

**XXIV CONGRESSO NACIONAL DO
CONPEDI - UFMG/FUMEC/DOM
HELDER CÂMARA**

DIREITO ADMINISTRATIVO E GESTÃO PÚBLICA I

MARIA TEREZA FONSECA DIAS

LUCAS GONÇALVES DA SILVA

ROBERTO CORREIA DA SILVA GOMES CALDAS

Todos os direitos reservados e protegidos.

Nenhuma parte deste livro poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria – Conpedi

Presidente - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa – UFRN

Vice-presidente Sul - Prof. Dr. José Alcebíades de Oliveira Junior - UFRGS

Vice-presidente Sudeste - Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UCAM

Vice-presidente Nordeste - Profa. Dra. Gina Vidal Marcílio Pompeu - UNIFOR

Vice-presidente Norte/Centro - Profa. Dra. Julia Maurmann Ximenes - IDP

Secretário Executivo - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC

Secretário Adjunto - Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto – Mackenzie

Conselho Fiscal

Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG /PUC PR

Prof. Dr. Roberto Correia da Silva Gomes Caldas - PUC SP

Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Napolini Sanches - UNINOVE

Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS (suplente)

Prof. Dr. Paulo Roberto Lyrio Pimenta - UFBA (suplente)

Representante Discente - Mestrando Caio Augusto Souza Lara - UFMG (titular)

Secretarias

Diretor de Informática - Prof. Dr. Aires José Rover – UFSC

Diretor de Relações com a Graduação - Prof. Dr. Alexandre Walmott Borgs – UFU

Diretor de Relações Internacionais - Prof. Dr. Antonio Carlos Diniz Murta - FUMEC

Diretora de Apoio Institucional - Profa. Dra. Clerilei Aparecida Bier - UDESC

Diretor de Educação Jurídica - Prof. Dr. Eid Badr - UEA / ESBAM / OAB-AM

Diretoras de Eventos - Profa. Dra. Valesca Raizer Borges Moschen – UFES e Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - UNICURITIBA

Diretor de Apoio Interinstitucional - Prof. Dr. Vladimir Oliveira da Silveira – UNINOVE

D598

Direito administrativo e gestão pública I [Recurso eletrônico on-line] organização

CONPEDI/UFMG/ FUMEC/Dom Helder Câmara;

coordenadores: Maria Tereza Fonseca Dias, Lucas Gonçalves Da Silva, Roberto Correia da Silva Gomes Caldas – Florianópolis: CONPEDI, 2015.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-85-5505-082-4

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: DIREITO E POLÍTICA: da vulnerabilidade à sustentabilidade

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Brasil – Encontros. 2. Administração pública. I. Congresso Nacional do CONPEDI - UFMG/FUMEC/Dom Helder Câmara (25. : 2015 : Belo Horizonte, MG).

CDU: 34



XXIV CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI - UFMG/FUMEC /DOM HELDER CÂMARA

DIREITO ADMINISTRATIVO E GESTÃO PÚBLICA I

Apresentação

Os trabalhos apresentados no grupo "DIREITO ADMINISTRATIVO E GESTÃO PÚBLICA I" foram organizados em cinco grupos de discussão, que abrangeram as seguintes temáticas: princípios e fundamentos teórico-jurídicos do direito administrativo; ato e processo administrativo; prestação de serviços públicos; improbidade administrativa e contratação pública. Além destes temas, seguiram-se discussões acerca da organização administrativa, da responsabilidade civil do Estado e da revisão do mérito do ato administrativo. Quanto às questões principiológicas e da fundamentação teórica concernentes ao GT, destacamos os assuntos que fizeram parte das discussões apresentadas, entre as quais, as que se relacionam com as recentes reformas administrativas e um suposto "neoliberalismo" na organização administrativa brasileira; afirma-se este suposto "neoliberalismo" tendo em vista a necessidade de se aprofundar as influências ideológicas e doutrinárias que fizeram (e ainda fazem parte) das transformações da gestão administrativa brasileira. Neste contexto, temas como os da governança pública e da necessidade de efetivação da participação popular e social na administração para a consolidação do processo democrático brasileiro foram aventadas como possíveis instrumentos de aprimoramento do setor público rumo aos anseios e valores do paradigma do Estado Democrático de Direito. Ainda na primeira temática, foram discutidos diversos trabalhos que buscaram a aplicação dos princípios da administração pública aos diversos setores da atuação estatal. As discussões mostraram que é necessário sair do campo meramente conceitual destes princípios, para buscar sua concretude na intersecção entre direito e gestão pública. Assim, foram tratados dos princípios da "boa administração" como direito fundamental material do cidadão, com o escopo de concretizar e operacionalizar direitos subjetivos referentes a prestações materiais e vinculantes da atuação estatal. O princípio da eficiência - em que pese ainda necessitar de densificação conceitual para operar raciocínios jurídicos necessários a compreensão do fenômeno jurídico-administrativo - foi utilizado como critério para refletir sobre os problemas da corrupção no Brasil e do processo licitatório, neste último caso para o alcance da noção da vantajosidade das contratações públicas. No âmbito da temática do ato e processo administrativo, questões clássicas desta área de estudos foram promovidas quanto ao controle de constitucionalidade no processo administrativo e de revisão do ato administrativo discricionário frente aos princípios constitucionais. Este último trabalho reforça a tese da ampliação do controle dos atos administrativos discricionários, adentrando, inclusive, no seu mérito. Quanto à temática da prestação de serviços públicos - que ocuparam grande parte das discussões do grupo de

trabalho - destacam-se as abordagens afetas às questões prestacionais envolvendo direitos dos cidadãos, tais como a promessa de prestação universalizada do serviço de saúde, promovida com intervenção do Poder Judiciário e o direito a educação face aos benefícios fiscais concedidos nos últimos anos. A própria noção de serviço público foi colocada em xeque, ao se discutir se estamos em período de crise do conceito ou evolução conceitual. Além disto, ainda quanto aos serviços públicos, foram discutidos os limites da função sancionatória das agências reguladoras de serviços públicos, no sentido de que, ao mesmo tempo que esta função deve ser exercida, não podem ser prejudicados os direitos fundamentais dos cidadãos às prestações materiais destes serviços e nem mesmo das concessionárias de serviços públicos. Quanto à gestão pública dos serviços foram apresentados os aspectos positivos e negativos da adequação do modelo inglês de gestão de medicamentos - denominado Nice - ao modelo brasileiro do Sistema Único de Saúde. O tema da improbidade administrativa foi o que tomou maior parte e tempo das discussões do GT. Além da análise histórica e crítica da implantação da LIA no ordenamento jurídico, foram analisadas as questões mais pontuais desta legislação no que concerne a relação da improbidade administrativa por violação ao princípio da juridicidade e o abuso de poder político eleitoral e seus reflexos na LIA. Ainda que não conectado diretamente a improbidade administrativa, o trabalho que analisou caso concreto de pregão presencial para aquisição de veículos luxuosos no Estado de São Paulo, concluiu que o mesmo é incompatível com a Constituição da República de 1988. A temática da contratação pública - tratada de maneira ampla - explorou a rica temática dos acordos de cooperação celebrados entre administração e entidades com fins lucrativos - concluindo-se pela sua legalidade e compatibilidade com o ordenamento jurídico - e o marco legal das OSCIPS nas legislações estadual e municipal de Pernambuco e Recife. Neste último caso, concluiu-se pela necessidade de avaliar a nova legislação que trata das parcerias da Administração Pública com as OSCs, para verificar sua compatibilidade com as legislações dos demais entes federativos. No tema da interferência do estado na propriedade privada, três trabalhos foram discutidos: o da justa indenização na desapropriação, para além do "valor de mercado" do bem expropriado; o problema da desapropriação de bens públicos no âmbito das competências federativas. Neste último caso, a teoria dos princípios foi utilizada para ressignificar o conteúdo do Decreto-Lei nº 3365/1941. Ainda nesta temática, os desafios contemporâneos da gestão do patrimônio cultural imaterial foram tratados a partir dos instrumentos do poder de polícia. Eles seriam suficientes e necessários para a salvaguarda desta espécie de patrimônio cultural? No âmbito da organização administrativa, o papel da CAPES, como "estranha autarquia" foi tratado no trabalho que mostra que diversas dos regulamentos que edita sobre a pós-graduação, repercutem e promovem a desagregação do regime jurídico constitucional universitário, sobretudo nas universidades federais brasileiras. Além disto, como nó górdico da questão discutida, levantou-se a questão de como uma autarquia pode determinar regras para outras autarquias federais de mesmo nível hierárquico.

O tema da responsabilidade civil do Estado foi rediscutido e ressemantizado a partir da noção de "dano injusto", como elemento capaz de explicar e fundamentar as hipóteses de responsabilidade civil do Estado por atos lícitos e no caso de responsabilidade por omissão - temas com enorme repercussão na jurisprudência e ainda pouca discussão teórica que consiga sanar as questões levantadas. Apresentados todos os trabalhos e feitas as considerações pelos participantes e pelos coordenadores do GT, concluiu-se, em linhas gerais, que os trabalhos deste GT deverão, no futuro, enfrentar melhor a eficácia e efetividade das normas de direito público, para não se tornarem questões meramente abstratas, sem espelhar a realidade vivenciada na administração pública brasileira.

ADEQUAÇÃO DO MODELO INGLÊS (NICE) AO DIREITO BRASILEIRO NA GESTÃO DE MEDICAMENTOS

ENGLISH MODEL FITNESS (NICE) RIGHT IN THE BRAZILIAN DRUG MANAGEMENT

**Robson Ribeiro
Maria das Graças Nunes Ribeiro**

Resumo

O presente artigo tem como objetivo verificar se existe a possibilidade de adequação do Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica (NICE) ao sistema de saúde brasileiro, no tocante a gestão de medicamentos. Aborda, de forma panorâmica, o funcionamento do modelo inglês de saúde em seus aspectos positivos e negativos. Em apertada síntese, retrata o direito à saúde, consagrado nos artigos 196 a 200 da Constituição da República Federativa do Brasil, bem como explicita acerca do Sistema Único de Saúde (SUS), regulado pela Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Explicita, ainda, sobre a participação dos Conselhos de Saúde e as possíveis dificuldades de encaixe do modelo inglês. Aborda, por fim, o nexo entre a participação popular e a representatividade no processo de estruturação de políticas públicas de saúde, tendo como aporte teórico John Rawls e sua obra *Uma Teoria da Justiça*. A metodologia utilizada para a elaboração do trabalho incidiu na pesquisa bibliográfica de doutrinas, periódicos científicos e dados fornecidos pelo Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica (NICE) e pelos Conselhos Nacionais de Saúde no Brasil. Sendo assim, a fim de possibilitar o efetivo direito à saúde, defende-se, como modelo de gestão, o Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica (NICE).

Palavras-chave: Instituto nacional de saúde e excelência clínica (nice), Sistema único de saúde, Políticas públicas

Abstract/Resumen/Résumé

This article aims to determine whether there is the possibility of adaptation of the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) to the Brazilian health system, regarding medication management. Addresses, panoramic way, the operation of the English model of health in its positive and negative aspects. In brief summary, portrays the right to health, enshrined in Articles 196-200 of the Constitution of the Federative Republic of Brazil, as well as explicit about the Unified Health System (SUS), governed by Law n. 8080 of 19 September 1990. It explains also on the participation of the Health Councils and the possible difficulties fitting the English model. Addresses, finally, the link between popular participation and representation in the structuring of public health policy process, with the theoretical support John Rawls and his "A Theory of Justice." The methodology used for the preparation of the work focused on literature doctrines, scientific journals and data provided

by the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) and the National Health Councils in Brazil. Thus, in order to enable the effective right to health, it is argued, as a management model, the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: National institute for health and clinical excellence (nice), Health unic system, Public policy

INTRODUÇÃO

O mundo contemporâneo não silencia diante da ineficácia de acesso à saúde, trata-se de direito fundamental, consagrado na nossa Constituição Cidadã, que ressalva a saúde como um direito de todos e dever do Estado.¹ Nesse compasso, cada vez mais temos visto uma judicialização do direito à saúde, e isto, em face da escassez de recursos e políticas públicas ineficazes.

As demandas avultam-se gradativamente no Poder Judiciário, sendo que os tratamentos pela Administração Pública e a distribuição de medicamentos digladiam com o orçamento dos entes federativos, tema complexo que se apresenta². O reconhecimento do direito à saúde é inegável, porém o nosso Sistema Único de Saúde estaria adaptado para gerir tais conflitos?

O Poder Público ao implementar o SUS em todo território nacional dispôs sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e funcionamento dos serviços.

Nesse sentido, a proteção do mínimo existencial³ é de salutar importância na gestão da Administração Pública em face dos recursos dirimidos a saúde, já que o mínimo existencial abarca as condições materiais mínimas para que um indivíduo possa viver com dignidade.

Nessa esteira podemos detectar um problema através dos seguintes questionamentos: em que medida o Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica (NICE) poderia adequar-se ao direito brasileiro promovendo uma efetivação do direito à saúde? Quais seriam os aspectos positivos e negativos desse modelo de saúde? Em relação ao SUS, qual seria seu panorama funcional?

¹ A Constituição Federal de 1988 em seu artigo 196 nos ensina que a saúde é direito de todos e dever do Estado, devendo ser fomentado e garantido através de políticas sociais e econômicas. O objetivo é diminuir os riscos de doenças e intempéries advindos dos acessos à saúde. A Constituição Federal prevê o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção e recuperação (BRASIL, 2015).

² Segundo Alexandre Felix Gross em seu artigo intitulado “Atuação do STF na efetivação do direito à saúde no Brasil- Perspectivas da judicialização entre escassez e políticas públicas”, explica que: “A concretização dos direitos sociais depende de recursos (financeiros, humanos e técnicos) ontologicamente escassos, será adotada como pressuposto teórico. As necessidades públicas são infinitas, os recursos são escassos, portanto, a concretização do direito à saúde depende de escolhas alocativas de recursos. A efetivação de direitos sociais e a questão orçamentária não são antagônicas, mas sim intrinsecamente ligadas.” (GROSS, 2012, p. 53).

³ Intente registrar que a participação do titular do direito à saúde é fundamental para efetivação desse direito e garantia fundamental, é ele quem irá figura como sujeito ativo da relação jurídica-subjetiva, o direito à proteção e promoção da saúde abrange uma gama de posições jurídico-subjetivas de natureza diversa, que diante da pretensão resistida ou da omissão do dever estatal, pode ensejar o manejo de ação judicial de caráter coletivo, e quando se busca uma prestação material individual, a titularidade é do cidadão que está carente da proteção eficaz e efetiva que lhe assegure o mínimo existencial.

Certamente, todas essas abordagens acerca do estudo dessas instituições públicas e a gestão de medicamentos têm o condão de direcionar alguns critérios para exigibilidade dos direitos de saúde e as formas de prestações destes, sem sacrificar aquele núcleo mínimo existencial de vida do cidadão. Nesse contexto, delinearemos a hipótese da participação de Conselhos quanto à representatividade conforme a teoria de John Rawls.

O objetivo do estudo foi analisar a adequação do Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica (NICE) no Direito Brasileiro, utilizando como estratégia metodológica a revisão de literatura a partir de um estudo investigativo, por meio das bases de dados na área jurídica, da saúde e orçamentária.

Por fim, como objetivo principal, o artigo visa identificar as dificuldades de encaixe do Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica (NICE) ao Sistema de Saúde Brasileiro e fornecer diretrizes sustentadas no aporte teórico alhures.

Todo o estudo será focado nesse campo candente do direito à saúde. Sendo assim, a maturação do posicionamento doutrinário e jurisprudencial embasará uma análise segura acerca do tema que se apresenta.

1. O DIREITO À SAÚDE: BREVES CONCEPÇÕES DO TERMO SAÚDE

Em um primeiro momento, antes de buscar demarcar a proposta do presente artigo, qual seja, uma visão panorâmica do modelo inglês no âmbito das políticas públicas de saúde, em especial sua adequação ao sistema brasileiro em face à gestão de medicamentos, importante se apresenta sintetizar a concepção de saúde sob a ótica das ciências filosóficas, científicas e jurídicas⁴.

Em linhas introdutórias, a etimologia da palavra saúde vem do latim *Salus* ou *Salutis*, que significa cura ou conservação da vida (LUZ apud MAIA; SOUSA; OLIVEIRA, 2011).

Na Grécia a saúde significava ausência de doença, tal termo que se estendeu durante muitos séculos. Em contraposição ao termo saúde, a doença, antigamente era consequência de um ato divino, ou seja, dos deuses.

⁴ A respeito do tema vale ressaltar que o conceito de saúde resultará de valores individuais, concepções científicas, religiosas e filosóficas (SCLIAR, 2007). Nesse diapasão, para o presente artigo, o termo saúde deve ser entendido em seu aspecto social, científico e jurídico, haja vista tratar-se de um direito social do indivíduo. O direito à saúde integra as condições materiais mínimas para viver com dignidade. Luís Roberto Barroso aduz que o mínimo existencial: “corresponde às condições elementares de educação, saúde e renda que permitam, em uma dada sociedade, o acesso aos valores civilizatórios e a participação esclarecida no processo político e no debate público” (BARROSO, 2008, p. 881).

Ademais, segundo Hipócrates (460-377 a.C.) as doenças eram eventos naturais, por isto, foi considerado por muitos como o “pai da medicina”, observa-se aqui uma ruptura das superstições e, a racionalização do que seja doença e saúde (2002).

Acrescenta-se, ainda, a origem etimológica da palavra saúde, conforme as lições de Naomar de Almeida Filho (2000, p.300) em editorial intitulado “Qual o sentido do termo saúde?”:

Saúde e *salud* (este em castelhano) derivam de uma mesma raiz etimológica: *salus*. No latim, esse termo designava o atributo principal dos inteiros, intactos, íntegros. Dele deriva outro radical de interesse - *salvus* -, que conotava a superação de ameaças à integridade física dos sujeitos.

Naomar de Almeida completa o estudo sobre o termo aduzindo que:

Em conclusão, a etimologia do termo saúde denota uma qualidade dos seres intactos, indenes, com sentido vinculado às propriedades de inteireza, totalidade. Em algumas vertentes, saúde indica solidez, firmeza, força. (...) Apesar das pequenas surpresas reveladas pela história etimológica desse intrigante conceito, parece bastante compreensível a dificuldade em naturalizar a noção de saúde, tendencialmente tomando-a como uma matéria metafísica (mística, religiosa e até sacerdotal) mais do que um problema material, científico e social que afeta a tantos carentes da nossa população. (2000, p. 300)

É importante lembrar o que a Declaração Universal dos Direitos dos Homens⁵, de 10 de dezembro de 1948 consagrou em seu artigo 25, senão vejamos:

Toda pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários; e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou em outros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade. (BRASIL, 2015)

⁵ No preâmbulo da Declaração Universal dos Direitos dos Homens explicita-se que o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e dos seus direitos iguais e inalienáveis constitui o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo. O artigo 28 ressalta que: “Toda a pessoa tem direito a que reine, no plano social e no plano internacional, uma ordem capaz de tornar plenamente efetivos os direitos e as liberdades enunciadas na presente Declaração. Nesse sentido, o direito a saúde, consagrado como um direito social de segunda geração. Disponível em: <http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/7/docs/declaracao_universal_dos_direitos_do_homem.pdf> Acesso em: 13 de julho de 2015.

Cumpra observar, todavia, a concepção dada pela Organização Mundial da Saúde (OMS)⁶, onde saúde é um: “estado de completo bem-estar físico, mental e social.”⁷

Nessa esteira, a conceituação de saúde dada pela Organização Mundial da Saúde supera uma ótica mecanicista do indivíduo, que era hegemônica na seara médica, retratando a vida humana em uma junção social, biológica e psicológica. (FALEIROS et al., 2006; ROSEN, 1994). Cabe salientar que, surgiram críticas acerca dessa definição.⁸

Nas preciosas lições de Canotilho, a Constituição determina: “em termos de direito e com os meios do direito os instrumentos de governo, a garantir direitos fundamentais e a individualização de fins e tarefas” (2003, p. 1176).

Nesse esboço, o Direito reconhece a saúde como um estado de bem-estar intrínseco a todo cidadão, imprescindível para a realização de outros direitos. Assim, a concretização do princípio da dignidade da pessoa humana⁹ está vinculada com o reconhecimento, a garantia e a efetividade dos direitos fundamentais, dentre eles, o direito à saúde.

Sarlet (2008, p. 62) ensina que a dignidade da pessoa humana é qualidade essencial reconhecida em cada ser humano que o faz digno de respeito e consideração por parte do Estado e da sociedade. Neste compasso, um complexo de direitos e deveres fundamentais que venham a garantir as condições existências mínimas para uma vida saudável.

Vale ressaltar que para ser apreciado como um direito fundamental individual é necessário que esteja presente na Constituição de um Estado. Com isto, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 prevê nos seus artigos 196 a 200, o direito à saúde.

A Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 dispõe em seu art. 2º, § 1º:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. § 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2015).

⁶ OMS (WHO, World Health Organization).

⁷ Segundo OMS (WHO, World Health Organization) “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” (WHO, 2004, p. 1). Nesse compasso, a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade.

⁸ Frise-se que essa conceituação de saúde gerou indagações entre os trabalhadores sanitários revelando que tal estado de completo bem-estar é impossível de alcançar-se e que, além disso, ela não é operacional.

⁹ Barcellos ressalva que: “O efeito pretendido pela dignidade da pessoa humana consiste, em termos gerais, em que as pessoas tenham uma vida digna (...) no tocante aos elementos materiais da dignidade, é composto pelo mínimo existencial, que consiste em um conjunto de prestações materiais mínimas sem as quais se poderá afirmar que o indivíduo encontra-se em situação de indignidade” (BARCELLOS, 2011, p. 368).

De acordo com Sarlet por ser considerado um direito constitucional fundamental, o direito a saúde possui dimensões, senão vejamos:

(...) no âmbito da assim denominada dimensão negativa, o direito a saúde não assume a condição de algo que o Estado (ou sociedade) deve fornecer aos cidadãos, ao menos não como uma prestação concreta, tal como acesso a hospitais, serviço médico, medicamentos, etc. (...) O Estado (assim como os demais particulares), tem o dever jurídico de não afetar a saúde das pessoas, de nada fazer (por isso direito negativo) no sentido de prejudicar a saúde(2002, p. 10).

Ademais, Uadi Bulos assevera quanto à negligência em face da saúde: “um direito expressivo e universal ficou postergado e, por via oblíqua, negado, condicionado, sufocado, anulado, porque, nesse campo, grassou indiferença, acomodação, omissão, ignorância, complacência e conformismo” (2007, p. 1339).

Nesse diapasão, após agregarmos breves concepções sobre saúde e estabelecer seu papel de direito constitucional fundamental do individual, caberá agora analisarmos o delineamento principiológico e funcional do Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica (NICE).

2. UMA VISÃO PANORÂMICA DO INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE E EXCELÊNCIA CLÍNICA (NICE)¹⁰

Para que ocorra a efetivação do direito à saúde deve existir uma política pública¹¹ sólida, participativa, eficaz e universal. E ainda, que atue de forma legítima e justa objetivando a satisfação da população.

A literatura internacional e nacional sobre os sistemas de saúde e leis orçamentárias registram uma identificação com o Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica, o NICE, considerado por muitos como exemplo de gestão medicamentos e tratamentos na saúde pública.¹²

¹⁰ National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)

¹¹No artigo em tela, o termo ‘política pública’ será compreendido como planejamentos que o Estado faz para regulamentar os meios à sua disposição e às atividades privadas, para realização de intentos socialmente necessários e politicamente definidos, conforme aduz Bucci. (BUCCI, 2006, p. 241).

¹² Ademais, convém ressaltar que em recente pesquisa realizada pela Health Consumer Powerhouse mostrou que para os usuários europeus o melhor serviço de saúde é o austríaco, seguido pelo dos países-baixos e, depois, pela França, que perde a liderança conquistada em 2006. Em 2007, a França conseguiu 786 pontos de um total de

Antes de se analisar a funcionalidade do NICE, faz-se necessário partir de uma síntese sobre Serviço Nacional de Saúde Inglês¹³ (National Health Service (NHS em inglês)) para entender os princípios que norteiam a prestação dos serviços públicos de saúde no Reino Unido.

Nessa perspectiva, a crescente preocupação dos gestores dos serviços de saúde em todo o mundo com a limitação de recursos tem como marco o fato de que, após a Segunda Guerra Mundial, os gastos com a saúde passaram a crescer de maneira significativa nos países desenvolvidos em consequência do grande desenvolvimento tecnológico (WARNER; LUCE, 1982).

Assim, o Serviço Nacional de Saúde Inglês (NHS) tem sua origem no pós-guerra, o governo desenvolveu novos programas sociais que visavam maximizar a saúde e o avanço tecnológico.

E há de informar-se pelos princípios¹⁴ dispostos na Constituição do (NHS) de que o sistema fornece um serviço completo, disponível a todos, o acesso aos serviços é baseado na necessidade clínica e, não na capacidade do indivíduo para pagar, de que o (NHS) aspira aos mais altos padrões de excelência e profissionalismo.

Intente salientar que tais princípios orientam o (NHS) para o uso efetivo, justo e sustentável dos recursos disponíveis à saúde. Acrescenta-se ainda um trabalho realizado através das fronteiras organizacionais em parcerias com outras entidades, comunidades locais e a população em geral.

Verifica-se que há a atuação de um médico generalista,¹⁵ responsável por uma determinada área geográfica que atende um número definido de pessoas. Nesse sentido, o

1.000 possíveis, ao passo que a Inglaterra ficou em 17º lugar, com apenas 581 pontos. Disponível em: <Health Consumer Powerhouse. Health consumer powerhouse euro health consumer index 2007. Brussels: Health Consumer Powerhouse; 2007.>. Acesso em: 13 de julho de 2015.

¹³ O Modelo Inglês dispõe nas suas orientações (NG5) que: “A Constituição do NHS (...) deu às pessoas o direito de serem envolvidos nas discussões e decisões sobre a sua saúde e cuidado, e para serem dadas informações que lhes permitam fazer isto (...)”. Disponível em:< <https://www.nice.org.uk/&prev=search>>. Acesso em 13 de julho de 2015.

¹⁴ A Constituição do NHS dispõe sobre os princípios que norteiam o sistema. No original: “Principles that guide the NHS Seven key principles guide the NHS in all it does. They are underpinned by core NHS values which have been derived from extensive discussions with staff, patients and the public. These values are set out in the next section of this document. (...)1. The NHS provides a comprehensive service, available to all (...) 2. Access to NHS services is based on clinical need, not an individual’s ability to pay (...) 3. The NHS aspires to the highest standards of excellence and professionalism (...) 4. The NHS aspires to put patients at the heart of everything it does. (...) 5. The NHS works across organisational boundaries and in partnership with other organisations in the interest of patients, local communities and the wider population. (...) 6. The NHS is committed to providing best value for taxpayers’ money and the most effective, fair and sustainable use of finite resources. (...) 7. The NHS is accountable to the public, communities and patients that it serves.” Disponível em: <<http://www.england.nhs.uk/about/>>. Acesso em: 13 de julho de 2015.

¹⁵ No inglês recebe o nome de o general practitioner (GP).

médico local está mais acessível ao paciente e poderá orientar e avaliar a necessidade de um acompanhamento especializado¹⁶.

Nesta conjuntura o Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica (NICE) veio acoplar ao Serviço Nacional de Saúde Inglês (NHS) uma orientação nacional e conselhos especializados para melhorar a saúde e a assistência social no Reino Unido¹⁷.

Vale frisar, ainda, que o Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica (NICE) é o órgão que analisa, seleciona e aprova a lista de medicamentos que os pacientes terão acesso no sistema público de saúde, e isto, respeitando a lógica de custo-efetividade.

Nesse compasso, os autores Ferreira, De Paiva e Neto acentuam que:

A Inglaterra foi um dos primeiros países a adotar a relação custo e efetividade para decidir quanto pagar por determinado medicamento. Na Alemanha, o governo define os tratamentos e os medicamentos que são reembolsáveis. Na Nova Zelândia, existe uma sociedade estatal para compras centralizadas de medicamentos que se chama Pharmac (2015, p. 1914).

Dessa forma, o orçamento para a saúde é analisado com base na disponibilidade dos recursos econômicos e a eficácia das prestações positivas. No Brasil, com a avaliação da eficiência do ato ou política pública implementada procura-se examinar também o nível em que os objetivos e as metas do governo foram atingidos. Trata-se então, de medir o progresso atingido dentro do planejamento de realizações do Estado, conforme assevera James Giacomoni (2005, p. 310).

O Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica (NICE) analisa relatórios¹⁸ através de um método denominado ATS¹⁹, isto implica dizer que apenas as tecnologias com resultados certos e sólidos serão implementadas aos sistemas de saúde.

¹⁶ Nesse sentido, o sistema público de saúde do Reino Unido abarca os países da Inglaterra, Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte.

¹⁷ Vale ressaltar que: “O NICE foi originalmente criado em 1999 como o Instituto Nacional de Excelência Clínica, uma autoridade especial de saúde, para reduzir a variação na disponibilidade e qualidade dos tratamentos e cuidados do (NHS).” Orientação dada na página eletrônica do Instituto (NICE). Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/about/who-we-are>>. Acesso em 13 de julho de 2015.

¹⁸ Segundo dados emitidos pelo órgão: “Cerca de 15 a 20 relatórios são analisados anualmente pelo NICE, sendo que dois terços deles ligados a medicamentos. Uma vez aprovadas pelo instituto, as autoridades de saúde locais têm de disponibilizar a nova tecnologia num prazo de três meses, muito embora ainda persistam dificuldades para incorporá-las neste período de tempo.” Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/&prev=search>>. Acesso em 13 de julho de 2015.

¹⁹ Em inglês: ‘Health Technology Assessment (HTA) Programme’ que significa: Avaliação de Tecnologias em Saúde do Programa (ATS).

Frise-se que ATS é um método de conhecimento científico de decisões, embasado na eficiência, êxito e nos custos pertinentes às implicações do uso das tecnologias em saúde. (NITA; NOBRE; COSTA, 2010).

O ATS é a síntese da evidência científica que objetiva nortear tecnicamente a tomada de decisão em face da gestão de tecnologias, com intento de integrá-las, recusá-las ou estruturá-las (NITA; NOBRE; COSTA, 2010).

Importante registrar que o Brasil²⁰ perfilha o mesmo método alhures, quando se tratar de avaliações das tecnologias a serem utilizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) e na saúde suplementar (NITA; NOBRE; COSTA, 2010).

O Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica (NICE) relaciona aproximadamente 2 (dois) mil especialistas por ano para desenvolver pareceres²¹, a partir de demandas da Secretaria de Estado para a Saúde (NICE, 2015).

Consoante os aspectos positivos acima, outros vão sendo revelados a partir do delineamento estrutural do modelo inglês, é certo concordar com benefício à coletividade em face da integração do cidadão/doente ao sistema.

A este respeito o Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica (NICE) é um exemplo de boas práticas de desenvolvimento corporativo e representatividade. Alcança tanto os doentes, os familiares, os cuidadores, os profissionais de saúde, as entidades especializadas, os departamentos de saúde e secretárias, e isto, em um sistema complexo, porém integrado.

Existem departamentos especializados para capacitar e desenvolver estratégias para a participação dos indivíduos no sistema de saúde, dessa forma há uma contribuição direta e indireta dos cidadãos no aperfeiçoamento do sistema de saúde.

A partir do momento em que se aceita uma política pública para a efetivação do direito fundamental e social à saúde, apresenta-se necessário avaliar também a existência de aspectos negativos.

²⁰ Insta ressaltar: “Uma vez registrada, a incorporação da tecnologia no SUS é regulamentada pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/ MS). Em um processo racional de incorporação, a SAS/MS deverá ter que agregar às informações necessárias ao registro informação quanto ao perfil epidemiológico da população a ser beneficiada pela tecnologia, infraestrutura necessária para uma adequada assistência, estimativa de custo e cobertura a ser oferecida.” (BRASIL, 2015)

²¹ Segundo as orientações (NG5) do NICE: “O Relatório Francis (2013) enfatizou a necessidade de colocar os doentes em primeiro lugar em todos os momentos, e que eles devem ser protegidos contra danos evitáveis. Além disso, o relatório Berwick (2013) recomendou quatro princípios orientadores para melhorar a segurança do paciente: colocar a qualidade e segurança da assistência ao paciente acima de todos os outros objetivos para o NHS engajar, capacitar e ouvir os pacientes e cuidadores em todo o sistema, e em todos os momentos.” Disponível em: < <https://www.nice.org.uk/&prev=search>>. Acesso em 13 de julho de 2015.

Inicialmente, observa-se uma necessidade contínua de reestruturação do sistema, embora o Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica (NICE) seja considerado um exemplo de prestações positivas do Estado em serviço de saúde. Desta forma, ainda passa por dilapidações constantes.

No plano da indústria farmacêutica surge uma dúvida quanto ao fornecimento dos reais dados investigativos e de ensaios sobre a eficácia dos medicamentos manipulados. Será que todas essas informações são passadas ao Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica (NICE)? Existem restrições impostas ao direito de publicar resultados das investigações por pesquisadores de ensaios financiados pelas empresas?

Destarte, se o Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica (NICE) não é capaz de ter acesso a todos os dados sobre a eficácia de um medicamento poderá violar a confiabilidade e segurança pessoal dos cidadãos, haja vista tomar as decisões acerca da eficiência e custo-benefício em nome do Serviço Nacional de Saúde Inglês (NHS).

Nessa esteira, Luiz Roberto Barata e José Dínio Vaz Mendes asseveram que:

No Reino Unido, o ‘National Institute for Health and Clinical Excellence’ (NICE), ligada ao ‘National Health Service’ (NHS), (...) possuem recursos muito mais elevados que o Brasil para a área de saúde, permanece a preocupação com a avaliação tecnológica e a incorporação de novas técnicas e medicamentos no sistema, pois em todos os países existe a clara noção que não existe ‘bondade gratuita’ no setor público e a garantia de determinado benefício, irá impedir o acesso da população a outros (BARATA; MENDES, s.d., p. 02).

Diante desse cenário, ainda existem outras limitações acerca do modelo inglês, no caso da prestação de alguns serviços de saúde que coletam algumas tarifas, assim, retrocede na efetivação de um direito universal e gratuito.

3. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) SOB A ÓTICA CONSTITUCIONAL

Conforme já se disse, no contexto constitucional a saúde é um direito fundamental social, segundo a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) é pautado em critérios básicos como: a descentralização; o atendimento integral; e a participação da comunidade, neste caso trata-se de efetiva fiscalização social sobre os serviços de saúde (CARVALHO; SANTOS, 1995).

Ensina Vasconcelos e Pasche que:

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes desta política. Compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, e aglutina o conjunto das organizações públicas de saúde existentes nos âmbitos municipal, estadual e nacional, e ainda os serviços privados de saúde que o integram funcionalmente para a prestação de serviços aos usuários do sistema, de forma complementar, quando contratados ou conveniados para tal fim (2006, p. 531).

O artigo 6º da Constituição prevê: “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e a infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 2015).

Dispões o artigo 194: “A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos²² e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 2015).

Assim, observa-se que o Sistema Único de Saúde (SUS) é composto pelo tripé da Seguridade Social (Previdência - Assistência Social – Saúde), preconiza o direito à saúde de forma universal, equânime e integral (SOUZA, 2003).

Conforme já salientado, a Constituição no seu artigo 196²³ conceitua o direito à saúde, já nos artigos 198²⁴ a 200²⁵ dispõe sobre a infraestrutura dos serviços prestados pelo Estado.

²² Nesse sentido, a expressão ‘ações de iniciativas dos Poderes Públicos’ entendemos como políticas públicas: Segundo Eduardo Appio: “as políticas públicas podem ser conceituadas como instrumentos de execução de programas políticos baseados na intervenção estatal na sociedade com a finalidade de assegurar igualdade de oportunidades aos cidadãos, tendo por escopo assegurar as condições materiais de uma existência digna a todos os cidadãos” (2006, p. 136)

²³ Artigo 196. “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 2015)

²⁴ Artigo 198. “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo, II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade” (BRASIL, 2015).

²⁵ Artigo 200. “Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação; VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de

Lima relata que: “o desenvolvimento integral da personalidade humana resguardada a sua dignidade, dando-lhe o direito à incolumidade do corpo humano e da alma, razão pela qual o direito à saúde deve ser analisado amplamente, considerando os aspectos biológico (transformação da concepção até o óbito), psicológico (percepção do mundo) e espiritual (inteligência e vontade)” (2011, p. 183).

Por fim, o Sistema Único de Saúde é a efetivação da política de saúde pátria, envolvendo um complexo de ações e serviços voltados à saúde de modo a possibilitar o acesso universal, leciona Lima (2011, p. 184).

4. ASPECTOS POSITIVOS E NEGATIVOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): LEI 8.080/1990

A política pública de saúde está regulada pela Lei 8.080²⁶, de 19 de setembro de 1990, que busca adequar os critérios dispostos na Carta Magna, nesse sentido, vários aspectos positivos vieram com a implementação da presente Lei, vejamos alguns.

César Wagner de Lima Góis preconiza que:

Os serviços de saúde, por intermédio do SUS, ampliam e aprofundam a relação entre os próprios serviços, seus profissionais e a população, principalmente a população oprimida. O usuário pobre passa à condição de usuário cidadão e os serviços profissionais passam a interagir e articular-se mais entre si e com as comunidades. O SUS transforma a saúde em ato de cidadania, sendo cada vez mais considerado um sistema sanitário socialmente justo, além de apresentar condições técnicas e de gestão adequadas ao desafio posto à saúde brasileira pelo avanço das práticas democráticas após 20 anos de ditadura militar (1964-1984) (2008, p. 110).

Nessa mesma linha de raciocínio Vasconcelos e Pasche lecionam:

Inclui-se à lógica do SUS, dessa forma, o princípio da discriminação positiva para com os grupos sociais mais vulneráveis, buscando-se assegurar prioridade no acesso às ações e serviços de saúde aos grupos excluídos e com precárias condições de vida, considerando as desigualdades de condições decorrentes da organização social (2006, p. 536).

substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.” (BRASIL, 2015).

²⁶ Artigo 2º da Lei 8.080/1990 prevê a natureza de direito fundamental da saúde, ao afirmar que: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 2015). Vale ressaltar que Lei 8.142 votada em 28 de dezembro de 1990 também regula o SUS, essa lei visa à participação da população na gestão do Sistema Único de Saúde e as transferências de recursos da área de saúde entre os governos.

Em suma, o Sistema Único de Saúde (SUS) prevê ações e serviços de integração e assistência à toda população, haja vista sua universalidade. No entanto, ao grupo de usuários vulneráveis ou excluídos o acesso as prestações de serviços têm prioridade.

Dessa forma, Nobert Elias assevera que a equidade: “como princípio complementar ao da igualdade significa tratar as diferenças em busca da igualdade” (2008, p. 14).

As políticas do sistema de saúde visam ao bem-estar físico, mental e social do indivíduo e da coletividade, nesse contexto, priorizam a redução e eliminação do risco de doenças, abarcando o ambiente de trabalho, público e social.

Um aspecto importante sobre o sistema de saúde brasileiro é o planejamento, pois é tarefa das três esferas de governo e tem papel importante na organização desse modelo e na oferta dos serviços à população (CONASS, 2015, p. 12).

Vale ressaltar que a Lei Complementar (LC) n. 141/2012 acrescentou aos Conselhos de Saúde, deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades, neste sentido, a todos os conselhos: nacional, estaduais, municipais e do Distrito Federal, e não somente ao Conselho Nacional de Saúde como está no artigo 37 da Lei n. 8.080/1990 e no §3º do art. 15 do Decreto n. 7.508/2011 (CONASS, 2015, p. 11).

Observa-se na leitura da Lei que o Sistema Único de Saúde (SUS) tem caráter público, federativo, descentralizado, participativo e de atenção integral (BRASIL, 2015).

Nessa quadra, outro aspecto positivo segundo Vasconcelos e Pasche (2006) é a descentralização alinhada com a regionalização, tendo em vista que a finalidade da regionalização²⁷ é auxiliar da forma mais racional possível distribuição dos recursos entre as regiões, conforme a distribuição da população pelo território nacional. Os artigos 16 a 18 da Lei nº 8.080/90²⁸, prescrevem as competências de cada ente federativo.

²⁷ Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde: “Como consequência, os gestores do SUS estão sentindo cada vez mais a necessidade de organizar, internamente nas secretarias de saúde, as rotinas e os processos de trabalho, a descentralização de tarefas, bem como a formação de equipes para as questões de planejamento, acompanhamento, monitoramento e avaliação. (CONASS, 2015, p. 12)

²⁸ Conforme dispõe o Artigo 16: “A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete: (...) VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios; (...) XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional; (...) XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal; (...) XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal; XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal” (BRASIL, 2015).

Além disso, o Sistema Único de Saúde (SUS) também se pauta na hierarquização, que é a caracterização de uma política destinada para a estruturação de um modelo de saúde equilibrado, integral e resolutivo, para o atendimento dos problemas de saúde, através de um conjunto de ações engrenadas entre os vários níveis de dificuldade da atenção à saúde (MARTINS, 2011).

De acordo com Vasconcelos e Pasche a hierarquização visa ordenar o sistema através de: “níveis de atenção e estabelecer fluxos assistenciais entre os serviços de modo que regule o acesso aos mais especializados, considerando que os serviços básicos de saúde são os que ofertam o contato com a população e são os de uso mais freqüente.” (2006, p. 536)

Intente registrar que a participação da iniciativa privada no Sistema Único de Saúde (SUS) é aceita em caráter suplementar com prioridade das entidades filantrópicas sobre as privadas.²⁹

Nas lições de Amélia Cohn em seu artigo intitulado “A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS” estipula que:

Em decorrência, o Brasil, tido na América Latina como um baluarte e exemplo de reforma bem sucedida na área da saúde, configura-se hoje como uma experiência peculiar: o setor abraça a proposta tão cara às agências multilaterais de fomento ao desenvolvimento - a atenção básica - mas pelo seu avesso. De fato, são dois os grandes fatos tidos como novos do período mais recente, dos anos 90 e 2000: a estratégia saúde da família e a terceirização da gerência dos serviços de saúde. No primeiro caso, ela nos vem travestida de uma estratégia de mudança do modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde, desconhecendo-se a composição público/privado dos equipamentos de saúde no país, e mesmo a distribuição altamente desigual dos equipamentos públicos de saúde, sobretudo quando se leva em conta os equipamentos de maior complexidade. No segundo caso, parte-se do princípio que essas novas organizações gestoras dos serviços contarão com uma capacidade regulatória do Estado que impedirão que transplatem - em nome da racionalidade do custo/efetividade - a racionalidade própria do mercado para o interior dos serviços públicos estatais de saúde. (COHN, 2009, p. 1614-1619)

Alguns aspectos negativos são percebidos no sistema de saúde, percebe-se que cerca de 42 milhões de cidadãos procuram na medicina complementar uma assistência para a sua saúde. Assim, a proposta do Sistema Único de Saúde de universalidade inclusora parece não funcionar para a classe média e a classe trabalhadora (MENDES, 1993).

Outro ponto negativo é o fato de tratar-se de um sistema particularmente novo, comparado aos outros sistemas de saúde no mundo, a exemplo do Reino Unido.

²⁹ Artigo 199. “A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. (...)” (BRASIL, 2015).

As questões atinentes aos recursos também geram efeitos devastadores no que tange a eficiência do Sistema de Único de Saúde (SUS), porque há uma má aplicação das verbas públicas e escassez em setores básicos de saúde. Por isso, para melhoria da gestão da saúde pública são necessários mais recursos financeiros e melhor eficiência na sua gestão.³⁰

Acrescenta-se ainda que a complexidade do formato de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) em conjuntura com as discrepâncias regionais e questões federativas, inclinam aos conflitos orçamentários³¹, racionalidade sistêmica e gestão de medicamentos.

A respeito dos municípios, em muitos casos, não recebem a cooperação financeira adequada da União e do Estado, e isto, torna a gestão ineficiente e abarrotada de demandas judiciais que exigem o cumprimento dos direitos inerentes à saúde.³²

Por fim, vale indagar se a Lei 8.080/1990 é uma lei nacional ou federal?

Nesse diapasão, o artigo 1º da referida lei dispõe que: “Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado” (BRASIL, 2015).

Portanto, infere-se que, por meio de tal Lei, as ações de saúde passaram a ser regularizadas em todo território nacional. Em suma, a Lei 8.080/1990 é uma lei nacional.

5. A ADEQUAÇÃO DO MODELO DO MODELO INGLÊS AO DIREITO BRASILEIRO: A PARTICIPAÇÃO DE CONSELHOS NO BRASIL E GESTÃO DE MEDICAMENTOS

³⁰ Convém citar que foi realizada uma pesquisa do Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (Ibope), realizada em 1998 por encomenda do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e da Fundação Nacional de Saúde (FNS) do Ministério da Saúde. Nesse sentido, a pesquisa revelou que: 38% da população afirmaram utilizar de forma exclusiva os serviços públicos ou com ele conveniados; 20% declararam utilizar o SUS de forma frequente (maioria das vezes), mas não exclusiva; 22% declararam utilizar serviços particulares na maioria das vezes, utilizando tanto os serviços públicos (eventuais) como os do segmento supletivo; 15% da população declararam não serem usuários do SUS, seja por pertencer ao segmento que utiliza exclusivamente serviços particulares (via seguro-saúde de qualquer espécie ou via desembolso direto) ou por nunca utilizar serviço médico de qualquer espécie. Disponível em: < Silva PLB. Serviços de saúde: o dilema do SUS na nova década. São Paulo Perspec [periódico eletrônico] 2003[];17(1):69-85:76. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000100008>. Acesso em: 20 de julho de 2015.

³¹ De se ver que em 2012, segundo o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), a dotação aprovada pelo Legislativo para a saúde caiu de até R\$ 77,58 bilhões para R\$ 72,11 bilhões. E ainda: “de acordo com o coordenador da Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde (Cofin/CNS), Fernando Eliotério, o corte de mais de R\$ 5 bilhões – recursos aprovados por meio de emendas parlamentares e acrescentados ao orçamento do Ministério – prejudica o setor, já que segundo sua avaliação o sistema passa por um momento de subfinanciamento” (CONAS, 2012, p. 13).

³² Vale lembrar que a saúde é competência comum de União, Estados e Municípios, conforme dispõe o artigo art. 23, II, da Constituição, assim, o cidadão pode demandar contra qualquer dos entes federados na busca da proteção de saúde.

5.1 A identificação da participação social sob a ótica de John Rawls e as dificuldades de encaixe do sistema inglês

A efetivação do direito social à saúde não ocorre de forma isolada, mas de maneira solidária entre os Poderes Executivo, Legislativo, Judiciário e de uma sociedade intensamente participativa. Nesse sentido, o convívio social cooperativo dos indivíduos é fundamental para o desenvolvimento de soluções acerca do sistema de saúde.

Diante das complexidades que o sistema enfrenta, é imperioso que a participação da comunidade seja mais ativa, aprofundando-se nos conhecimentos de organização do Sistema Único de Saúde (SUS), dos direitos e deveres inerentes a cada usuário, a competência de cada ente federativo, bem como a participação direta nos conselhos de saúde existentes, sendo estes alguns exemplos de participação³³.

Sabemos que a concepção do direito à saúde é conhecida pela maioria, mas a efetivação desse direito social é buscada por todos os cidadãos? São as ações sociais dos seres humanos que realizam de forma concreta tais direitos.

Em suma, a participação popular em qualquer política pública legitima a cidadania, e ainda, incorpora colaboradores para fomentarem ideias, fortalecerem e fiscalizarem as gestões públicas.

Com base nos ensinamentos do mestre Alexis de Tocqueville (1977): "As nações de hoje em dia não poderiam impedir que as condições fossem iguais em seu seio, mas depende delas que a igualdade as conduza à servidão ou à liberdade, às luzes ou à barbárie, à prosperidade ou às misérias".

Enfim, a efetivação do direito à saúde tem como termômetro a atuação dos cidadãos nesse processo. Conforme ensinam Ferreira, Alencar e Pereira (2012), a população atingida pela política e os agentes do Estado em contato com ela devem inspirar de forma mais acentuada o processo de planejamento de políticas públicas.

Infelizmente, no Brasil a participação dos cidadãos em relação à saúde é muito tímida, vários fatores colaboram para essa realidade, segundo Ferreira, Alencar e Pereira (2012) são

³³ Vale ressaltar que: "A lei 8.142, de 1990, instituiu os conselhos e as conferências de saúde como instrumentos do controle social, através dos quais deve acontecer a participação dos diversos segmentos da sociedade, ao lado do governo, no acompanhamento e na definição de políticas públicas de saúde. Os conselhos de saúde são hoje uma realidade nos estados e municípios" (CONAS, 2015). Os Estados e Municípios estão estruturados com conselhos estaduais e municipais de saúde, comissões regionais, conferências de saúde em âmbito estadual e municipal, secretarias estaduais e municipais de saúde, no entanto, o presente artigo aponta para a criação de conselhos regionalizados com base no modelo inglês para gestão de medicamentos do SUS.

desde resquícios de uma cultura patrimonialista até os contrastes na formação do núcleo social.

Assevera Domingues e Machado (2011) que o setor da saúde tem papel fundamental na promoção da equidade, haja vista alertar outros setores e a sociedade para a relevância de se agir sobre os fatores sociais.

Segundo Lima: “Impende frisar que o princípio da equidade permeia todos os direitos sociais, sendo certo que a saúde integra a seguridade social, que se organiza visando à universalidade da cobertura e do atendimento, pois compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, previdência e à assistência social (art.194, I, da CF/1988)” (2011, p.179).

Em que pese à existência de conferências e dos conselhos de saúde na legislação atual, nos posicionamos no sentido de que a falta de estratégias enérgicas e convidativas de participação colaboram para que a população não se envolva tanto com a gestão de políticas públicas de saúde.

Nesse sentido, os meios de participação social configuram papéis importantes na estruturação do Sistema Único de Saúde, construir uma sociedade melhor e mais digna exige dos cidadãos uma voz ativa, que cobre e batalhe pelos seus direitos. (MARTINS, 2011).

O que se procura defender no presente artigo é, justamente, a adoção de políticas públicas intensas que visem à participação ativa e direta da população, reconhecendo na gestão local dos municípios a chave para essa possibilidade.

Como leciona Martins, no Brasil, o município pode ser reconhecido como o principal responsável pela saúde dos cidadãos, partindo de uma lógica de que quanto mais perto da realidade local maior é a chance de decidir de forma acertada (2011).

No ordenamento jurídico pátrio, como já foi salientado anteriormente, a Constituição Federal³⁴ possibilitou a participação social nas ações e serviços de saúde por meio da edição das Leis 8.080/1990 e 8.142/1990³⁵.

Sob as reflexas luzes do pensamento do filósofo John Rawls, teceremos breves considerações acerca da participação dos conselhos no Brasil, no que tange a representatividade. Essa perspectiva de análise evidencia uma sociedade bem ordenada, conforme Rawls leciona: “os seres humanos podem desenvolver suas faculdades morais e

³⁴ A Carta Magna vigente faz referência à participação da comunidade como constituinte da organização do Sistema Único de Saúde (SUS) (ANGHER, 2013, p. 65).

³⁵ Denota-se que ao se falar em participação social tais leis tornaram-se diretrizes para a instituição dos Conselhos e Conferências de Saúde, e isto nas três esferas federativas (União, Estados e Municípios). Intente ressaltar que, compõe a denominada representação paritária nos Conselhos de Saúde: os profissionais de saúde; os gestores públicos, os prestadores de serviços e os representantes dos usuários.

tornar-se membros plenamente cooperativos de uma sociedade de cidadãos livres e iguais” (2003).

Neste sentido, vale ressaltar que Rawls seleciona a Justiça³⁶ como componente orientador na estruturação de sua obra, trata-se da “justiça como equidade”, tal teoria é a mais influente na compreensão de justiça atual, incluída na filosofia política.

Em apertada síntese, intente delinear acerca da teoria para inserir alguns aportes na questão da participação dos conselhos. Inicialmente, Rawls projetou uma situação hipotética (denominada de posição original), na qual determinados indivíduos racionais selecionariam princípios de justiça.

Nesse contexto, esses indivíduos, permaneceriam ainda subjugados a um "véu de ignorância", ou seja, não teriam conhecimento de todas aquelas circunstâncias que lhes seriam favoráveis ou desfavoráveis na sociedade. Desse modo, na posição inicial, todos partilhariam um estado igualitário.

Assim, implica-se que a equidade das situações nas quais o acordo é alcançado se transmite para os princípios de justiça indicados, a posição original coloca os indivíduos livres e iguais de forma justa em relação às outras, sendo que a concepção de justiça assumida por elas também será de tal modo equitativa (RAWLS, 2000, p. 53).

Nesse sentido, a equidade das situações nas quais o acordo é alcançado transmite-se para os princípios de justice indicados. A posição original coloca os indivíduos como seres livres e iguais, de forma justa em relação às outras, sendo que a concepção de justiça assumida por elas também será de tal modo equitativa (RAWLS, 2000, p. 53).

Por sua vez, a análise da teoria dirigida à saúde nos conduz a assistência e promoção da saúde, para tanto, devemos nos atentar para as injustiças existentes no âmbito da saúde³⁷. A teoria nos assessora quanto à definição de quais serão as prioridades da saúde em face da gestão de medicamentos³⁸.

³⁶ Sobre a Teoria da Justiça como equidade, tivemos o cuidado de traçar apenas linhas introdutórias que conduzam a ideia tratada por Rawls, registra-se a intenção de delimitar o tema para apurá-lo apenas na seara do direito à saúde. Neste caso, a teoria inicia-se com a ideia de que a concepção de justiça mais adequada para a construção basilar de uma coletividade democrática é aquela que seus indivíduos perfilhariam numa conjuntura equitativa em relação a si mesmos e na qual eles seriam representados unicamente por pessoas morais, livres e iguais. Assim, podemos dizer que essa é a situação da posição original (RAWLS, 2000, p. 53).

³⁷ Embora Rawls considere a saúde como um bem primário, isto é, como um bem necessário para levar a cabo qualquer plano de vida, devemos notar que Rawls não elaborou na sua teoria um princípio de justiça que se aplique à saúde. No entanto, podemos seguir Rawls ao distribuir a saúde segundo o princípio de diferença, o qual se aplica à distribuição dos outros bens primários.

³⁸ DIREITO CONSTITUCIONAL. DIREITO A SAÚDE. AGRAVO REGIMENTAL EM AGRAVO DE INSTRUMENTO. IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. PROSEGUIMENTO DE JULGAMENTO. AUSÊNCIA DE INGERÊNCIA NO PODER DISCRICIONÁRIO DO PODER EXECUTIVO. ARTIGOS 2º, 6º E 196 DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL. 1. O direito a saúde é

Por fim, a teoria da justiça de Rawls, em especial o “princípio da diferença”³⁹, auxilia nas disparidades injustas da saúde, conforme leciona o princípio, as diversidades na saúde são justas desde que cooperem para melhorar a situação dos menos favorecidos da sociedade⁴⁰.

Diante de todo o exposto nos tópicos anteriores sobre o Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica (NICE), bem como sobre o Sistema Único de Saúde podemos analisar a probabilidade de sua adequação no ordenamento brasileiro.

Conforme as diretrizes e princípios preconizados pelo modelo inglês, observamos uma característica essencial (a gestão e seu custo-benefício) de medicamentos para o Sistema Único de Saúde, no entanto, para que isto ocorra é necessário reformular e adequar todas as três esferas de poder.

Dessume-se que as prestações de serviços dos municípios, representam uma oportunidade para a ruptura das visões macro e generalistas dispostas nos instrumentos governamentais utilizados para avaliá-lo⁴¹.

Considerando especialmente a participação popular e os vários setores da sociedade inglesa interligada ao NICE, a forma estrutural federativa do Brasil colabora para sua implementação, e ainda, o fator da municipalização⁴² dos serviços de saúde atende positivamente a gestão de medicamentos e tratamentos realizados pelo Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica.

Ademais, cumpre destacar que as discrepâncias existentes entre os dois países, entre elas: a cultura, a má gestão de recursos para a saúde, as diferentes regiões no território brasileiro, também representam uma dificuldade a ser enfrentada para a adequação do modelo inglês.

Pelas razões expostas ao longo do artigo, a participação representativa com a formação de conselhos próprios para a gestão de medicamentos é capaz de ampliar o direito à saúde em

prerrogativa constitucional indisponível, garantido mediante a implementação de políticas públicas, impondo ao Estado a obrigação de criar condições objetivas que possibilitem o efetivo acesso a tal serviço. 2. É possível ao Poder Judiciário determinar a implementação pelo Estado, quando inadimplente, de políticas públicas constitucionalmente previstas, sem que haja ingerência em questão que envolve o poder discricionário do Poder Executivo. Precedentes. 3. Agravo regimental improvido. (AI 734.487-AgR/PR, Rel. Min. Ellen Gracie).

³⁹ Para Rawls, é injusta toda a situação proveniente de arbitrariedades sociais que impactem negativamente a vida das pessoas, assim uma sociedade justa não deveria permitir que as perspectivas de vida de seus cidadãos sejam definidas pelo acaso social ou genético, determinando pontos de partida desiguais em sociedade.

⁴⁰ No entanto, assevera que “a distribuição natural não é justa nem injusta, justo ou injusto é como as instituições lidam com elas” (RAWLS, 2008, p.122). Por isso, o princípio da diferença se refere às instituições.

⁴¹ Vale ponderar que a saúde é uma questão de justiça, porque esta é produto e ao mesmo tempo produtora de desigualdades sociais que poderiam ser evitadas, sendo, portanto, injustas (DANIELS, 2008).

⁴² Nesse compasso, Arretche e Marques: “a literatura sobre poder local, por sua vez, enfatiza a importância das arenas e dos arranjos políticos no plano local, bem como as estratégias de sobrevivência eleitoral, para o sucesso de iniciativas locais de inovação em políticas públicas” (2002, p. 456).

todo território nacional. Com efeito, a formação de conselhos regionais talvez fosse uma possibilidade de alcance da igualdade e da justiça na gestão de medicamentos, haja vista que a interação participativa seria do nível local para o nacional.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O exame do Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica (NICE) revelou que esse órgão analisa, escolhe e aprova a importante lista de medicamentos que os pacientes terão acesso no sistema público de saúde. As decisões do NICE são tomadas com base no custobenefício e na saúde coletiva, sendo que vários setores civis e departamentos especializados estão envolvidos no controle social dos recursos do sistema de saúde inglês.

Nesse sentido, a adequação do modelo Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica (NICE) no Sistema Único de Saúde seria possível com a participação social na promoção e proteção da saúde. A ideia de conselhos regionais seriam uma via de acesso a gestão de medicamentos.

Conforme a teoria de Rawls, a justiça social pode promover a equidade de oportunidades no seio social. A reformulação de um novo modelo no sistema de saúde brasileiro poderia suscitar uma noção de justiça social.

Como todo fenômeno, o direito à saúde passa por mudanças, que nesse caso, ratificam o necessário ajuste para sermos uma sociedade democrática justa. Essa guerra não pode ser silenciosa, por isso, a estruturação de conselhos representativos destinados a promoverem a tutela da saúde não é uma hipótese incabível. Seria então a solução?

7. REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar de. Qual o sentido do termo saúde? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 300-301, June 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2000000200001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 Julho 2015.

APPIO, Eduardo. **Controle judicial das políticas públicas no Brasil**. Curitiba: Juruá Editora, 2006.

ANGHER. Anne Joyce (org. e ed.). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Vade Mecum. (10ª ed.). São Paulo: Rideel, 2013.

ARRETCHE, Marta Teresa da Silva.; MARQUES, Eduardo César Leão. **Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 455-480, 2002.

BARATA, Luiz Roberto Barradas; MENDES, José Dínio Vaz. **Medicamentos no Brasil: impasses e perspectivas.** São Paulo: Secretaria da Saúde, s.d. p. 02.

BARCELLOS, Ana Paula de. **A Eficácia Jurídica dos Princípios Constitucionais: O Princípio da Dignidade da Pessoa Humana.** 3. Ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2011.

BARROSO, Luis Roberto. **Da falta de efetividade à Judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para atuação judicial. Constituição e Efetividade Constitucional.** Bahia: Jus Podvim, 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **CNS em revista**, Brasília, ano 2, número 4, maio de 2012 • ISSN 2238 - 1732. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/revistas/revista05.pdf>>. Acesso em: 13 de julho de 2015.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília: CONASS, 2015.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde.** Brasília, 2011. 291 p. (Coleção para entender a Gestão do SUS 2011, 1).

_____. Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde. **Estatuto Do Conselho Nacional De Secretarias Municipais De Saúde Conasems.** Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/index.php/estatuto-o-conasems>>. Acesso em: 16 de julho de 2015.

_____. Ministério da Saúde. **O que é SUS.** 2011b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1395>. Acesso em: 13 de julho de 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Informe sobre a reforma do setor saúde no Brasil.** Brasília, 1995. (Documento elaborado para a reunião especial sobre a reforma setorial do setor saúde, promovida pela OPAS, BID e Banco Mundial).

_____. **Declaração Universal dos Direitos do Homem.** Disponível em: <http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/7/docs/declaracao_universal_dos_direitos_do_h_o_mem.pdf>. Acesso em: 13 de julho de 2015.

_____. **Supremo Tribunal Federal.** Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/busca?q=%28AI+734.487AgR%2FPR%2C+Rel.+Min.+Ellen+Gracie%29#2682234443984718>.> Acesso em: 13 de julho de 2015.

_____. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990.** [online]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, com alterações. Diário Oficial da União 1990 Set 20. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1990/8080.htm>>. Acesso em: 13 de julho de 2015.

_____. Flávia de Paula Duque. **A participação cidadã nas políticas sociais na gestão de programas e projetos: potenciais e desafios.** In: FAHEL; NEVES (Org.). Gestão e avaliação de políticas sociais no Brasil. Belo Horizonte: PUC Minas, 2007.

BUCCI, Maria Paula Dallari. **Direito administrativo e políticas públicas.** São Paulo: Saraiva, 2006.

BULOS, Uadi Lammêgo. **Constituição Federal Anotada.** São Paulo, 2007.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito Constitucional e teoria da Constituição.** 7. Ed. Coimbra: Almedina, 2003.

CARVALHO, G.I.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1995
COHN, Amélia. **A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1614-1619, jul. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2009000700020&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 16 julho de 2015.

DANIELS, Norman. **Just Health. Meeting health needs fairly.** New York, NY: Cambridge University Press, 2008.

DOMINGUES, B.; MACHADO, K. Chamado à ação. **Revista Radis Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro, n. 110, p. 8- 16, out. 2011.

ELIAS, Norbert. (2008) [1970]), **Introdução à Sociologia**, Lisboa: Edições 70.

FALEIROS, V. P. et al. **A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

FERREIRA, Patrícia A.; ALENCAR, Edgard; PEREIRA, José R. **Revisitando o modelo processual de análise de políticas públicas a partir das relações entre Estado e sociedade.** In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM GESTÃO SOCIAL, 6, 2012, São Paulo. Trabalhos apresentados... São Paulo: Enapegs, 2012. v. 6.

GIACOMONI, James. **Orçamento público.** 13 ed. São Paulo: Atlas, 2005.

GÓIS, Cesar Wagner de Lima. **Saúde comunitária pensar e fazer.** São Paulo: Aderaldo e Rothschild Editores, 2008.

GROSS, Alexandre Felix. Atuação do STF na efetivação do direito à saúde no Brasil: perspectivas da judicialização entre escassez e políticas públicas. **Revista do Tribunal Regional Federal da 1ª Região**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 53-69, mar. 2012.

HIPÓCRATES. **Conhecer, cuidar, amar: o juramento e outros textos**. São Paulo: Landy; 2002.

LIMA, Andréia Maura Bertoline Rezende de. O direito fundamental e social à saúde e à dignidade da pessoa humana na sociedade de risco. **Revista de Direito Privado**, Ed. Revista dos Tribunais, v. 47, n. 12, p.173-198, jul./set. 2011.

MAIA, H. F.; SOUSA, C. S.; OLIVEIRA, K. G. F. Os debates ancestrais e atuais acerca do que é saúde e a classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde: contribuições para compreensão das possibilidades de uma Política Nacional de Saúde Funcional. **Revista Brasileira de Saúde Funcional**, Cachoeira, v. 1, n. 1, p. 1, 2011.

MARTINS, E. L. M. **Seminário temático 3: saúde**. São João Del Rei: UFSJ, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal**. In: Mendes EV, editor. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1993. p.19-92.

NITA, M. E.; NOBRE, M. R. C.; COSTA, A. M. N. **Visão geral dos métodos em avaliação de tecnologias em saúde**. In: NITA, M. E.; CAMPINO, A. C. C., et al (Ed.). Avaliação de tecnologias em saúde: evidência clínica, análise econômica e análise de decisão. Porto Alegre: Artmed, 2010.

RAWLS, John. **Uma Teoria da Justiça**. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2008.

_____. **O liberalismo político**. (2ª ed.). São Paulo: Ática, 2000.

_____. **Justiça como Equidade**. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2003

_____. **Justiça e Democracia**. Tradução: Irene A. Paternot. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

REINO UNIDO, **Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica (NICE)**. Disponível em:< <https://www.nice.org.uk/&prev=search>>. Acesso em 13 de julho de 2015.

RODRIGUEZ, Vicente. Descentralização e Políticas Públicas: o público e o privado na educação. **Educação: teoria e prática**, Rio Claro, v. 19, n. 32, p. 111-126, 2009.

SARLET, Ingo Wolfgang. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição Federal de 1988. **Revista diálogo jurídico**. n. 10, jan/2002. Salvador: Bahia. Disponível em: <http://www.direitopublico.com.br>. Acesso em 13 de julho de 2015.

_____. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 5. Ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008.

SCLIAR M. História do conceito de saúde. *Physis*: **Rev de Saúde Coletiva** 2007; 17(1): 2941.

SILVA, Pedro Luiz Barros. **Serviços de saúde: o dilema do SUS na nova década.** São Paulo Perspec [periódico eletrônico] 2003[];17 (1):69-85:76. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000100008>. Acesso em: 20 de julho de 2015.

SOUZA, Renilson Rehem de. **Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo.** In: PIERANTONI, C. R.; VIANNA, C. M. M. (Org.). Gestão de sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Segreca, 2003.

TOCQUEVILLE, Alexis. **A democracia na América.** 2.^a ed. Belo Horizonte, Ed. Itatiaia, 1977.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dário Frederico. **O sistema único de Saúde.** In: Campos, Gastão Wagner de Sousa et al. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

WARNER, KE; LUCE, BR (1982). **Cost-Benefit and Cost-Effectiveness Analysis in Health Care: Principles, Practice, and Potential.** Michigan: Health Administration Press.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 'Constitution', in _____, **Basic Documents**, 45th ed. Geneva, 2004.

Health Consumer Powerhouse. Health consumer powerhouse euro health consumer index 2007. Brussels: Health Consumer Powerhouse; 2007. Acesso em: 13 de julho de 2015.