

Sistema Único de Saúde versus judicialização da Saúde no Brasil

Unified Health System versus judicialization of the Health in Brazil

**Anselmo Gomes de OLIVEIRA;
Dâmaris SILVEIRA**
Editores-chefe

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população brasileira, em 2019, é estimada em mais de 210 milhões de pessoas, que estão distribuídas, de forma muito heterogênea, em uma área de mais de 8,5 milhões Km² (1). Dessa forma, a saúde pública no Brasil constitui um cenário bastante complexo, no que se refere ao acesso da população ao serviço e ao número de profissionais de Saúde, principalmente em áreas mais remotas e comunidades menos assistidas.

A instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) representou um enorme avanço no que concerne ao acesso ao serviço. Antes da Constituição Federal de 1988 (2), o serviço público de saúde atendia somente aos trabalhadores vinculados à Previdência Social. Promulgada a Constituição, a saúde passou a ser um direito de todos os cidadãos brasileiros e um dever do Estado. Assim, o Sistema Único de Saúde, em sua concepção, deve ser gratuito e universal, ou seja, acessível a todos os cidadãos brasileiros e residentes no País. É importante ressaltar que mesmo os cidadãos que utilizam serviços de saúde ditos “privados”, por meio de planos de saúde ou não, utilizam o SUS. Os dados disponíveis da *Pesquisa Nacional de Saúde* (PNS, 2013), mostram que 57,6% dos entrevistados que não tinham plano de saúde buscaram atendimento no SUS, enquanto 12,6% pagaram pela assistência. Dos entrevistados que declararam ter contratado planos privados de saúde, 17,5% foram atendidos em estabelecimentos públicos de saúde (3,4). Contudo, tem que ser considerado que a saúde pública abrange muito mais que a assistência *per se*.

O SUS foi regulamentado pela Lei 8080 em 1990, a qual enumera todas as suas atribuições e

funções, e pela Lei 8142 de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade, gestão e financiamento do SUS (5,6). Está subordinado ao Ministério da Saúde, mais especificamente, relacionado aos órgãos colegiados do Ministério por meio do Conselho Nacional de Saúde (CNS), cujas decisões são primordiais a todas as ações do SUS (7), e a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), que é responsável pelos pareceres sobre todas as incorporações, alterações ou retirada de tecnologias no SUS, além de ser responsável pela proposição e alterações de protocolos e diretrizes clínicas (8).

A CONITEC possui um papel essencial no estabelecimento da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), que visa garantir que o processo de incorporação de medicamentos no SUS “esteja baseado em critérios que possibilitem à população o acesso a medicamentos mais seguros, eficazes e custo-efetivos, para atendimento aos principais problemas de saúde dos cidadãos brasileiros” (9,10). Entretanto, devido ao inesperado excesso de demanda e ao extenso e heterogêneo território nacional, o SUS vem enfrentando diversos problemas em todos os níveis de atendimento, principalmente nos municípios do interior dos Estados e em regiões mais remotas.

Para ampliar o acesso à saúde, nos mais de 30 anos de SUS, o Ministério da Saúde tem lançado campanhas e programas (11), dentre os quais aquele relacionado com o acesso ao medicamento, chamado de Programa Farmácia Popular do Brasil (12), criado para atender às principais diretrizes da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (13), relacionadas ao acesso ao medi-

camento. O Programa Farmácia Popular foi criado pela Lei 10858 de 13 de abril de 2004 (14) e regulamentado pelo Decreto 5090 de 20 de abril de 2004 (15).

O Programa funciona em Farmácias Comerciais credenciadas e seu principal objetivo é fornecer, à população, medicamentos considerados essenciais, constantes da RENAME (9). Prescrições de medicamentos para doenças crônicas como hipertensão, diabetes e asma são aviadadas gratuitamente, enquanto que outros, por exemplo, para hipercolesterolemia, rinite, doença de Parkinson, osteoporose e glaucoma, são oferecidos com desconto.

Além dos medicamentos disponibilizados pelo Programa Farmácia Popular, outros medicamentos são oferecidos pelo SUS em suas unidades de atendimento. Atualmente cerca de 900 medicamentos que constam da RENAME são oferecidos sem custo. Contudo, um sistema de saúde com as dimensões do SUS, que envolve medicamentos com diversos graus de complexidade, apresenta problemas tanto de fluxo como de composição quantitativa e de tipos de medicamentos oferecidos. Os principais problemas ocorrem com o acesso a medicamentos de alto custo e aqueles relacionados com o tratamento de doenças raras. Em ambos os casos, diante da essencialidade dos tratamentos e das garantias constitucionais externadas na universalidade de atendimento à saúde, os pacientes recorrem à judicialização da saúde, como último recurso para acesso ao medicamento não contemplado pelo SUS, seja por insuficiência orçamentária, seja falta de previsão na RENAME (9).

A judicialização, no caso de medicamentos é o resultado, entre outras causas, da redemocratização do país, com a promulgação da Constituição de 1988 (16), e de um sistema de saúde com problemas orçamentários, pois sempre é delineado para ser executado baseado na demanda do ano anterior, e que não contempla mecanismos de expansão de recursos para responder às demandas oriundas da

judicialização. Por essa razão, a expansão da demanda em torno da judicialização representa uma grande preocupação, tanto no campo da gestão pública quanto do judicial, pois como não existem critérios claros para equalizar as duas situações, o processo judicial geralmente leva a um desequilíbrio orçamentário nos recursos da saúde prejudicando as ações implementadas e direcionadas para a maioria dos pacientes.

Em Minas Gerais, dos 10.051 medicamentos entre os itens deferidos como produtos farmacêuticos em ações judiciais contra a SES/MG (outubro de 1999 a outubro de 2009), somente 773 (7,69%) foram classificados como adequados enquanto 6.919 (68,84%) como inadequados aos critérios de acesso à assistência farmacêutica instituídos em 2011 (17,18).

Ao fazer uma leitura rápida, pode parecer que os aspectos da judicialização da saúde acabam implicando na garantia de direitos individuais em detrimento do direito coletivo (19,20), considerando que a busca pelo acesso à saúde pela via judicial, que deveria ser exceção, parece estar se tornando regra. Contudo, a judicialização pode ser benéfica, considerando que leva à responsabilização do Estado em garantir o acesso à Saúde e fazendo que gestores reavaliem os processos envolvidos no ciclo de Assistência Farmacêutica. Assim, esses direitos (individuais e coletivos) não se auto excluem.

Apesar de a CONITEC revisar, com certa frequência, a relação dos medicamentos disponíveis no SUS e introduzir novos medicamentos, principalmente para tratamento de doenças raras e medicamentos de alto custo, a frequência dessa introdução ainda não tem produzido resultados com reflexo positivo na diminuição dos processos judiciais. Dessa forma, no que se refere à judicialização da saúde, se faz necessária a ação em duas frentes incluindo aumentar a agilidade da revisão da RENAME e incentivar que, nos processos judiciais envolvendo a Saúde, prevaleça a análise técnica, para reduzir possíveis desvios que, ao invés de garantir o acesso universal, possam favorecer casos isolados.

REFERÊNCIAS

1. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=resultados>. (Acesso em 24/09/2019)
2. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496 p.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Pesquisa Nacional de Saúde – 2013 – Módulo de Utilização de Serviços de Saúde. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defhtmx.exe?pns/pnsj.def> (acesso 24/09/2019)
4. Bahia, L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. *Cad Saude Pública*. 2018;34(7): e00067218. DOI: 10.1590/0102-311X00067218
5. BRASIL. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. LEI nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm (acesso em 24/09/2019)
6. BRASIL. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. LEI nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm (acesso em 24/09/2019)
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. <http://conselho.saude.gov.br/> (acesso em 24/09/2019)
8. BRASIL. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. <http://conitec.gov.br/> (acesso em 24/09/2019)
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2018. Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 218 p.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/renome> (acesso em 24/09/2019)
11. BRASIL. Ministério da Saúde. <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/> (acesso em 24/09/2019)
12. BRASIL. Ministério da Saúde. <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/farmacia-popular> (acesso em 24/09/2019)
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Resolução n. 338, de 06 de maio de 2004. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html (acesso em 24/09/2019)
14. BRASIL. Presidência da República. Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências. Lei 10858 de 13 de abril de 2004. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/110.858.htm (acesso em 24/09/2019)
15. BRASIL. Presidência da República. Regulamenta a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa «Farmácia Popular do Brasil», e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5090.htm (acesso em 24/09/2019)
16. Barroso LR. Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática. http://www.ie.ufjf.br/intranet/ie/userintranet/hpp/arquivos/251020155550_Debate2Textos.pdf (acesso em 24/09/2019).
17. Lopes LMN, Coelho TL, Diniz SD, Andrade EIO. Integralidade e universalidade da assistência farmacêutica em tempos de judicialização da saúde. *Saúde Soc*. 2019;28(2):124-131. DOI: 10.1590/S0104-12902019180642
18. BRASIL. Presidência da República. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 jun. 2011. <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=29/06/2011> (acesso em 24/09/2019)
19. Stival SLM, Girão FA. A judicialização da saúde: breves comentários. *Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit*. 2016;5(2):141-158
20. Silva LC. Judicialização da saúde: em busca de uma contenção saudável. http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13182&revista_caderno=9 (acesso em 24/09/2019).