208: Compete à Justiça Federal processar e julgar prefeito municipal por desvio de verba sujeita a prestação de contas perante órgão federal.

Súmula 209: Compete à Justiça Estadual processar e julgar prefeito por desvio de verba transferida e incorporada ao patrimônio municipal. (BRASIL, 2010)

Devido a isso, parte da jurisprudência entende que somente o chamamento da União (ou do Ministério Público Federal), de suas entidades autárquicas ou empresas públicas federais no processo, na condição de autoras, rés, assistentes ou opoentes que determinará o deslocamento da competência para a Justiça Federal para o julgamento da causa. (DALLAZEN, 2020, p. 8). Existem, também, decisões monocráticas de ministros do STF e do

STJ com entendimento que, não basta apenas a participação do Tribunal de Contas da União e do Ministério da Saúde para comprovar o interesse da União:

CONFLITO DE COMPETÊNCIA Nº 126.896 - PA (2013/0048222-1) RELATOR: MINISTRO MAURO CAMPBELL MARQUES, Data da Publicação 07/02/2014 PROCESSUAL CIVIL. CONFLITO NEGATIVO DE COMPETÊNCIA INSTAURADO ENTRE JUÍZOS FEDERAL E ESTADUAL. AÇÃO DE IMPROBIDADE ADMINISTRATIVA AJUIZADA PELO MINISTÉRIO PÚBLICO ESTADUAL EM FACE DE MUNICÍPIO E OUTROS. SUPOSTAS IRREGULARIDADES NA UTILIZAÇÃO DE VERBAS FEDERAIS JÁ INCORPORADAS À MUNICIPALIDADE. SÚMULA 209/STJ. PRECEDENTES DO STJ. COMPETÊNCIA DA JUSTIÇA ESTADUAL. [...] No âmbito cível, a razão de agir estaria no interesse em recuperar os recursos públicos indevidamente desviados e a punir o agente público pelo ato de improbidade a que deu causa. Dessa forma, a União, neste caso, a princípio, não teria legítimo interesse em agir e, portanto, não figuraria como autora, ré, assistente ou oponente, pois, como antes visto, além de não lhe pertencerem os recursos, tampouco eventual irregularidade é imputável a agente público federal. Nesse sentido, mutatis mutandis, decidiu esta Corte, no julgamento da ACO nº 1.156/SP, de relatoria do Ministro Cezar Peluso, em acórdão assim ementado: “Conflito negativo de atribuições. (...) - Geral da República, “nao se mostra afastada a possibilidade da ocorrência de problemas ligados à gestão municipal dos serviços, os quais seriam causadores da falta ou atraso dos pagamentos a serem efetuados à noticiante. Nesse contexto, a atribuição para a apuração de eventual ato de improbidade administrativa é do Ministerio Publico estadual” (fl. 5). Com essas considerações, conheço do presente conflito para determinar a atribuição do Ministério Público do Estado de São Paulo, para onde deverão ser remetidos os presentes autos. Publique-se. Brasília, 18 jun. 2012. Ministro Dias Toffoli Relator Documento assinado digitalmente (ACO 1788, Relator(a): Min. DIAS TOFFOLI, julgado em 18/06/2012, publicado em DJe-121 DIVULG 20/06/2012 PUBLIC 21/06/2012).

Sobre o tema, colaciona-se aresto do Superior Tribunal de Justiça mitigando a aplicação das súmulas 208 e 209 no âmbito da Improbidade Administrativa:

PROCESSUAL CIVIL E CONSTITUCIONAL. CONFLITO DE COMPETÊNCIA ENTRE JUÍZO ESTADUAL E JUÍZO FEDERAL. VERBA FEDERAL NÃO INCORPORADA AO PATRIMÔNIO DO MUNICÍPIO. MANIFESTAÇÃO DE

DESINTERESSE DA UNIÃO. RETIRADA DA RELAÇÃO PROCESSUAL. COMPETÊNCIA DO JUÍZO DO ESTADO. COMPETÊNCIA EM RAZÃO DA PESSOA. NÃO APLICAÇÃO DA SÚMULA 208 - STJ. AGRAVO REGIMENTAL DESPROVIDO. 1. Ainda que se trate de verba federal repassada ao município, que não se incorpore ao patrimônio municipal, não se firma a competência da Justiça Federal, na ação de improbidade (por falta de prestação de contas), quando a União manifesta falta de interesse da demanda, com a sua retirada da relação processual. A competência federal pressupõe a presença, na relação processual, de um dos entes arrolados no art. 109, I, da Constituição (*ratione personae*). 2. Nas ações de ressarcimento ao erário e de improbidade administrativa ajuizadas em face de eventuais irregularidades praticadas na utilização ou prestação de contas de valores decorrentes de convênio federal, o simples fato das verbas estarem sujeitas à prestação de contas perante o Tribunal de Contas da União, por si só, não justifica a competência da Justiça Federal. 3. O STF já afirmou que o fato de os valores envolvidos transferidos pela União para os demais entes federativos estarem eventualmente sujeitos à fiscalização do Tribunal de Contas da União não é suficiente para alterar a competência, pois a competência cível da Justiça Federal exige o efetivo cumprimento da regra prevista no art. 109, I, da Constituição Federal: (RE 589.840 AgR, Relatora Min. CÁRMEN LÚCIA,...). (Cf. AgRg no CC 109.103/CE, Rel. Ministro NAPOLEÃO NUNES MAIA FILHO, PRIMEIRA SEÇÃO, DJe, 13/10/2011; CC 109.594/AM, Rel. Ministro LUIZ FUX, PRIMEIRA SEÇÃO, DJe, 22/09/2010; CC 64.869/AL, Rel. Min. ELIANA CALMON, PRIMEIRA SEÇÃO, DJ, 12.2.2007; CC 48.336/SP, Rel. Min. CASTRO MEIRA, PRIMEIRA SEÇÃO, DJ de 13.3.2006; AgRg no CC 41.308/SP, Rel. Min. DENISE ARRUDA, PRIMEIRA SEÇÃO, DJ, 30.5.2005); e CC 142.354/BA, Rel. Ministro MAURO CAMPBELL MARQUES, PRIMEIRA SEÇÃO, julgado em 23/09/2015, DJe, 30/09/2015.). 6. Agravo regimental desprovido. (AgRg no CC 139.562/SP, Rel. Min. OLINDO MENEZES – Convocado, Primeira Seção, DJe 1º/12/2015).

Julgado do STJ chamando a atenção para a necessidade de realização de um *distinguishing* na aplicação das referidas súmulas:

CONFLITO DE COMPETÊNCIA. AÇÃO DE IMPROBIDADE ADMINISTRATIVA AJUIZADA POR MUNICÍPIO CONTRA EX-PREFEITO. CONVÊNIO ENTRE MUNICÍPIO E ENTE FEDERAL. UTILIZAÇÃO IRREGULAR DE RECURSOS PÚBLICOS. COMPETÊNCIA DA JUSTIÇA ESTADUAL. 1. Trata-se de ação de improbidade administrativa proposta por Município contra ex-prefeito, por suposto desvio de verba — já incorporada pela Municipalidade — sujeita à prestação de contas perante órgão federal, no caso, a FUNASA (fundação pública vinculada ao Ministério da Saúde). 2. Nos termos do

inciso I, do art. 109, da CRFB/88, a competência cível da Justiça Federal define-se pela natureza das pessoas envolvidas no processo — *rationae personae* —, sendo desnecessário perquirir a natureza da causa (análise do pedido ou causa de pedir), excepcionando-se apenas as causas de falência, de acidente do trabalho e as sujeitas às Justiças Eleitoral e do Trabalho. 3. Malgrado a demanda tenha como causa de pedir — a ausência de prestação de contas (por parte do ex prefeito) de verbas recebidas em decorrência de convênio firmado com órgão federal — situação que, nos termos da Súmula 208/STJ, fixaria a competência na Justiça Federal (já que o ex gestor teria que prestar contas perante o referido órgão federal), não há, no polo passivo da ação, quaisquer dos entes mencionados no inciso I do art. 109, da CF. Assim, não há que se falar em competência da Justiça Federal. (...) (STJ. 1ª Seção. CC 100.507/MT, Rel. Min. Castro Meira, julgado em 11/03/2009) (...) 2. Deve-se observar uma distinção (*distinguishing*) na aplicação das Súmulas 208 e 209 do STJ, no âmbito cível. Isso porque tais enunciados provêm da Terceira Seção deste Superior Tribunal, e versam hipóteses de fixação da competência em matéria penal, em que basta o interesse da União ou de suas autarquias para deslocar a competência para a Justiça Federal, nos termos do inciso IV do art. 109 da CF. 3. A competência da Justiça Federal, em matéria cível, é aquela prevista no art. 109, I, da Constituição Federal, que tem por base critério objetivo, sendo fixada tão só em razão dos figurantes da relação processual, prescindindo da análise da matéria discutida na lide. 4. Assim, a ação de improbidade movida contra Prefeito, fundada em uso irregular de recursos advindos de convênio celebrado pelo Município com a FUNASA, com dano ao erário, não autoriza por si só o deslocamento do feito para a Justiça Federal. 5. No caso, a presença da autarquia na condição de assistente simples (art. 50 do CPC) já admitida no feito — em razão do interesse jurídico na execução do convênio celebrado — firma a competência da Justiça Federal, nos termos do mencionado art. 109, I, da CF. (...) (STJ. 2ª Turma. REsp 1325491/BA, Rel. Min. Og Fernandes, julgado em 05/06/2014)

Entretanto, os Ministros do Superior Tribunal de Justiça, com base no art. 34, XXII do Regimento Interno daquela Corte Especial que permite decisão monocrática em conflito de competência quando exista tese fixada em julgamento de recurso repetitivo ou de repercussão geral. Há entendimento firmado em incidente de assunção de competência, em matérias que envolvem a má utilização de recursos do SUS por parte de Estados e Municípios, que compete à Justiça Estadual o processo e julgamento da lide, com base no agravo acima colacionado. (DALLAZEN, 2020, p. 10).

Vale a pena destacar que, ainda que os fatos envolvam o desvio de

recursos federais, faz-se possível e necessária a atuação do Ministério Público Estadual (atribuição concorrente), com o objetivo de apurar os fatos, exercitar a ação para recompor o fundo lesado e responsabilizar os agentes públicos e particulares envolvidos, no campo da seara administrativa, em razão do evidente interesse do Estado ou do Município de recompor o fundo a ele vinculado, afetando a realização de ações e serviços de saúde a seu cargo, o que encontra respaldo no princípio da predominância do interesse que se encontra na base do SUS (DALLAZEN, 2020, p. 10)

Isto é, ao decidir o Conflito de Atribuições, entre o MPF (Ministério Público Federal) e o Ministério Público do Estado de Goiás, o Procurador-Geral da República, Augusto Aras, afirmou que “não se questiona competência concorrente da União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações para combater pandemia da covid-19. Se no caso houver ingresso da União na lide, a competência para o julgamento da mesma desloca-se para a Justiça Federal, com a possibilidade de litisconsórcio ativo entre o Ministério Público Estadual e o Ministério Público Federal (DALLAZEN, 2020, p. 10).

Ressalte-se que o Superior Tribunal de Justiça, no REsp 1.513.925/BA, estabeleceu que as demandas propostas pelo Ministério Público Federal, automaticamente, atraem a competência da Justiça Federal para processo e julgamento do feito (DALLAZEN, 2020, p. 10). Sob aspectos criminais, contudo, não há atribuição concorrente, mas exclusiva do Ministério Público Federal, porque nesse caso a competência da Justiça Federal é absoluta em razão do bem jurídico tutelado. (VECHI, *et al*, 2020, p. 15).

Caso a União não ingresse no feito, nada obsta que o fato seja conhecido e julgado pela Justiça Estadual, pois se busca a recomposição dos recursos do SUS, através do seu retorno ao Fundo de Saúde. Não obstante, há que se indagar se atuação das referidas instituições pode ser considerada suficiente para o controle de um crime complexo como a corrupção, ou se seria necessário se atentar para adoção de outras medidas complementares, bem como para o aperfeiçoamento dessas já existentes. (FLORÊNCIO FILHO; ZANON, 2020, p. 9).

Portanto, entende-se que, ao Ministério Público Federal e ao Ministério Público Estadual, lhes foi conferido a missão de fiscalizar e investigar, concorrentemente, no âmbito de combate à improbidade administrativa. No que

tange ao manuseio de recurso federal pelo gestor municipal ou estadual, a investigação de improbidades administrativas por ofensa exclusiva ao art. 11 da Lei 8.429/92, continuam sendo de atribuição do Ministério Público Estadual. (DALLAZEN, 2020, p. 27).

Em atenção ao princípio da eficiência, recomenda-se, em caso de atribuição concorrente, que os Promotores de Justiça deem prioridade para os casos cíveis de desvios ou malversações de âmbito local e que os Procuradores da República deem prioridade para casos cíveis de âmbito intermunicipal, regional ou nacional. (VECHI *et al*, 2020, p. 19).

Vale a pena destacar que o Ministério Público Estadual necessita promover a fiscalização dos recursos investigados ao Ministério Público Federal. Quanto às transferências constitucionais de recursos pela União, sejam elas Fundo de Participação Estadual e Municipal, em virtude da pandemia, estas são incorporadas ao patrimônio dos entes municipais e estaduais e as investigações por crimes administrativos são de competência exclusiva do Ministério Público Estadual. (DALLAZEN, 2020, p. 27).

3.3 REPENSAR O SUS E OS MODOS DE EFETIVIDADE DA EFICIÊNCIA: DESAFIOS APRESENTADOS

Nos últimos anos, o SUS vem sofrendo mudanças que interferem diretamente em seu funcionamento, como as transições demográficas, nutricionais, tecnológicas e epidemiológicas tão intrínsecas ao cuidado à saúde. Soma-se a esse cenário adverso o financiamento da saúde, ainda mais ameaçado por conta da crise que aflige todos os setores do país, e as “novas doenças”, que despertam o temor da população e direcionam a atenção da mídia e até mesmo de organismos internacionais para a administração da saúde pública brasileira. (CRUZ, 2016 , s.p).

Uma das mudanças a serem promovidas visando maior eficiência, melhor qualidade e redução de desperdício é mudar o modelo de gestão. (VILAÇA, 2018, s.p). O modelo de gestão que se opera no SUS é o da oferta. (VILAÇA, 2018, s.p). Modelo que tem como característica responder as demandas de indivíduos isoladamente, baseando-se em parâmetros

construídos por séries históricas e por enfrentar os desequilíbrios entre oferta e demanda com um viés de elevação da oferta. (VILAÇA, 2018, s.p). Nas palavras de Eugênio Vilaça: “Há evidências na experiência internacional que esse modelo esgotou-se e, por esta razão, deve ser substituído pelo modelo da gestão de saúde da população. (VILAÇA, 2018, s.p).

No Brasil, planejamento, gestão e avaliação em saúde, considerando os três níveis federativos, persistem, na maioria dos casos, sob a lógica normativa e burocrática, embora revestidos por alguns elementos do planejamento estratégico e armados com ferramentas da gestão e avaliação empresariais, alardeadas como a solução para superar uma suposta ineficiência inerente à administração pública. Agrava esta situação a opção do poder público, em muitas ocasiões, por direcionar sua atuação segundo o imediatismo e o particularismo dos palanques e da manutenção do poder político. (SILVA, *et al*, 2015. p. 535).

Devido ao cenário pandêmico, exigiu-se atos governamentais, em especial na área da saúde, de articular com os Estados e Municípios, ações de proteção da saúde da população, dentre elas, a neessária imunização. (SANTOS *et al*, 2021, p. 2). A pandemia fez com que, muitos laboratórios se lançarem no mercado para buscar uma vacina adequada para resolver o problema. (SCAFF, 2021, s.p).

Com essa venda antecipada, os laboratórios obtveram financiamento necessário para pesquisas. Havia riscos envolvidos, pois estaria comprando-se algo para futura entrega e cujo desenvolvimento estaria, ainda, em curso. (SCAFF, 2021, s.p). Uma oportunidade no mercado se abriu, um investimento na saúde da população. Muitos países adquiriam uma quantidade de doses varias vezes maior que o total de sua população, devido ao preço baixo (SCAFF,2021, s.p). E o Brasil?

Então, no primeiro semestre de 2020, inciaram-se pesquisas para o desenvolvimento de vacina em diversos países, tendo o Brasil participado de quatro estudos clínicos:

- a) vacina Oxford/AstraZeneca-Fiocruz, aprovado pela Anvisa em 2 jun. 2020;
- b) vacina Coronavac/Butantã, aprovado em 3 de julho de 2020, desenvolvida pela Sinovac Research & Development, em

parceria com o Instituto Butantã;
 c) vacina desenvolvida pela BioNTech e Wyeth/Pfizer, aprovado pela Anvisa em 21 de julho de 2020; e d) vacina da Janssen-Cilag, produzida pela farmacêutica Johnson-Johnson, aprovado pela Anvisa em 18 de agosto de 2020. (SANTOS *et al*, 2021, p. 2).

Comumente os países participantes dos estudos em tela gozam de preferência na aquisição do produto, respeitando a regra regulatória de cada um. É função do Ministério da Saúde acompanhá-los. (SANTOS *et al*, 2021, p. 3). Fatídicamente, no ano de 2020 encerrou-se da seguinte forma: 1) doses para imunizar apenas 30% da população brasileira; 2) perda de incontáveis oportunidades de adquirir doses mais baratas e entregues com pontualidade; 3) tardia alocação de verba em prol de compra de 100 milhões de dose única da vacina fabricada no Brasil.(SCAFF, 2021 ,s.p).

Diante os fatos narrados, o Congresso criou a CPI que vai investigar se o governo Bolsonaro omitiu-se no enfrentamento da pandemia ou se fora praticado alguma ação que possa ter agravado o problema. (POLICARPO JÚNIOR, 2021, s.p). Em setembro de 2020, quando a Covid-19 já tirava a vida de 750 brasileiros por dia a empresa farmacêutica Pfizer havia encaminhado uma carta ao governo oferecendo 70 milhões de doses de sua vacina. (POLICARPO JÚNIOR, 2021, s.p). O Ministério da saúde então, permaneceu-se inerte e, nem sequer, respondeu a a carta. Nas palavras Julio Groda, infectologista da Fiocruz:

Para a oposição, essa conexão dos fatos é uma prova concreta de que o governo Bolsonaro foi absolutamente negligente no combate à pandemia e responsável direto pela imensa tragédia sanitária em que o governo bolsonaro foi absolutamente negligente no combate à pandemia e responsável direto pela imensa tragédia sanitária que o país se encontra (...)(POLICARPO JÚNIOR, 2021, s.p).

Segundo o ex secretário de Comunicação Social, Fábio Wajngarten, o acordo não teria prosperado por incompetência e ineficiência dos gestores do Ministério da Saúde comandados pelo General Eduardo Pazuello, demitido em Março de 2021 devido a um rumor de um mandado de prisão que seria expedido contra o General. (POLICARPO JÚNIOR, 2021, s.p).

As medidas de emergências são de suma importância e as medidas de

controle da corrupção servem para corroborar e garantir sua efetividade, diminuindo o risco de práticas criminais, bem como assegurando que os recursos sejam gastos de maneira correta e resultem na ampliação e melhora dos serviços de saúde para o tratamento da doença, reduzindo assim as desigualdades e promovendo o desenvolvimento, objetos do Estado Social. (BERTOLIN, 2015. p. 15 *apud* FLORÊNCIO FILHO; ZANON, 2020, p. 16).

De acordo com os dados constatados, tem-se que o Brasil revela estar no caminho da adoção de medidas sugeridas para controle desse tipo de criminalidade econômica a partir da ampliação da transparência em relação às contratações de bens e serviços e oferecimento de canais de denúncias relacionadas a irregularidades. (FLORÊNCIO FILHO; ZANON, 2020, p. 16).

A insatisfação com a saúde é um sentimento que se encontra presente na opinião pública, uma vez que ao recorrer a esse serviço, verifica-se longas filas. (BATISTA; CRUZ, 2017, p. 13). Quando os agentes públicos responsáveis por gerenciar os recursos direcionados a esse serviço, colocam o seu interesse em troca da coletividade e desviam esse capital, assim o fenômeno da corrupção alcança a saúde pública, impossibilitando um novo cenário, onde se tenha qualidade. Em 2011 o jornal Gazeta do Povo por meio das Tomadas de Contas do TCU realizadas, noticiou:

O governo federal – que tem defendido a necessidade de haver novas fontes de financiamento para a saúde – perdeu nos últimos nove anos, devido à corrupção, R\$ 2,3 bilhões que deveriam ser destinados ao setor (R\$ 255 milhões anuais, em média). [...] O montante é o somatório de irregularidades encontradas pelo TCU, entre janeiro de 2002 e 30 jun. 2011, em procedimentos de investigação – as chamadas Tomadas de Contas Especiais. (JORNAL GAZETA, 2011, online)

Observa-se que uma média anual de 255 milhões desviados, durante quase dez anos, capital que deveria ser usado para reduzir as mazelas encontradas na saúde pública. Os casos de corrupção na saúde são constantemente propagados pelos meios de comunicação, segundo dados fornecidos no fim de 2016, a saúde e a educação são alvo de 70% dos esquemas corruptos, conforme o jornal Estadão de São Paulo:

As áreas de saúde e educação foram alvo de quase 70% dos

esquemas de corrupção e fraude desvendados em operações policiais e de fiscalização do uso de verba federal pelos municípios nos últimos 13 anos. Os desvios descobertos pelo Ministério da Transparência, Fiscalização e Controladoria-Geral da União (CGU), em parceria com a Polícia Federal e o Ministério Público Federal, evidenciam como recursos destinados a essas duas áreas são especialmente visados por gestores municipais corruptos. Desde 2003, foram deflagradas 247 operações envolvendo desvios de verbas federais repassadas aos municípios. Os investigadores identificaram organizações que tiravam recursos públicos de quem mais precisava para alimentar esquemas criminosos milionários e luxos particulares. Além de saúde e educação, também há desvios recorrentes em áreas como transporte, turismo e infraestrutura. (JORNAL ESTADÃO DE SÃO PAULO, 2016, online).

Justamente os indivíduos responsáveis pela administração do dinheiro público, são os que promovem o caos, uma vez que ao praticarem o desvio, esses funcionários corruptos impedem o funcionamento do serviço da saúde e favorecem interesses pessoais. (BATISTA; CRUZ, 2017, p. 13).

Glauber Luiz de Souza, ex-secretário da Saúde de Ascurra, município do Estado de Santa Catarina, foi condenado a seis anos e oito meses de reclusão, em regime semiaberto, pelo crime de corrupção passiva. Além disso, foi determinada a perda do cargo público e multa. (BATISTA; CRUZ, 2017, p. 14).

Conforme a denúncia apresentada pela Promotoria de Justiça do município, quando Glauber era Secretário Municipal da Saúde de Ascurra, realizava cobranças indevidas dos cidadãos que procuravam o Sistema Único de Saúde para realização de consultas e exames. O condenado tinha como pretexto mecanismos que promoveriam agilidade na posição de atendimento na lista de espera do Sistema, realizando em alguns casos exames e consultas no dia posterior ao seu agendamento, alegando que, caso não fosse realizado o pagamento, a espera poderia chegar a quatro ou cinco meses. (BATISTA; CRUZ, 2017, p. 14).

Para nutrir o pensamento, fora anexado ao presente trabalho, um gráfico contendo aproximadamente 100 operações relacionadas a desvio de dinheiro público relacionadas ao COVID-19. Todas as operações com seus devidos links de reportagem.

Conforme todo conteúdo exposto, fica nítido o descompromisso do

Poder Público com a Saúde. Uma vez que, tampouco importante o passar dos anos, os governos federais, estaduais e municipais destinam à saúde somente o mínimo previsto pela legislação brasileira. Isso ocasiona uma escassez de políticas públicas voltadas a essa área. É lamentável ver com que prioridades a Saúde, um direito fundamental do ser humano, vem sendo tratada em nosso país. (BATISTA; CRUZ, 2017, p. 16)

Para melhorar essa quadro é necessário que os governantes priorizem um pouco mais a Saúde quanto aos seus investimentos, a exemplo de países vizinhos que destinam mais de 4% do PIB à Saúde. (BATISTA; CRUZ, 2017, p. 16). Ir além do mínimo pode ser o que o Brasil precisa para começar uma melhora política/ética. Como se isso já não fosse um grande problema, do montante que é destinado à Saúde é desviado muito através da corrupção. (BATISTA; CRUZ, 2017, p. 16)

A sociedade brasileira não investe pouco em saúde, considerando-se o total de gastos públicos e privados: em termos de PIB, a proporção supera os 11%. Contudo, a ampliação de recursos para o SUS deve coincidir com a inversão das proporções entre gastos públicos e privados. Em nenhum país com sistema universal de saúde, a participação dos gastos privados é tão alta quanto no Brasil, onde chega a 66% do total dos gastos com saúde. (PAIM *et al*, 2018, p. 7).

E o que é mais grave: a maior parte dos gastos privados não se refere aos seguros de saúde, mas sim ao que sai diretamente do bolso das pessoas. Em 20% dos domicílios, as despesas com saúde representam mais de 10% do total das despesas. (PAIM *et al*, 2018, p. 7).

Esses gastos catastróficos afetam desproporcionalmente os segmentos mais pobres da população, que, em proporção dos seus gastos familiares, têm gastos diretos com saúde cinco vezes maiores do que a população geral. Ou seja, é preciso reduzir os gastos diretos das famílias com medicamentos, exames e consultas médicas e odontológicas, etc. O que requer a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade dos serviços do SUS. (PAIM *et al*, 2018, p. 7).

Os cofres públicos se tornam privados e os governantes cada vez mais subtraem o erário. É necessário, portanto, que a fiscalização seja aumentada e que essa sensação de impunidade seja combatida para que se tente diminuir

esse mal. Com isso, concluímos que o principal fator da situação caótica da Saúde é a corrupção que assola o país, juntamente com uma ausência de políticas públicas. Gerando assim, um rombo no erário e um sistema ineficaz. (SOUZA, 2017, s.p).

Ações nas medidas existentes a fim de garantir sua efetividade, sobretudo no que diz respeito à transparência. Nessa seara, considerando a multiplicidade de instituições envolvidas no controle da corrupção e na promoção da transparência, seria relevante a coordenação e articulação entre as diversas instituições de forma que pudessem compartilhar dados evitando sobreposições, lacunas e rivalidades que tendem a ser contraproducentes e facilitar o monitoramento das informações. (FLORENCIO FILHO; ZANON, 2020, p. 16).

Ademais, é importante o estímulo público no sentido de instigar a adesão do setor privado a partir do reforço de políticas de integridade, em especial nas contratações com o Poder Público. Ainda, embora algumas das medidas adotadas possam ser consideradas políticas públicas no sentido de constituírem um fluxo de decisões e atuações estatais tendentes a diminuir a corrupção, visando-se a consolidar a Democracia e a República, seria possível cogitar a ampliação desse conceito para que tais decisões e atuações passem a integrar um único programa de ação governamental que dispusesse sobre os aspectos supracitados, com o fim de organizar, trazer unidade e tornar cogente sua implementação emergencial. (FLORENCIO FILHO; ZANON, 2020, p. 16)

Os sistemas de saúde apresentam peculiaridades que acentuam a ocorrência da corrupção, revelando-se espaços vulneráveis para a atuação de agentes que pretendem usar recursos e bens públicos para ganhos privados. Sob a perspectiva da abordagem em direitos humanos para o enfrentamento da corrupção, como no presente artigo é destacado, há que se focar na prevenção por meio da efetivação de medidas anticorrupção, transparência e accountability (responsabilidade com ética). (SOUZA, 2017, p. 14)

No Brasil, conclui-se que os mecanismos de transparência e contabilidade, no âmbito do SUS, devem ser aprimorados, consolidados e fortalecidos de modo a se enfrentarem frente a corrupção na saúde. Constatase também que a percepção da sociedade brasileira de que recursos da saúde são apropriados por agentes privados contribui para minar os movimentos em

prol do necessário incremento dos recursos públicos para o financiamento da saúde. (SOUZA, 2017, p. 14).

Com efeito, é fato que o aumento do volume de valores para a saúde deve ser acompanhado do real comprometimento com o combate à corrupção, sob pena de crescentes investimentos sem a devida efetividade do sistema para seus usuários. (SOUZA, 2017, p. 14).

Outrossim, vale a pena destacar que, o Brasil, tem uma média de dois médicos para cada mil habitantes. (BETHA, 2021, online). Ainda, profissionais da rede privada, recebem uma remuneração muito maior que os da rede pública, afastando profissionais de excelência do SUS. (BETHA, 2021, online.).

Em relação ao fluxo de regulação do acesso a consultas e exames especializados, ele inicia-se nas unidades de saúde do SUS, onde o médico considera a necessidade de encaminhamento do paciente a uma avaliação especializada. (FARIAS *et al*, s.d, p. 12).

A solicitação é encaminhada à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que cadastra o pedido no sistema informatizado, os profissionais reguladores. O complexo regulador é responsável pela avaliação crítica e técnica dos laudos de solicitação, pela promoção do agendamento das consultas e pelo processo de internação dos pacientes, baseado na classificação de risco, de acordo com os protocolos de regulação pactuados. Assim, os reguladores autorizam e classificam o pedido conforme a disponibilidade de agenda. pedido autorizado é agendado para execução, em tese com base em algoritmo de gravidade e tempo de espera. (FARIAS *et al*, s.d, p. 11).

Torna-se necessário destacar que, no modelo regulatório preconizado pelo modelo de atenção centrado na Atenção Primária à Saúde atuando como porta de acesso e de entrada preferencial, a unidade básica de saúde deve ser ordenadora da rede de serviços voltados à atenção e, ao mesmo tempo, ser a coordenadora do cuidado às pessoas, famílias e comunidades. Ou seja, é importante ressaltar que a redução da lista de espera deve equilibrar a necessidade de igualar a sobrevivência do usuário em curto e em longo prazo. (FARIAS, *et al*, s.a, p. 11).

Assim, o tempo de espera do usuário em relação à data da solicitação até a data de execução da consulta, na grande maioria, é longo, em que muitas vezes o usuário desiste de consultar ou, por não ter alternativa, espera durante

meses para a realização da consulta. (FARIAS, *et al*, s.a, p. 12).

Avaliar e monitorar o tempo de espera e conhecer como certos fatores impactam o absenteísmo por consultas/exames especializados, em sua maioria de usuários que residem distante de grandes centros urbanos, podem substanciar mudanças nas políticas de agendamento de consultas/exames especializados. (FARIAS *et al*, s.d, p. 12).

CONCLUSÃO

O Sistema de Saúde Pública precisa, urgentemente, traçar estratégias para amenizar os problemas causados pelo aumento de custos na saúde, superar a carência dos serviços públicos do setor e buscar aumento da qualidade e eficiência. A demanda por políticas públicas vem apresentando um extra que exige reformulações profundas nas formas de organização e de gestão para se adaptarem aos novos desafios sociais.

Para viabilizar a implantação de iniciativas nesse sentido, faz-se necessária uma nova mentalidade que reconheça que os desafios enfrentados pelo SUS não podem ser resolvidos a partir de uma única vertente. Esses desafios devem ser resolvidos com o esforço conjunto de toda a sociedade. Isso buscando o desenvolvimento de uma atuação planejada e resolutiva que garanta a necessária universalização do atendimento e da qualidade dos serviços prestados à população.

As parcerias público-privadas são acordos feitos entre entidades governamentais e iniciativa privada para o fornecimento de serviços. O segundo grupo, inicialmente, não está sujeito a várias normas da gestão pública que tendem a burocratizar e até a tornar alguns processos mais lentos. Ou seja, a realização obrigatória de licitações a cada compra e a necessidade de contratação de profissionais sempre por meio de concurso público.

Devido crescente demanda pelos serviços públicos de saúde, a realização de programas de parcerias pode ser vantajosa para ambos os lados, promovendo saltos de qualidade, agilidade e eficácia no atendimento em saúde. Faz-se necessário valorizar novas formas de pensar a gestão de saúde a partir de parcerias público-privadas para a implementação das políticas sociais, como parte das estratégias de consolidação do SUS. Uma estratégia interessante para melhorar os serviços do SUS é a contratação de prestadores de serviços terceirizados, sendo uma das formas de contratação de pessoas jurídicas pelo ente público. Para trabalharem com o setor público, empresas privadas de terceirização são obrigadas a manter a lisura em suas atividades, enquanto geram economia de custos para o governo. Isso porque são

especialistas nas tarefas que executam, aumentando a eficiência das operações e eliminando desperdícios. Também se destacam por motivos já citados: não precisam fazer licitações para compras e tampouco realizar concursos públicos para contratação de funcionários, de modo que tendem a ser mais ágeis na reposição de recursos humanos.

Aliás, na área pública, por contraposição, muitas vezes o prazo de contratação não é definido, tornando o processo ainda mais lento. Um modo de reduzir e até eliminar as longas filas de espera do SUS, além de economizar recursos, é individualizando o atendimento dos pacientes enquanto se consideram suas singularidades pessoais. Esse agendamento deve ocorrer a partir de uma linha de cuidado, em que o usuário do SUS seja encaminhado para o especialista apenas quando for necessário.

Considera-se que a maioria das demandas podem ser resolvidas pela atenção básica, que deve ser o primeiro contato do usuário com a rede. Isso evita que o indivíduo seja atendido por um especialista sem necessidade, muitas vezes sobrecarregando a rede de atenção, o que contribui para diminuir filas e agilizar a realização de exames médicos. O uso de tecnologia ajuda a padronizar processos e a fazer com que as atividades realizadas e os recursos adquiridos sigam parâmetros bem definidos. No entanto, esse fator ainda é pouco explorado na saúde pública, com exceção, talvez, dos equipamentos hospitalares.

A tecnologia também é uma aliada na gestão, na operacionalização do atendimento e na organização de consultas e exames. Por exemplo, um sistema de agendamento automático, com recursos de confirmação de presença, agiliza esse processo e colabora para a diminuição do absenteísmo dos pacientes. Softwares que geram senhas e painéis que mostram a ordem dos chamados podem ser úteis na triagem, evitando demoras e desencontros de informações.

Há, ainda, sistemas que ajudam na rotação de leitos de UTI, aumentando a eficiência no controle das camas disponíveis e ocupadas e na comunicação de vagas entre diferentes unidades hospitalares. Bancos de dados que guardam informações médicas dos pacientes podem ajudar vários médicos a atenderem corretamente, evitando perda de tempo tendo de coletar dados com os usuários do SUS repetidas vezes.

Toda a equipe da unidade de saúde necessita passar por treinamento que considere todas as fases de atendimento médico e administrativo do processo, de modo a assegurar que os profissionais fiquem prontos para o atendimento. Uma boa capacitação gera qualidade maior no atendimento do público, além de contribuir para profissionais mais atenciosos e empáticos. Dessa forma, o aproveitamento de recursos técnicos, econômicos e humanos poderá ser consideravelmente elevado. Além disso, é fundamental garantir que o treinamento seja periódico e relevante ao longo do tempo, sendo atualizado constantemente com vistas às modernizações tecnológicas na área da saúde e ao surgimento de boas práticas no setor.

Vale destacar que, para obter melhorias duradouras na gestão da saúde pública, é fundamental investir continuamente na estratégia adotada. Outro ponto a ressaltar é que a adoção de mais de uma dessas ações pode elevar consideravelmente os resultados, otimizando o gerenciamento da saúde pública.

REFERÊNCIAS

8 Soluções para melhorar o atendimento público de saúde,

<http://www.betha.com.br>, 2021. Disponível em: <http://www.betha.com.br/blog/4-solucoes-para-o-atendimento-publico-de-saude/> acesso em 6 jun. 2021.

AMADO, Frederico. **Direito Previdenciário**. 10ª ed. Salvador: Ed. Juspodivm, 2019.

ALEXANDRE, Ricardo; DEUS, João de. **Direito administrativo**. 3.ed. Rio de Janeiro: Forense: São Paulo: MÉTODO, 2017.

ALEXANDRINO, Marcelo; VICENTE, Paulo. **Direito Administrativo descomplicado**. 25. Ed. Rio de Janeiro: Forense: São Paulo: MÉTODO, 2017.

ARAÚJO, Cassiano Silva; SOARES, Hebner Peres; RANGEL, Tauã Lima Verdan. **Sistema Único de Saúde em pauta: uma análise dos princípios norteadores em prol da concreção do direito à saúde**, 2017. Disponível em <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-constitucional/sistema-unico-de-saude-em-pauta-uma-analise-dos-principios-norteadores-em-prol-da-concrecao-do-direito-a-saude/> acesso em 08 jun. 2021.

BALEEIRO, Aliomar; LIMA SOBRINHO, Barbosa. **Constituições Brasileiras Volume V**, Senado Federal Secretaria Especial de Editoração e Publicações Subsecretaria de edições técnicas, 3ª edição, Brasília, 2012.

BAPTISTA, Marina Pacheco; CRUZ, Werley de Oliveira e Oliveira. **O Caos na Saúde Pública Brasileira. Falta de recursos ou efeitos decorrentes da corrupção?** Disponível em: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:r-cGOY2kYeMJ:ufr.br/direito/index.php%3Foption%3Dcom_phocadownload%26view%3Dcategory%26download%3D263:o-caos-na-saude-publica-brasileira-falta-de-recursos-ou-efeitos-decorrentes-da-corrupcao-autor-marina-pacheco-batista-coordenador-do-artigo-prof-me-edival-braga%26id%3D60:2016-2%26Itemid%3D314+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br acesso em 6 jun. 2021.

BARRETO JUNIOR, Francisco Irineu; PAVANI, Mirian. 2013. **O direito à saúde na ordem constitucional brasileira. Revista De Direitos E Garantias Fundamentais**, Disponível em: <https://doi.org/10.18759/rdgf.v14i2.263> Acesso em 08 jun. 2021.

BARROS, Giselle Nori. **O dever do estado no fornecimento de medicamentos**. Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Direito do Estado. Disponível em : <http://www.dominipublico.gov.br/download/teste/arqs/cp012416.pdf> acesso em 10 jun. 2021.

BARROSO, Luís Roberto. **Curso de direito constitucional contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção de novo modelo**. 9. Ed. São

Paulo: Saraiva Educação, 2020.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil** Promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm acesso em 07 jun. 2021.

BRASIL, **Constituição (1824) Constituição** Política do Império do Brasil. Rio de Janeiro, **1824**. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao24.htm

BRASIL, **Constituição (1891) Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, 1891**. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao91.htm

BRASIL, **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, 1934**, disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm

BRASIL, **Constituição do Brasil**, Promulgada em 24 de 1967, disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao67.htm acesso em 08 jun. 2021.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2009. Disponível em https://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf acesso em 2009

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 29**, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

BRASIL, **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm acesso em 08 jun. 2021.

BRASIL, **Mensagem do Poder Executivo nº 360/89**, 1989. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD27OUT1989.pdf> acesso em 05 jun. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. RE: 581.488. RS, Relator: Min Dias Toffoli, Tribunal Pleno, Data de julgamento 30/08/2012, Data de Publicação Acórdão eletrônico DJe-179 Divulg 11-09-2012 Public 12-0-2012. Disponível em <https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/22482059/repercussao-geral-no-recurso-extraordinario-re-581488-rs-stf/inteiro-teor-110699702> acesso em 07 jun. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal - RE 855.178 SE , o Relator: min. LUIZ FUX, Data de julgamento: 22-05-2019, Tribunal Pleno, Data da Publicação : DJ de 16/04/2020. Disponível em:
<http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4678356&numeroProcesso=855178&classeProcesso=RE&numeroTema=793> acesso em 06 jun. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. RE: 202.700. DF, Relator: min Maurício Corrêa, Tribunal Pleno, julgado em 8/11/2001, Data de Publicação: DJ 01-03-2002 PP- 0052 EMENT VOL- 02059-03 PP-00488 RTJ VOL- 00180-02 PP-00690. Disponível em:
<https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/14749876/recurso-extraordinario-re-202700-df> acesso em 09 jun. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. RG RE: 855178 PE – 0005840-11.2009.4.05.8500, Relator: Min. Luiz Fux, Data de julgamento: 05/03/2015, Data de publicação: Dje-050 16-03-2015. Disponível em:
<https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/311628839/repercussao-geral-no-recurso-extraordinario-rg-re-855178-pe-pernambuco-0005840-1120094058500/inteiro-teor-311628848> acesso em 10 jun. 2020.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. RE: 717290 RS, Relator: Min Luiz Fux, Data de julgamento: 18/03/2014, Primeira Turma, Data de publicação: Dje-067 DIVULG 03-04-2014 PUBLIC 04-04-2014. Disponível em:
<https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/25031499/agreg-no-recurso-extraordinario-re-717290-rs-stf/inteiro-teor-115106443> acesso em 10 jun. 2021.

BRASIL. Tribunal de Contas da União 02885220117, Relator: Marcos Bemquerer, data de julgamento: 21/08/2012. Disponível em:
<https://tcu.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/316047409/2885220117/inteiro-teor-316047509> acesso em 10 jun. 2021.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. – AI 10000170127583001 – MG, Relator: Bittencourt Marcondes, Data de Julgamento: 14/05/2017, Câmaras Cíveis/ 1ª CÂMARA CÍVEL, data de publicação: 17/05/2017. Disponível em: <https://tj-mg.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/459417527/agravo-de-instrumento-cv-ai-10000170127583001-mg?ref=serp> acesso em 10 jun. 2021.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro – AgRg no CC: 122555 RJ 2012/0097833-4, Relator: Ministro OG FERNANDES, Daa de Julgamento: 14/08/2016, s3 – Terceira Seção, Data de publicação: s.d, disponível em: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/23996580/agravo-regimental-no-conflito-de-competencia-agrg-no-cc-122555-rj-2012-0097833-4-stj/inteiro-teor-23996581> acesso em 10 jun. 2021.

CARVALHO, Gilson. **A saúde pública no Brasil**. Estudos Avançados. 2013, Acesso em 9 Junho 2021 , pp. 7-26. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>

COLETTTO, Yara Cardoso; SOUZA, Natale Oliveira de, **Construção Histórica das Políticas de Saúde no Brasil**, 2017. Disponível em <https://www.passeidireto.com/arquivo/42201437/apostila-legislacao-do-sus?q=APOSTILA%20LEGISLA%C3%87%C3%83O%20SUS&tipo=1> acesso em 08 jun. 2021.

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Dilemas do fenômeno da judicialização da saúde**. Vol 1. DF, 2018.

CORONAVÍRUS O QUE VOCÊ PRECISA SABER, <https://www.unimed.coop.br>, 2020. Disponível em: <https://www.unimed.coop.br/viver-bem/saude-em-pauta/coronavirus-e-covid-19-perguntas-e-respostas> acesso em 10 jun. 2021.

Corrupção na Saúde desviou R\$ 2,3 bilhões , <http://www.gazetadopovo.com.br>, 2011. Disponível em: <https://www.gazetadopovo.com.br/vida-publica/corruptao-na-saude-desviou-r-23-bilhoes-em-nove-anos-caid4fzg8u7veuqcc8om75jym/> acesso em 06 jun. 2021.

CUNHA, João Paulo Pinto da; CUNHA, Rosani Evangelista da. **Sistema Único de Saúde: princípios**. 2017. Disponível em: <http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2017/08/texto-sistema-unico-de-saude-principios.pdf> acesso em 08 jun. 2021.

DALLAZEN, Fabiano. **A fiscalização pelo Ministério Público brasileiro dos recursos públicos transferidos pela União a Estados e Municípios, para a prevenção e combate à COVID-19**, 2020. Disponível em: http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2020/06/Nota_Tecnica_n11-2020_fiscalizacao_verbas_aplicacao_pendemia.pdf. Acesso em: 10 jun. 2021.

DERMINDO; Mariana Pereira; GUERRA Luciane Miranda; GONDINHO Bruna Verna Castro. **O conceito eficiência na gestão da saúde pública brasileira: uma revisão integrativa da literatura**, 2020. Disponível em <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/972/922#citations> acesso em 10 jun. 2021.

FARIAS, Cynthia Moura Louzada; GIOVANELLA, Ligia; OLIVEIRA, Adauto Emmerich; SANTOS NETO, Edson Theodoro do. **Tempo de espera e absenteísmo na atenção especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde**, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/GPfqbXJDnNpWMZ5TnDPyKN/?lang=pt> acesso em 10 jun. 2021.

FLORÊNCIO FILHO, Marco Aurélio; ZANON, Patricie Barricelli. **COVID-19 e corrupção: políticas de controle em face às medidas de emergência**. Revista Pensamento Jurídico- São Paulo, vol 14, nº 2, 2020. Disponível em <https://fadisp.com.br/revista/ojs/index.php/pensamentojuridico/article/view/207> acesso em 10 jun. 2021.

GABRAN NETO, João Pedro. **Direito à Saúde Direito Constitucional à Saúde e suas molduras jurídicas e fáticas**. 2014. Disponível em <https://www.conass.org.br/consensus/wp-content/uploads/2015/04/Artigo-direito-a-saude.pdf> acesso em 08 jun. 2021.

GADELHA, Paulo **Conferência Nacional de Saúde: desafios para o país. Cadernos de Saúde Pública**. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XDE011015> Acesso em 9 junho 2021.

GARCIA, Leila Posenato, **16ª Conferência Nacional de Saúde: Democracia e Saúde**. 2019, disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v28n3/2237-9622-ess-28-03-e20190223.pdf> acesso em 08 jun. 2021.

INSPER, Instituto de Ensino e Pesquisa. **Judicialização da Saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução**. 2019, disponível em: <https://static.poder360.com.br/2019/03/relatorio-judicializacao-saude-Insper-CNJ.pdf> acesso em 01 jun. 2021.

LOPES, Lis; Dourado Giovana, **Projeto de lei quer aumentar salários de vereadores, prefeito, vice e seretários, em Goiânia**. www.g1.globo.com, 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/go/goias/noticia/2020/12/04/projeto-de-lei-quer-aumentar-salarios-de-vereadores-prefeito-vice-e-secretarios-em-goiania.ghtml> acesso em 10 jun. 2021.

LESSA, Josiane de Sousa. **Judicialização do direito à saúde fere o princípio da equidade?**. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para obtenção do grau em bacharem em direito pela Pontífica Universidade Católica do Rio Grande do Sul –PUCRS, 2014. Disponível em https://www.pucrs.br/direito/wp-content/uploads/sites/11/2017/03/josiane_lessa_2014_2.pdf acesso em 09 jun. 2021.

LENZA, Pedro. **Direito Constitucional Esquematizado**. 24 ed – São Paulo, Saraiva Educação, 2020.

LIMA, João Paulo Kemp; SOUZA, Lucas Daniel Ferreira de. **Princípio da Eficiência como fundamento para a política pública e efetividade do direito à saúde**. 2014. Disponível em: <https://revista.univem.edu.br/emtempo/article/view/461> acesso em 10 jun. 2021.

LOURENÇO, Luciana de Fátima Leite; DANCZUK, Rutes de Fátima Terres; PAINAZZER, Daiany; DE PAULA JUNIOR, Newton Ferreiar; MAIA, Ana Rosete Camargo Rodrigues; DOS SANTOS, Evanguelia Kotzias Atherino, **A Historicidade Filosófica do Conceito Saúde**, 2001. Disponível em <http://www.here.abennacional.org.br/here/vol3num1artigo2.pdf> acesso em 08 jun. 2021.

MARTINS, Leandro Ortigoza. **O segmento da medicina diagnóstica no Brasil**. 2014. Disponível em:

<https://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/viewFile/20736/pdf> Acesso em 08 jun. 2021.

MOURA, Ana Lucia; MATTA, Gustavo Correia. **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

MATTA, Gustavo Corrêa, **Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde**. 2007, Disponível em <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/39223/2/Pol%C3%ADticas%20de%20Sa%C3%BAde%20-%20Princ%C3%ADpios%20e%20Diretrizes%20do%20Sistema%20%C3%9Ani%20co%20de%20Sa%C3%BAde.pdf> acesso em 08 jun. 2021.

MIRANDA, Gedeon. **Projeto de Lei para aumentar salário de prefeito para R\$ 24 mil é alvo de protestos de moradores de Ji-Paraná, RO**. www.g1.globo.com, 2020, disponível em: <https://g1.globo.com/ro/rondonia/noticia/2020/12/15/projeto-de-lei-para-aumentar-salario-de-prefeito-para-r-24-mil-e-alvo-de-protestos-de-moradores-de-ji-parana-ro.ghtml> acesso em 10 jun. 2021.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 36. ed. São Paulo: Atlas, 2020.

MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de Direito Constitucional**. 15. Ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **SUS princípios e conquistas**. – Secretaria Executiva – Brasília, 2000. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf acesso em 08 jun. 2021.

SANTOS; Nelson Rodrigues; VECINA NETO, Gonzalo; ARAGÃO, Érica; CAMPOS, Thiago. **Denúncia Responsabilidade Civil**, 2021. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/responsabilidade-civil-denuncia.pdf> acesso em 7 jun. 2021.

SANTI, Eduardo José; ARGERICH, Eloisa Nair de Andrade, **As Constituições Brasileiras e o Direito à Saúde Como Um Direito Social: Análise de Casos Concretos e Jurisprudência em Face do Direito à Saúde Pela Defensoria PÚBLICA**, 2015. Disponível em <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:1JzigCXwaHEJ:http://www.publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaconhecimento/article/view/5350/4528+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br> acesso em 08 jun. 2021.

SCAFF, Fernando Facury. **Houve omissão do presidente na compra de vacinas para todos os brasileiros?** 2021 Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2021-abr-13/contas-vista-houve-omissao-presidente-compra-vacinas-todos> acesso em 11 jun. 2021.

SILVA, Frans Diorgene Bernades da Silva. **Uma Perspectiva Histórica Sobre o Conceito de Saúde, ao Sistema Único de Saúde e a Saúde do Trabalhador**, 2012. Disponível em <http://www.eeffto.ufmg.br/eeffto/DATA/defesas/20180123095420.pdf> acesso em 08 jun. 2021.

SILVA, Michelle Emanuella de Assis. **Direito à Saúde: Evolução Histórica, atuação estatal e aplicação da teoria de Karl Popper**. Revista Constituição e Garantia de Direitos. Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:mFcY0u50Yf0J:https://periodicos.ufrn.br/constituicaoegarantiadedireitos/article/download/12251/8480/+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br> Acesso em 09 jun. 2021.

SELAU, Marcelo Benetti. **Princípio da eficiência aplicado às ações e serviços públicos de saúde**. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de pós graduação em Gestão de Organização Pública em Saúde Ead, Campus Palmeiras das Missões, Educação a Distância da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, RS – 2014. Disponível em: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/12938/TCCE_GOPS_EaD_2014_SELAU_MARCELO.pdf?sequence=1 acesso em 10 jun. 2021.

PADILHA, Rodrigo. **Direito Constitucional**. 6. Ed. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: MÉTODO, 2020.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. E-book. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. Disponível em :<http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/> acesso em 09 jun. 2021.

PAIM, Jairnilson Silva; SOUZA, Luis Eugênio Portela Fernandes; TEIXEIRA, Carmem Fontes; BAHIA, Lígia; GUIMARÃES, Reinaldo; ALMEIDA-FILHO, Naomar; MACHADO, Cristiani Vieira; CAMPOS, Gastão Wagner; SILVA, Gulnar Azevedo e. **Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil**, 2019. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/HXCBkzpnQ7LbLKWqvXd3bGt/?lang=pt> acesso em 05 jun. 2021.

POLETTI, Ronaldo. **Constituições Brasileiras Volume III**, Senado Federal Secretaria Especial de Editoração e Publicações Subsecretaria de edições técnicas, 3ª edição, Brasília, 2012.

RICARDI, Luciani Martins; SHIMIZU, Helena Eri; SANTOS, Maria Pacheco. **As Conferências Nacionais de Saúde e o processo de planejamento do Ministério da Saúde**, 2017. Disponível em <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/n8nWQr8mZqfFXNQSPfzXNfy/?lang=pt> acesso em 08 jun. 2021.

ROSÁRIO, Almeida Celita; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria; MATTA, Gustavo Corrêa. **Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a**

serviços de saúde

TÁCITO, Caio. **Constituições Brasileiras Volume VII**, Senado Federal, Secretaria Especial de Editoração e Publicações, Subsecretaria de edições técnicas, 3ª edição, Brasília, 2012.

TEIXEIRA, Bruna de Cássia; BLIACHERIENE, Ana Carla. **Acesso aos bens de saúde pela via judicial na jurisprudência do Supremo Tribunal Federal**. Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Direito de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – SP. Disponível em: <http://www.tcc.sc.usp.br/tce/disponiveis/89/890010/tce-02082013-122707/publico/BrunadeCassiaTeixeira.pdf> acesso em 10 jun. 2021.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, proc nº 0000450-73.2021.8.19.0010

OLIVEIRA, José Pedro Fernandes Guerra de. **O Princípio da Eficiência da Administração Pública**. 2017, disponível em: <https://jus.com.br/artigos/59777/o-principio-da-eficiencia-da-administracao-publica> acesso em 10 jun. 2021.

ORSATTO, Silvio Dagoberto; YAMAGUCHI, Cristina Keiko. **Judicialização da Saúde no Brasil: uma abordagem disciplinar**. – Erechim: Deviant, 2017.

POLICARPO, Junior, **Fabio Wajngarten: “Houve incompetência e ineficiência”** <http://www.veja.abril.com.br> 2021, disponível em: <https://veja.abril.com.br/politica/fabio-wajngarten-houve-incompetencia-e-ineficiencia/> acesso em 11 jun. 2021.

VECHI, Aylton Flávio; BARBOSA, Raphael Perissé Rodrigues; PRADO, Fabiana Lemes Zamalloa; CORRÊA FILHO, Helio Telho; WOLFF, Marcello Santiago; CIPRIANO, Sérgio de Almeida; AVELINO, Daniel César Azeredo; BALESTRA NETO, Otávio; ASSIS, Wilson Rocha Fernandes. **Atribuição do Ministério Público Estadual e Federal na fiscalização de verbas públicas transferidas pela União aos Estados e Municípios no âmbito SUS, especialmente, em razão do enfrentamento do novo coronavírus (COVID-19)**, 2020. Disponível em: http://www.mpgp.mp.br/portal/arquivos/2020/07/22/14_11_03_809_NOTATC_1. PDF acesso em 10 jun. 2021.

VIACAVA, Francisco; OLIVEIRA, Ricardo Antunes Dantas de; CARVALHO, Carolina de Campos; LAGUARDIA, Josué; BELLIDO, Jaime Gregório. **SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos**. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8R6QRyHLFb4S7FXh8CDd5kf/?lang=pt#>. Acesso em 08 jun. 2021.

ULHOA, Daiana Aparecida Moreira. **Importância da participação popular nas ações de saúde**. Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de especialização em atenção básica em saúde da família, Universidade Federal

de Minas Gerais, 2012. Disponível em:
<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3821.pdf> acesso em
08 jun. 2021.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. **Direito à Saúde no Brasil: seus contornos, judicialização e a necessidade da macrojustiça.** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA 2020.