

REVISTA BRASILEIRA DE POLÍTICAS PÚBLICAS
BRAZILIAN JOURNAL OF PUBLIC POLICY

Política pública de saúde: análise do modelo e instrumentos sob a perspectiva jurídica

Public health policy: analysis of models and instruments from a legal perspective

Joice Schroer

Janriê Rodrigues Reck

Sumário

SESSÃO 1 — DEMOCRACIA, DIREITOS, PROTEÇÃO SOCIAL E INSTITUIÇÕES PÚBLICAS .16

DE VOLTA ÀS URNAS: AS ELEIÇÕES SUPLEMENTARES DOS CICLOS ELEITORAIS DE 2012 E 201618

Ralph André Crespo, Leandro Molhano Ribeiro e Vitor de Moraes Peixoto

PARIDADE DE GÊNERO NOS PARLAMENTOS E AÇÕES AFIRMATIVAS: APERFEIÇOANDO A LEGISLAÇÃO ELEITORAL BRASILEIRA ESPARSA A PARTIR DA LEGÍSTICA 41

Débora Andreia Gomes Souto e Linara Oeiras Assunção

A NECESSIDADE DE PROTEÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EXPOSTAS ÀS REDES SOCIAIS: DA INSUFICIÊNCIA LEGISLATIVA ÀS PRÁTICAS INCLUSIVAS DE PROMOÇÃO DA CIDADANIA DIGITAL.....79

Letícia da Fontoura Tomazzetti

DA (IN)OBSERVÂNCIA DO DIREITO À IMAGEM NA INVESTIGAÇÃO POLICIAL NO ESTADO DO PARANÁ: NECESSIDADE DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PROTEÇÃO DOS DIREITOS DA PERSONALIDADE..... 101

Débora Alécio e Gustavo Noronha de Ávila

POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO ENSINO SUPERIOR..... 122

Luciana Cristina Souza, Cacilda Nacur Lorentz e Fernanda Paula Diniz

PROGRAMA VIVER – ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL: ANÁLISES PRELIMINARES SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DE UMA POLÍTICA PÚBLICA PARA PESSOA IDOSA..... 138

Tássia Monique Chiarelli e Samila Sathler Tavares Batistoni

ESTRATÉGIAS GOVERNAMENTAIS PARA A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À ALIMENTAÇÃO NO PÓS-PANDEMIA DA COVID-19 159

Maria Clara Campos de Camargo Tavares e Vinicius Gomes Casalino

O QUARTO DE DESPEJO ESTATAL: O CÁRCERE EM TEMPOS PANDÊMICOS 190

Henrique Bernardo Maciel e Rita de Cassia Souza Tabosa Freita

SESSÃO 2 — POLÍTICAS PÚBLICAS, SAÚDE, DESENVOLVIMENTO E GOVERNANÇA ECONÔMICA 231

O IMPACTO DOS PROGRAMAS SOCIAIS DE TRANSFERÊNCIA MONETÁRIA SOBRE A REDUÇÃO DA TAXA DE FAMÍLIAS BENEFICIÁRIAS EM EXTREMA POBREZA.....233

Eduardo Matheus Figueira e Marcia Aparecida Procopio da Silva Scheer

DEVER DE MONITORAMENTO: PARA ALÉM DA ELABORAÇÃO E EXECUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE RECUPERAÇÃO DA VEGETAÇÃO NATIVA.....	254
Ana Paula de Barcellos	
POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: ANÁLISE DO MODELO E INSTRUMENTOS SOB A PERSPECTIVA JURÍDICA.....	271
Joice Schroer e Janriê Rodrigues Reck	
GOVERNANÇA PÚBLICA E DESEMPENHO DOS FUNDOS PÚBLICOS DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO DO ESTADO DO TOCANTINS NO PERÍODO DE 2018 A 2021.....	293
Daniel Alencar Bardal, Ana Lúcia de Medeiros e Elisabeth Aparecida Corrêa Menezes	
ESTUDO DE EVENTOS EM FUSÕES E AQUISIÇÕES: UMA AVALIAÇÃO DO ATO DE CONCENTRAÇÃO KROTON-ESTÁCIO.....	315
Guilherme Mendes Resende e Felipe Neiva Mundim	
DIÁLOGO VIRTUOSO ENTRE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y EL CAMBIO CLIMÁTICO: UNA PERSPECTIVA INTEGRADORA	335
Andrea Lucas Garin	
CARACTERÍSTICAS DAS BOAS PRÁTICAS NA IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS JUDICIÁRIAS DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR CONTRA MULHERES E MENINAS	355
Fabiana Cristina Severi e Ana Carolina de Sá Juzo	
PLAN MUNICIPAL DE MATA ATLÁNTICA EN FOZ DE IGUAÇU: UNA APROXIMACIÓN TEÓRICO-PRÁCTICO SOBRE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA EL CAMBIO CLIMÁTICO	374
Hector Enrique Colmenarez Espinoza e Luciana Mello Ribeiro	
RESILIENT GOVERNANCE AND QUALITY OF LIFE AMID WAR: PUBLIC ADMINISTRATION CHALLENGES IN UKRAINE.....	394
Olena Korolchuk	
EL PLAZO DE RECLAMACIÓN DE LOS TERCEROS Y SU REFORMA EN LA EVALUACIÓN DE IMPACTO AMBIENTAL CHILENA	416
Pedro Harris Moya	
SESSÃO 3 — SEGURANÇA PÚBLICA, TECNOLOGIA, DADOS, REDES E INOVAÇÃO GOVERNAMENTAL	430
COMPARATIVE SPATIOTEMPORAL ANALYSIS OF VEHICLE THEFT IN SÃO PAULO CITY USING COMPLEX NETWORKS	432
Luis Fernando Gonçalves, Yuri Perez e Fábio Henrique Pereira	

FATORES RELACIONADOS À OCORRÊNCIA DA REINCIDÊNCIA POLICIAL DE INDIVÍDUOS EM REGIME SEMIABERTO COM MONITORAÇÃO ELETRÔNICA EM MANAUS, AMAZONAS, BRASIL	479
Christianne Corrêa Bento da Silva e Nathália França de Oliveira	
DEVER FUNDAMENTAL DE PROTEÇÃO AO MEIO AMBIENTE E SUA RELATIVIZAÇÃO PELO PRÓPRIO ORDENAMENTO JURÍDICO	497
Josmar de Souza Pagotto e Adriano Sant'Ana Pedra	
PRÁTICAS EMPREENDEDORAS EM UNIVERSIDADES FEDERAIS NUMA PERSPECTIVA DA QUÁDRUPLA HÉLICE	514
Suely Xavier dos Santos, Cristine Hermann Nodari, Luciana Gondim de Almeida Guimarães, Antônio Jorge Fernandes Ana Maria Magalhães Correia e Ana Lúcia Brenner Barreto Miranda	
INVERSOR MINORISTA Y PLATAFORMAS DE FINANCIAMIENTO COLECTIVO CROWDFUNDING EN CHILE. RIESGOS, OPORTUNIDADES Y DESAFÍOS REGULATORIOS.....	552
Eduardo Teodoro Jequier Lehuedé e Sebastian Bozzo Hauri	
DESAFIOS DO ENVELHECIMENTO PARA O SUS: ANÁLISE DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PALMEIRA DAS MISSÕES, RIO GRANDE DO SUL, BRASIL.....	579
Patrícia De Carli, Sérgio Luís Allebrandt e Ailton Adelar Mueller	
DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA EM TEMPOS DE COVID-19: DIFICULDADES, ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E PROPOSIÇÕES PARA REORIENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL	594
Roberta Ribeiro Batista Barbosa	
PEACE THROUGH INTERNATIONAL LAW IN TERRITORIAL AND MARITIME DISPUTES AND AFFAIRS IN EAST ASIA: LENSING INTERNATIONAL COURT OF JUSTICE (ICJ).....	613
Bhupinder Singh	
O MONITORAMENTO DE REFORMAS ESTRUTURAIS PELO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL	637
Matheus Casimiro, Eduarda Peixoto da Cunha França e Flavianne Fernanda Bitencourt Nóbrega	
TRANSICIÓN ENERGÉTICA E IDENTIDAD CULTURAL. EL CASO DE LOS PROYECTOS DE ENERGÍAS RENOVABLES EN LUGARES SAGRADOS INDÍGENAS DE CHILE	656
Alberto Olivares	

Política pública de saúde: análise do modelo e instrumentos sob a perspectiva jurídica*

Public health policy: analysis of models and instruments from a legal perspective

Joice Schroer**

Janriê Rodrigues Reck***

Resumo

O presente estudo tem como finalidade a compreensão da estruturação e organização da Política Pública de Saúde. Para tanto, o problema que norteia a pesquisa é identificar o modelo e os instrumentos dessa Política sob a perspectiva jurídica. A hipótese é de que o modelo que estabelece objetivos, alternativas de decisões e órgãos responsáveis, baseia-se nas diretrizes constitucionais e na Lei nº 8.080/90 e seus principais instrumentos são os serviços públicos e os programas gerais. O método de pesquisa será o dedutivo e a técnica de pesquisa a bibliográfica. O trabalho divide-se em dois segmentos, que correspondem aos objetivos específicos do estudo. Primeiro aborda-se a estruturação, organização e o modo de implementação da Política Pública regulamentada pela Lei nº 8.080/90 que institui o Sistema Único de Saúde, em seguida, analisa-se seus principais instrumentos de concretização - serviços públicos e programas gerais -, em especial, no tocante a assistência farmacêutica e a dispensação de medicamentos.

Palavras-chave: Direito Fundamental à Saúde; Política Pública; Modelo; Instrumentos; Regulamentação.

Abstract

the purpose of this study is to understand the structuring and organization of Public Health Policy. Therefore, the problem that guides the research is to identify the model and instruments of this Policy from a legal perspective. The hypothesis is that the model that establishes objectives, decision alternatives and responsible bodies is based on constitutional guidelines and on Law nº 8.080/90 and its main instruments are public services and general programs. The research method will be the deductive and the bibliographic research technique. The work is divided into two segments, which correspond to the specific objectives of the study. First, the structuring, organization and way of implementing the Public Policy regulated by Law nº 8.080/90 that establishes the Unified Health System is approached, then its main instruments of implementation are analyzed - public services and general programs -, in particular, with regard to pharmaceutical assistance and drug dispensing.

* Recebido em 28/11/2022
Aprovado em 27/02/2023

** Joice Schroer Correio- Mestranda em Direito pelo Programa de Pós-Graduação em Direito – Mestrado e Doutorado da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC
Email: johschroer@hotmail.com

*** Estágio Pós-Doutoral pela Goethe Universität Frankfurt em andamento. Coursou doutorado na Universidade do Vale do Rio dos Sinos (2009) e Mestrado pela Universidade de Santa Cruz do Sul (2006). Possui graduação em Ciências Jurídicas e Sociais pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (2003). Atualmente é professor do Programa de Pós-Graduação, Mestrado e Doutorado, da Universidade de Santa Cruz do Sul. Tem experiência na área de Direito, com ênfase em Teoria do Estado, atuando principalmente nos seguintes temas: democracia, administração pública, teoria do significado, teoria da ação comunicativa, teoria dos sistemas. Atualmente trabalha, tanto em termos de disciplinas ministradas, como orientações e publicação, com Teoria Jurídica das Políticas Públicas. É membro da Rede ibero-americana de Docentes de Direito Administrativo. Membro da Rede de Direito Administrativo Social. Atualmente é Procurador Federal.
Email: johschroer@hotmail.com

Keywords: Fundamental Right to Health; Public policy; Model; Instruments; Regulation.

1 Introdução

Os direitos fundamentais são realizados por meio das políticas públicas numa relação consequencial. Sendo que o conteúdo do direito fundamental é materializado através da política pública, na qual deve estar presente o interesse público. Uma política pública tem como objetivo a realização de uma finalidade prevista na Constituição, utilizando-se do serviço público, por exemplo, como instrumento de sua efetivação, o qual para ser concretizado depende de uma série de atuações do Estado.

Neste sentido, a política pública torna-se um dever estatal de efetivar direitos sociais, cabendo aos poderes políticos definir os modos de realizar tal obrigação a partir de sua formulação e implementação. Indiscutivelmente, a política pública inicia de uma demanda social, a partir da qual se elabora um programa utilizando-se de elementos e instrumentos para alcançar um resultado. A política pública de saúde objetiva a proteção do Direito à Saúde a todos, sob a responsabilidade do Estado, por meio de políticas sociais e econômicas. Proteção de cunho integral, universal e igualitário, conforme estabelecido na Constituição Federal de 1988.

Assim, o presente estudo tem como finalidade a compreensão da estruturação e organização da Política Pública de Saúde. Para tanto, o problema que norteia a pesquisa é identificar o modelo e os instrumentos dessa Política sob a perspectiva jurídica. A hipótese é de que o modelo que estabelece objetivos, alternativas de decisões e órgãos responsáveis, baseia-se nas diretrizes constitucionais e na Lei nº 8.080/90 e seus principais instrumentos são os serviços públicos e os programas gerais. O método de pesquisa será o dedutivo e a técnica de pesquisa a bibliográfica, com base nas referências já publicadas em livros, revistas, artigos e sites (SciELO-Brasil, Google acadêmico, Periódicos Capes) relacionadas ao tema em estudo.

O trabalho divide-se em dois segmentos, que correspondem aos objetivos específicos do estudo. Primeiro aborda-se a estruturação, organização e o modo de implementação da Política Pública regulamentada pela Lei nº 8.080/90 que institui o Sistema Único de Saúde, em seguida, analisa-se seus principais instrumentos de concretização - serviços públicos e programas gerais -, em especial, no tocante a assistência farmacêutica e a dispensação de medicamentos.

2 Modelo da política pública de saúde

O Sistema Único de Saúde é a política pública nacional através da qual o Direito Fundamental Social à Saúde torna-se efetivo, com as atribuições do Poder Público em suas diferentes esferas. Disponível de modo universal e igualitário, com ações protetivas, curativas e de consecução, conforme projetado no texto constitucional.

Trata-se de uma política social (contém medidas e ações de proteção social na esfera da saúde); universal (afirma direitos para todos os cidadãos); constitutiva (define procedimentos gerais da política); majoritária (distribui custos e benefícios coletivamente); real (propõe-se e reúne conhecimento para resolver um problema público, qual seja, o acesso a serviços e demandas de saúde); de Estado (prolongada no tempo, prosseguindo por diferentes governos, intrínseca ao aparato estatal e com ampla legitimação)¹

¹ SCHMIDT, João Pedro. Para estudar políticas públicas: aspectos conceituais, metodológicos e abordagens teóricas. *Revista do Direito*. Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 56, p. 119-149, set/dez. 2018. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/direito/article/view/12688>. Acesso em: 03 out. 2022.

Por efeito de um Sistema Único, abarcado pela multiplicidade de ações, decisões, agentes e órgãos envolvidos, a noção de acessibilidade pode tornar-se um grande desafio para que haja uma assistência adequada e de qualidade em um país de território tão extenso e diversificado. A política pública necessita ser planejada - respeitando a formatação democrática, humanista e federalista². Formulada e implementada considerando múltiplos aspectos, como, por exemplo, os valores a serem financiados por cada ente federativo de acordo com cada nível de atendimento, as doenças predominantes em determinadas regiões, assim como a necessidade de disponibilizar o acesso aos locais mais afastados dos centros de referência³.

Visando estruturar e dispor sobre a regulamentação das responsabilidades, as competências de cada esfera governamental, as diretrizes e os princípios que servem de vetores⁴ desse complexo Sistema, houve a aprovação da Lei 8.080 em 19 de setembro de 1990, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde.

Vial e Oliveira identificam, regrados pelo texto constitucional, as seguintes bases estruturais do SUS:

Segundo a Constituição, o SUS está estruturado em três princípios constitucionais e em três organizativos. O primeiro grupo garante a universalização da assistência - permite a todos o acesso -, a integralidade da atenção - todas as ações necessárias à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação - e a equidade - serviços e bens segundo as necessidades. Já os princípios organizativos são a descentralização da gestão com a participação das esferas federal, estadual e municipal, a regionalização e hierarquização das redes de serviços e a participação da comunidade na gestão do sistema⁵.

A Constituição Federal afirma ser o SUS organizado sob a base de diretrizes. Justapondo-se, a lei orgânica da saúde sustenta sua organização com base tanto nas diretrizes constitucionais, como nos princípios elencados ao longo do texto. Ao analisar conjuntamente as legislações, descentralização, integralidade e participação da comunidade são caracterizadas ao mesmo tempo como diretriz e princípio⁶.

Nessa senda, as ações e serviços prestados devem ser desenvolvidos com base nas diretrizes previstas no Art. 198 da CF/88 (descentralização, atendimento integral e participação da comunidade) e nos princípios elencados nos incisos do Art. 7º da Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990), dentre os quais se destacam a universalidade e a integralidade.

A universalidade é um dos princípios basilares e garante o acesso as ações e serviços de saúde a todos que necessitem, focalizando as ações preventivas e, por consequência, a diminuição no tratamento de agravos. Trata-se, segundo Lima⁷ de “um instrumento de inclusão social”. Mais de 70% da população brasileira depende exclusivamente do SUS para acessar assistência à saúde⁸.

² MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lucia de Moura (Org.). *Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

³ ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012, p. 2865-2875. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>. Acesso em: 13 set. 2022.

⁴ BUCCI, Maria Paula Dallari. Políticas públicas e direito administrativo. *Revista de informação legislativa*, v. 34, n. 133, p. 89-98, jan./mar., 1997. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/198>. Acesso em: 12 set. 2022.

⁵ VIAL, Sandra Regina Martini; OLIVEIRA, Christiano Augusto Seckler de. O direito à saúde e os determinantes sociais. *Revista da Defensoria Pública*. São Paulo, Ano1, n.1, jul./dez. 2008, p. 281. Disponível em: https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/20/publicacoes/Revista_1_volume_2.pdf. Acesso em: 12 out. 2022.

⁶ MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lucia de Moura (Org.). *Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

⁷ LIMA, Thalita Moraes. O direito à saúde revisitado entre os ideais da Constituição de 1988 e o drama jurídico atual. *Revista de Informação Legislativa*, Ano 51, n.202, abr./jun. 2014, p. 188. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/503044/001011326.pdf?sequence=1>. Acesso em: 13 set. 2022.

⁸ IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. ODS – Metas Nacionais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. 2018. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8855/1/Agenda_2030_ods_metas_nac_dos_obj_de_de-senv_susten_propos_de_adequa.pdf. Acesso em: 20 out 2022.

Por sua vez, o princípio da integralidade, (artigo 198, inciso II, da Constituição Federal e artigo 7º, inciso II, da Lei 8080/90) estabelece que “todas as ações e os serviços de saúde (promoção, proteção ou recuperação) são uma realidade una e, portanto, inseparável, constituindo-se em um todo que atua de modo harmônico e contínuo”⁹. Toda essa construção está centrada na realização do direito à saúde¹⁰.

Ao fixar o conteúdo juridicamente assegurado da dimensão prestacional do Direito à Saúde, o princípio da integralidade abrange ações desde a vacinação, até consultas e cirurgias médicas, dispensação de fármacos e insumos. Trata-se, segundo Pivetta¹¹ “da articulação de ações e serviços que viabilizem o completo bem-estar, físico e mental, dos cidadãos”. Mas, em contrapartida, afirma não ser este princípio a obrigação do fornecimento de toda e qualquer prestação de saúde, estando o Direito à Saúde, como todo direito de natureza fundamental, sujeito à ponderação e do politicamente conveniente, além de possuir a limitação de acordo com o financiamento possível.

Ao se refletir sobre a integralidade do Sistema Único de Saúde, portanto, é necessário ter em mente que as restrições de conteúdo aos direitos sociais podem ser plenamente condizentes com o espectro de proteção constitucionalmente delineado. A questão centra-se em refletir sobre a constitucionalidade ou legalidade de determinada restrição operada pelos poderes constituídos. Esse problema se torna ainda mais relevante pelo fato de que os direitos sociais, por demandarem frequentemente a entrega de bens e serviços que devem ser estruturados pelo Estado, sempre admitem maiores níveis de proteção e promoção¹².

Para tanto, necessita-se de uma configuração legal das restrições e possibilidades ao conteúdo do Direito à Saúde. No âmbito da Administração Pública, tal conformação está disposta nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) e no que tange à incorporação de novas tecnologias pelo SUS – Lei 12.401/2011.

Os PCDTs são utilizados como modelos de decisão para racionalizar os tratamentos a serem dispensados, devendo os serviços públicos serem prestados em conformidade com tais documentos. Consistem em uma importante ferramenta de planejamento do Poder Público, da mesma forma que compreendem delimitações ao direito à saúde, pois, em princípio, os usuários do SUS terão acesso ao tratamento mais adequado conforme as orientações neles contidas, e não a qualquer recurso que bem entender, como por exemplo, escolha de medicamento pela simples preferência de marca¹³.

A Lei nº 12.401/2011 trouxe alterações à Lei nº 8.080/90 dispondo sobre a assistência terapêutica integral e a incorporação de novas tecnologias em saúde, com a inclusão do artigo 19 alíneas M a U, delineando a concepção de integralidade do atendimento em saúde no âmbito do SUS. Conceitua o termo integral referido à Assistência Farmacêutica disposto no artigo 6º, inciso I, alínea d, da Lei 8.080/90:

⁹ SCHWARTZ, Germano. *O tratamento jurídico do risco no direito à saúde*. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2004, p. 106.

¹⁰ SCHWARTZ, Germano. *O tratamento jurídico do risco no direito à saúde*. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2004.

¹¹ PIVETTA, Saulo Lindorfer. *Direito fundamental à saúde: regime jurídico, políticas públicas e controle judicial*. Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Direito do Estado, ao Programa de Pós-graduação em Direito, Setor de Ciências Jurídicas, Universidade Federal do Paraná, 2013, p. 142. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/30251/R%20-%20D%20-%20SAULO%20LINDORFER%20PIVETTA.pdf?sequence=1>. Acesso em: 30 set. 2022.

¹² PIVETTA, Saulo Lindorfer. *Direito fundamental à saúde: regime jurídico, políticas públicas e controle judicial*. Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Direito do Estado, ao Programa de Pós-graduação em Direito, Setor de Ciências Jurídicas, Universidade Federal do Paraná, 2013, p. 142. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/30251/R%20-%20D%20-%20SAULO%20LINDORFER%20PIVETTA.pdf?sequence=1>. Acesso em: 30 set. 2022.

¹³ PIVETTA, Saulo Lindorfer. *Direito fundamental à saúde: regime jurídico, políticas públicas e controle judicial*. Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Direito do Estado, ao Programa de Pós-graduação em Direito, Setor de Ciências Jurídicas, Universidade Federal do Paraná, 2013. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/30251/R%20-%20D%20-%20SAULO%20LINDORFER%20PIVETTA.pdf?sequence=1>. Acesso em: 30 set. 2022.

I - dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravamento à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P;

II - oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde - SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado (BRASIL, 1990).

O artigo 19, alínea N, inciso II, trouxe as conceituações sobre os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs), enquanto documentos contendo modelos decisórios:

II - protocolo clínico e diretriz terapêutica: documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravamento à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS.

Além de identificar as patologias, os PCDTs também devem indicar os procedimentos que devem ser utilizados pelos profissionais da saúde para as diversas fases evolutivas da doença, assim como, indicar tratamentos alternativos caso haja intolerância ou reação adversa (art. 19-O, da Lei nº 12.401/11).

A inclusão, exclusão ou alteração de novas tecnologias em saúde, conforme o artigo 19, alínea Q, da Lei nº 12.401/11, é de competência do Ministério da Saúde, com assessoramento técnico da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) e deve observar dois critérios legais: evidências científicas sobre a eficácia, efetividade e segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto de verificação, com registro ou autorização de uso pelo órgão competente; e avaliação econômica dos benefícios e custos comparada às tecnologias já incorporadas pelo SUS¹⁴.

A CONITEC, criada através do Decreto nº 7.646 de 21 de dezembro de 2011, elabora relatórios sobre a eficácia de novos medicamentos, produtos e procedimentos, recomendando sua incorporação ou não aos PCDTs, bem como a necessidade de constituição ou alteração dos protocolos¹⁵. Por conseguinte, a Comissão, ao emitir decisões coordenadas, selecionando alternativas e articulando operações de agentes e organizações quando surgem novos medicamentos e procedimentos, bem como as evidências científicas e possibilidade/viabilidade de incorporação nas listas de dispensação pelo SUS, é mais um exemplo de modelo decisório da Administração Pública.

Uma metodologia jurídica adequada para as políticas públicas leva em conta a dimensão de efetividade das políticas públicas, assim como seus pressupostos de formulação científica e democrática para os fins de retroação ao modelo decisório. Os modelos decisórios estão em constante evolução e aperfeiçoamento, portanto¹⁶.

A decisão possui uma dupla unidade: a relação de diferença entre as alternativas possíveis e a alternativa selecionada, formando a sua unidade. Há um risco na decisão, de tal modo que, “decidir es entonces ver y probar, si una de las alternativas en examen resiste al riesgo de ser sólo una alternativa”¹⁷. Assim, uma decisão principal – efetivação do direito à saúde – pode fazer surgir várias outras decorrentes¹⁸. “As decisões são um tipo particular de comunicação. São seletivas e sempre atribuídas a um membro da organização”. Por exemplo, as diretrizes da Política Nacional de Medicamentos são estabelecidas pelo Ministério da Saúde (organização) e as decisões relacionadas, são emitidas pelo Ministro da Saúde (agente). Ainda, decisões são

¹⁴ BRASIL. *Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112401.htm. Acesso em: 09 set. 2022.

¹⁵ BRASIL. *Decreto nº 7.646 de 21 de dezembro de 2011*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7646.htm. Acesso em: 09 set. 2022.

¹⁶ BITTENCOURT, Caroline Müller; RECK, Janriê Rodrigues. Políticas públicas de Governo e de Estado – uma distinção um pouco complexa: necessidade de diferenciação entre modelos decisórios, arranjos institucionais e objetivos de políticas públicas de Governo e Estado. *Revista de Direito Econômico e Socioambiental*, Curitiba, v. 12, n. 3, p. 631-667, set./dez. 2021.

¹⁷ LUHMANN Niklas. *Organización y Decisión*. Autopoiesis, acción y entendimiento comunicativo. Anthropos: México, 1997, p. 11.

¹⁸ SCHWARTZ, Germano. *O tratamento jurídico do risco no direito à saúde*. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2004.

tomadas mediante um processo cíclico, ou seja, só se decide de determinada forma, pois houve uma decisão anterior a respeito¹⁹.

Voltando ao exemplo da Política Nacional de Medicamentos (PNM), as decisões elaboradas através da Portaria nº 3916/1998, são diretrizes de uma decisão anterior a respeito, disposta na Lei nº 8080/1990, em seu artigo 6º, que resulta de outra decisão anterior, estabelecida no artigo 196, da Constituição Federal de 1988.

Define-se a Lei 8.080/90 como o sistema organizacional do Direito à Saúde estabelecido no Brasil²⁰. Por intermédio dessa norma legal, objetivos, modelos de decisão (como, qual e de que modo escolher a alternativa adequada e através de quais instrumentos disponíveis), e modelos de organização (definição de competências dos órgãos envolvidos) são regulamentados²¹.

Além dessa legislação basilar, são produzidas, ainda, normatizações pelo Poder Legislativo e pelo Poder Executivo por meio de leis a atos administrativos, como Portarias, Resoluções, Instruções normativas, licitações, contratações, dentre outros. As decisões das políticas públicas sempre se formam juridicamente, por meio de procedimentos estabelecidos pelo ordenamento jurídico, ainda que seu conteúdo tenha cunho técnico ou político²².

As decisões, por sua vez, são deliberadas pelas organizações, que decidem dentro de uma margem de possibilidades em consonância com sua competência estabelecida na Constituição. O desenho da política pública de saúde demanda uma complexa estruturação de normas que permitam aos entes solidariamente, efetivarem o direito à saúde assegurando acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação para as presentes e futuras gerações²³.

Segundo consta no artigo 7º, inciso IX, da Lei 8080/90, as ações e serviços de saúde serão exercidos de modo descentralizado político, administrativo e financeiramente, com a regionalização e hierarquização dos serviços, sob direção única em cada esfera do governo, possuindo a ênfase nos serviços prestados pelos municípios²⁴. No âmbito da União, a gestão será pelo Ministério da Saúde, nos Estados, Distrito Federal e Municípios, pelas Secretarias de Saúde ou órgão equivalente (Artigo 9º). Para tratar de aspectos operacionais da gestão compartilhada do SUS, como financeiros e administrativos, criou-se as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite (art. 14-A, §único).

As atribuições comuns dos entes públicos estão descritas no artigo 15 e as competências relativas a cada órgão separadamente, especificadas entre os artigos 16 a 19, compreendendo orientações à direção nacional, estadual, distrital e municipal do SUS²⁵. Barroso, ao resumir as principais definições de cada esfera administrativa, esclarece:

À direção nacional do SUS, atribuiu a competência de “prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional” (art. 16, XIII), devendo “promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal” (art. 16, XV). À direção estadual do SUS, a Lei nº 8.080/90, em seu art. 17, atribuiu as competências de promover

¹⁹ SCHWARTZ, Germano. *O tratamento jurídico do risco no direito à saúde*. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2004.

²⁰ SCHWARTZ, Germano. *O tratamento jurídico do risco no direito à saúde*. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2004.

²¹ BITENCOURT, Caroline Müller; RECK, Janriê Rodrigues. *O Brasil em crise e a resposta das políticas públicas*: diagnósticos, diretrizes e propostas. Curitiba: Íthala, 2021.

²² BITENCOURT, Caroline Müller; RECK, Janriê Rodrigues. *O Brasil em crise e a resposta das políticas públicas*: diagnósticos, diretrizes e propostas. Curitiba: Íthala, 2021.

²³ BITENCOURT, Caroline Müller; RECK, Janriê Rodrigues. *O Brasil em crise e a resposta das políticas públicas*: diagnósticos, diretrizes e propostas. Curitiba: Íthala, 2021.

²⁴ BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 23 out. 2022.

²⁵ BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 23 out. 2022.

a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde, de lhes prestar apoio técnico e financeiro, e de executar supletivamente ações e serviços de saúde. Por fim, à direção municipal do SUS, incumbiu de planejar, organizar, controlar, gerir e executar os serviços públicos de saúde (art. 18, I e III)²⁶.

Além do Sistema público de saúde, os serviços de assistência também são prestados de forma privada, por profissionais liberais, legalmente habilitados e de pessoas jurídicas de direito privado. A regulamentação dos planos e da prestação de saúde privada, está descrita na Lei nº 9.656 de 1998, que se encontra subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com reforço na vigilância sanitária²⁷.

Conforme assegura o artigo 21, “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada” Contudo, a norma legal impõe a observância dos princípios éticos e das normas expedidas pelo órgão de direção do SUS quanto às condições para seu funcionamento²⁸.

Ainda, quando as disponibilidades do SUS forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, os serviços ofertados pela iniciativa privada podem ser usados como complementação. Ao recorrer a participação complementar dos serviços privados, a formalização deve dar-se mediante contrato ou convênio, de acordo com as normas de direito público, às normas técnicas e administrativas, e aos princípios e diretrizes do SUS, preservado o equilíbrio econômico e financeiro do contrato. Entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do SUS²⁹.

Para dar efetividade “as atividades do Estado devem ser coordenadas para o desenvolvimento econômico e social e esta coordenação se dá por meio do planejamento, que não se limita a definir diretrizes e metas, mas determina, também, os meios para a realização destes objetivos”³⁰. Tais meios dependem de um financiamento adequado e efetivo. É na fase de implementação da política pública onde ocorre a vinculação dos recursos públicos e as formas de financiamento, visando garantir a materialidade dos objetivos estabelecidos quando da sua formulação.

O financiamento do Sistema de Saúde, conforme disposto no artigo 31, da Lei 8080/90, será com suporte do orçamento da seguridade social, que destinará com base na receita estimada, os valores necessários à execução de suas finalidades, de acordo com a proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades definidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias³¹. Segundo estabelecido pelo artigo 2º da lei 8142/1990, que dispõe sobre as transferências intergovernamentais de valores orçamentários na seara da saúde, os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão destinados da seguinte forma:

I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;

II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;

III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;

²⁶ BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. Interesse Público, Belo Horizonte: *Fórum*, v. 9, n. 46, p. 38, nov./dez. 2007.

²⁷ BRASIL. *Lei nº 9.656, de 28 de janeiro de 2000*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm. Acesso em: 27 set. 2022.

²⁸ BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 23 out. 2022.

²⁹ BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 23 out. 2022.

³⁰ BERCOVICI, Gilberto. *Desigualdades regionais, Estado e Constituição*. 1.ed., São Paulo: Max Limonad, 2003, p. 191.

³¹ BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 23 out. 2022.

IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal³².

Portanto, o fundo público é quem deve assegurar recursos suficientes para o financiamento das políticas sociais e é justamente nesse ponto que se encontra uma das principais dificuldades, uma vez que:

Se tem uma definição para o fundo público no Brasil, particularmente para orçamento público, ela pode ser feita em uma única frase: o orçamento é financiado pelos pobres via impostos sobre o salário e por meio de tributos indiretos, sendo apropriado pelos mais ricos, via transferência de recursos para o mercado financeiro e acumulação de capital³³.

Uma das principais dificuldades enfrentadas pelo SUS, advém da falta dos parâmetros sobre os gastos e os valores mínimos que necessitam ser repassados pelos entes federativos³⁴. A Emenda Constitucional (EC) nº 29 de 2000³⁵ representou uma grande conquista, conseguindo dar um pouco mais de estabilidade financeira ao regulamentar a vinculação de recursos mínimos da União, dos Estados e Municípios para financiamento do sistema³⁶.

Os atores estatais mais explícitos no esforço de ampliação do financiamento tem sido os do nível municipal, que estão enfrentando diretamente as dificuldades do SUS e, aparentemente, cumprindo os critérios de financiamento da Emenda 29, além dos membros da oposição no legislativo. O nível estadual não produz um discurso uniforme, pois muitos estados já não cumprem os limites mínimos de financiamento da saúde previstos na Emenda 29, enquanto o nível federal tem promovido redução relativa de sua participação no financiamento da saúde e apresentado resistências à ampliação necessária dos recursos em todos os governos do pós-Constituinte³⁷.

A Lei Complementar nº 141 de 2012, regulamenta a Emenda Constitucional nº 29 fixando a participação da União, Estados e Municípios no orçamento público:

Art. 5º A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.

[...]

³² BRASIL. *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 23 out. 2022.

³³ SALVADOR, Evilasio. Fundo Público e o financiamento das Políticas Sociais no Brasil. *Serviço Social em Revista*, Londrina, v. 14, n.2, p. 10, jan./jun. 2012. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/12263/11632>. Acesso em: 25 set. 2022.

³⁴ Um dos aspectos mais difíceis da implantação do SUS está relacionado ao seu financiamento. Foram muitas as origens dessas dificuldades: a herança do modelo de seguro social; o advento da política econômica neoliberal a partir do início dos anos 90; o endividamento público e os diversos planos econômico-financeiros voltados para o seu enfrentamento; a crise financeira da previdência social; entre outros, configurando o que foi chamado de “Sistema em crise permanente”. SERRA, Carlos Gonçalves; RODRIGUES, Paulo Henrique. O Financiamento da Saúde no Brasil. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lucia de Moura (Org.). *Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 206.

³⁵ Uma forte instabilidade das fontes de financiamento marcou praticamente todo o período de desenvolvimento do SUS até, pelo menos, 2001, quando os efeitos da EC 29/00 começaram a se fazer sentir. Tal instabilidade foi agravada pela crise da previdência, que eclodiu em 1993 e anulou o papel da Contribuição sobre a Folha de Salários (CFS) no financiamento da saúde, que era, até então, a principal receita do setor durante décadas. Ainda que a EC 29/00 tenha contribuído para reduzir a instabilidade financeira do SUS, o fato de ela não ter sido regulamentada permite que diversas esferas de governo, inclusive o federal, lancem como despesas de saúde gastos em outras atividades. A implantação dos mecanismos de financiamento do SUS manteve um grande poder de decisão nas mãos do Ministério da Saúde, contrariando a diretriz constitucional de descentralização. Por deter a maior parcela dos recursos de financiamento do sistema, o Ministério tem o poder de impor sua vontade sobre os estados e municípios. SERRA, Carlos Gonçalves; RODRIGUES, Paulo Henrique. O Financiamento da Saúde no Brasil. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lucia de Moura (Org.). *Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 223.

³⁶ MENDES, Karyna Rocha. *Curso de Direito da Saúde*. São Paulo: Saraiva, 2013.

³⁷ GOMES, Fábio de Barros Correia. Impasses no financiamento da saúde no Brasil: da constituinte à regulamentação da emenda 29/00. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 15, jan- mar, 2014.

Art. 6º Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

Art. 7º Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal.

Art. 8º O Distrito Federal aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) do produto da arrecadação direta dos impostos que não possam ser segregados em base estadual e em base municipal³⁸.

No caso da União, a EC nº 86 de 2015 determinou como base de cálculo a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15%, como investimento, anual, em ações e serviços públicos de saúde. Ocorre, contudo, que em 2016, houve outra Emenda Constitucional (nº 95) que alterou novamente a base de cálculo, ficando dessa forma, o orçamento de gastos sociais reajustado apenas pela inflação. “Com a EC 95, a saúde deixará de ser *subfinanciada* para ser *desfinanciada*, ou seja, perderá recursos anualmente para enfrentar as demandas da sociedade”³⁹.

Desde que a Emenda Constitucional nº 95 foi aprovada, em dezembro de 2016, o orçamento para a Saúde tem diminuído cada vez mais. Somente em 2019, a perda de investimentos na área representou R\$ 20 bilhões, o que significa, na prática, a desvinculação do gasto mínimo de 15% da receita da União com a Saúde. Em 2017, quando a emenda passou a vigorar, os investimentos em serviços públicos de Saúde representavam 15,77% da arrecadação da União. Já em 2019, os recursos destinados à área representaram 13,54%⁴⁰.

As políticas públicas de saúde são financiadas através de recursos da seguridade social, conforme disposto nos artigos 194, 195 e 198, §1º, da CF/88. Contudo, em muitos casos, os recursos não são repassados, são repassados com atraso ou ainda de forma parcial, prejudicando os serviços e ações em saúde. Atualmente, os recursos estão incertos e dependem do montante da arrecadação para serem investidos. De acordo com dados disponibilizados pela Organização Mundial de Saúde, o setor privado no Brasil investe mais do que o governo no Sistema Único de Saúde, o que acaba aumentando o gasto das famílias, pois os gastos privados proveem da soma entre os planos e seguros de saúde com os gastos para aquisição de insumos⁴¹.

Outro ponto que merece destaque é o alto incentivo do governo para o mercado privado de saúde, o que reflete diretamente na redução do gasto público, mantendo o subfinanciamento do sistema público de saúde:

Se não bastasse o subfinanciamento do sistema, desde a sua criação pela Constituição de 1988, ainda há a concorrência com o setor privado, que vê no SUS a possibilidade de ampliação do capital financeiro. Arelado a isto, conforme já mencionado, o setor privado é beneficiado pelo Estado, por meio de incentivos financeiros, mais evidentes a partir de 2014. Percebe-se que a situação de subfinanciamento do SUS pode ser considerada satisfatória para os que valorizam apenas a questão do equilíbrio fiscal, dado que são anos em que o expressivo volume de recursos aplicados na saúde foi menor do que o necessário. A superação do subfinanciamento é improvável na ausência de maior envolvimento dos usuários e de outros setores organizados. Ademais, os dados demonstram que o gasto com a saúde privada é relevante no orçamento familiar. Tais achados apontam para uma redução do papel do Estado

³⁸ BRASIL. *Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 22 out. 2022.

³⁹ SANTOS, Lenir; FUNCIA, Francisco. Emenda Constitucional 95 fere o núcleo essencial do direito à saúde. *Revista Consultor Jurídico*, 2019. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2019-jan-21/opiniao-ec-95-fere-nucleo-essencial-direito-saude>. Acesso em: 26 set. 2022.

⁴⁰ BRASIL. *Ministério da Saúde. Saúde perdeu R\$ 20 bilhões em 2019 por causa da EC 95/2016*. Brasília, 2020.

⁴¹ TOALDO, Adriane Medianeira. Políticas públicas de promoção e prevenção como estratégia de redução de gastos na saúde. In: GORCZEWSKI, Clóvis; LEAL, Mônia Clarissa Hennig (Org). *Constitucionalismo Contemporâneo e Políticas Públicas*, 2019.

como provedor e financiador das ações e serviços públicos de saúde. Sobre isto, além das fontes e da estrutura do financiamento, o nível de gastos com saúde condiciona e determina em que medida o sistema de saúde responde às necessidades da população⁴².

A estruturação do sistema público de saúde depende de uma urgente priorização de suas ações, o que por consequência depende da capacidade e do interesse dos gestores públicos, um problema enraizado desde a formulação do Sistema, justamente por consistir de programas de ação do governo com atos complexos⁴³. Durante o tempo que perdurar o impasse entre a universalidade do SUS perante as dificuldades de recursos para seu financiamento, aumenta a necessidade de empregar esforços para garantir a efetiva priorização no gasto público e a efetivação das suas diretrizes e objetivos basilares⁴⁴.

A Reforma do Sistema, iniciada na década de 70, ainda está em curso, e certamente só terá um desfecho pertinente se Estado e sociedade concordarem e unirem esforços para construção de uma política mais justa, solidária e redistributiva. “O direito à saúde é uma conquista do movimento social, e o caminho agora é a busca para implementá-lo” e mantê-lo perene⁴⁵. Contexto que remete a necessidade de avaliações e revisões constantes da política pública, que somente será possível diante do monitoramento efetivo em face do resultado prático esperado em termos do Direito Fundamental à Saúde. De modo que, “para levar os direitos a sério, é preciso acompanhar, minimamente, o percurso da norma constitucional até a realização de seus propósitos na vida real”⁴⁶.

3 Instrumentos da política pública de saúde

Por ser a política pública uma unidade de decisões políticas e jurídicas, ela utiliza-se de instrumentos para que seus objetivos sejam efetuados de forma adequada. Os instrumentos tradicionalmente utilizados para compor as políticas públicas são os serviços públicos, fomento, obras públicas, bens públicos, poder de polícia, sanção (criação de tipos penais), regulação intervenção do Estado na propriedade, atividade empresarial do Estado, além de programas gerais e ações individuais⁴⁷.

“A política pública corporifica-se por meio dos diversos instrumentos existentes na administração pública. Nesse momento, a política pública deixa o universo da retórica política e das promessas para existir no mundo jurídico”⁴⁸. Ou seja, a política pública, como meio de enfrentar um determinado problema público através de decisões coordenadas, materializa-se através dos instrumentos⁴⁹.

⁴² FIGUEIREDO, Juliana Oliveira; PRADO, Níli Maria de Brito Lima; MEDINA, Maria Guadalupe; PAIM, Jairnilson Silva. Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. *Saúde debate* - Rio de Janeiro, v.42, número especial 2, p. 44, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/hbzwsvZnS7PbVJsXsfWJSfB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 out. 2022.

⁴³ BUCCI, Maria Paula Dallari. Políticas públicas e direito administrativo. *Revista de informação legislativa*, v. 34, n. 133, p. 89-98, jan./mar., 1997. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/198>. Acesso em: 12 set. 2022.

⁴⁴ FIGUEIREDO, Juliana Oliveira; PRADO, Níli Maria de Brito Lima; MEDINA, Maria Guadalupe; PAIM, Jairnilson Silva. Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. *Saúde debate* - Rio de Janeiro, v.42, número especial 2, p. 37-47, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/hbzwsvZnS7PbVJsXsfWJSfB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 out. 2022.

⁴⁵ BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lucia de Moura (Org.). *Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 59.

⁴⁶ BARCELLOS, Ana Paula de. Políticas públicas e o dever de monitoramento: “levando os direitos a sério”. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, Brasília, vol. 8, n. 2, 2018, p. 261.

⁴⁷ BITENCOURT, Caroline Müller; RECK, Janriê Rodrigues. *O Brasil em crise e a resposta das políticas públicas: diagnósticos, diretrizes e propostas*. Curitiba: Íthala, 2021.

⁴⁸ CHRISPINO, Alvaro. *Introdução ao estudo das políticas públicas: uma visão interdisciplinar e contextualizada*. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2016, p. 39.

⁴⁹ SECCHI, Leonardo. *Análise de políticas públicas: diagnóstico de problemas, recomendação de soluções*. São Paulo: Cengage Learning, 2020.

Os instrumentos de política pública são “como aqueles esquemas de decisão jurídica que são instrumentais à realização dos objetivos das políticas públicas”, formas de atuação na sociedade que permitem readaptações sempre que o ciclo avaliativo assim sugerir, e, ainda, devem ser exequíveis conforme as regras jurídicas, com respeito à Constituição e ao Estado Democrático de Direito⁵⁰.

Chrispino⁵¹ estuda a política pública a partir de dois momentos, quais sejam: a criação política e a ação governamental. Ao primeiro relaciona a elaboração de cunho político, enquanto que ao segundo, a realização por meio dos instrumentos de planejamento e gestão próprios e disponíveis. “O primeiro momento, de eminente criação, está sustentado pelas regras da política. O segundo momento, de efetiva ação de governo, está materializado nos instrumentos legais a que, ao mesmo tempo, deve submissão, respondendo ao campo do direito”.

Bitencourt e Reck⁵² identificam os serviços públicos como um dos principais instrumentos da política pública, dentro dos modelos decisórios:

Serviços públicos, entendidos como complexos de contínuas decisões organizadas em favor de algum destinatário, seja indivíduo ou grupo. Muito embora o serviço público possa ser acompanhado da entrega de algum bem, com ou sem transferência de propriedade, o núcleo do serviço público é efetivamente o complexo de decisões materiais em relação ao destinatário. O serviço público é um dos principais instrumentos da política pública – uma vez que a política pública tem como objetivo a realização de um direito fundamental, e, assim, é certo que decisões organizadas em favor de um usuário irão preencher a maior parte do referido objetivo. Ressalta-se que os serviços públicos se configuram em complexos contínuos de decisões. Os serviços públicos não se realizam de uma vez por todas. Obviamente, os serviços públicos podem mudar, mas eles se caracterizam por uma certa estabilidade, continuidade e repetição⁵³.

Schier, na mesma linha, conceitua serviço público como conjunto de atuações do Estado:

[...] atividade prestacional de oferecimento de comodidades materiais à coletividade, titularizada pelo Estado e prestada por ele ou por quem lhe faça as vezes, subordinada a um regime jurídico específico de direito público, conforme atribuição normativa. Tal atividade caracteriza-se, ainda, por um elemento teleológico, já que visa prover necessidades reconhecidas pela sociedade como imprescindíveis à concretização da dignidade de todas as pessoas⁵⁴.

Destarte, para identificar um serviço público é necessário observar três referenciais: o elemento subjetivo (indica um vínculo orgânico da atividade com o poder público), elemento material (que de certa forma, confunde-se com a finalidade do instituto) e o elemento formal (aponta a sua previsão normativa e o regime jurídico sob o qual a atividade é prestada)⁵⁵.

Com efeito, no que se refere ao vínculo orgânico, o artigo 175 da Constituição Federal estabelece que incumbe ao Poder Público a prestação de serviços públicos. O artigo 196 da Carta Magna, por sua vez, dispõe justamente ser dever do Estado a prestação do direito à saúde, estabelece diretrizes para as ações e serviços públicos de saúde, conforme determina o artigo 198.

⁵⁰ BITENCOURT, Caroline Müller; RECK, Janriê Rodrigues. *O Brasil em crise e a resposta das políticas públicas*: diagnósticos, diretrizes e propostas. Curitiba: Íthala, 2021, p. 36.

⁵¹ CHRISPINO, Alvaro. *Introdução ao estudo das políticas públicas*: uma visão interdisciplinar e contextualizada. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2016, p. 22.

⁵² BITENCOURT, Caroline Müller; RECK, Janriê Rodrigues. *O Brasil em crise e a resposta das políticas públicas*: diagnósticos, diretrizes e propostas. Curitiba: Íthala, 2021.

⁵³ BITENCOURT, Caroline Müller; RECK, Janriê Rodrigues. *O Brasil em crise e a resposta das políticas públicas*: diagnósticos, diretrizes e propostas. Curitiba: Íthala, 2021, p. 37-38.

⁵⁴ SCHIER, Adriana Costa Ricardo. *Serviço público*: garantia fundamental e cláusula de proibição de retrocesso social. Curitiba: Íthala, 2016, p. 63-64.

⁵⁵ SCHIER, Adriana Costa Ricardo. *Serviço público*: garantia fundamental e cláusula de proibição de retrocesso social. Curitiba: Íthala, 2016.

O caráter material também está presente, pois a política pública de saúde visa atender as necessidades coletivas e é essencial para a realização do direito fundamental à saúde de modo universal, igualitário, com estabilidade e continuidade nas prestações dos serviços, através de decisões organizadas em favor de um destinatário. O caráter formal dos serviços públicos é o mesmo das políticas públicas, pois ambos seguem princípios e regras que formam um regime jurídico de direito público.

Dessa forma, é possível constatar os serviços públicos como importante instrumento da Política Pública de Saúde. Classificados em exclusivos, privativos ou sociais (não privativos), os serviços públicos de saúde enquadram-se na terceira classificação, podendo ser prestados tanto pelo Poder Público, quanto por privados.

Buscando diferenciar política pública como uma soma de ações com a finalidade de resolver um problema político e não qualquer ação do poder público, Schmidt⁵⁶ especifica o planejamento governamental tendo por base geral a política - forma de atuação do governo em certa área - passando pelo plano, onde ocorre a especificação das diretrizes, estratégias e metas⁵⁷ para um determinado período. Com a determinação do programa, geralmente associado a um plano, orienta-se as ações públicas em um determinado setor, e a elaboração de um projeto. O projeto, por sua vez, é “a menor unidade do processo de planejamento, que detalha estratégias, ações, atividades e recursos para a operacionalização por parte de uma unidade de ação”, até efetivamente ocorrer a ação, ou seja, a concretização, a parte concreta do planejamento governamental.

Transpondo tais diferenciações para a efetivação do direito à saúde, pode-se identificar como política o Sistema Único de Saúde, que dispõe por meio da Lei 8.080/90, as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes⁵⁸.

Como um dos planos para alcançar tais objetivos, o Plano Nacional de Medicamentos, instituído por meio da Portaria nº 3.916 de 30 de outubro de 1998, com o propósito de estabelecer a relação de medicamentos essenciais, a reorientação da assistência farmacêutica, o estímulo à produção de medicamentos e a sua regulamentação sanitária. Com base nos princípios e diretrizes do SUS exige para sua implementação, a definição ou redefinição de programas e atividades específicas nas esferas federal, estadual e municipal⁵⁹.

Outro exemplo, refere-se ao Plano Nacional de Assistência Farmacêutica, aprovado através da Resolução nº 338 de 06 de maio de 2004. Um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo como insumo essencial o medicamento, seu acesso e uso de modo racional⁶⁰.

A política pública é um sistema que possui unidades provenientes da combinação das partes, cuja observação deve dar-se no todo, de forma coordenada e não como ações isoladas, assim a distribuição de medicamentos, não é exemplo de política pública, mas, sim, de instrumentos da política pública de saúde,

⁵⁶ SCHMIDT, João Pedro. Para estudar políticas públicas: aspectos conceituais, metodológicos e abordagens teóricas. *Revista do Direito*. Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 56, p. 119-149, set/dez. 2018. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/direito/article/view/12688>. Acesso em: 03 out. 2022.

⁵⁷ A fixação de metas para uma política pública pode, em si, ensejar uma série de discussões de natureza político-ideológica, além de debates mais técnicos de natureza metodológica, particularmente sob a perspectiva estatística. Esse ponto é importante, pois, embora a fixação de metas seja fundamental para a política pública em matéria de direitos fundamentais - para que seja possível avaliar ao longo do tempo se a política está ou não produzindo os resultados desejados -, ela nem sempre será singela. Essa circunstância, naturalmente, não significa que o tema deva ser deixado de lado, muito ao contrário. Se uma política pública não tem metas claras, observáveis e de alguma forma mensuráveis, simplesmente não será possível saber se o direito fundamental em questão está ou não sendo promovido, protegido ou respeitado. A realidade é complexa, mas é a realidade que o direito pretende transformar, de modo que não é possível fugir dessa complexidade. BARCELLOS, Ana Paula de. Políticas públicas e o dever de monitoramento: “levando os direitos a sério”. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, Brasília, vol. 8, n. 2, 2018, p. 259.

⁵⁸ BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 23 out. 2022.

⁵⁹ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria nº 3.916 de 30 outubro de 1998*. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html. Acesso em: 22 out. 2022.

⁶⁰ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Resolução nº 338 de 06 de maio de 2004*. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html. Acesso em: 23 out. 2022.

sob formatação de programas gerais. Ou seja, unidades dentro da unidade: “Se a política pública alcança objetivos mediante um complexo de ações materializado em instrumentos, como a política de saúde, dentro da política de saúde, é possível alcançar complexos de decisões esperadas que possuem uma unidade própria”⁶¹. A assistência farmacêutica é um programa de saúde pública que possui sua própria unidade, mas que não se aplica de maneira isolada, e, sim, como uma expressão do serviço público de saúde⁶².

Compreende as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, controle da qualidade e utilização. Bem como a permanente disponibilidade dos produtos de acordo com as necessidades da população, identificadas com base em critérios epidemiológicos⁶³.

A ação prática pode ser exemplificada através do ciclo da assistência farmacêutica, com uma sequência ordenada de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição até a efetiva dispensação dos medicamentos, ou seja, ações coordenadas para operacionalização do planejamento realizado nas fases anteriores⁶⁴. Assim, torna-se fundamental que os meios instrumentais estejam racionalmente coordenados com a política do Sistema Público de Saúde e adotem suas prioridades, afim de viabilizar a concretização das suas finalidades⁶⁵.

Como visto, o conteúdo da política pública é determinado pelo direito fundamental. O objetivo geral da política pública é a efetivação de um direito fundamental, como no caso em análise, do direito fundamental à saúde. Para que seja possível alcançar tal objetivo, subdividem-se em objetivos específicos, como a disponibilização de fármacos, inserida dentre os programas gerais do Sistema Único de Saúde (SUS),

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

- a) de vigilância sanitária;
- b) de vigilância epidemiológica;
- c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

(...)⁶⁶

⁶¹ BITENCOURT, Caroline Müller; RECK, Janriê Rodrigues. *O Brasil em crise e a resposta das políticas públicas*: diagnósticos, diretrizes e propostas. Curitiba: Íthala, 2021, p. 39.

⁶² BITENCOURT, Caroline Müller; RECK, Janriê Rodrigues. *O Brasil em crise e a resposta das políticas públicas*: diagnósticos, diretrizes e propostas. Curitiba: Íthala, 2021.

⁶³ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria nº 3.916 de 30 outubro de 1998*. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html. Acesso em: 22 out. 2022.

⁶⁴ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. *Assistência Farmacêutica*: instruções técnicas para a sua organização - Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf. Acesso em: 25 out. 2022.

⁶⁵ BUCCI, Maria Paula Dallari. Políticas públicas e direito administrativo. *Revista de informação legislativa*, v. 34, n. 133, p. 89-98, jan./mar., 1997. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/198>. Acesso em: 12 set. 2022.

⁶⁶ BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 23 out. 2022.

Para um controle, os fármacos dispensados pela Administração Pública estão elencados em listas oficiais. A lista é um instrumento de comunicação⁶⁷.

As listas de medicamentos são modelos decisórios da Administração Pública, uma vez que delimitam formas de decisão, com a seleção de alternativas. A primeira lista de medicamentos essenciais foi elaborada em 1964. Na edição de 1975 esta lista passa a ser chamada de Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), - denominação que mantém até hoje - e a partir de 1978 ela passa a ser elaborada pelo Ministério da Saúde seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS)⁶⁸, atuando como instrumento racionalizador das ações no âmbito da assistência farmacêutica.

Com a criação da Política Nacional de Medicamentos foram consideradas como prioridades a revisão permanente da RENAME, que deverá ser “organizada consoante às patologias e agravos à saúde mais relevantes e prevalentes, respeitadas as diferenças regionais do País”⁶⁹, devendo estar em constante revisão. A última atualização ocorreu no ano de 2022, por meio da Portaria nº 3.435 de 08 de dezembro de 2021⁷⁰.

A condição básica seria a descentralização da compra e distribuição de medicamentos essenciais, com atenção voltada às necessidades das populações locais através de critérios epidemiológicos. O gestor federal a partir deste momento passa a envolver-se no processo de aquisição, mediante o repasse fundo a fundo de recursos financeiros e a cooperação técnica⁷¹.

A Assistência Farmacêutica é sistêmica, multidisciplinar e envolve o acesso a todos os medicamentos considerados essenciais. Sua reorientação está assentada na descentralização da gestão, na promoção do uso racional dos medicamentos, na otimização e eficácia do sistema de distribuição no setor público e no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos⁷². Na PNM é definida como:

Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e o controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos⁷³.

Para auxílio nas fundamentações jurídicas, como exposto, o programa da Política Nacional Medicamentos possui normas que definem a lista de medicamentos disponíveis no SUS para atender as necessidades, funcionando justamente como meios de organização, o passo a passo considerado mais adequado dentre as alternativas possíveis para a concretização do direito à saúde, dotando-as de recursos técnicos.

⁶⁷ BUCCI, Maria Paula Dallari. Contribuição para a redução da judicialização da saúde. Uma estratégia jurídico-institucional baseada na abordagem de Direito e Políticas Públicas. In *Judicialização da saúde: a visão do Poder Executivo*. São Paulo: Saraiva, 2017, pp. 31-88.

⁶⁸ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais-RENAME 2014*. 9ed., Brasília/DF, 2015. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0DAF/RENAME2014ed2015.pdf>. Acesso em: 23 out. 2022.

⁶⁹ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais-RENAME 2014*. 9ed., Brasília/DF, 2015. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0DAF/RENAME2014ed2015.pdf>. Acesso em: 23 out. 2022.

⁷⁰ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais RENAME 2022*. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/20220128_rename_2022.pdf. Acesso em: 01 out. 2022.

⁷¹ OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin de. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Ago/2008. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/assistencia-farmaceutica-no-sistema-unico-de-saude-da-politica-nacional-de-medicamentos-a-atencao-basica-a-saude/2552?id=2552&id=2552>. Acesso em: 25 set. 2022.

⁷² BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Medicamentos (1999)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

⁷³ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Medicamentos (1999)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, p. 34.

A lista é um instrumento jurídico, aprovado por normas jurídicas, com base em previsão legal de competência e conteúdo e não mera recomendação de caráter técnico ou político. As prioridades no uso dos recursos disponíveis, dadas pelo mecanismo das listas, são tão revestidas de juridicidade como as decisões de interesse individual⁷⁴.

Ainda, a Lei nº 12.401 de 28 de abril de 2011, que modificou a Lei Orgânica da Saúde acrescentando dispositivos, reconheceu a Medicina Baseada em Evidências (MBE) como uma técnica para auxiliar a Administração Pública, ao criar a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC) e determinar a função de analisar as evidências científicas dos medicamentos, produtos ou procedimentos, observando “a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança” (Art. 19-Q, I), assim como vem sendo empregada pelo Poder Judiciário nas demandas por saúde, auxiliando os magistrados em suas decisões. Esta técnica contribui para um maior cuidado em relação a observância das reais vantagens de determinados medicamentos não dispensados pelo SUS, auxiliando a Administração Pública na necessidade de incorporá-los. Da mesma forma, concede suporte ao Judiciário com informações técnicas de condições clínicas e tratamentos, uma vez que a maioria de suas demandas versa sobre a concessão de medicamentos fora da lista do SUS⁷⁵. A CONITEC, como visto anteriormente, é um exemplo de modelo decisório, emitindo decisões coordenadas, selecionando alternativas e coordenando operações de agentes e organizações.

O modelo organizacional da assistência farmacêutica ocorre de forma semelhante à gestão do SUS, com a descentralização das competências dos entes federativos⁷⁶. A viabilização de uma estrutura com órgãos, agentes, recursos físicos, humanos e tecnológicos é fundamental para a efetivação das ações e serviços farmacológicos.

A descentralização constitui, dentre outros, eixo estratégico da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (art. 2º, Resolução nº 338/2004):

[...]

II - manutenção de serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde, nos diferentes níveis de atenção, considerando a necessária articulação e a observância das prioridades regionais definidas nas instâncias gestoras do SUS;

III - qualificação dos serviços de assistência farmacêutica existentes, em articulação com os gestores estaduais e municipais, nos diferentes níveis de atenção;

IV - descentralização das ações, com definição das responsabilidades das diferentes instâncias gestoras, de forma pactuada e visando a superação da fragmentação em programas desarticulados⁷⁷.

[...]

O financiamento da Assistência Farmacêutica foi definido pela Portaria nº 204 de 2007, conferindo responsabilidades às três esferas administrativas de gestão: municipal, estadual e federal, diretamente relacionado a fase da implementação do programa, tendo em vista sua relação com o orçamento público.

Houve a formulação de blocos de financiamento para organizar os recursos federais (Art. 3º) que serão repassados do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Mu-

⁷⁴ BUCCI, Maria Paula Dallari. Contribuição para a redução da judicialização da saúde. Uma estratégia jurídico-institucional baseada na abordagem de Direito e Políticas Públicas. In *Judicialização da saúde: a visão do Poder Executivo*. São Paulo: Saraiva, 2017, p. 39.

⁷⁵ NETO, João Pedro Gebran, SCHULZE, Clenio Jair. *Direito à Saúde: análise à luz da judicialização*. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2015.

⁷⁶ VIEIRA, Fabiola Sulpino. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, v.27, n.2, p.149-156, Fev. 2010. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049892010000200010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 out. 2022.

⁷⁷ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Resolução nº 338 de 06 de maio de 2004*. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html. Acesso em: 23 out. 2022.

nicipios. Consoante o disposto no Art. 24 da citada Portaria, o bloco de financiamento para a Assistência Farmacêutica será constituído por três componentes: Básico, Estratégico e Especializado⁷⁸.

O financiamento do SUS abrange 6 blocos. Dentre a Assistência Farmacêutica, está a Atenção Básica, Atenção Especializada de Média e Alta Complexidades, Vigilância em Saúde, Gestão do SUS e Investimentos. Os tratamentos de oncológicos não estão incluídos na categoria Assistência Farmacêutica, mas na Atenção Especializada de Média e Alta Complexidades, possuindo um sistema de financiamento diferenciado⁷⁹.

Assim sendo, os entes federativos em cooperação elaboram listas de medicamentos fornecidos a todos cidadãos, vinculando, dessa forma, suas obrigações:

[...] não seria correto afirmar que os Poderes Legislativo e Executivo se encontram inertes ou omissos – ao menos do ponto de vista normativo – no que toca à entrega de medicamentos para a população. Ao contrário, as listas definidas por cada ente federativo veiculam as opções do Poder Público na matéria, tomadas –presume-se – considerando as possibilidades financeiras existentes⁸⁰.

Assim, um sistema de cooperação⁸¹ bem estruturado passa a ser fundamental para que as competências de cada ente estatal sejam bem delineadas e consigam interagir autonomamente (Art.23, § único, CF/88). Os blocos de financiamento da assistência farmacêutica nem sempre possuem o mesmo ente federativo responsável pelo provimento de determinado serviço público e aquele que executará o programa. A distribuição de medicamentos pelo Ministério da Saúde, por exemplo, é um programa federal, cuja responsabilidade de definição de critérios de acesso e de recursos a serem dispendidos é da União, no entanto, a execução é feita pelos estados, que recebem recursos federais para adquirirem e distribuem os fármacos⁸².

A Assistência Farmacêutica representa, no âmbito das Secretarias Estaduais de Saúde, um dos setores de maior impacto financeiro, com tendência de demanda crescente por medicamentos, o que implica um gerenciamento de pessoas e o uso eficiente dos recursos limitados. Ações de planejamento, de execução, de acompanhamento e de avaliação de resultados. A avaliação deve ser permanente, pois ela incidirá, sempre que necessário, em novo planejamento, nova execução, novo acompanhamento e nova avaliação⁸³.

⁷⁸ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria nº 204 de 2007*. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html. Acesso em: 23 out. 2022.

⁷⁹ INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Oncologia no SUS: os caminhos do financiamento. *Rede Câncer*, Rio de Janeiro, n.9, nov. 2009. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//rede-cancer-ed09-politica.pdf>. Acesso em: 02 out. 2022.

⁸⁰ BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. *Interesse Público*, Belo Horizonte: *Fórum*, v. 9, n. 46, p. 43, nov./dez. 2007.

⁸¹ Há diferentes mecanismos de cooperação possíveis. São comuns convênios em que um ente (normalmente a União ou o estado) transfere recursos financeiros para outro (o estado ou município), impondo condições em relação à aplicação desses recursos em determinada atividade, à consecução de metas e a contrapartidas por parte do ente receptor. É também possível a celebração de convênios de cooperação técnica ou a formação de consórcios. Em qualquer federação, a cooperação tem por objetivos corrigir problemas de externalidades e/ou garantir uma provisão mínima de bens e serviços públicos em todos os entes federativos. No Brasil, a cooperação, normalmente na forma de transferências não condicionais, também tem por objetivo atenuar o hiato fiscal, que se constitui na diferença entre as receitas arrecadadas por um ente, e os gastos de sua responsabilidade (FREITAS, 2008, p. 23).

⁸² FREITAS, Paulo Springer de. *A Regulamentação do Artigo 23 da Constituição Federal*. Brasília: Senado, Instituto Legislativo Brasileiro, 2008. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/outras-publicacoes/volume-ii-constituicao-de-1988-o-brasil-20-anos-depois.-o-exercicio-da-politica/a-regulamentacao-do-artigo-23-da-constituicao-federal>. Acesso em: 30 set. 2022.

⁸³ MARIN, Nelly; LUIZA, Vera Lucia; CASTRO, Cláudia G. Serpa Osorio-de; SANTOS, Silvio Machado-dos. Assistência Farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003. Disponível em: https://www.cff.org.br/userfiles/84%20-%20MARIN%20N%20ET%20AL%20Assistencia%20Farmaceutica%20para%20gerentes%20municipais_2003.pdf. Acesso em: 03 out. 2022.

4 Considerações finais

A Política Pública é quem faz a Constituição Federal acontecer na prática, dessa forma, importante compreender os aspectos jurídicos do modelo e dos instrumentos por meio dos quais a Administração Pública estruturou a Política Pública de Saúde como um Sistema Único de acesso universal, integral e gratuito.

O desenho da política pública de saúde demanda uma complexa estruturação de normas que permitam aos entes solidariamente, efetivarem o direito à saúde assegurando acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação para as presentes e futuras gerações. A Política Pública de Saúde foi implementada com a Lei nº 8.080/90, a qual dispõe sobre a estrutura, regulação, modo de execução, diretrizes e princípios que norteiam o SUS, servindo, juntamente com dispositivos da Constituição, como referências para sua formulação e implementação. Na fase de formulação da Política Pública de Saúde são estabelecidos os objetivos gerais e específicos, modelos decisórios (como se tomam as decisões e quais decisões são tomadas com a utilização dos instrumentos disponíveis) e modelos organizacionais (quais órgãos estão envolvidos, definição de competências), por meio de leis e atos administrativos. Na fase de implementação, os resultados definidos na fase anterior são produzidos, ou seja, as decisões são colocadas em prática. Para tanto, relevante a vinculação ao orçamento público, tendo em vista a necessidade de recursos para sua execução.

Como meio de enfrentar um determinado problema público através de decisões coordenadas, a política pública de saúde materializa-se através dos instrumentos, possuindo como um dos principais, dentro dos modelos decisórios, os serviços públicos. Além dos serviços públicos, há também os programas gerais. O objetivo geral da política pública é a efetivação de um direito fundamental, como no caso em análise, do direito fundamental à saúde. Para que seja possível alcançar tal objetivo, subdividem-se em objetivos específicos, como a disponibilização de fármacos, inserida dentre os programas gerais do Sistema Único de Saúde. A assistência farmacêutica, por exemplo, é um programa de saúde pública que possui sua própria unidade, mas que não se aplica de maneira isolada, e, sim, como uma expressão do serviço público de saúde.

Por conseguinte, a política pública de saúde realiza direitos por meio de arranjos institucionais que se expressam em programas de ação governamental complexos, partem de uma ação do Estado de forma coordenada por meio de implementação de um modelo com a combinação de instrumentos delineados pelo texto constitucional e pela Lei nº 8.080/90.

Com diferenças jurídicas bem estruturadas e complementares, tanto o modelo quanto os instrumentos da Política Pública de Saúde são fundamentais para a definição de ações coordenadas na efetivação do direito fundamental à saúde. Objetivos especificados, estrutura organizacional descentralizada, formas de decisão alinhadas, planejamento orçamentário adequado e instrumentos eficientes, são elementares no direcionamento e no êxito do resultado final: saúde como direito de todos, garantido mediante políticas sociais e econômicas, visando à redução do risco de doença e de outros agravos, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Referências

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012, p. 2865-2875. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>. Acesso em: 13 set. 2022.

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lucia de Moura (Org.). *Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 29-60.

BARCELLOS, Ana Paula de. Políticas públicas e o dever de monitoramento: “levando os direitos a sério”. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, Brasília, vol. 8, n. 2, 2018, p. 251-265.

BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. *Interesse Público*, Belo Horizonte: *Fórum*, v. 9, n. 46, p. 31-61, nov./dez. 2007.

BERCOVICI, Gilberto. *Desigualdades regionais, Estado e Constituição*. 1.ed., São Paulo: Max Limonad, 2003.

BITENCOURT, Caroline Müller; RECK, Janriê Rodrigues. *O Brasil em crise e a resposta das políticas públicas: diagnósticos, diretrizes e propostas*. Curitiba: Íthala, 2021a.

BITENCOURT, Caroline Müller; RECK, Janriê Rodrigues. Políticas públicas de Governo e de Estado – uma distinção um pouco complexa: necessidade de diferenciação entre modelos decisórios, arranjos institucionais e objetivos de políticas públicas de Governo e Estado. *Revista de Direito Econômico e Socioambiental*, Curitiba, v. 12, n. 3, p. 631-667, set./dez, 2021b.

BRASIL. *Constituição Federal da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 25 out. 2022.

BRASIL. *Ministério da Saúde. Saúde perdeu R\$ 20 bilhões em 2019 por causa da EC 95/2016*. Brasília, 2020.

BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 23 out. 2022.

BRASIL. *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm. Acesso em: 23 out. 2022.

BRASIL. *Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656compilado.htm. Acesso em: 27 set. 2022.

BRASIL. *Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm. Acesso em: 27 set. 2022.

BRASIL. *Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011a*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm. Acesso em: 09 set. 2022.

BRASIL. *Decreto nº 7.646 de 21 de dezembro de 2011b*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7646.htm. Acesso em: 09 set. 2022.

BRASIL. *Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 22 out. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria nº 3.916 de 30 outubro de 1998*. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html. Acesso em: 22 out. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. *Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para a sua organização* - Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf. Acesso em: 25 out. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Medicamentos* (1999). Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Resolução nº 338 de 06 de maio de 2004*. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html. Acesso em: 23 out. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria nº 204 de 2007*. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html. Acesso em: 23 out. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais-RENAME* 2014. 9ed., Brasília/DF, 2015. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0DAF/RENAME2014ed2015.pdf>. Acesso em: 23 out. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais RENAME 2022*. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/20220128_rename_2022.pdf. Acesso em: 01 out. 2022.

BUCCI, Maria Paula Dallari. Políticas públicas e direito administrativo. *Revista de informação legislativa*, v. 34, n. 133, p. 89-98, jan./mar., 1997. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/198>. Acesso em: 12 set. 2022.

BUCCI, Maria Paula Dallari. Contribuição para a redução da judicialização da saúde. Uma estratégia jurídico-institucional baseada na abordagem de Direito e Políticas Públicas. In *Judicialização da saúde: a visão do Poder Executivo*. São Paulo: Saraiva, 2017, pp. 31-88.

CHRISPINO, Alvaro. *Introdução ao estudo das políticas públicas: uma visão interdisciplinar e contextualizada*. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2016.

FIGUEIREDO, Juliana Oliveira; PRADO, Níli Maria de Brito Lima; MEDINA, Maria Guadalupe; PAIM, Jairnilson Silva. Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. *Saúde debate* - Rio de Janeiro, v.42, número especial 2, p. 37-47, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/hbzwsvZnS7PbVJsXsfWJSfB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 out. 2022.

FREITAS, Paulo Springer de. *A Regulamentação do Artigo 23 da Constituição Federal*. Brasília: Senado, Instituto Legislativo Brasileiro, 2008. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/outras-publicacoes/volume-ii-constituicao-de-1988-o-brasil-20-anos-depois-o-exercicio-da-politica/a-regulamentacao-do-artigo-23-da-constituicao-federal>. Acesso em: 30 set. 2022.

GOMES, Fábio de Barros Correia. Impasses no financiamento da saúde no Brasil: da constituinte à regulamentação da emenda 29/00. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v 38, n. 100, p. 6-17, jan- mar, 2014.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Oncologia no SUS: os caminhos do financiamento. *Rede Câncer*, Rio de Janeiro, n.9, nov. 2009. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//rede-cancer-ed09-politica.pdf>. Acesso em: 02 out. 2022.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. ODS – Metas Nacionais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. 2018. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8855/1/Agenda_2030_ods_metas_nac_dos_obj_de_desenv_susten_propos_de_adequa.pdf. Acesso em: 20 out 2022.

LIMA, Thalita Moraes. O direito à saúde revisitado entre os ideais da Constituição de 1988 e o drama jurídico atual. *Revista de Informação Legislativa*, Ano 51, n.202, abr./jun. 2014, p. 181-201. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/503044/001011326.pdf?sequence=1>. Acesso em: 13 set. 2022.

LUHMANN Niklas. *Organización y Decisión*. Autopoiesis, acción y entendimiento comunicativo. Anthropos: México, 1997.

MARIN, Nelly; LUIZA, Vera Lucia; CASTRO, Cláudia G. Serpa Osorio-de; SANTOS, Silvio Machado-dos. Assistência Farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003. Disponível em: https://www.cff.org.br/userfiles/84%20-%20MARIN%20N%20ET%20AL%20Assistencia%20Farmaceutica%20para%20gerentes%20municipais_2003.pdf. Acesso em: 03 out. 2022.

MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lucia de Moura (Org.). *Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 61-80.

MENDES, Karyna Rocha. *Curso de Direito da Saúde*. São Paulo: Saraiva, 2013.

NETO, João Pedro Gebran, SCHULZE, Clenio Jair. *Direito à Saúde: análise à luz da judicialização*. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2015.

OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin de. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Ago/2008. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/assistencia-farmaceutica-no-sistema-unico-de-saude-da-politica-nacional-de-medicamentos-a-atencao-basica-a-saude/2552?id=2552&id=2552>. Acesso em: 25 set. 2022.

PIVETTA, Saulo Lindorfer. *Direito fundamental à saúde: regime jurídico, políticas públicas e controle judicial*. Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Direito do Estado, ao Programa de Pós-graduação em Direito, Setor de Ciências Jurídicas, Universidade Federal do Paraná, 2013. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/30251/R%20-%20D%20-%20SAULO%20LINDORFER%20PIVETTA.pdf?sequence=1>. Acesso em: 30 set. 2022.

SALVADOR, Evilasio. Fundo Público e o financiamento das Políticas Sociais no Brasil. *Serviço Social em Revista*, Londrina, v. 14, n.2, p. 04-22, jan./jun. 2012. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/12263/11632>. Acesso em: 25 set. 2022.

SANTOS, Lenir; FUNCIA, Francisco. Emenda Constitucional 95 fere o núcleo essencial do direito à saúde. *Revista Consultor Jurídico*, 2019. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2019-jan-21/opinioao-ec-95-fere-nucleo-essencial-direito-saude>. Acesso em: 26 set. 2022.

SCHIER, Adriana Costa Ricardo. *Serviço público: garantia fundamental e cláusula de proibição de retrocesso social*. Curitiba: Íthala, 2016.

SCHMIDT, João Pedro. Para estudar políticas públicas: aspectos conceituais, metodológicos e abordagens teóricas. *Revista do Direito*. Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 56, p. 119-149, set/dez. 2018. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/direito/article/view/12688>. Acesso em: 03 out. 2022.

SCHWARTZ, Germano. *O tratamento jurídico do risco no direito à saúde*. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2004.

SECCHI, Leonardo. *Análise de políticas públicas: diagnóstico de problemas, recomendação de soluções*. São Paulo: Cengage Learning, 2020.

SERRA, Carlos Gonçalves; RODRIGUES, Paulo Henrique. O Financiamento da Saúde no Brasil. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lucia de Moura (Org.). *Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 195-225.

TOALDO, Adriane Medianeira. Políticas públicas de promoção e prevenção como estratégia de redução da gastos na saúde. In: GORCZEWSKI, Clóvis; LEAL, Mônia Clarissa Hennig (Org.). *Constitucionalismo Contemporâneo e Políticas Públicas*, 2019.

VIAL, Sandra Regina Martini; OLIVEIRA, Christiano Augusto Seckler de. O direito à saúde e os determinantes sociais. *Revista da Defensoria Pública*. São Paulo, Ano1, n.1, jul./dez. 2008, p. 279-290. Disponível em: https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/20/publicacoes/Revista_1_volume_2.pdf. Acesso em: 12 out. 2022.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, v.27, n.2, p.149-156, Fev. 2010. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049892010000200010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 out. 2022.

VIEIRA, Reginaldo de Souza. *A cidadania na república participativa*: pressupostos para a articulação de um novo paradigma jurídico e político para os conselhos de saúde. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências Jurídicas. Programa de Pós-Graduação em Direito. Florianópolis, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/107508/319593.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 30 out. 2022.

Para publicar na revista Brasileira de Políticas Públicas, acesse o endereço eletrônico www.rbpp.uniceub.br
Observe as normas de publicação, para facilitar e agilizar o trabalho de edição.