

**Sistema Único de Saúde – SUS:
tensão entre o público e o privado**

EVOLUÇÃO DO SISTEMA SANITÁRIO NACIONAL

1) PERÍODO COLONIAL E PERÍODO PÓS-INDEPENDÊNCIA

- Predomínio de doenças contagiosas, como a varíola e a febre amarela
- Serviços de saúde organizados de forma precária
- Prática médica baseada em conhecimentos tradicionais

- Municipalização dos serviços sanitários
- Inexistência de medidas preventivas e de caráter coletivo

2) REPÚBLICA VELHA – final do século XIX/início do século XX

- Início da organização administrativa sanitária nos Estados – descentralização administrativa
- Edição do Código Sanitário, pelo Governo Federal.

- **Movimento de Reforma Sanitária – 1900/1920:**
 - a) Combate às epidemias de febre amarela, peste e varíola
 - b) Ações de saneamento
 - c) Vigilância sanitária dos portos
 - d) Saneamento rural
 - Ideologia: noção de salvação nacional e formação de uma consciência cívica; construção de uma ideologia de nacionalidade

- Assistência médica não era voltada à coletividade, mas sim prestada à uma minoria.
- A maioria recorria aos serviços filantrópicos e não oficiais.
- Existência de conflitos internos entre médicos acerca do que deveria ser a saúde coletiva, alguns postulavam o aumento da ação estatal, outros, a sua limitação.

- **1923 – LEI ELOY CHAVES**

- Criação das Caixas de Aposentadoria e Pecúlios (CAPs), inicialmente para os ferroviários.
- Além de benefícios previdenciários, estabeleceu também a prestação de serviços médicos privados, ofertados aos trabalhadores urbanos e seus familiares. Quem tinha Previdência, tinha assistência médica.
- Pouca interferência estatal no “mercado” de saúde, liberdade aos profissionais

3) PERÍODO DE 1930 A 1964

- Na esfera política, emergência de um Estado forte, autoritário e centralizador
- Na área da saúde, houve uma intensa produção normativa e a implementação de várias reformas estruturais da saúde pública
- Existiam, assim, dois braços da saúde:
 - a) Assistência médica previdenciária, voltada aos trabalhadores urbanos;
 - b) Ações de saúde pública (voltadas sobretudo à população rural).

- No período pós-guerra, inicia-se a discussão relativa à saúde e desenvolvimento – ideia de que a superação da doença levaria ao desenvolvimento
- Na década de 60, os institutos de previdência passam a enfrentar uma profunda crise financeira.
- Em 1966, com a edição do Decreto-Lei nº 72, foi criado o INPS – INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL – gestão das aposentadorias, pensões e assistência médica dos trabalhadores urbanos formais.

- A criação do INPS favoreceu a prática médica individual e assistencialista, em detrimento da saúde pública
- Lei nº 6.229/75 - organização do Sistema Nacional de Saúde
- Lei nº 6.439, de 01/09/1977 – criação do INAMPS – INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL – programas de assistência médica aos trabalhadores urbanos, rurais e funcionários públicos civis da União, autarquias e Distrito Federal.

- No entanto, a assistência médica continuou a ser custeada pela Previdência. O INAMPS não era um sistema universal, mas restrito aos segurados do INPS.
- Havia poucos hospitais públicos.
- Foi um período de grande expansão da assistência médica privada.

- O Estado delegava a prestação dos serviços de saúde às empresas privadas, mediante remuneração (US – Unidade de serviço).
- Não havia qualquer controle ou fiscalização dos serviços prestados.
- Neste contexto, surgiu um movimento de transformação das políticas públicas de saúde – MOVIMENTO PELA REFORMA SANITÁRIA

- Criação de AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE (AIS), de caráter multidisciplinar, com a participação conjunta da União, Estados e Municípios
- 1985 – criação do SISTEMA UNIFICADO E DESCENTRALIZADO DE SAÚDE – “estadualização” do sistema sanitário
- Crescem as experiências bem sucedidas de implantação de sistemas municipais de saúde.

- 8ª Conferência Nacional de Saúde – março de 1986 – ampla participação de movimentos sociais, profissionais médicos, usuários, representantes do governo – elaboração do projeto de Reforma Sanitária com a instituição de um Sistema Único de Saúde.

CF, Art. 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.”

“Art. 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.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

...”

ASPECTOS FUNDAMENTAIS DO DIREITO À SAÚDE:

- É um direito fundamental social – CF, art. 6º
- O Estado tem o dever de assegurar o direito, através de políticas públicas
- É assegurado o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde
- A Seguridade Social possui um orçamento específico, voltado exclusivamente para custear as despesas com Saúde, Previdência e Assistência – CF, art. 195, § 1º

- Art. 197 - São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

- SUS: forma pela qual o Poder Público realiza as ações e serviços de saúde.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

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.

- No SUS, os serviços de saúde podem ser realizados pela iniciativa privada de forma complementar, dando-se preferência às entidades filantrópicas ou sem fins lucrativos, mediante contrato de direito público ou convênio.

- Fora do SUS, a iniciativa privada pode prestar assistência à saúde nos distintos níveis de complexidade, mas está sempre submetida ao controle do Poder Público.
- Lei nº 9.656/98 – regula a atuação dos planos de assistência à saúde, colocando-os sob a supervisão e controle da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE:

- Constituição Federal – artigos 194 a 200
- Lei Orgânica da Saúde – Leis 8.080/90 e 8.142/90
- Leis de Vigilância em Saúde (Lei 5.991/73 – comércio de medicamentos; Lei 6.360/76 – produção, distribuição e comércio de medicamentos; Lei 9.782/99 – vigilância sanitária; entre outros)
- Normas infralegais editadas pelo Poder Executivo (Normas Operacionais Básicas, Portarias e Decretos)

- Lei 9.656/98 – PLANOS E SEGUROS PRIVADOS DE SAÚDE
- PORTARIA 3.916, de 30/10/1998 – POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS
- PORTARIA Nº 1.897, de 26/07/2017 – RELAÇÃO NACIONAL DOS MEDICAMENTOS ESSENCIAIS
- LEI 12.401, de 28/04/2011 - dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do SUS.

➤ PRINCIPAIS SITUAÇÕES:

- Cumprimento de política pública já existente: falta de medicamento constante da lista mas não disponibilizado no posto
- Inserção de medicamento ou tratamento não aprovado pela ANVISA ou não oferecido pelo SUS

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

PRINCÍPIOS:

- 1) UNIVERSALIZAÇÃO
- 2) INTEGRALIDADE
- 3) GRATUIDADE (não está prevista na CF)
- 4) REGIONALIZAÇÃO E HIERARQUIZAÇÃO
(solidariedade)
- 5) DESCENTRALIZAÇÃO
- 6) PARTICIPAÇÃO POPULAR

1) UNIVERSALIDADE

- Todos têm direito às ações e serviços de saúde, sem qualquer discriminação, inclusive os que possuem plano de saúde
- Lei nº 9656/98 – planos de saúde devem reembolsar o SUS pelos serviços prestados aos seus usuários

“Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.”

- **STF – ADIN 1931 – RELATOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (julgada em 07/02/2018): reconheceu a constitucionalidade do artigo 32**
 - O Poder Público atua gratuitamente em relação aos cidadãos, e não aos planos de saúde
 - O agente privado, ao optar por prestar o serviço de forma concorrente com o Estado, tem a responsabilidade de arcar com as obrigações assumidas. A responsabilidade do plano é limitada à cobertura contratual.

2) REGIONALIZAÇÃO E HIERARQUIZAÇÃO

- Racionalização do sistema e otimização dos recursos: Organização do atendimento em distintos níveis de complexidade
 - Atendimento primário: pequena complexidade (ex.: consulta, curativo)
 - Atendimento secundário: complexidade intermediária (pequena cirurgia)
 - Atendimento terciário: alta complexidade (cirurgia complexa)

➤ **QUESTÃO DA SOLIDARIEDADE ENTRE OS ENTES FEDERATIVOS**

STF – RE 855178 RG / SE – SERGIPE - REPERCUSSÃO GERAL NO RECURSO EXTRAORDINÁRIO Relator(a): Min. LUIZ FUX - Julgamento: 05/03/2015

“RECURSO EXTRAORDINÁRIO. CONSTITUCIONAL E ADMINISTRATIVO. DIREITO À SAÚDE. TRATAMENTO MÉDICO. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERADOS. REPERCUSSÃO GERAL RECONHECIDA. REAFIRMAÇÃO DE JURISPRUDÊNCIA. O tratamento médico adequado aos necessitados se insere no rol dos deveres do Estado, porquanto responsabilidade solidária dos entes federados. O polo passivo pode ser composto por qualquer um deles, isoladamente, ou conjuntamente.”

3) INTEGRALIDADE

Art. 7º, II, Lei 8080: conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

Art. 19-T. São vedados, em todas as esferas de gestão do SUS:

I - o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento, produto e procedimento clínico ou cirúrgico experimental, ou de uso não autorizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;

II - a dispensação, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na Anvisa.

- **QUESTÃO: O QUE O SUS DEVE OFERECER? TUDO A QUALQUER UM?**

“Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.”

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

I - a execução de ações:

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

➤ Como compatibilizar a reserva do possível com o princípio da integralidade?

1) RE 566471 – MEDICAMENTO DE ALTO CUSTO NÃO DISPONÍVEL NA LISTA DO SUS – REPERCUSSÃO GERAL

- Recurso interposto contra decisão do TJ/RN que determinou que o Estado fornecesse à uma pessoa idosa e carente medicamente de alto custo, não disponível na lista do SUS.
- Relator (Ministro Marco Aurélio) apontou dois critérios para a concessão: (i) imprescindibilidade do medicamento e impossibilidade de sua substituição (ii) incapacidade financeira do paciente e da sua família. Negou provimento ao recurso. Foi acompanhado pelo Ministro Luís Barroso. Ministro Fachin deu parcial provimento. Pedido de vista do Ministro Teori. Julgamento suspenso.
- O remédio (cloridrato de sildenafil) acabou sendo incluído na lista do SUS.

2) RE 657718 RG - MEDICAMENTO SEM REGISTRO NA ANVISA

- Recurso interposto contra decisão do TJ/MG que indeferiu a concessão de medicamento não registrado na ANVISA
- Relator (Ministro Marco Aurélio) – Lei 6.360/76 estabelece a obrigatoriedade de registro no Ministério da Saúde para que o medicamento seja industrializado, comercializado ou entregue ao consumo. Negou provimento ao recurso. Pedido de vista do Ministro Luís Barroso. Julgamento suspenso.
- O remédio (cloridrato de cinacalcete) foi registrado na ANVISA.

CASO DA FOSFOETANOLAMINA:

- Decisão do TJ/SP – cassou a liminar deferida em primeira instância e negou a distribuição do remédio - setembro de 2015;
- Decisão do STF – Ministro Fachin concedeu a liminar assegurando à paciente o acesso à substância – outubro de 2015;
- Decisão do Órgão Especial do TJ/SP determinou a suspensão do fornecimento da substância e cassou todas as liminares de primeiro grau – novembro de 2015;
- Lei nº 13.269, de 13.04.2016 - Autorizou o uso da fosfoetanolamina sintética por pacientes diagnosticados com neoplasia maligna.
- Decisão do STF na ADI 5.501 – decisão liminar, proferida em 19.05.2016, por maioria, suspendeu a eficácia da Lei 13.269 até julgamento final.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

- Política judiciária para a saúde: criação do Fórum Nacional do Judiciário para a saúde, Comitês Estaduais de Saúde, Recomendações, elaboração de Jornadas de Saúde (publicação de enunciados)

RECOMENDAÇÃO CNJ 31/2010: aos juízes:

- Instruir as ações com relatórios médicos, com descrição da doença, bem como a prescrição de medicamentos, com denominação genérica ou produto ativo;
- Evitar o fornecimento de medicamentos ainda não registrados pela Anvisa ou em fase experimental;
- Ouvir os gestores públicos antes da apreciação das medidas de urgência

- Visitar os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, bem como as unidades de saúde pública ou conveniadas ao SUS, dispensários de medicamentos e hospitais habilitados em Oncologia

RECOMENDAÇÃO CNJ 36/2011

- Adoção de medidas visando melhor subsidiar os magistrados nas demandas envolvendo a assistência à saúde suplementar

RECOMENDAÇÃO CNJ 43/2013

- Promover a especialização de Varas para processar e julgar ações que tenham por objeto o direito à saúde pública e para priorizar o julgamento dos processos relativos à saúde suplementar

RESOLUÇÃO Nº 238 de 06/09/2016

- Dispõe sobre a criação e manutenção, pelos Tribunais de Justiça e Regionais Federais de Comitês Estaduais da Saúde, bem como a especialização de vara em comarcas com mais de uma vara de fazenda Pública.
- O Comitê Estadual da Saúde terá entre as suas atribuições auxiliar os tribunais na criação de Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário (NAT-JUS), constituído de profissionais da Saúde, para elaborar pareceres acerca da medicina baseada em evidências.
- PROGRAMA ACESSA SUS