

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA – UNIPÊ  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS  
CURSO DE DIREITO**

**HILDEBRANDO MARQUES DA SILVA FILHO**

**DIREITO À SAÚDE:** a inconstitucionalidade do Programa  
Farmácia Popular do Brasil

**JOÃO PESSOA/PB  
2010.1**

**HILDEBRANDO MARQUES DA SILVA FILHO**

**DIREITO À SAÚDE: a inconstitucionalidade do Programa  
Farmácia Popular do Brasil**

Monografia apresentada à Banca Examinadora do Departamento de Ciências Jurídicas do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ, como exigência parcial para obtenção do grau de Bacharel em Direito.

Orientadora: Profª Drª Luiza Rosa Barbosa de Lima

Área: Direito Constitucional

**JOÃO PESSOA/PB  
2010.1**

S586d      SILVA FILHO, Hildebrando Marques da.  
Direito à Saúde: a inconstitucionalidade do Programa  
Farmácia Popular do Brasil / Hildebrando Marques da Silva  
Filho. – João Pessoa, 2010.  
99f.

Monografia (Curso de Ciências Jurídicas) –  
Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ

1. Assistência Farmacêutica. 2. Programa Farmácia  
Popular do Brasil. 3. Inconstitucionalidade 4. SUS 5. Fiocruz  
I. Título.

UNIPÊ / BC

CDU – 362.1

**HILDEBRANDO MARQUES DA SILVA FILHO**

**DIREITO À SAÚDE:** a inconstitucionalidade do Programa  
Farmácia Popular do Brasil

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Luiza Rosa Barbosa de Lima  
Orientadora

---

Prof.<sup>a</sup>. Ofélia Gondim Pessoa de Figueiredo  
Membro da Banca Examinadora

---

Prof. José Antônio Coelho Cavalcante  
Membro da Banca Examinadora

**JOÃO PESSOA/PB**  
**2010.1**

*Em memória de meu pai, à vida e o  
amor de mamãe, à fraternidade da  
irmã e pela compreensão e o  
carinho da minha namorada.*

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pela oportunidade de concluir mais uma etapa da minha vida, iluminando a superar a todas as pedras colocadas no meu caminho vivido como estudante de graduação;

Aos meus pais;

Hildebrando (*in memoriam*), mesmo não estando mais presente entre nós, foi um grande exemplo de ser humano que contribuiu em vida para formação do meu caráter, demonstrando a atitude de ser um bom cristão, valorização ética, humildade e a vontade de vencer com honestidade, qualidades atribuídas a um ser humano verdadeiro, onde sempre me espelho nos seus ensinamentos e carregarei até o último suspiro da minha vida.

Maria Valeriano, minha querida mãe, exemplo de mulher guerreira, batalhadora, que, mesmo na correria da vida moderna, consegui me educar com todo o amor, pela compreensão que teve por mim durante a elaboração deste trabalho, pelo investimento e pela confiança que fez em meu favor;

A minha irmã Theresa que mesmo não pertencendo a área jurídica, me ajudou com palavras de força;

A minha namorada Rayssa, com a qual tomei conhecimento do tema, estimulando a elaboração deste trabalho, pela paciência nos momentos de ausência, sua contribuição foi importante, colaborando para esta monografia tornar-se real e pelo cuidado comigo, incentivando-me com palavras carinhosas de otimismo;

Aos meus professores do Curso de Direito na UNIPÊ, que cruzaram minha vida, deixando saudades e ensinaram-me a luz da sapiência jurídica ao longo destes cinco anos de vida acadêmica, que levarei por toda a minha vida profissional;

Meu agradecimento em particular a minha eterna professora de Direito Constitucional e orientadora, Dra. Luiza Rosa Barbosa de Lima, pelo auxílio, exemplo de profissionalismo, e pela confiança depositada em mim;

Ao Dr. Gilson Carvalho, médico pediatra e de saúde pública, consultor do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, autor de alguns artigos que retrata sobre o objeto de estudo deste trabalho, e que muito me ajudou, oferecendo-me suporte no início deste trabalho;

## RESUMO

Este trabalho monográfico tem por objetivo principal, o estudo do direito à saúde no ordenamento jurídico brasileiro envolvendo sua evolução no contexto histórico, demonstrando a transição de uma política de medicina curativa até a preventiva, através do advento do Sistema Único de Saúde, recepcionada pela Constituição Cidadã e regulamentada pela Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, e estudando os princípios constitucionais da saúde que também são aplicáveis a Assistência Farmacêutica e presente na Farmácia Básica do SUS. Analisar o Programa Farmácia Popular do Brasil, criado pelo Governo Federal através da Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004 e regulamentada pelo Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004, no qual a Fundação Oswaldo Cruz tem a responsabilidade de adquirir e distribuir os medicamentos mediante ressarcimento, estudando não só as Unidades Próprias que são realizadas em convênio com os Estados, Distrito Federal e Municípios; como também “Aqui tem Farmácia Popular”, pertencente às farmácias e drogarias privadas participantes do sistema de co-pagamento. Fazendo um estudo comparativo entre a Farmácia Básica do SUS e o Programa Farmácia Popular do Brasil. Finalizando, estudaremos as causas que o Programa instituído pelo Governo Federal fere a nossa Carta Magna e suas possíveis soluções tendo em vista que é dever do Estado de favorecer a todos os brasileiros e estrangeiros que estiverem em solo nacional, a universalidade do atendimento à saúde de forma igualitária, a integralidade do seu tratamento e recuperação. O Estado deve sempre cumprir seu papel constitucional para reduzir as desigualdades e cumprir o seu papel constitucional.

**Palavras-chaves:** Assistência Farmacêutica; Programa Farmácia Popular do Brasil; Inconstitucionalidade; SUS; Fiocruz.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CCJ	Comissão de Constituição e Justiça
CEM	Campanha de Erradicação a Malária
CEME	Central de Medicamentos
CEV	Campanha de Erradicação a Varíola
CF	Constituição Federal
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONNAS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPF	Cadastro de Pessoas Físicas
CT	Comissões Técnicas
DENERU	Departamento Nacional de Endemias Rurais
DOU	Diário Oficial da União
FAMEB	Faculdade de Medicina da Bahia
FAS	Fundo de Apoio e Desenvolvimento Social
FB	Farmácia Básica
Fiocruz	Fundação Osvaldo Cruz
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IAPS	Instituto de Aposentadoria e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MP	Ministério Público
MPF	Ministério Público Federal
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PFPB	Programa Farmácia Popular do Brasil
PNM	Política Nacional de Medicamentos
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SINMED/RJ	Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro
SNS	Sistema Nacional de Saúde



STF	Supremo Tribunal Federal
SUCAM	Superintendência de Campanhas da Saúde Pública
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia

## **LISTA DE GRÁFICOS**

GRÁFICO 1 - Evolução do Programa Farmácia Popular – Sistema de Co-Pagamento.....	61
GRÁFICO 2 - Evolução do Programa Farmácia Popular – Unidades Próprias.....	61

*“O útil não é saber muito, mas sim  
como aplicar o pouco que sabes”.*  
(Thomas Fuller)

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>CAPÍTULO I SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DO SUS</b> .....	16
<b>1.1 Considerações Iniciais</b> .....	17
<b>1.2 Sistema Único de Saúde - SUS</b> .....	17
1.2.1 Histórico da Saúde no Brasil.....	18
1.2.2 Conceito de Sistema Único de Saúde .....	25
1.2.3 Natureza Jurídica do Sistema Único de Saúde .....	26
<b>1.3 Assistência Farmacêutica do SUS</b> .....	31
1.3.1 Conceito de Assistência Farmacêutica.....	32
1.3.2 Natureza Jurídica da Assistência Farmacêutica do SUS.....	33
<b>1.4 Farmácia Básica</b> .....	34
1.4.1 Conceito de Farmácia Básica.....	35
1.4.2 Necessidade da Ampliação da Farmácia Básica no Brasil.....	36
<b>CAPÍTULO II PRINCÍPIOS CONSTITUCIONAIS DA SAÚDE APLICÁVEIS À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA</b> .....	38
<b>2.1 Introdução</b> .....	39
<b>2.2 Direito a Vida</b> .....	41
<b>2.3 Dignidade da Pessoa Humana</b> .....	43
<b>2.4 Direito à Saúde</b> .....	45

2.4.1 Princípio da Universalidade .....	45
2.4.2 Princípio da Integralidade .....	49
2.4.3 Princípio da Equidade.....	51
<b>CAPÍTULO III O PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL NO CONTEXTO GERAL.....</b>	<b>54</b>
<b>3.1 Preâmbulo.....</b>	<b>55</b>
<b>3.2 Conceito do Programa Farmácia Popular do Brasil .....</b>	<b>55</b>
<b>3.3 Natureza Jurídica do Programa Farmácia Popular do Brasil.....</b>	<b>57</b>
<b>3.4 Atuação do Programa Farmácia Popular do Brasil.....</b>	<b>59</b>
3.4.1 Unidades Próprias .....	59
3.4.2 Aqui tem Farmácia Popular .....	60
<b>3.5 As Principais diferenças entre a Farmácia Básica e o Programa Farmácia Popular do Brasil.....</b>	<b>62</b>
<b>CAPÍTULO IV OS CONFLITOS DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL E A CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA .....</b>	<b>64</b>
<b>4.1 Introdução.....</b>	<b>65</b>
<b>4.2 Os Pontos do Programa Farmácia Popular do Brasil que ferem a Constituição da República .....</b>	<b>65</b>
<b>4.3 Soluções para o Cumprimento Constitucional do Programa Farmácia Popular do Brasil.....</b>	<b>70</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>72</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>74</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>78</b>

# INTRODUÇÃO

A saúde é um direito fundamental a todos. Para que as pessoas pudessem desfrutar de uma melhor qualidade de vida, seria necessário que todos tivessem acesso à saúde e a condições sanitárias dignas no meio em que vivem. Logo, a saúde foi reconhecida como um direito fundamental pela da Constituição da República, estando presente no seu art. 196, marcando uma revolução sanitária quando se comparado ao longo da história brasileira. A criação do Sistema Único de Saúde, garantindo o fornecimento gratuito de medicamentos pela Farmácia Básica através da Assistência Farmacêutica e do uso racional de medicamentos. Apesar destes avanços, os serviços não estão sendo suficientes para atender a demanda da população. Para suprir tal carência, o Governo criou o Programa Farmácia Popular do Brasil para garantir a todos os usuários, mediante ressarcimento dos custos, tanto para os que possuem plano de saúde privado, como também aos usuários do SUS que não encontrarem medicamentos disponíveis na Farmácia Básica.

Neste trabalho, foi aplicado o método dialético, tendo em vista a realização de investigação, quanto à evolução dos direitos à saúde, até a Constituição atual, com o propósito de embasamento, concluindo e provando o fato inconstitucional da existência do Programa Farmácia Popular do Brasil. A metodológica aplicada desta pesquisa será a quali-quantativa e documental, pois é observada a evolução histórica da saúde pública no Brasil, até a Constituição Federal, avaliando o Programa Farmácia Popular do Brasil e suas desvantagens, como também demonstrando através de estatísticas fatos pertinentes ao tema.

A pesquisa desenvolvida foi elaborada através de uso bibliográfico e por ser um tema novo, há carência de doutrinadores que tratam do assunto. Mesmo assim, foram utilizados como instrumento de embasamento algumas fontes de pesquisas tais como: livros jurídicos, revistas, leis, decretos, portarias, artigos disponíveis na internet, entre outros, que tratam do objeto em estudo, com a finalidade de formar a sustentação e o embasamento teórico para a discussão sobre a inconstitucionalidade do Programa Farmácia Popular do Brasil, que vai de encontro os princípios relativos à Assistência Farmacêutica do Sistema Único de Saúde.

O primeiro capítulo apresentará um histórico da evolução da saúde pública

brasileira, desde a chegada dos colonizadores, passando pela obscuridade vivida na saúde pública até meados no sec. XIX, problemas gerados nas cidades brasileiras devido a falta de uma política de saúde preventiva e eficiente, as lutas sanitárias manifestadas pela sociedade no final do governo militar que posteriormente foram atendidas e recepcionada pela Constituição 1988, a qual instituiu o Sistema Único de Saúde e posteriormente regulamentada infraconstitucionalmente a Lei nº 8.080/90, garantindo a todos o acesso à saúde, sendo este um direito fundamental, e cabendo o dever ao Estado de promovê-la em todos os níveis de complexidade aos seus usuários, estando a Assistência Farmacêutica que está incluída nas diretrizes do SUS.

O segundo capítulo, retrata inicialmente os princípios e a opinião de alguns principais doutrinadores e operadores do Direito sobre estes princípios. Mostrando a relação entre os princípios constitucionais ligados a saúde com outros princípios da Constituição, entre eles, o direito à vida e a dignidade da pessoa humana. É de suma importância abordar neste trabalho os princípios constitucionais da saúde, pois serão eles que darão o embasamento jurídico necessário para poder mais adiante fazer uma abordagem crítica sobre todo o Programa.

O terceiro capítulo será abordado o conceito de Farmácia Popular e sua natureza jurídica, interpretando a lei que regulamenta sua instituição e o seu financiamento, garantindo o funcionamento deste Programa, mostrando sua atuação, tanto as Unidades Próprias (conveniada entre Estados, Distrito Federal e Municípios), como também no Aqui tem Farmácia Popular (farmácias e drogarias privadas credenciadas a Fiocruz).

O último capítulo será discutida a importância deste trabalho monográfico, a inconstitucionalidade do Programa Farmácia Popular do Brasil, regulamentado pela Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, sendo atribuição da Fundação Oswaldo Cruz disponibilizar, mediante ressarcimento os medicamentos oriundos do Ministério da Saúde, ou seja será pago um percentual pelo consumidor, que varia para cada medicamento de acordo com as diretrizes do MS, que são tidos como produtos básicos e essenciais à saúde a baixo custo. Por essas razões, o aludido trabalho tem por objetivo provar que esta lei desrespeita todos os usuários de saúde, tanto no setor público como também no privado, ferindo os princípios constitucionais referente à saúde. Também apontamos a possível solução para o cumprimento do Programa Farmácia Popular do Brasil para que esse não entre em conflito com a

constituição, garantindo sim acesso a toda a população sem distinções.



## **CAPÍTULO I**

### **SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DO SUS**

## 1.1 Considerações Iniciais

Todos os cidadãos, brasileiros e estrangeiros, têm o direito à saúde garantido na Constituição Federal de 1988. Encontramos, ainda, que o Estado tem o compromisso de assegurar o acesso às ações e serviços de saúde, a fim de oferecer uma assistência integral, universal e equânime às suas necessidades, para promoção, prevenção e recuperação da saúde de seus usuários. Então, a recusa de um serviço é uma prática que não pode ser permitido dentro de um sistema público, devendo este garantir a prestação de serviços independente do custo total.

Qualquer omissão da saúde pública, como também exigir qualquer contribuição para ter acesso a estes serviços, seja uma consulta, cirurgia, transplantes ou aquisição de medicamentos oriundos do Ministério da Saúde, fere o nosso ordenamento jurídico, e a gratuidade da saúde deve ser respeitada cabendo o Estado proporcionar este direito a todos.

## 1.2 Sistema Único de Saúde – SUS

O SUS é um sistema que pertence à rede pública de saúde e tem como a finalidade de prestar o acesso a saúde de forma gratuita a todos, independente de crença, cor, classe social, enfim, todos têm o mesmo direito. Os diferentes costumes de vida da população de várias regiões do país geram problemas específicos de saúde. São necessidades diferenciadas, ordenando que o atendimento a essas especificidades sejam descentralizadas, tanto nos serviços de saúde como também na gestão do sistema. No Sistema Único de Saúde, as situações desiguais precisam ser tratadas desigualmente, é o Princípio da Equidade que será estudado no próximo capítulo.

Apesar do SUS representar uma conquista, há muito que se fazer para que todos possam ter acesso de forma digna à saúde. É um desafio grande para Governo e um deles é investir onde existe carência maior. O Sistema Único de Saúde deve cuidar de todos os interesses na área da saúde, isto significa que cuidar da saúde não é apenas realizar cirurgias ou medicar os enfermos, é preciso um investimento significativo em medicina preventiva, tais como garantir vacinas à população, combater a dengue e outras doenças epidemiológicas etc.

O Governo Federal, os Estados e os Municípios e por participação de forma complementar da iniciativa privada, administram os serviços realizados pelo Sistema Único de Saúde, com objetivo de garantir a prestação de serviços gratuitos a todos os brasileiros. Sabemos que o Brasil tem dimensões continentais, existindo locais carentes e de difícil acesso onde faltam estruturas públicas adequados. Neste caso, o SUS pode realizar contratações para desempenhar trabalhos hospitalares ou laboratórios pertencentes à iniciativa privada, com objetivo que não falte à assistência a saúde a essas pessoas. Portanto, todo o custo será arcado pelo Governo, garantindo a gratuidade aos seus usuários.

### 1.2.1 Histórico da Saúde no Brasil

A chegada dos colonizadores ao Brasil trouxe um modelo de exploração e sua consequência foi à falta de um sistema organizado de atenção à saúde para atender as necessidades da população e o governo português não tinha interesse de instituir à saúde pública para a nova terra descoberta por se tratar de uma colônia de exploração. Não havia atenção à saúde, e o meio de tratar as enfermidades se limitava ao conhecimento popular da época, através da cura pelas plantas e ervas e da cultura indígena através da habilidade dos curandeiros.

Muito restritamente, nos primeiros três séculos de colonização no Brasil, as únicas maneiras de assistência hospitalar para atendimento a população, foram as Santas Casas de Misericórdia trazidas pelos padres jesuítas. Neste período, não havia no Brasil nenhuma faculdade de medicina e conseqüentemente houve carências de médicos e outros profissionais na área da saúde, como também, não existia medicamentos suficientes para o tratamento das enfermidades e o resultado era um grande depósito de pessoas doentes.

Somente no início do séc. XIX podemos dizer que se inicia timidamente e de forma limitada, a política de saúde pública no Brasil. Com a chegada da família real em 1808, iniciou-se a criação de uma estrutura sanitária muito reduzida para atender somente os interesses da monarquia, entre elas destacamos a fundação da primeira faculdade de medicina no país<sup>1</sup>, a criação do cargo de Provedor Mor da Saúde, que

---

<sup>1</sup>Cf. Fundada por Dom João VI em 1808, primeira faculdade de medicina no Brasil foi a Colégio Médico - Cirúrgico no Real Hospital Militar da Cidade de Salvador, pertencente atualmente pela UFBA. No mês de novembro do mesmo ano foi criada a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro.

tinha como uma de suas funções cuidar do controle sanitário dos portos, navios e das quarentenas de escravos. Posteriormente, o cargo foi extinto em 1828, descentralizando suas atividades e passaram para as Câmaras Municipais as atribuições e a responsabilidade de determinar normas sanitárias, como também as tarefas de fiscalização no comércio de medicamento e outras atividades relacionadas.

No início do séc. XX faltava uma política educativa de orientação, combate e prevenção de doenças. O modelo sanitário no país foi imposto de forma precária e muitas cidades sofriam as consequências com epidemias que afligiam a população.

Na capital do país a situação não era diferente. O Rio de Janeiro expressava um quadro crítico, e a inexistência de saneamento básico, aliada a falta de políticas de saúde, marcaram a presença de graves doenças, como a malária, varíola, febre amarela entre outras. A falta de estrutura sanitária facilitou a disseminação de várias enfermidades, entre elas a peste bubônica, trazendo sérios problemas para toda a sociedade, atingindo também o setor comercial, que viveu uma época de grandes prejuízos nos negócios por causa dos navios estrangeiros que não se interessaram em atracar no Rio de Janeiro, devido às precariedades na estrutura sanitária e das epidemias existentes.

O governo do Presidente Rodrigo Alves foi um marcado com a primeira medida sanitaria no país que, já que este necessitava urgentemente de tomar medidas para combater as doenças que assolavam a população. O presidente preocupado com esta situação nomeou o médico sanitaria Oswaldo Cruz para solucionar, combater e erradicar as epidemias de febre amarela que devastava a população do Rio de Janeiro. Nesse contexto, participaram aproximadamente 1500 pessoas das atividades e ações de desinfecção e combate ao mosquito vetor da febre amarela. A falta de uma política de conscientização e com o despreparo, os guardas-sanitários, através de ações arbitrárias, invadiam as casas à força e queimavam roupas e colchões dos doentes, gerando revolta em todas as camadas da sociedade. Desde aos mais simples aos mais intelectuais da época criticaram essa política de gestão ao combate das doenças.

Marcus Vinícius Polignano<sup>2</sup> comenta sobre a política de combate e erradicação das doenças aplicadas na cidade do Rio de Janeiro:

---

<sup>2</sup>POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas públicas no Brasil**. Disponível em: <[http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude\\_no\\_brasil.rtf](http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf)> Acesso em: 17.abr.2010. p. 05

Este modelo de intervenção ficou conhecido como campanhista, e foi concebido dentro de uma visão militar em que os fins justificam os meios, e no qual o uso da força e da autoridade eram considerados os instrumentos preferenciais de ação.

A população estava indignada e insatisfeita com a imposição das políticas sanitárias tomadas e o auge desta insatisfação foi à medida realizada por Oswaldo Cruz com a criação da Lei Federal nº 1.261, de 31 de outubro de 1904 que estabelecia de forma obrigatória a vacina contra a varíola. A população revoltada com a determinação do governo saiu às ruas e foi formado um grande movimento de revolta, que ficou conhecido como a *Revolta da Vacina*. Posteriormente, Oswaldo Cruz foi afastado do cargo devido às conturbações geradas pela população, mas conseguiu resolver parte dos problemas sanitários e facilitou o trabalho para o seu sucessor Carlos Chagas.

O mesmo autor destaca os pontos positivos da política sanitária de Oswaldo Cruz na ação do combate as doenças:

Apesar das arbitrariedades e dos abusos cometidos, o modelo campanhista obteve importantes vitórias no controle das doenças epidêmicas, conseguindo inclusive erradicar a febre amarela da cidade do Rio de Janeiro, o que fortaleceu o modelo proposto e o tornou hegemônico como proposta de intervenção na área da saúde coletiva saúde durante décadas. Neste período Oswaldo Cruz procurou organizar a diretoria geral de saúde pública, criando uma seção demográfica, um laboratório bacteriológico, um serviço de engenharia sanitária e de profilaxia da febre-amarela, a inspetoria de isolamento e desinfecção, e o instituto soroterápico federal, posteriormente transformado no Instituto Oswaldo Cruz.<sup>3</sup>

Por volta de 1920, Carlos Chagas, deu nova estrutura ao Departamento Nacional de Saúde, no qual inovou em sua época, destacando-se a introdução de um trabalho de divulgação e educação sanitária, que consistia em atuar de uma forma de campanha, com atuação rotineira.

Em 1923, foi aprovado pelo Congresso Nacional, o Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, conhecida popularmente com a Lei Eloy Chaves e foi a primeira a estabelecer a Previdência Social no Brasil, na qual foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão para os ferroviários em todo o Brasil. Essas instituições eram mantidas pelas empresas, oferecendo esses serviços aos seus funcionários e não havia pela União nenhuma participação das caixas. Além dos direitos

---

<sup>3</sup>Loc. cit.

conquistados, destacamos o acesso a saúde aos trabalhadores, seus parentes e quem habitasse no mesmo teto, como também, descontos especiais aos medicamentos aos filiados, determinado pelo Conselho de Administração.

Conforme o Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, chamada *Lei Eloy Chaves*<sup>4</sup> em seu art. 9º, sobre os direitos dos trabalhadores que contribuía para o CAPS:

Art. 9º Os empregados ferroviários, a que se refere o art. 2º desta lei, que tenham contribuído para os fundos da Caixa com os descontos referidos no art. 3º letra "a" terão direito:

1. a socorros médicos em casos de doença em sua pessoa ou pessoa de sua família, que habite sob o mesmo tecto e sob a mesma economia;
2. a medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração;
3. aposentadoria;
4. a pensão para seus herdeiros em caso de morte. **(grifos nossos)**

Foi criado em 1930, o Ministério da Saúde e Educação, separando as atividades do Departamento de Saúde Pública (ligado ao Ministério da Justiça) gerando uma reforma estrutural. Somente o Ministério da Saúde e Educação foi desmembrado com a criação do Ministério da Saúde, no ano de 1953, pelo governo de Getúlio Vargas, mesmo assim, não houve uma preocupação maior de investimentos significativos para atender a necessidade da saúde pública no Brasil.

Com os militares no poder após, o golpe de 1964, destacamos a promulgação do Decreto nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, atribuindo competência exclusiva ao Ministério da Saúde dentre as quais são: coordenação de política nacional de saúde, responsabilidades médicas e para-médicas, preventiva em geral; vigilância sanitária de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos, controle de drogas, medicamentos e alimentos e pesquisas médicas sanitárias.

A Superintendência de Campanhas da Saúde Pública (SUCAM) foi criada no ano de 1970 e foi operacionalmente estruturada em todo o Brasil. Este órgão foi do resultado da fusão do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERU), da Campanha de Erradicação da Varíola (CEV) e da Campanha de Erradicação da Malária (CEM). A SUCAM tinha competência principal a erradicação e controle das grandes endemias, atuando em todo país, inclusive nas áreas rurais. Das poucas

---

<sup>4</sup>BRASIL, Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1923/4682.htm>> Acesso em 07.abr.2010.

medidas de política de prevenções tomadas pelo governo militar, destacamos a SUCAM como a mais essencial e atualmente está incorporada a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) desde 1990.

Criado em 1971, a Central de Medicamentos (CEME) pelo Decreto nº 68.806/71, posteriormente alterado pelo Decreto nº 75.985/75, com finalidade de promover e organizar as atividades farmacêuticas à população mais pobre. Realizou, ainda, o desenvolvimento à pesquisa científica, à tecnologia na área químico-farmacêutico e o estímulo a instalação de fabricas. A CEME passou por várias transformações, por ser ligado diretamente a Presidência da República, sofrendo influências ideológicas e pensamento políticos da época, deixando de cumprir sua finalidade, e a sua desativação ocorreu pelo Decreto nº 2.223/97.

A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais foi criado em 1975, com “objetivo final de garantir a disponibilidade, o acesso racional de medicamentos para todos os setores da população, de acordo com a morbimortalidade”<sup>5</sup>. Consistia numa lista de medicamentos essenciais que passou por diversas atualizações ao longo dessas décadas.

Depois a unificação do Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAPs) e a criação da Lei Orgânica da Previdência na década de 60, foram unificadas em um regime único para determinado grupo trabalhadores pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Com a criação no Instituto Nacional de Seguro Social (INPS) em 1967, o Estado passou também a contribuir com o sistema, antes essa tarefa era feita somente pelos trabalhadores e empresários. Para os militares, a solução encontrada para realizar a política de saúde pública, era remunerar a rede privada pelos serviços prestados aos seus contribuintes e em 1978 deu origem o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

No ano de 1974 foi criado o Fundo de Apoio e Desenvolvimento Social (FAS), e o governo interessado na ampliação da rede privada de hospitais para atender aos seus segurados, financiou empréstimos com juros.

O artigo publicado por Luís Indriunas<sup>6</sup> fala do grande crescimento dos hospitais privados, resultado de uma falta de uma política preventiva do Governo:

---

<sup>5</sup>BRASIL. **Relação nacional de medicamentos essenciais**: RENAME. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2000. Disponível em: <<http://www.fef.br/biblioteca/arquivos/data/rename1.pdf>> Acesso em: 07.abr.2010. p. 09.

<sup>6</sup>INDRIUNAS, Luís. **História da saúde pública no Brasil**. Disponível em: <<http://pessoas.hsw.uol.com.br/historia-da-saude.htm>> Acesso em: 07.abr.2010.

Toda essa política acabou proporcionando um verdadeiro boom na rede privada. De 1969 a 1984, o número de leitos privados cresceu cerca de 500%. De 74.543 em 1969 para 348.255 em 1984. Como pode se ver o modelo criado pelo regime militar era pautado pelo pensamento da medicina curativa.(...) **(grifo nosso)**

A medicina curativa gerava muito mais gastos aos cofres públicos e faltava mais investimentos na atuação da medicina preventiva.

Marcus Vinícius Polignano<sup>7</sup> crítica a forma de atuação do Governo Federal na destinação dos recursos ao Ministério da Saúde e a falta de uma política de ação preventiva, optando pela medicina curativa que gerava mais despesas:

No entanto, o governo federal destinou poucos recursos ao Ministério da Saúde, que dessa forma foi incapaz de desenvolver as ações de saúde pública propostas, o que significou na prática uma clara opção pela medicina curativa, que era mais cara e que no entanto, contava com recursos garantidos através da contribuição dos trabalhadores para o INPS.

Criado em 1975, o Sistema Nacional de Saúde (SNS), cuja atribuição foi no campo de ação da saúde nos setores públicos e privados, onde a medicina preventiva era responsabilizada pelo Ministério da Saúde e não havia investimentos suficientes para atender os interesses da sociedade; e medicina curativa, que era responsabilizada pelo INAMPS, na época, vinculado ao Ministério da Previdência, através das contribuições dos seus segurados.

Após grandes reivindicações e das lutas de todas as camadas da sociedade insatisfeitas com o modelo autoritário, o governo militar perdeu forças e chegou ao fim com o movimento de democratização no país. Aberta em 17 de março de 1986 pelo Presidente José Sarney, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), resultou em uma grande divulgação no movimento de reforma sanitária no país. O efeito desta conferência foi à implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que resultou de um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais.

Após a criação da Assembléia Nacional Constituinte, a Constituição Federal foi promulgada em 05 de outubro de 1988 e resultou em grandes inovações. Foram estabelecidos novos direitos e garantias aos brasileiros, entre essas novas conquistas, destacamos o direito à saúde e a partir de agora, cabe ao Estado, o

---

<sup>7</sup>Op. cit. nota 2.



dever de executar uma política sanitária capaz de atender os interesses da população, como também de um sistema de saúde gratuito e igualitário que beneficie as necessidades e carências da sociedade. A nova Constituição criou o Sistema Único de Saúde e determinou sua regulamentação através de lei infraconstitucional, mas sua implantação não foi imediata. Depois do SUDS, o INAMPS foi incorporado ao Ministério de Saúde pelo Decreto nº 99.060/90. A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) organiza e regulamenta o Sistema Único de Saúde e posteriormente foi inserida a participação dos usuários na gestão pela Lei nº 8.142/90. Como o SUS estava desempenhando um novo papel, o INAMPS perdeu sua atividade e foi extinto pela Lei nº 8.689/93.

Atualmente, o Sistema Único de Saúde é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, e inclui desde o atendimento ambulatorial, distribuição de medicamentos até os transplantes, e conta com centros e postos de saúde, os hospitais universitários, laboratórios e hemocentros, e os institutos de pesquisa e fundações (Instituto Vital Brasil<sup>8</sup> e a Fiocruz).

Apesar das carências e das dificuldades vividas pelo Sistema Único de Saúde, representa um grande avanço para a sociedade e precisa ser comemorado, pois este é um direito adquirido por todos os brasileiros, cabendo à sociedade a participação efetiva, cumprindo seu papel de fiscalização e cobrança às autoridades competentes, para que o Estado realize seu papel constitucional. A saúde pública precisa de mais investimentos para a construção de novos hospitais para atender de forma digna os seus usuários e atenuar a espera de um atendimento por uma internação, organizar mais campanhas educativas de conscientização na prevenção de doenças, e a expansão no fornecimento de medicamento pela Farmácia Básica.

O Sistema Único de Saúde é uma política de saúde que não pode ser considerada um sucessor do INAMPS. É uma conquista de todos os brasileiros e é o resultado considerável da participação da sociedade civil, dos técnicos da área da saúde, como também dos nossos legisladores.

Podemos dizer que o Sistema Único de Saúde foi consequente resultado da indignação da sociedade com modelo de gestão da saúde implantado no antigo regime do governo militar, onde a população saiu às ruas e manifestou seus

---

<sup>8</sup>Cf. O Instituto Vital Brazil realiza pesquisas para a produção medicamentos, produtos biológicos, soro antiofídico, quimioterápicos e imunobiológicos de uso humano. Atualmente é um dos laboratórios oficiais que atende o setor público.

interesses para implantação de um sistema de saúde mais justo e democrático.

Antes do SUS, o Ministério da Saúde somente utilizava a medicina preventiva com metas muito limitadas, como a prevenção de doenças, programas de vacinação e, em alguns casos, assistência hospitalar aos indigentes, e somente os contribuintes do INAMPS eram mais bem assistidos e utilizavam a medicina curativa. Após o SUS, o objetivo da assistência à saúde foi ampliado de forma universal, garantindo a integralidade do serviço da saúde e a equidade no atendimento.

### 1.2.2 Conceito de Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde tem como finalidade prestar a assistência gratuita à saúde dos seus usuários. Representa um novo modelo de política e organização e tem como objetivo principal a promoção, proteção e recuperação da saúde, estabelecida pela Constituição Federal e regulamentada posteriormente por leis infraconstitucionais.

Encontramos o conceito do SUS na Lei Orgânica da Saúde<sup>9</sup> (Lei nº 8.080/90) em seu artigo 4º *caput*, conforme a seguir:

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

O Sistema Único de Saúde é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das funções mantidas pelo Poder Público.

De acordo com a publicação da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, o SUS “é uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde estabelecida pela Constituição de 1988. O SUS não é o sucessor do INAMPS e nem tampouco do SUDS. O SUS é o novo sistema de saúde que está em construção”<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup>BRASIL. Lei nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/l8080.htm>> Acesso em: 19.abr.2010.

<sup>10</sup>BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **ABC do SUS**: Doutrinas e Princípios. Brasília: Secretária Nacional de Assistência à Saúde, 1990. Disponível em: <<http://biblioteca.planejamento.gov.br/biblioteca-tematica-1/textos/saude-epidemias-xcampanhas->

Mais a adiante, na mesma publicação<sup>11</sup>, explica que o SUS, não é um serviço, e sim um sistema, sob responsabilidade da União, Estados e Municípios:

(...) segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo federal, estadual e municipal. Assim, o SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um Sistema que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum. Esses elementos integrantes do sistema, referem-se ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. **(grifo nosso)**

O Sistema Único de Saúde tem como objetivo de atender universalmente as necessidades de saúde dos seus usuários e oferecer um serviço adequado e de qualidade, independente de classe social. A política do Sistema Único de Saúde dá prioridade à promoção da saúde através de ações preventivas, levando informações importantes para toda a população sobre seus direitos e dos riscos de aquisição de doenças. A iniciativa privada pode participar do Sistema Único de Saúde somente de forma complementar, através de contratos que são realizados por licitações e convênios de prestação de serviço ao Estado, desde que as unidades públicas de assistência à saúde sejam insuficientes para assegurar o atendimento a toda população de uma região.

### 1.2.3 Natureza Jurídica do Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde foi recepcionado pela Constituição Federal em 1988 através do seu art. 200 e o seu financiamento decorre da Seguridade Social conforme o *caput* do art. 195 da Carta Magna. A sua regulamentação realizou-se por meio de lei infraconstitucional com aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) que estabeleceu a organização, gestão e funcionamento dos serviços públicos de saúde e a Lei nº 8.142/90, que determina a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

As competências e as atribuições por meio do SUS estão presentes no art. 200 da Constituição Federal<sup>12</sup>, *in verbis*:

---

dados-descobertas/at\_managed\_file.2009-09-16.4816606245/> Acesso em: 20.abr.2010. p.04.

<sup>11</sup>Loc. cit.

<sup>12</sup>BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm)> Acesso em 07.abr.2010

Art. 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;

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 substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

O SUS estabeleceu garantias às ações e serviços públicos aos seus usuários, uma conquista onde todos os brasileiros podem ter assegurado o seu direito a um acesso a saúde de forma universal e igualitária a todas as camadas sociais e não precisa de contribuição para ingressar no sistema.

A Lei nº 8.080/90 no seu art. 5º estabelece como objetivos do SUS a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social; e 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.

Lei Orgânica da Saúde tem como destaque o art. 6º, inciso I, alínea “d” que trata da inclusão do campo de atuação do Sistema Único de Saúde na execução de ações a assistência terapêutica integral e Assistência Farmacêutica. Isto quer dizer que o usuário do SUS tem direito de ser assistido por um profissional competente da área da saúde em todas as etapas, desde a consulta, a dispensação de medicamentos com as devidas orientações, e o retorno ao médico prescritor para avaliação do seu quadro geral.

O art. 197 da Constituição Federal<sup>13</sup> trata da organização do Poder Público sobre ações e serviços de saúde, *in verbis*:

Art. 197 - São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo

---

<sup>13</sup> Op. cit. nota 12.

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.

O inciso I do art. 198 da Constituição Federal, discute sobre a descentralização, trata-se de um sistema único em cada esfera de governo, ou seja, o Ministério da Saúde é responsável por atuar em âmbito nacional, o Distrito Federal e os Estados da Federação têm a responsabilidade pelas Secretarias Estaduais de Saúde ou órgãos semelhantes, e as Secretarias Municipais de Saúde ficaram com a gestão das prefeituras. O inciso II do art. 198 da Constituição Federal fala do atendimento integral, dando à prioridade as atividades preventivas, sem prejuízos aos serviços essenciais. O usuário do Sistema Único de Saúde tem direito ao tratamento até o fim e sem interrupção. Isto representa o Princípio da Integralidade que será estudado no Capítulo II.

O § 1º do art. 199 da Constituição Federal<sup>14</sup>, permite, a iniciativa privada, no exercício de ações de saúde, como também na prestação de assistência à saúde de forma complementar ao SUS mediante contrato de direito público ou convênio, *in verbis*:

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. (grifos nosso)

Sobre o § 1º do art. 199 da CF, Weichert<sup>15</sup> faz uma observação sobre a necessidade em alguns casos da participação de entidades particulares de forma complementar ao Sistema Único de Saúde:

Reconhecendo que a estrutura pública não seria suficiente para dar plena assistência a toda a população (especialmente pela herança de contratação de serviços privados no modelo do então INAMPS), a Constituição Federal permitiu a participação de entidades particulares no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Essa participação deve se dar de forma complementar à rede pública, ou seja, somente pode haver contratação de serviços privados quando forem insuficientes as estruturas do Poder Público. A simples menção a uma participação complementar permite concluir que a Constituição concedeu

---

<sup>14</sup> Op. cit. nota 12.

<sup>15</sup>WEICHERT, Marlon Alberto. **Saúde e federação na constituição brasileira**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004. p. 199.

primazia à execução do serviço público de saúde por uma rede própria dos entes federativos. Atendimento público através de serviços privados deve consistir exceção, tolerável apenas se e enquanto não disponibilizado diretamente pelo Poder Público. (grifos nossos)

O SUS está amadurecendo e ainda precisa da complementação da rede privada para suprir as carências existentes e garantir cobertura no atendimento. O legislador constituinte foi precavido em legitimar a participação da iniciativa privada de forma complementar, devido a herança da antiga política de gestão em saúde que trouxe uma desigualdade social no acesso a saúde.

O Sistema Único de Saúde não teria condições de oferecer sozinho toda esta estrutura e ainda precisa da complementação privada para o ingresso a uma política de saúde mais justa. Uma política séria de gestão à saúde e maiores investimentos poderá, no futuro, dar ao SUS uma estrutura suficiente para garantir toda cobertura em seus níveis de complexidade.

José Afonso da Silva<sup>16</sup> comenta a participação complementar das instituições privadas de saúde ao SUS, vedando os recursos públicos a qualquer subvenção a iniciativa privada com fins lucrativos:

Responsável, pois, pelas ações e serviços de saúde é o Poder Público, falando a Constituição, neste caso, em ações e serviços públicos de saúde, para distinguir da assistência à saúde pela iniciativa privada, que ela também admite, e cujas instituições poderão participar complementarmente do Sistema Único de Saúde, sendo vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde quanto às condições para seu funcionamento. (grifo nosso)

Di Pietro<sup>17</sup> comenta os art. 24 a 26 da Lei nº 8.080/90 sobre a participação complementar das instituições privadas de saúde:

A Lei nº 8.080, de 19.9.90, que disciplina o Sistema Único de Saúde, prevê, nos arts. 24 a 26, a participação complementar, só admitindo-a quando as disponibilidades do SUS forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, hipótese em que a

---

<sup>16</sup> SILVA, José Afonso da. **Comentário contextual à constituição**. 4. ed. São Paulo: Malheiros, 2007, p. 772.

<sup>17</sup> DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Parcerias na administração pública**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002, p. 186.

participação complementar deverá 'ser formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público' (entenda-se, especialmente, a Lei nº 8.666, pertinente a licitações e contratos). Isto não significa que o Poder Público vai abrir mão da prestação do serviço que lhe incumbe para transferi-la a terceiros; ou que estes venham a administrar uma entidade pública prestadora do serviço de saúde; significa que a instituição privada, em suas próprias instalações e com seus próprios recursos humanos e materiais, vai complementar as ações e serviços de saúde, mediante contrato ou convênio. (**grifos nossos**)

Se a prestação de serviços relacionados à saúde pela rede pública não tiver condições de cobrir de forma suficiente a assistência à saúde a população, é possível recorrer aos serviços oferecidos pela rede privada pela observância da Constituição Federal e da Lei Orgânica do SUS.

A Constituição Federal em seu art. 199, § 2º proíbe a destinação de recursos públicos para auxiliar pecuniariamente as instituições privadas com fins lucrativos. O Governo, em hipótese nenhuma, poderá destinar dinheiro público para as empresas que obtêm lucros em um determinado serviço, com finalidade de que não haja concorrência desleal, sendo injusto se o Estado destinasse seus recursos para uma determinada empresa, firmando um jogo político de interesses próprios.

A Lei nº 8.142/92<sup>18</sup> determina duas formas de participação na gestão do Sistema Único de Saúde: as Conferências e os Conselhos de Saúde, *in verbis*:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde. (**grifo nosso**)

As primeiras são reuniões entre os usuários do SUS, profissionais na área da saúde, dirigentes etc., com o objetivo de avaliar o modo que a saúde está sendo aplicada e propor soluções para a formulação de política de saúde, podendo ser convocada pelo Poder Executivo ou pelo Conselho de Saúde em caráter extraordinário; a segunda são órgãos das três esferas de governo, tendo a sociedade o direito de ingerir-se nas ações do SUS prevalecendo seus interesses.

<sup>18</sup>BRASIL. Lei nº 8.142/90. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm)> Acesso em 19.abr.2010.

São órgãos colegiados que funcionam tomando decisões dentro de sua competência, com poder de fiscalizar e controlar a política pública de saúde com finalidade de apresentar correções e soluções para o sistema.

Em suma, podemos concluir que Sistema Único de Saúde é amparado por várias legislações, destacamos o seu tripé fundamental: a Constituição Federal, a Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e a Lei 8.142/90 (que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde).

### **1.3 Assistência Farmacêutica do SUS**

A assistência terapêutica no SUS, segundo a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), inclui também a Assistência Farmacêutica. Por a integralidade preconizada no SUS, entende-se como uma articulação de ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, que exigem tratamento diferenciado ou de alto custo.

Aprovada pela Portaria nº 3.916/98 de 30 de outubro de 1998, a Política Nacional de Medicamentos tem como objetivos assegurar maior segurança e qualidade melhor dos medicamentos, promover a conscientização do uso racional e o acesso a população a um tratamento mais seguro àqueles considerados essenciais, respeitando os princípios e diretrizes do SUS. A PNS estabelece a execução de ações capazes de avançar no desenvolvimento social no Brasil, através de melhorias das condições de assistência à saúde à população, fortalecendo o SUS.

A Reorientação da Assistência Farmacêutica é uma das diretrizes da Política Nacional de Medicamento, estabelecendo que “As ações incluídas nesse campo da assistência terão por objetivo implementar, no âmbito das três esferas do SUS, todas as atividades relacionadas à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais”<sup>19</sup>. Isto significa garantir que não haja qualquer restrição à aquisição e à distribuição de medicamentos e uma ampliação do acesso e promoção do uso racional de medicamentos, pela gestão do SUS na União, Estados e Municípios, além de expandir as competências da AF.

---

<sup>19</sup>BRASIL. Portaria nº 3.916/MS/GM, de 30 de outubro de 1998. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/3916\\_98.htm](http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/3916_98.htm)> Acesso: 21.abr.2010.



### 1.3.1 Conceito de Assistência Farmacêutica do SUS

A Assistência Farmacêutica corresponde a uma definição ampla, incluindo todas as ações relacionadas ao uso racional de medicamentos e os fatores que o determinam, através da orientação da forma de usar e os riscos causados pelo uso inadequado deste artifício. Compreende, ainda, a seleção, programação, aquisição, armazenamento, controle de qualidade, distribuição, dispensação e fornecimento de informações sobre medicamentos, para assegurar o seu uso correto.

Segundo a OMS<sup>20</sup>, na Conferência de Nairóbi em 1985, há uso racional de medicamentos (URM) quando “os pacientes recebem medicamentos apropriados às suas necessidades clínicas, em doses e períodos adequados às particularidades individuais, com baixo custo para eles e sua comunidade”. Com isso, entende-se por URM um conjunto de ações que incluem desde a prescrição correta, a dispensação e orientação quanto ao uso do medicamento, o consumo nas doses e duração adequada de medicamentos seguros e de custo acessível. Este trabalho é de responsabilidades de todos os profissionais de saúde relacionados ao uso de medicamentos e do usuário, que muitas vezes não utiliza o medicamento da forma que foi prescrita, faz uso da automedicação para tratamento de doenças e uso de grande quantidade de medicamentos, que podem apresentar interações entre si.

A Política Nacional de Medicamentos<sup>21</sup> definiu a Assistência Farmacêutica como um “grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade”

A conscientização quanto ao URM mostra sua importância devido principalmente a uma herança cultural de nossa sociedade, em que os melhores médicos são os que mais prescrevem, e que a cura das enfermidades só é alcançada com uso de medicamentos. Entre os fatores que influenciam o uso indiscriminado dessa terapêutica, temos: a família, que defende a necessidade de tomar medicamentos, gerando mais desequilíbrios no organismo e diminuindo capacidade de combater as doenças; nas próprias farmácias e drogarias

---

<sup>20</sup>NARITA, Sandra. Os perigos da automedicação. **Sociedade brasileira de endocrinologia**. Disponível em: < [http://www.endocrino.org.br/media/sbem/conteudo/publico\\_exibe.php?idNot=127](http://www.endocrino.org.br/media/sbem/conteudo/publico_exibe.php?idNot=127)> Acesso: 21.abr.2010.

<sup>21</sup>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Política nacional de medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_medicamentos.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf)> p.34 Acesso em: 21.abr.2010.

particulares, o farmacêutico incentiva ao consumidor a comprar o medicamento sem a prescrição de receita médica; falta de instrução, que leva a automedicação e a falta de hábito em ir ao médico, muitas vezes é devido o difícil acesso a este profissional; e as propagandas dos medicamentos veiculadas nos meios de comunicação que muitas vezes de forma abusiva incentiva o seu uso.

A AF surgiu da necessidade gerada após a Segunda Guerra Mundial, onde houve um avanço significativo da Indústria Farmacêutica e a produção em larga escala, estimulando a visão de medicamento como bem de consumo, imprescindível no processo de cura.

### 1.3.2 Natureza Jurídica da Assistência Farmacêutica do SUS

A presença da Assistência Farmacêutica no SUS está definida implicitamente no art. 196 da Constituição Federal, portanto, cabe ao Estado oferecê-la para todos aqueles que necessitarem deste serviço e o seu acesso deve ser universal e equânime com o objetivo de promover a redução do risco de enfermidades e dos agravos sofridos pela população.

Encontramos a Assistência Farmacêutica como campo de atuação do SUS, na Lei nº 8.080/90<sup>22</sup>, *in verbis*:

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; **(grifo nosso)**

A Lei nº 8.080/90 em seu art. 2º, §1º diz que a saúde por ser um direito fundamental do ser humano, é dever do Estado dispor condições indispensáveis com objetivo de reduzir os riscos de doença e outros agravos e estabelecer condições que assegurem o acesso universal e equânime as ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

As ações referentes à Assistência Farmacêutica estão presentes no art. 1º, inciso IV da Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004 do Conselho Nacional de

---

<sup>22</sup>Op. cit, nota 9.

Saúde, no qual envolvem a Atenção Farmacêutica<sup>23</sup>, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica e compreendendo atitudes, valores éticos, compromissos na prevenção de doenças e, promovendo a recuperação da saúde. É ação recíproca entre o farmacêutico e o usuário, com objetivos de uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados e ter por medida, uma melhor qualidade de vida.

A Assistência Farmacêutica faz parte do SUS, e a Constituição garante este acesso a todos que necessitarem, com a distribuição gratuita de medicamentos, orientando quanto ao uso correto e assegurando um tratamento integral para restabelecimento da saúde do usuário. É importante que o Estado cumpra seu papel de fazer uma política de saúde e de gestão de forma correta, suprimindo as suas deficiências e melhorando o acesso da Farmácia Básica à população, assegurando seu tratamento corretamente, melhorando as chances de cura, podendo ter qualidade de vida melhor.

#### **1.4 Farmácia Básica**

Atualmente, o medicamento está deixando de ser uma necessidade básica da população. Com uso nos processos de recuperação da saúde, e vem sendo tratado como um bem de consumo, com uso indevido deste recurso. Aliado ao alto custo de sua aquisição, este bem vem a comprometer o orçamento familiar, e a classe menos favorecida fica excluída do acesso a esse benefício e, cada vez mais, a indústria farmacêutica incentiva o uso irracional dessa terapêutica, acarretando um aumento no consumo de medicamentos, levando a uma fragmentação da sociedade entre aqueles que tem poder de compra e os que não têm acesso ao medicamento.

Cabe ao Poder Estatal, regular e fiscalizar através dos órgãos de Vigilância Sanitária, tanto no setor público como no privado, o controle sanitário dos medicamentos, divulgando informações de forma coerente sobre os riscos do uso irracional e realizando a coleta de dados sobre efeitos e reações adversas a medicamentos.

A Lei nº 8.080/90 garante a todas as pessoas o direito aos serviços de saúde de forma gratuita e no art. 6º estão incluídos os campos de atuação para a

---

<sup>23</sup>Cf. Atenção Farmacêutica consiste em um conjunto de ações, desenvolvidos por um farmacêutico com a colaboração com os demais profissionais da área de saúde, que tem por objetivo de promover o uso racional dos medicamentos e a manutenção da realização e segurança do tratamento.

execução das ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

A Farmácia Básica distribui e orienta quanto ao uso racional dos medicamentos essenciais, proporcionando um tratamento gratuito e eficaz a toda população. A prescrição de medicamentos deve ser feita por um médico da rede pública ou conveniado ao Sistema Único de Saúde.

Para um bom funcionamento da Farmácia Básica, a aquisição de medicamentos deve ser descentralizada, se adaptando às diversidades regionais do país, direcionando aqueles para atender as necessidades de cada região ou Município brasileiro. Por exemplo, em uma determinada localidade, onde os altos índices de malária vem assolando grande parte da população, o Ministério da Saúde disponibiliza em quantidade maior, para serem distribuídos pela Farmácia Básica, os medicamentos para o tratamento dessa doença. Nas regiões onde não há registro desta enfermidade, não há necessidade de adquirir e estocar tal medicamento. A forma de distribuição de medicamento deve ser coerente e descentralizado de acordo com a situação endêmica de cada região, evitando-se o desperdício tanto de medicamentos como nos cofres públicos.

#### 1.4.1 Conceito de Farmácia Básica

Farmácia Básica foi criada na intenção de reorganizar a Assistência Farmacêutica no SUS. Este modelo atende a todos os usuários deste Sistema, onde a dispensação de medicamentos é realizada mediante apresentação da receita de um médico da rede pública. Para receber o medicamento é ainda necessária a apresentação da Carteira do SUS, um documento onde estão presentes as informações do usuário e que pode ser adquirida a partir do preenchimento de um formulário, em qualquer Unidade Básica de Saúde (UBS) do país.

A distribuição de medicamentos pela Farmácia Básica é de vital importância, considerando que cerca de metade da população brasileira tem renda entre zero até quatro salários mínimos, garantindo, com isso, a efetivação do tratamento de grande parte dos usuários que depende exclusivamente da FB, considerando o medicamento um fator estratégico na recuperação da saúde, pelo seu poder resolutivo na promoção do bem estar do usuário. Na falta da Farmácia Básica, uma fração significativa da população não teria acesso gratuito aos medicamentos dos quais ela necessita, como era observado no período anterior à Constituição de 1988,

onde a assistência era restrita aos contribuintes do INAMPS, os indigentes que ficavam a cargo das instituições filantrópicas.

A FB atende todos os usuários do SUS, munidos de receita médica, como também aqueles que utilizam a rede privada de saúde e não tem condições de arcar com a despesa do medicamento, contanto que haja uma consulta com um médico do SUS, para transcrever a prescrição.

A seleção de medicamento em cada Farmácia Básica deve seguir a lista da RENAME, no entanto, este serviço é descentralizado, respeitando as diferenças entre as regiões, onde cada unidade possui uma lista própria, com os medicamentos usados no tratamento das doenças mais prevalentes nesta região. Os recursos financeiros são oriundos dos fundos municipais, estaduais e da União.

De acordo com a Secretaria de Saúde do Mato Grosso<sup>24</sup>, a Farmácia Básica é uma “relação de medicamentos utilizadas na assistência básica devendo ser garantido por todos os municípios que recebem recursos financeiros para esta finalidade, devendo investir parte de recursos próprios para a mesma finalidade”.

A Farmácia Básica distribui os medicamentos essenciais, presentes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) do Ministério da Saúde, e permite o tratamento eficaz das doenças que mais acometem a população brasileira. Integrado a outros programas, a Farmácia Básica vem a completar o leque de ações que promovem a melhoria da qualidade de vida e a busca do exercício pleno da cidadania.

A Farmácia Básica destina-se, exclusivamente, a atenção básica de saúde no SUS, a nível ambulatorial, nos serviços que dispõem de médicos, para uma adequada prescrição e é composta de antibióticos, analgésicos, antitérmicos, antiparasitários, antianêmicos, medicamentos cardiovasculares, hipoglicemiantes e entre outros que estão na lista do RENAME.

#### 1.4.2 A Necessidade da Ampliação da Farmácia Básica no Brasil

A Farmácia Básica tem uma grande importância para a população em geral, em especial aos mais carentes que não dispõem de recursos suficientes para

---

<sup>24</sup>Mato Grosso. Secretaria de Estado de Saúde. **Guia do Usuário: Sistema Único de Saúde no Mato Grosso**. Cuiabá: SES, 2001. Disponível em: <[http://www.saude.mt.gov.br/adminpublicacao/arquivo/GuiaSus\\_Web.pdf](http://www.saude.mt.gov.br/adminpublicacao/arquivo/GuiaSus_Web.pdf)> Acesso em: 22.abr.2010.

custear o tratamento medicamentoso de que estes necessitam para a cura ou do tratamento de suas enfermidades.

O acesso à assistência básica imediata resulta em melhoria na qualidade de vida dos usuários do SUS, principalmente reduzindo as despesas do Ministério da Saúde com internações desnecessárias em hospitais.

Todos têm direito aos medicamentos essenciais de forma gratuita. Estes medicamentos devem ser adquiridos mediante apresentação de receita médica, nos postos, centros ou unidades de saúde. Havendo falta de medicamentos, o usuário deve reclamar nos postos ou com o gestor do SUS e, caso persista a ausência deste serviço, deverá denunciar ao Ministério Público e o Secretário de Saúde ou gestor do Sistema Único de Saúde deverá se responsabilizar pela ausência de medicamentos.

A necessidade da ampliação da Farmácia Básica do SUS é importante e cabe a sociedade cobrar maiores investimentos nesta área das autoridades, dos órgãos de fiscalização e do MP acompanhar mais de perto esta atividade evitando procedimentos ilícitos. Infelizmente, a situação da saúde pública no Brasil é o resultado de uma falta de investimento na medicina preventiva e negligências da política de gestão, gerando uma grande discriminação com a classe mais carente.

Hoje estamos a caminho de uma Farmácia Básica e de um SUS em que possamos comemorar pontos positivos e, apesar das dificuldades vividas, podemos afirmar que a saúde encontra-se em processo de melhoria, quando comparada a realidade observada alguns anos atrás. A saúde é um direito nosso, estabelecido na Constituição Federal e é dever do Estado promovê-la, e a sociedade deve lutar para que esta conquista não seja transgredida. Promover a saúde pública com dignidade é uma forma de alcançar justiça social.

## **CAPÍTULO II**

# **PRINCÍPIOS CONSTITUCIONAIS DA SAÚDE APLICÁVEIS À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

## 2.1 Introdução

Os princípios são aqueles que guardam valores necessários de uma ordem, reunindo bens e normas considerados fundamentos de validade de todo o sistema jurídico. É o topo mais alto do nosso ordenamento jurídico, devendo seguir em perfeita harmonia conforme os seus preceitos que terão como base de critérios para as futuras leis que deverão ser compatíveis para serem concretizados posteriormente através de normas infraconstitucionais.

Segundo o dicionário Aurélio<sup>25</sup>, princípio significa “preceito, regra, lei”.

Miguel Reale, afirma que princípios são:

(...) “verdades fundantes” de um sistema de conhecimento, como tais admitidas, por serem evidentes ou por terem sido comprovadas, mas também por motivos de ordem prática de caráter operacional, isto é, como pressupostos exigidos pelas necessidades da pesquisa e da *práxis*.<sup>26</sup>

O princípio é à base de um sistema e é através dele que nasce variadas normas, devendo ter grande importância e cabendo o respeito e ser levada em consideração, e podemos concluir que ao transgredir uma norma, está diretamente infringindo um princípio presente em um ordenamento jurídico. Nos princípios constitucionais referentes aos direitos da saúde, a Assistência Farmacêutica não está explicitamente mostrada na Constituição da República, mas podemos interpretá-lo com os mesmos dos princípios relacionados aos direitos da saúde.

Para Celso Bandeira de Melo<sup>27</sup>, princípios no sistema jurídico positivo são:

Princípio é, por definição, mandamento nuclear de um sistema, verdadeiro alicerce dele, disposição fundamental que se irradia sobre diferentes normas, compondo-lhes o espírito e servindo de critério para a sua exata compreensão e inteligência, exatamente por definir a lógica e a racionalidade do sistema normativo, no que lhe confere a tônica e lhe dá sentido harmônico. É o conhecimento dos princípios que preside a inteligência das diferentes partes componentes do todo unitário que há por nome sistema jurídico positivo.

Em sentido análogo, a Corte Constitucional Italiana<sup>28</sup> em 1956 formulou o

<sup>25</sup> FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 4. ed. Curitiba : Ed. Positivo. 2009. p. 1.631.

<sup>26</sup> REALE, Miguel. **Lições preliminares de direito**. São Paulo: Saraiva, 2002, p. 303.

<sup>27</sup> MELO. Celso Antônio Bandeira de. **Elementos de direito administrativo**. São Paulo: Ed. RT, 1980. p. 230.



conceito de princípios, *in verbis*:

Faz-se mister assinalar que se devem considerar como princípio do ordenamento jurídico aquelas orientações e aquelas diretivas de caráter geral e fundamental que se possam deduzir da conexão sistemática, da coordenação e da íntima racionalidade das normas, que concorrem para formar assim, num dado momento histórico, o tecido do ordenamento jurídico.

Para que haja harmonia em um ordenamento jurídico é necessário que o princípio esteja basicamente relacionado a outros princípios, ocorrendo-se o equilíbrio necessário, dando maior qualidade a sua importância, garantindo-se a segurança jurídica necessária e evitando-se sempre que possível conflito de princípios.

Carla Fernando<sup>29</sup>, afirma da importância e a necessidade do estudo dos princípios em todos os campos do saber:

A idéia de um princípio ou sua conceituação, seja lá qual for o campo do saber que se tenha em mente, designa a estruturação de um sistema de idéias, pensamentos ou normas por uma idéia mestra e por um pensamento chave, de onde todas as demais idéias, pensamentos ou normas derivam, se conduzem e se subordinam.

Para que possamos alcançar o objetivo deste trabalho, é necessário abordar o princípio do direito à vida, dignidade da pessoa humana e seu consectário: saúde, em especial os que atendem a Assistência Farmacêutica. Portanto é difícil iniciar um trabalho na área do direito sem fazer um estudo minucioso sobre os princípios. São eles que dão fundamentos para a construção de um ordenamento jurídico mais sólido e seguro.

Neste capítulo, iniciaremos o estudo referente aos Princípios Constitucionais da Saúde<sup>30</sup> que são aplicados a Assistência Farmacêutica<sup>31</sup>, focando o objeto em

---

<sup>28</sup>BOBBIO (1957), apud BONAVIDES, Paulo. **Curso de direito constitucional**. 17ª Ed. São Paulo: Malheiros, 2005.

<sup>29</sup>MARCO. Carla Fernando de. Mundo Jurídico. **Dos princípios constitucionais**. Disponível em: <[www.mundojuridico.adv.br/cgi-bin/upload/texto1400\(2\).rtf](http://www.mundojuridico.adv.br/cgi-bin/upload/texto1400(2).rtf)> Acesso em: 15.mar.2010.

<sup>30</sup>Cf. Os Princípios Constitucionais da Saúde estão elencados na Constituição Federal e na Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde).

<sup>31</sup>Cf. Resolvemos delimitar o tema para tão somente abordar os princípios que interessam o nosso objeto de estudo (assistência farmacêutica), com a finalidade de fazer estudo comparativo nos capítulos posteriores sobre a Farmácia Básica e o Programa Farmácia Popular do Brasil e a sua inconstitucionalidade. A lei 8.080/90 (Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde) em seu art. 6º, inciso I, alínea "d" fala do campo de atuação do SUS, da execução de ações, de assistência terapêutica integral, inclusive a farmacêutica.

estudo, com a finalidade de restringi-lo e a partir deste ponto, aprofundando e direcionando este trabalho.

## 2.2 Direito à Vida

O direito à vida é o mais fundamental de todos os direitos e é dele que decorrem todos os outros consolidados na nossa lei maior. A Constituição da República no caput do seu art. 5º garante a todos os brasileiros e estrangeiros, sem distinção de qualquer natureza, a inviolabilidade do direito a vida, sendo este direito primário, garantindo-se a essência dos demais direitos e princípios constitucionais.

Sabemos que de todos os direitos, o direito à vida é a base dos demais, sendo ele um pré-requisito para tornar concreto o exercício de todos os outros direitos e compete ao Estado assegurar e tutelar o direito de continuar vivo<sup>32</sup> e ter uma vida digna. O direito à vida é conseqüente com o direito à saúde, uma vez que o cidadão obter uma vida digna são necessários investimentos do Estado em políticas públicas de ações sanitárias, desde o tratamento da água como também no saneamento básico das comunidades, políticas de prevenção a doenças e a garantia universal e a equidade no atendimento no que diz respeito ao direito a saúde, a total integralidade no tratamento das enfermidades com a distribuição do medicamento correto pela Farmácia Básica, para usufruir o tratamento integral.

Isabel Sampaio<sup>33</sup> cita importância do direito a vida no Estado Democrático de Direito e a assimilação da saúde como um direito e não uma necessidade:

Constitui a vida o direito primordial que se projeta como essência para garantia de todos os demais direitos. Mas a vida não pode ser assegurada sem que, à condição vital de cada ser humano, seja garantido o direito à saúde. (...) A positivação do direito à saúde, consagrada na Constituição Federal no art. 196 implica em dever do Estado que deverá garantir, mediante políticas sociais e econômicas, a redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para

---

<sup>32</sup>Cf. A Lei 8.069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente), em seu art. 7º, afirma que “A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência”. Fazendo uma ligação entre o direito a vida e a saúde, no art. 11, § 2º da lei acima citada, diz que a criança e o adolescente por intermédio do Sistema Único de Saúde têm atendimento integral e acesso universal e igualitário a todas as ações, serviços para promoção, proteção e recuperação a saúde, incluindo a fornecer gratuitamente pelo poder público àqueles que necessitarem de medicamentos, próteses e outros relativos ao tratamento e a reabilitação.

<sup>33</sup>LIMA, Isabel Sampaio Oliveira. **Direito à vida e à saúde**. Disponível em: <<http://www.abmp.org.br/acervo.php?b=3>> Acesso em: 07.abr.2010.

promoção, proteção e recuperação da saúde. Somente com a assimilação da saúde como direito e não como “necessidade” é possível empenhar esforços para demandar, seja em processo de mobilização, de negociação ou mediante ação judicial, a sua garantia e a sua exeqüibilidade. É da positivação do direito à saúde que decorre o reconhecimento da sua exigibilidade.

A vida não pode ser violada e o legislador inseriu a proibição da pena de morte no Brasil, salvo em caso de guerra declarada, conforme art. 84, inciso XIX da Constituição Federal Brasileira. Não será possível mesmo com emenda constitucional instituir a pena de morte no Brasil, sendo um direito fundamental, tal emenda casualmente sendo sancionada pelo Presidente da República feriria a cláusula pétrea do art. 60, § 4º, inciso IV da Constituição.

O direito à vida representa para todos em viver com dignidade, ou seja, assegurar respeito aos valores e necessidades vitais básicas das pessoas. As formas de agressão ao corpo humano que colocam risco de morte devem ser combatidas para garantir o bom convívio social e o respeito às leis e as Instituições.

O direito à vida é considerado um superdireito, é dele que todos os outros direitos o dependem e sem ele, não era possível existir os outros direitos relativos à saúde, liberdade etc.

O legislador constituinte brasileiro inspirou o direito à vida na Constituição de 1988 no seu art. 5º caput, graças às participações do Brasil em acordos internacionais sobre Direitos Humanos, no qual, destacamos o Pacto de San Jose da Costa Rica em 1969.

Segundo a publicação do STF<sup>34</sup>, sobre o Pacto de San José:

O artigo 4º da Convenção prega o direito à vida, inclusive impondo restrições à aplicação da pena de morte naqueles países que a previam antes do pacto, assim como o artigo 5º, XLVII, da Carta Magna brasileira, que proíbe a aplicação de pena de morte, salvo em caso de guerra declarada.

O Pacto de San José da Costa Rica passou a vigorar no nosso Ordenamento Jurídico Brasileiro através do Decreto 678, de 06 de novembro de 1992.

Spitzcovsky<sup>35</sup> fala do direito à vida e o consectário ao direito à saúde no qual

---

<sup>34</sup>NOTÍCIAS DO STF. **O Pacto de San José e a Constituição brasileira**. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=116377>> Acesso em 15.mar.2010.

estão incluído todos os acessos necessários que a lei dispõe na questão do acesso à saúde:

Deve-se enfatizar, ainda, que a garantia ao direito à vida de forma digna apresenta uma amplitude enorme, uma vez que inclui não só o acesso a tratamentos necessários para a sua preservação, mas também o oferecimento das drogas que se revelarem imprescindíveis para a sua manutenção.

Segundo Alexandre de Moraes<sup>36</sup>, sobre o direito à vida:

O direito humano fundamental à vida deve ser entendido como *direito a um nível de vida adequado com a condição humana*, ou seja, direito à alimentação, vestuário, assistência médico-odontologia, educação, cultura, lazer e demais condições vitais. O Estado deverá garantir esse *direito a um nível de vida adequado com a condição humana* respeitando os princípios fundamentais da cidadania, dignidade da pessoa humana e valores sociais do trabalho e da livre iniciativa; e, ainda, os objetos fundamentais da República Federativa do Brasil de construção de uma sociedade livre, justa e solidária, garantindo o desenvolvimento nacional e erradicando-se a pobreza e a marginalização, reduzindo, portanto, as desigualdades regionais.

De todos os direitos constitucionais, o direito à vida por ser o mais importante, é inerente a pessoa humana, sua garantia estabelece como pré-requisito na qualidade de ser humano à sua existência e a prática dos demais direitos. O direito à vida possui ligação com a dignidade da pessoa humana, ou seja, significa não somente o direito de permanecer vivo, mas de viver com dignamente, segundo aos valores morais e éticos de uma sociedade.

## 2.3 Dignidade da Pessoa Humana

A Dignidade da Pessoa Humana é um princípio fundamental, recepcionado pela atual Constituição no art. 1º, inciso III, tratado como um dos maiores valores indispensáveis e sendo um dos mais fortes no direito positivo brasileiro. A dignidade humana tem muita força e é tida como um princípio absoluto, prevalecendo sob os outros princípios.

José Afonso da Silva<sup>37</sup> comenta que a dignidade da pessoa humana é

<sup>35</sup> SPITZCOVSKY, Celso. **O direito à vida e as obrigações do Estado em matéria de saúde**. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=8382>> Acesso em: 07.abr.2010.

<sup>36</sup> MORAES. Alexandre de. **Direito constitucional**. 24. ed. 2. reimpr. São Paulo: Atlas, 2009. p.76.

revestida de valor supremo, atraindo todos os direitos fundamentais, incluindo desde início o direito à vida.

A dignidade da pessoa segundo Pedro Lenza<sup>38</sup> corresponde com o direito à vida e inclui o direito de permanecer vivo, como também o direito viver com dignidade.

Segundo Alexandre de Moraes<sup>39</sup>, O princípio da dignidade da pessoa humana consagrada pela Constituição Federal apresenta-se dupla compreensão. O primeiro está relacionado à proteção do direito individual, seja em relação ao Estado, seja em relação aos outras pessoas. O segundo determina de forma verdadeira o tratamento igualitário ao seu semelhante.

Como lembra Alexandre de Moraes<sup>40</sup> sobre a dignidade da pessoa humana:

(...) concede unidade aos direitos e garantias fundamentais, sendo inerente às personalidades humanas. Esse fundamento afasta a idéia de predomínio das concepções transpessoalistas de Estado e Nação, em detrimento da liberdade individual. A dignidade é um valor espiritual e moral à pessoa, que se manifesta singularmente na autodeterminação consciente e responsável da própria vida e que traz consigo a pretensão ao respeito por partes das demais pessoas, constituindo-se um mínimo invulnerável que todo estatuto jurídico deve assegurar, de modo que, somente excepcionalmente, passam ser feitas limitações ao exercício dos direitos fundamentais, mas sempre sem menosprezar a necessária estima que merecem todas as pessoas enquanto seres humanos.

Toda a sociedade precisa viver dignamente e o Estado tem papel primordial no cumprimento deste princípio constitucional tão importante. Presenciamos diariamente na mídia televisiva e outros meios de comunicação que a saúde pública brasileira passa por situações que ferem a dignidade da pessoa humana, em todas as regiões do país. São inúmeras as pessoas a espera de atendimento, que muitas vezes não é conseguido devido à superlotação e a falta de profissionais de saúde nas unidades do SUS. Para marcar uma consulta, geralmente, são necessárias muitas semanas de espera e os leitos hospitalares são insuficientes para atender a demanda, levando a um número significativo de mortes nesse trajeto, enquanto outros não conseguem um tratamento adequado devido à falta de medicamentos da Farmácia Básica.

---

<sup>37</sup> SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 27. ed. São Paulo: Malheiros, 2006. p. 105.

<sup>38</sup> LENZA, Pedro. **Direito constitucional esquematizado**. 12. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2008. p. 595.

<sup>39</sup> MORAES, Alexandre de. **Direitos humanos fundamentais**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005. p.48-49.

<sup>40</sup> Id. **Direito constitucional**. 24. ed. 2. reimpr. São Paulo: Atlas, 2009. p. 21 e 22.

Portanto, a dignidade da pessoa humana tem ligações diretas com o direito à saúde, pois para viver dignamente, é necessário ter seus direitos respeitados, tais como: acesso a saúde, educação, condições sanitárias, lazer, entre outros.

## **2.4 Direito à Saúde**

O Direito à Saúde tem como objetivo, estabelecer a igualdade a todos, fazendo parte dos direitos sociais e reconhecido pela Constituição da República em 1988. Nem sempre a saúde pública no Brasil era tão ampla como nos dias atuais. Antes da promulgação da carta cidadã, somente eram oferecidos atendimento à saúde para trabalhadores filiados ao INPS e posteriormente ao INAMPS, beneficiando apenas suas famílias, e grande parcela da população ficava desamparada a este acesso, como única recorria às instituições filantrópicas ou custear de seu próprio bolso nos hospitais particulares para poder ser atendido.

A Constituição de 1988 trouxe um papel muito importante para a saúde no Brasil, agora o Estado tem a responsabilidade de promover o acesso a todos, sendo é um direito universal que pertence os brasileiros e estrangeiros que necessitarem, poderão utilizar o Sistema Único de Saúde de forma gratuita para promover sua saúde, tratamento e reabilitação.

Portanto, hoje as ações e serviços públicos de saúde no Brasil são tratados como um direito, atendendo o apelo da sociedade em suas lutas e manifestações, antes de 1988 o Estado tratava a questão como um favor, não cabendo nenhuma responsabilidade. Hoje a Constituição garante o direito à saúde em especial a Assistência Farmacêutica e estudaremos a seguir os seus princípios constitucionais.

### **2.4.1 Princípio da Universalidade**

No Brasil, antes do advento da Constituição de 1988, somente quem tinha direito a saúde eram apenas os trabalhadores segurados do INPS (década de 60, séc. XX) e posteriormente do INAMPS (década de 70, séc. XX) e aqueles mais humildes ficavam a mercê das instituições filantrópicas e hospitais particulares. Criada com a promulgação da Constituição de 1988 e regulamentada pela Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) o Sistema Único de Saúde tem a finalidade de

modificar as desigualdades na assistência à saúde, o atendimento público a qualquer cidadão torna-se obrigatório sendo vedada em qualquer hipótese a cobrança em dinheiro.

Hoje, a saúde é um direito garantido a todas as pessoas e cabendo ao Estado promovê-la, assegurando o acesso a todas as ações e serviços aos brasileiros, como também os estrangeiros que estiverem em território nacional.

A saúde faz parte do tripé<sup>41</sup> da Seguridade Social, estando presente no seguinte do art. 194 da Constituição Federal<sup>42</sup> que diz o seguinte:

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.  
Parágrafo único. Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:  
I – universalidade da cobertura e do atendimento; **(grifos nossos)**

Isto quer dizer da importância na norma constitucional apontando a necessidade atribuída ao Poder Público de ser responsável pela cobertura e pelo atendimento a saúde, incluindo também a Assistência Farmacêutica, de modo universal, sem restrição a nenhuma pessoa. Qualquer tipo de restrição é considerado a desobediência ao princípio da Universalidade, portanto, o ato será inconstitucional.

A Constituição de 1988<sup>43</sup> concretizou em seu art. 196 ao definir sobre a saúde incluindo o princípio da Universalidade:

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 a sua promoção, proteção e recuperação. **(grifo nosso)**

Sergio Pinto Martins<sup>44</sup> fala sobre a universalidade do atendimento a saúde:

Na Saúde, há universalidade no atendimento, pois todos têm direito a socorrer-se do sistema, independentemente do pagamento de contribuições, sendo direito da pessoa e um dever do Estado (art. 196 da Constituição).

<sup>41</sup>Cf. Mencionamos esta expressão porque a Seguridade Social está dividida em três ramos: Saúde, Assistência Social e Previdência Social, os dois primeiros o acesso é universal, isto quer dizer que não é necessário pagar para poder utilizar seus serviços e somente o terceiro tem caráter contributivo para poder ter direito ao benefício;

<sup>42</sup>Op. cit. nota 12.

<sup>43</sup>Op. cit. nota 12.

<sup>44</sup>MARTINS, Sergio Pinto. **Direito da seguridade social**. 28ª ed. São Paulo : Atlas, 2009, p. 55.

Isto quer dizer que a saúde mesmo pertencendo a um dos ramos da seguridade social, todos tem direito de usufruí-la independentemente de contribuição, por exemplo, se um estrangeiro estiver em transito pelo Brasil e sofrer um problema de saúde, será amparado pelo sistema público de saúde, mesmo nunca tendo contribuído, pois trata-se do principio da Universalidade e todos têm o mesmo direito não cabendo qualquer discriminação.

A saúde pública no Brasil, incluindo a Assistência Farmacêutica é financiada por toda a sociedade garantindo-se a gratuidade e não existe restrição a qualquer pessoa que tenha direito ao atendimento, tanto brasileiros ou até mesmo os estrangeiros que não residem no país têm a garantia constitucional da universalidade das políticas públicas da saúde para que a prestação do serviço esteja ao alcance de todos, pois legislador constituinte inseriu este dever cabendo ao Estado brasileiro a obrigação de fornecer o atendimento à saúde incluindo também à Assistência Farmacêutica, fornecendo gratuitamente para aqueles que necessitarem e independentemente de classe social, mesmo aqueles que podem pagar por um plano de saúde particular pode usufruir igualmente os mesmos direitos a gratuidade do Sistema Único de Saúde.

Na publicação do Ministério da Saúde<sup>45</sup>, mostra sobre o princípio da Universalidade que diz “A universalização, não quer dizer somente a garantia imediata de acesso às ações e aos serviços de saúde e a universalização coloca o desafio de oferta desses serviços e ações de saúde a todos que deles necessitam”.

O direito à saúde estabelece garantia de “acesso universal e igualitário” às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (art. 196 da Constituição de 1988), encontramos presente no inciso I do artigo 194 (que organiza sobre a universalidade da cobertura e do atendimento pela seguridade social). A universalidade do atendimento presente no ordenamento jurídico brasileiro está relacionada à gratuidade no acesso aos serviços (independentemente de nacionalidade, classe social ou contribuição para o Fundo Nacional de Saúde), para aqueles que precisarem de um medicamento para um tratamento ou reabilitação de sua saúde. O Estado tem o dever de fornecer gratuitamente<sup>46</sup> os medicamentos aos

---

<sup>45</sup>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS):** princípios e conquistas. Brasília : Ministério da Saúde, 2000.

<sup>46</sup>Cf. Em alguns casos de doenças degenerativas e o Estado não disponibilizando do medicamento na Farmácia Básica para o tratamento de seus usuários, muitas famílias demandam na Justiça



seus usuários, fazendo parte da política pública da saúde no Brasil no qual é instituída por meio do Sistema Único de Saúde, com recursos originários do Ministério da Saúde.

Portanto, este princípio também se aplica para a Assistência Farmacêutica pública, por fazer parte do Sistema Único de Saúde e considerando que os medicamentos devem ser distribuídos para todos aqueles que deles necessitarem, de forma gratuita e sem a cobrança de nenhum ônus ao usuário, sendo dever constitucional do Poder Público o fornecimento universal e integral de medicamentos aos usuários durante todo o tratamento. A não observância deste princípio pode ser entendida como uma discriminação com aqueles menos favorecidos que dependem da gratuidade dos medicamentos fornecidos na Farmácia Básica para o tratamento de suas enfermidades.

A universalidade, o usuário tem direito ao acesso em todos os serviços públicos de saúde, incluindo a Assistência Farmacêutica. É garantia a todo cidadão a atenção à saúde por parte do Poder Estatal. A saúde é um direito de todos e o dever do Governo, seja ele federal, estadual e municipal.

O princípio da universalidade tem por finalidade de modificar as desigualdades na assistência a saúde de toda a população, e este atendimento público torna-se obrigatório a qualquer pessoa, sem nenhuma discriminação, proibindo somente a cobrança em dinheiro, seja qual for à hipótese.

Em suma, o princípio da Universalidade nada mais é do que o acesso aos serviços e assistência à saúde para toda a população, mesmos os que gozam dos planos particulares de saúde tem os mesmos direitos garantidos constitucionalmente de serem assistidos pelo Sistema Único de Saúde sem nenhuma distinção, ou discriminação, podendo utilizar todos os níveis de assistência, inclusive a Assistência Farmacêutica, fornecendo gratuitamente os medicamentos aos usuários que necessitarem de tratamento integral, sendo completo, desde o diagnóstico da enfermidade passando pelo total tratamento até atingir sua cura, nos casos de doenças incuráveis como a AIDS ou diabetes uma melhor qualidade prolongando a vida desses usuários, o tratamento é continuado e sem interrupção.

---

(Justiça Estadual ou Justiça Federal) pleiteando o fornecimento de medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde, tendo como objetivo do Estado comprar os medicamentos que são caros, fornecer aos seus usuários para o tratamento de determinada doença, é o cumprimento constitucional do Estado através do princípio da universalidade que também cabe na assistência farmacêutica.

## 2.4.2 Princípio da Integralidade

O Princípio da Integralidade consiste considerando a pessoa por completo para atender todas as suas necessidades relativas ao direito à saúde, incluindo à assistência ambulatorial e farmacêutica. Isto quer dizer, na prática, que se uma pessoa doente recorrer a um hospital público for atendido, submetido aos exames necessários e diagnosticada determinada enfermidade, o médico responsável deverá prescrever o medicamento correto para o combate desta doença, tendo o usuário direito a um tratamento integral, ou seja, um tratamento completo desde o início, incluindo a distribuição gratuita do medicamento pela Farmácia Básica.

O princípio da Integralidade está expresso no art. 198, inciso II da Constituição Federal<sup>47</sup> que diz o seguinte:

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:

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; **(grifo nosso)**

O art. 7º, inciso II da Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde<sup>48</sup>) conceitua a integralidade em todas as ações e níveis de complexidades do sistema:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

II - integralidade de assistência, entendida como um 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;

Os serviços públicos de saúde e os contratados ou conveniados com o SUS devem oferecer procedimentos tanto preventivos como curativos, em todos os níveis de complexidade. Para a Assistência Farmacêutica, deve estabelecer um tratamento integral e gratuito, sem limites para que a seja restabelecida a saúde do cidadão.

Na publicação do Ministério da Saúde<sup>49</sup>, sobre Gestão Municipal de Saúde,

---

<sup>47</sup>Op. cit., nota. 12.

<sup>48</sup>Op. cit., nota. 8.

<sup>49</sup>BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde**: texto básico. Rio de Janeiro : Brasil. Ministério da Saúde, 2001. Disponível em:

faz um comentário sobre o princípio da Integralidade:

Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento (...). Ao mesmo tempo, o princípio da integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

O Ministério da Saúde<sup>50</sup> conceitua promoção a saúde como:

(...) promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas.

A promoção da saúde é uma das estratégias para a produção da saúde, através do Poder Estatal em produzir as demais políticas públicas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde no Brasil, devendo contribuir na construção das ações que tornarem possíveis e atender as necessidades da sociedade o seu direito à saúde.

A prevenção inclui ações que visem à detecção precoce de problemas de saúde, a remoção de fatores de risco ou que potencialmente levem a um quadro de enfermidade, limitando do agravamento da doença e diminuição as consequências ou complicações daqueles, promovendo a adaptação do doente em situações às consequências inevitáveis (situações incuráveis), e prevenção de recorrências da doença, ou seja, controlá-la e estabilizá-la.

Além das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, o princípio da Integralidade, assegura o tratamento integral e gratuito, para restabelecimento da saúde do usuário. Este princípio se aplica a Assistência Farmacêutica cabendo o Estado distribuir gratuitamente o medicamento sempre que for necessário.

De acordo com a publicação do Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro

---

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao\\_municipal\\_de\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_municipal_de_saude.pdf)> Acesso em: 03.abr.2010.

<sup>50</sup> BRASIL. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília : Ministério da Saúde, Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPS2.pdf>> Acesso em: 03abr.2010.

(SINMED/RJ<sup>51</sup>), mostra os desafios para que a integralidade seja cumprida.

Este é um grande desafio. Muito tem que ser feito para que todos possam ter saúde. O Governo deve concentrar esforços e investir mais onde há maior carência. O SUS tem o papel de cuidar de todas as necessidades da área da saúde. E cuidar da saúde não é apenas medicar os doentes ou realizar cirurgias, é preciso garantir vacinas à população, dar atenção aos problemas das mulheres, crianças e idosos, combater a dengue e outras doenças. Este é o princípio de integralidade, ou seja, realizar todas as ações necessárias para a promoção, proteção e recuperação da saúde de todos.

Em suma, o princípio da Integralidade consiste no reconhecimento na prática as unidades prestadoras de serviços, com vários graus de complexidades, formando um sistema capaz de prestar assistência integral a cada pessoa que tem necessidades diferentes como também os integrantes de uma comunidade, a todas as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, reduzindo as diferenças sociais e regionais.

#### 2.4.3 Princípio da Equidade

O princípio da equidade tem como objetivo de reduzir as desigualdades existentes no nosso país, para que tenhamos as mesmas oportunidades em utilizar a saúde pública em qualquer nível de complexidade de assistência, caso necessário, independentemente da sua residência, sem nenhum privilégio ou obstáculo, tendo direito a usufruir o tratamento integro. Apesar disto, a equidade não tem haver com igualdade. Este princípio tem por objetivo tratar desigualmente os desiguais, empregando mais investimentos onde se detecta uma necessidade maior. Quando a distribuição dos medicamentos era centralizada, eram destinados quantitativamente iguais para cada unidade da Federação. Por exemplo, esta distribuição, levou a um acúmulo de medicamentos para o tratamento da malária nas regiões onde esta doença não é endêmica e um abastecimento insuficiente onde deles necessitavam. Atualmente, estes insumos adquiridos mediante formulação de uma lista, contendo os medicamentos presentes na RENAME, que é estruturada baseado nas necessidades de cada região.

Publicado pelo Ministério da Saúde<sup>52</sup>, sobre os objetivos do princípio da

---

<sup>51</sup> SINDICATO DOS MÉDICOS DO RIO DE JANEIRO. **Conheça a história e como funciona o SUS.** Disponível em: <<http://www.sinmedrj.org.br/clipping/clip/sus.htm>> Acesso em: 03.abr2010.

## Equidade na área da saúde:

O objetivo da equidade é diminuir desigualdades. Mas isso não significa que a equidade seja sinônimo de igualdade. Apesar de todos terem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades diferentes. Equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. Para isso, a rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida. A equidade é um princípio de justiça social.

Isso significa que mesmo que todos tenham direito aos serviços e acesso a saúde no Brasil. Cabe, então, ao Estado suprir as necessidades reais da população a ser atendida independentemente das necessidades deste.

A palavra “equidade” é encontrada somente no art. 194, inciso V da Constituição Federal que fala na “equidade na forma de participação de custeio”, relativo à seguridade social. Isto não quer dizer que o direito à saúde seja carente do princípio da Equidade, conforme o que diz Antonio Marco<sup>53</sup>:

A igualdade é um princípio geral do direito, como sabemos. Desde logo, por essa mesma razão, invocável como causa orientadora da compreensão do ordenamento jurídico e de sua aplicação, sobretudo no que respeita ao direito à saúde, cuja implementação prática muitas vezes se depara com nuances que diferenciam usuário de usuário. Penso até que, exatamente por isso, a equidade, como fonte primária de interpretação da lei, tem o seu campo ideal de aplicação justamente na saúde. Não creio, assim sendo, que a ausência de menção na CF iniba a sua incidência. Apenas a sua face jurídico-sanitária haverá que ser revelada com maior nitidez, o que trará maior segurança a gestores, juristas e utentes do Sistema (...).

O Ministério da Saúde<sup>54</sup> mostra a importância da relação do princípio da equidade com o planejamento das políticas públicas e estratégias no combate as desigualdades existentes no nosso país:

Reduzir disparidades regionais e sociais significa a busca de um maior equilíbrio. Fator determinante para tanto é a política adotada para a incorporação tecnológica e o investimento estratégico e prioritário no combate de situações agudas ou extremas. Isso significa dizer que o planejamento das políticas de saúde tem tomado como estratégias a elevação de todos a um patamar mínimo a partir do qual seja possível caminhar com mais precisão segundo o princípio da integralidade, (...). Um bom exemplo disto são as ações e os serviços voltados à atenção básica a saúde.

---

<sup>52</sup>Op. cit. nota 49.

<sup>53</sup>ANTONIO, Marco. **Equidade no SUS**. Disponível em:

<[www.idisa.org.br/site/download/EquidadenoSUS.pdf](http://www.idisa.org.br/site/download/EquidadenoSUS.pdf)> Acesso em: 07.abr.2010.

<sup>54</sup>Op. cit. nota 45.

Portanto, o princípio da Equidade consiste na igualdade na assistência e nas suas formas de obter-se saúde, exemplificando, com as ações e serviços preferenciais em função de situação de riscos, das condições de vida e da saúde de determinados grupos como também de indivíduos de uma população.

## **CAPÍTULO III**

### **O PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL NO CONTEXTO GERAL**

### **3.1 Preâmbulo**

As condições precárias de grande parte da população brasileira cada vez mais têm levado esta a um tratamento medicamentoso falho, caracterizado pelo abandono da terapêutica por falta de dinheiro.

Os gastos com saúde representam uma parcela significativa no orçamento de algumas famílias, onde muitas vezes a escolha de bens como alimentos se sobrepõem aos medicamentos, levando a uma dificuldade no tratamento de pacientes que não conseguem, de forma gratuita, os medicamentos de que necessitam.

Na tentativa de facilitar a aquisição de medicamentos e, desta forma, garantir a universalização das ações de promoção à saúde, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Farmácia Popular do Brasil, a fim de assegurar a compra de medicamentos essenciais a baixo custo pela população. Assim em junho de 2004, o Governo Federal criou, em parceria com prefeituras municipais do país, um programa desenvolvido para facilitar o acesso da população aos medicamentos tidos como essenciais para o tratamento das doenças com maior ocorrência na população, como hipertensão e diabetes.

Segundo o Governo Federal, o Programa Farmácia Popular do Brasil beneficia a população que utiliza a rede privada de saúde e apresenta dificuldade em iniciar e manter seus tratamentos de saúde devido ao acesso dos medicamentos serem altos, comprometendo orçamento familiar, sem prejudicar o fornecimento gratuito de medicamento pela Farmácia Básica aos usuários do Sistema Único de Saúde.

### **3.2 Conceito de Farmácia Popular**

O Programa Farmácia Popular do Brasil, foi criado pelo Governo Federal, em associação com a Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz), uma instituição que tem a responsabilidade de disponibilizar os medicamentos mediante ressarcimento, assegurando à população o acesso a produtos básicos e essenciais à saúde a um preço reduzido, pela Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004.

Um dos objetivos do programa é favorecer essencialmente as pessoas que



têm dificuldade para realizar o tratamento por causa do custo do medicamento, sendo uma alternativa para os usuários das redes privadas de saúde que passarão a ter acesso a medicamentos mais baratos, no qual a Fiocruz é responsável pela aquisição, estocagem e distribuição dos medicamentos, e os disponibilizar nas Farmácias Populares a preço de custo. A Farmácia Popular do Brasil contribui também para diminuir os gastos gerados pela compra de medicamentos e, também, visa minimizar as despesas do Sistema Único de Saúde com as internações que são provocadas pelo abandono do tratamento e, segundo o Ministério da Saúde, o Programa Farmácia Popular não prejudicaria o abastecimento da Farmácia Básica do SUS.

Segundo levantamento feito pelo CONASS e publicado pelo Ministério da Saúde<sup>55</sup>, metade dos brasileiros interrompem o seu tratamento por não terem condições de custear os medicamentos:

O Ministério da Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, emprega esforços contínuos para elevação dos recursos destinados à aquisição dos medicamentos de distribuição gratuita na rede pública de saúde. Ao lado disso, conforme levantamento realizado pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), mais de 50% dos brasileiros interrompem o tratamento médico devido à falta de recursos para adquirir os respectivos remédios.

Encontramos o conceito do Programa Farmácia Popular do Brasil<sup>56</sup>. no qual diz a sua essência que: “(...) é um programa do Governo Federal que busca ampliar o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais, que são disponibilizados a um baixo custo (...)”

O Programa Farmácia Popular do Brasil está sendo realizado em parceria com os Estados e as Prefeituras Municipais em todo o país para ampliar o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais. O Programa utiliza o sistema de co-pagamento conhecido como “Aqui tem Farmácia Popular”, utilizando uma rede própria de Farmácias Populares em parceria com as farmácias e drogarias da rede privada.

Para ter acesso ao medicamento, os usuários da rede privada e do Sistema

---

<sup>55</sup>BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Programa Farmácia Popular do Brasil: manual básico**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. p.07.

<sup>56</sup>BRASIL. Ministério da Saúde. **Farmácia Popular, Perguntas Frequentes**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=30299&janela=2](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=30299&janela=2)> Acesso em 20.abr.2010.

Único de Saúde, devem procurar uma drogaria conveniada e apresentar a receita médica acompanhada do seu CPF, o desconto de cada medicamento está de acordo às diretrizes do Ministério da Saúde.

### 3.3 Natureza Jurídica do Programa Farmácia Popular do Brasil

O Programa surgiu da necessidade do Governo Federal em ampliar o acesso aos medicamentos para aquelas parcelas da população que fazem uso das drogarias e farmácias privadas, e têm dificuldade de custear a aquisição de medicamentos.

A Lei nº 10.858/04 cria o Programa Farmácia Popular do Brasil, desenvolvido conjuntamente com o Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) na intenção de oferecer medicamentos mediante ressarcimento aos custos de produção ou aquisição, distribuição e dispensação dos medicamentos considerados essenciais é regulamentada pelo Decreto nº 5.090/04, que institui o Programa. Dessa forma, são firmados convênios com os Estados, Distrito Federal, Municípios<sup>57</sup> e rede privada de farmácias e drogarias.

O art. 1º do Decreto nº 5.090/04<sup>58</sup> fala da disponibilização de medicamentos pela Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, visando a assegurar à população o acesso a produtos básicos e essenciais à saúde a baixo custo, *in verbis*:

Art. 1o Fica instituído o Programa "Farmácia Popular do Brasil", que visa a disponibilização de medicamentos, nos termos da Lei no 10.858, de 13 de abril de 2004, em municípios e regiões do território nacional.

§ 1o A disponibilização de medicamentos a que se refere o caput será efetivada em farmácias populares, por intermédio de convênios firmados com Estados, Distrito Federal, Municípios e hospitais filantrópicos, bem como em rede privada de farmácias e drogarias.

§ 2o Em se tratando de disponibilização por intermédio da rede privada de farmácia e drogarias, o preço do medicamento será subsidiado. **(grifo nosso)**

A Fundação Oswaldo Cruz é executora das ações responsáveis pela aquisição, estocagem, comercialização e distribuição dos medicamentos, sob

---

<sup>57</sup>Cf. Com o convênio firmado entre a Fiocruz e o município, este recebe uma ajuda de custo para dispor toda infra-estrutura, sendo que o município se responsabiliza em ceder seus servidores municipais para trabalhar na Farmácia Popular.

<sup>58</sup>BRASIL. Decreto nº 5.090/04, de 20 de maio de 2004. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2004/Decreto/D5090.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Decreto/D5090.htm)> Acesso em: 21.abr.2010

supervisão direta e imediata do MS podendo firmar convênio com a União, Estados, Distrito Federal e Municípios (art. 2º caput, Decreto nº 5.090/04); e no parágrafo único deste artigo diz que o Ministério da Saúde pode firmar convênio com entidades públicas e privadas, com objetivos de instalar e implementar novos serviços de disponibilização de medicamentos e insumos, por meio de ressarcimento aos custos de produção ou aquisição.

De acordo com o caput do art. 3º do Decreto nº 5.090/04, a lista de medicamentos disponibilizados pela execução do PFPB é definido pelo MS, de acordo com as evidências epidemiológicas e prevalência de doenças e agravos; já o art. 4º da mesma lei diz que a execução deste Programa não causa prejuízos a rede pública nacional do Sistema Único de Saúde.

O incentivo financeiro ao PFPB destinado as Unidades Próprias é encontrado no art. 3º, §§ 1º *usque* 4º, da Portaria nº 2.587/GM<sup>59</sup>, de 06 de dezembro de 2004 que trata das despesas decorrentes da manutenção de cada unidade que estiver em funcionamento regular; como também nos casos de implantação de cada unidade deste programa, *in verbis*:

Art. 3º O incentivo financeiro de que trata esta Portaria consiste de um total de recursos financeiros destinados, uma parte, mensalmente, à cobertura de despesas rotineiras com a manutenção e outra parte, integralmente, aos gastos restritivamente necessários à implantação do Programa Farmácia Popular do Brasil.

§ 1º Será de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) o valor de 1/12 (um doze avos) do total de R\$ 120.000,00 (cento e vinte mil reais) destinado à cobertura de gastos exclusivamente com a manutenção de cada unidade em que estiver funcionando regularmente o Programa Farmácia Popular do Brasil, no âmbito da esfera de gestão do estado, do Distrito Federal ou do município beneficiário.

§ 2º Será de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) o valor destinado à cobertura de gastos exclusivamente com a implantação de cada unidade em que funcionará regularmente o Programa Farmácia Popular do Brasil, no âmbito da esfera de gestão do estado, do Distrito Federal ou do município beneficiário.

§ 3º Os gastos com manutenção deverão envolver os destinados ao pagamento de pessoal em atividade na unidade do Programa Farmácia Popular do Brasil - Pessoal/Pessoa Física, bem como outras despesas correntes necessárias ao seu pleno funcionamento.

§ 4º Os gastos com implantação englobam ações de reforma, adaptação ou adequação de áreas físicas para instalação de unidades do Programa Farmácia Popular do Brasil conforme os padrões estabelecidos no Manual Básico do Programa Farmácia Popular do Brasil. **(grifos nossos)**

Vale lembrar que este auxílio financeiro enviado pela Fiocruz às Unidades

---

<sup>59</sup> BRASIL. Portaria nº 2.587/MS/GM, de 06 de dezembro de 2004. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/Gm/GM-2587.htm>> Acesso em: 17.abr.2010.

participantes não tem haver com a aquisição de medicamentos para distribuição gratuita por meio do Sistema Único de Saúde, serve apenas para os gastos com manutenção, como também para aquisição de imóveis para a instalação física do Programa.

### **3.4 Formas de Atuação do Programa Farmácia Popular do Brasil**

O PFPB se apresenta de três formas: as unidades próprias, onde é realizado um estudo para determinação do local para implantação da farmácia, estando sobre gestão direta da Fiocruz; na segunda forma, onde Município, Estados ou instituições fazem parceria com a Fiocruz para expandir o número de farmácias no local<sup>60</sup>; e a terceira, onde estabelecimentos privados credenciados são autorizados a disponibilizar os medicamentos do Programa, mas sob gestão do MS.

A gestão das unidades próprias é realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), sem parcerias. A Fiocruz coordena e controla as unidades e realiza a compra dos medicamentos, que são provenientes de Laboratórios Oficiais<sup>61</sup>, além da distribuição para as unidades e a preparação dos profissionais envolvidos. No segundo modelo, ambos os componentes da parceria são responsáveis pela gestão do Programa.

#### **3.4.1 Unidades Próprias**

As Unidades Próprias estão exercendo suas atividades desde junho de 2004. A coordenação pela estruturação das unidades e execução das compras dos medicamentos, do abastecimento e pela capacitação dos profissionais é operacionalizada pela Fundação Oswaldo Cruz.

A instalação e manutenção das unidades próprias do Programa são feitas com recursos da União, destinados ao MS, de acordo com a Portaria nº 2.587 de 06 de dezembro de 2004.

---

<sup>60</sup>Cf. A segunda forma de apresentação do Programa, difere da primeira apenas quanto ao financiamento, onde, na primeira, os recursos são exclusivamente do Fiocruz, e na segunda há divisão de despesas entre a instituição que participa como parceira e a Fiocruz.

<sup>61</sup>Cf. Laboratórios Oficiais são públicos e estão vinculados ao MS ou órgãos semelhantes, no entanto, apresentam autonomia de administração. Os medicamentos da FB e do PFPB são produzidos nesses laboratórios.

Para sua implantação, cada unidade recebe uma quantia no valor de R\$ 50.000,00, destinados a reforma e adequação do imóvel às normas determinadas pela Fiocruz. Para manutenção da farmácia, são enviados R\$ 10.000,00 por mês, para gastos com material de limpeza, água, luz, telefone, internet, serviços de terceiros (segurança, limpeza) entre outros.

A destinação desses recursos é realizada fundo a fundo, ou seja, o repasse é realizado diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os estados ou municípios.

Os medicamentos do Programa são padronizados de acordo com especificações do MS, e somente estes podem ser comercializados nas unidades próprias. A aquisição de medicamentos se dá pela Fiocruz órgão gestor do Programa, por meio de laboratórios oficiais mediante dispensa de licitação, e de forma complementar aos laboratórios privados através de licitação modalidade de pregão<sup>62</sup>. A reposição dos estoques também é competência da Fiocruz, baseado no sistema informatizado de controle de cada unidade e mediante retorno financeiro regular obtido pelo pagamento dos produtos pelos usuários.

### 3.4.2 Aqui Tem Farmácia Popular

Esta sistema de Co-pagamento é realizado através de parceria com as farmácias privadas. Nele, o Governo paga um percentual do valor dos medicamentos fornecidos pelos laboratórios e o usuário deverá arcar com o restante. O valor a ser pago pelo Governo é fixado e específico para cada medicamento. Os medicamentos apresentam redução de até 90% do valor comparado a farmácias e drogarias privadas.

O Aqui tem Farmácia Popular, criado através da Portaria nº 491, de 09 de março de 2006, corresponde à terceira forma de atuação do PFPB, onde há parceria estabelecida entre instituições privadas e o Governo, cobre apenas uma parte dos medicamentos do Programa, que são adquiridos normalmente do laboratório de escolha da farmácia privada. Assim, há oferta de medicamento subsidiado e o Governo repassa até 90% do custo às farmácias privadas. Sobre o preço dos medicamentos para as farmácias e drogarias inscritas neste Programa, encontramos

---

<sup>62</sup>Loc. cit. nota 55.

no art. 7º, inciso VIII da referida portaria<sup>63</sup> que diz que “o preço do medicamento não superior ao autorizado pela Câmara de Medicamentos do Ministério da Saúde – CMED”.

Sobre a expansão do Aqui Tem farmácia Popular<sup>64</sup>, encontramos na Portaria nº 3.089, de 16 de dezembro de 2009 no Parágrafo Único do art. 1º, *in verbis*: “(...) consiste na disponibilização de medicamentos à população por meio do comércio varejista farmacêutico, mediante pagamento pelo Ministério da Saúde e complementação pelo usuário”.

O número de estabelecimentos em regime de co-pagamento cresce mais rapidamente que as unidades próprias do Programa como podem ser observadas nos gráficos a seguir:

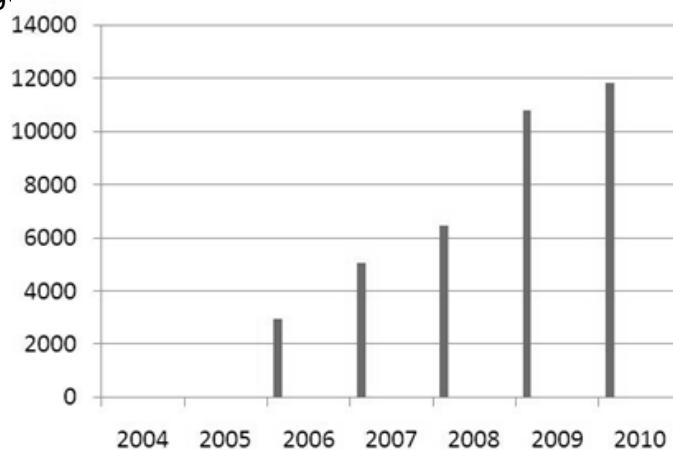
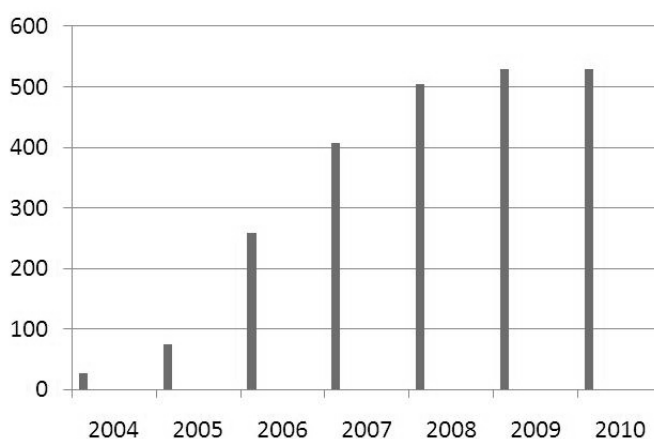


Gráfico 1 - Evolução do Programa Farmácia Popular - Sistema de Copagamento.  
Fonte: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=30269](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=30269)>



<sup>63</sup>BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 491, de 09 de março de 2006**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria-491-2006.pdf>> Acesso em: 24.abr.2010.

<sup>64</sup>BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.089, de 16 de dezembro de 2009**. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3089\\_16\\_12\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3089_16_12_2009.html)> Acesso em: 24.abr.2010.

---

Gráfico 2 - Evolução do Programa Farmácia Popular - Unidades Próprias  
Fonte: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=30269](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=30269)>

Os dados expressos no gráfico 1 demonstram o aumento na quantidade de farmácias no Aqui tem Farmácia Popular, onde há parceria entre instituições privadas e Fiocruz. Somente em 2006, após dois anos do início do PFPB foi implantado este sistema.

No gráfico 2 pode-se observar que não houve aumento no número de unidades próprias entre 2009 e 2010, enquanto cresceram em mais de 1.000 o número de farmácia privadas conveniadas.

A partir da comparação dos dados dos gráficos, pode se observar que o aumento no número de instituições participantes do Aqui Tem Farmácia Popular supera o crescimento das unidades próprias do PFPB. Este é um indicativo perigoso, pois neste sistema, a aquisição de medicamentos se faz de acordo com a instituição privada conveniada, o que pode aumentar os gastos dos cofres públicos, considerando que a Fiocruz adquire medicamentos dos laboratórios oficiais, por meio de dispensa de procedimento licitatório para distribuir nas unidades próprias, e estes produzem a um menor custo.

Enquanto há apenas 530 unidades próprias até março de 2010, há quase 12 mil entidades privadas conveniadas vendendo os medicamentos essenciais, o que pode gerar um gasto adicional ao MS se comparar com a forma de aquisição por procedimento licitatório.

### **3.5 As Principais Diferenças entre Farmácia Básica e o Programa Farmácia Popular do Brasil**

O PFPB foi criado para facilitar o acesso aos medicamentos básicos e essenciais a baixo custo às pessoas assistidas pela rede privada, sem causar dano no abastecimento das unidades do SUS. Este programa, assim como a FB, está incluído na Política de Assistência Farmacêutica do Governo Federal.

Ao contrário, na Farmácia Básica o usuário recebe o medicamento totalmente gratuito, respeitando o art. 196 da CF, que trata do direito a saúde, como

também as diretrizes na Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde<sup>65</sup> no art. 6º, inciso I, alínea d.

Em ambas as instituições, o usuário deve apresentar a prescrição médica ou odontológica, sendo esta uma condição *sine qua non* para adquirir o medicamento. A diferença é que a Farmácia Básica disponibiliza os medicamentos de forma totalmente gratuita, enquanto que na Farmácia Popular uma quantia “simbólica” é exigida, e esta retorna a Fiocruz. Esta diferença é o principal alvo de críticas ao PFPB, por este ser um programa paralelo de distribuição de medicamentos e ferir o princípio da universalidade do SUS. Muitos acreditam que este dinheiro deveria ser utilizado para aperfeiçoar a distribuição dos medicamentos pelo SUS, assegurando-os para todos os usuários.

Na Farmácia Popular o preço varia para cada medicamento. Em alguns o “desconto” chega a 90% do preço total do medicamento. São 107 especialidades medicamentosas para tratamento de hipertensão e diabetes, antiinflamatórios, broncodilatadores, preservativos (estes são os únicos que não necessitam apresentação de receita), entre outros, e o preço varia de R\$ 0,03 a 10,00.<sup>66</sup>

Na Farmácia Básica, a lista de medicamentos é determinada pelas unidades de saúde, respeitando o princípio da descentralização preconizado na Política Nacional de Medicamentos e, além da receita médica ou odontológica, o usuário deve apresentar o Cartão do SUS, original e em duas vias, onde uma fica na farmácia e outra em poder do usuário. A prescrição deve, obrigatoriamente, adotar a o nome genérico dos medicamentos ou Denominação Comum Brasileira – DCB, instituída pela Portaria nº 1.179, de 17 de junho de 1996 da ANVISA – e caso não haja DCB deve-se usar a Denominação Comum Internacional (DCI), conforme determina o art. 3º da Lei Federal nº 9.787/1999.

---

<sup>65</sup> Op. cit. nota 09.

<sup>66</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Farmácia Popular do Brasil**: tabela de preços. Atualizada em 04 de abril de 2008. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/tabela\\_farmaciapopular\\_abril08.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/tabela_farmaciapopular_abril08.pdf)> Acesso em: 25.abr.2010.



## **CAPÍTULO IV**

### **OS CONFLITOS PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL E A CONSTITUIÇÃO FEDERAL**

## 4.1 Introdução

Neste capítulo, explicaremos como o Programa Farmácia Popular do Brasil criado pela Lei nº 10.854, de 13 de abril de 2004 e regulamentado pelo Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004, pelo fato do usuário ter que pagar para ter acesso aos medicamentos essenciais que são financiados pelo Ministério da Saúde, está entrando em conflito com os as normas da Constituição Federal no que concerne a princípios constitucionais da universalidade, equidade e integralidade que são aplicáveis Assistência Farmacêutica do SUS, afastando a possibilidade daqueles menos favorecidos de terem um tratamento digno para a sua recuperação.

E finalizando este trabalho, há elaboração de uma possível solução para o PFPB, reformando a lei, para atuar conjuntamente, suprimindo as limitações da Farmácia Básica do SUS, distribuindo os medicamentos de forma gratuita e ampliando o seu acesso a todas as camadas da sociedade, cumprindo o seu papel e respeitando os princípios da Carta Magna no que concerne os Direitos da Saúde.

## 4.2 Os Pontos do Programa Farmácia Popular do Brasil fere a Constituição da República

Sabemos que existe um ordenamento jurídico organizado e hierarquizado em nosso país, e sua finalidade é garantir a maior segurança jurídica, sendo a mãe de todas as leis, a nossa Constituição Federal. Para o legislador criar uma lei, seja ela uma PEC (Proposta de Emenda Constitucional), após propor sua iniciativa, as discussões são iniciadas pelas Comissões Técnicas (CT), que analisam se o projeto apresentado trará benefícios à população e, posteriormente, é encaminhada a Comissão de Constituição e Justiça (CCJ), onde será discutida a sua constitucionalidade, em plenário pelos Senadores e Deputados. Finalmente, são realizadas as fases de aprovação pelo Poder Legislativo, seguida de sanção e promulgação pelo Poder Executivo, e publicação no Diário Oficial da União (DOU), dando ciência a sociedade da existência da nova lei.

A Constituição Federal<sup>67</sup> confere, ainda, ao Estado o dever de promover a paridade social, promoção do bem de todos e de uma sociedade justa e solidária, sem preconceitos de quaisquer natureza, conforme seu art. 3º.

---

<sup>67</sup>Op. Cit. nota 12.

Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:

I - construir uma sociedade livre, justa e solidária;

II - garantir o desenvolvimento nacional;

III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais;

IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

A Lei nº 10.858/04 criou o Programa Farmácia Popular do Brasil e passou por todos os trâmites até ser sancionada e promulgada pelo Presidente da República. Afinal de contas, este Programa está respeitando a nossa lei maior?

As Farmácias Populares restringem o acesso universal aos medicamentos, beneficiando a classe média, gerando transtornos aos mais carentes que são desprovidos de recursos financeiros e, por esse motivo, não tem poder de compra deste artifício para seu tratamento.

Gilson Carvalho<sup>68</sup> argumenta ser contra a cobrança de medicamentos pelo Programa Farmácia Popular do Brasil pelo seguinte motivo:

(...) Quero reprovar que esta farmácia popular vá cobrar dos cidadãos qualquer importância por mais simbólica, irrisória que seja. Isto, no meu entender é total e completamente inconstitucional. A CF diz que Saúde é Direito de Todos e Dever do Estado e a Lei Orgânica da Saúde, 8080,6,1,d, afirma que estão incluídos no campo de atuação do SUS a assistência terapêutica, inclusive a farmacêutica. Não me digam que o dinheiro usado nisto não será do SUS, pois não tem possibilidade de se usar dinheiro na saúde sem que seja administrado no Fundo de Saúde do SUS, dentro de um plano e aprovado no Conselho. Se outros países, de sistemas de saúde universais e invejáveis por nós, introduziram cobranças de remédios de venda subsidiada, com certeza estão obedecendo suas leis. O que questionamos é a impossibilidade de fazer isto com a nossa legislação, com a atual Constituição em vigor (...).

Não podemos criar uma lei que utiliza o sistema de co-pagamento tomando embasamento em ordenamento jurídico de outros países, pois o Direito brasileiro tem suas próprias leis e a Constituição da República garante o acesso à saúde em todos os níveis de complexidade, e veda a destinação de qualquer recurso público para subvenções às instituições privadas com fins lucrativos (§ 2º, art. 199 da CF), além de assegurar o acesso universal, igualitário e integral a Assistência Farmacêutica, sendo estes direitos pertencentes a toda população brasileira,

---

<sup>68</sup>CARVALHO. Carvalho. Farmácia popular sim, pagamento por medicamentos não. **Revista Saúde em Debate – CEBES**. Ano XXVIII. v.28 n.67 mai-ago de 2004. p. 173.

inclusive aos estrangeiros que necessitarem destes serviços.

Para ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular, o consumidor deverá arcar, do seu próprio bolso, com um percentual que varia de acordo com o medicamento, podendo chegar ao desconto máximo de 90%. Este sistema é chamando de co-pagamento. Vale salientar que neste Programa, o dinheiro é oriundo do Ministério da Saúde, através de impostos recolhidos pelo Fundo Nacional de Saúde<sup>69</sup> e de outras fontes (arts. 31 e 32 da Lei nº. 8080/90), e o Estado paga a maioria da parte, cabendo o consumidor arcar com o restante.

A Farmácia Popular fere o princípio constitucional que garante o acesso universal e integral a todos os serviços e complexidades pelo Sistema Único de Saúde, incluindo desde a atenção básica, a assistência ambulatorial e hospitalar (desde internação até os transplantes) e o acesso aos medicamentos para tratamento de enfermidades. O SUS deve distribuir os medicamentos de forma gratuita aos seus usuários, adquiridos com recursos provenientes do Governo através de impostos e depositados no Fundo Nacional de Saúde.

O mesmo autor<sup>70</sup> vai mais adiante sobre a cobrança de medicamentos pelo Programa Farmácia Popular do Brasil:

Tenho receio da quebra da universalidade. Não encontro um argumento sequer que justifique esta cobrança. Se Saúde é direito de todos e dever do estado, este não pode cobrar absolutamente nada de sua clientela, dos cidadãos usuários. No momento em que se admite que, pagando parte do serviço, pode-se garantir o benefício, oficialmente, estou discriminando o que menos tem, o que significa a negação do direito.

A quebra da universalidade do atendimento representa um sinal de alerta perigoso em nosso ordenamento jurídico, colocando em “xeque” o Estado de Direito que sempre lutamos. Entendemos como uma negligencia do Governo a falta da universalidade no acesso aos medicamentos da rede pública de saúde àqueles que precisam destes serviços. Assim, regressaremos ao passado, onde os mais carentes eram discriminados de forma tal, que não tinham oportunidade de tratamento de saúde e conseqüente piora na qualidade de vida.

Gilson Carvalho comenta em seu artigo, que o pagamento de medicamentos proveniente de recursos do Estado fere os princípios da Constituição:

---

<sup>69</sup>Cf. O FNS administra os recursos do Sistema Único de Saúde na esfera federal e são destinados conforme o art. 2º, da Lei nº 8.142/90.

<sup>70</sup>Loc. cit nota 68.

A inconstitucionalidade é o pagamento pelo cidadão, por menor parte que seja, de um medicamento que o Governo é obrigado a garantir pelos impostos e contribuições que já recolhe do cidadão. A venda de remédios pelo SUS (não se iludam com os 10% do custo, pois é o princípio que se rompe) quebra a integralidade sendo uma medida inconstitucional”<sup>71</sup>.

O autor ainda explica que, no Direito brasileiro, o sistema de co-pagamento não é permitido para Assistência Farmacêutica, “pois o direito à saúde é universal (para todos) e integral, em todos os níveis de complexidade”<sup>72</sup>. Este argumento fere o primeiro princípio constitucional da saúde que é a Universalidade<sup>73</sup> e prejudica a Assistência Farmacêutica do Sistema Único de Saúde, ou seja, a Farmácia Básica cada vez ficará mais ineficiente pelo motivo da falta de investimento neste setor por causa do PFPB. Se o recurso é proveniente do Fundo Nacional da Saúde, isto quer dizer que são impostos pagos pela sociedade e é obrigação constitucional firmada pelo pacto social, sendo totalmente obrigatório ao Estado garantir o acesso universal à saúde, e não cobrar que se pague pelos medicamentos comprados na Farmácia Popular, que são provenientes dos recursos públicos, gerando um sistema chamado co-pagamento<sup>74</sup>.

Aqueles que são a favor do Programa Farmácia Popular do Brasil argumentam que o recurso, mesmo proveniente do Fundo Nacional da Saúde, não tem como objetivo principal atender os paciente do Sistema Único de Saúde (SUS) e sim aqueles que compram medicamentos de farmácias e drogarias privadas<sup>75</sup>.

O Estado não pode exigir que a população pague novamente parte do custo dos medicamentos provenientes do Fundo Nacional da Saúde. Para que isso possa ocorrer, seria necessário refazer mudanças na Constituição Federal. Os medicamentos devem ser distribuídos de forma gratuita e sem a cobrança para aqueles que deles necessitam, considerando que já estão pagos pelos cidadãos através de contribuições e impostos.

---

<sup>71</sup>CARVALHO, Gilson. Farmácia Popular: o governo vendendo remédios quando deveria distribuir pelo SUS. **Instituto de Direito Sanitário Aplicado – IDSA**. Disponível em: <[http://www.idisa.org.br/site/artigos/visualiza\\_conteudo1.php?id=1715](http://www.idisa.org.br/site/artigos/visualiza_conteudo1.php?id=1715)> Acesso em 22mar.2010.

<sup>72</sup>Loc. cit. nota 71.

<sup>73</sup>Cf. O princípio da universalidade está relacionada à gratuidade no acesso aos serviços, configuração expressamente atribuída à política pública instituída por meio do Sistema Único de Saúde.

<sup>74</sup>Co-pagamento consiste quando o paciente paga, de seu próprio bolso parte dos custos dos bens e serviços quando estiver em uso.

<sup>75</sup>ALVES, David. Farmácia Popular só em 2007. **O Diário do Norte do Paraná**, Maringá, 06 set.2006. Região R3. Disponível em: <<http://odiariomaringa.com.br/digital/2006/09/06/pagina21.swf>> Acesso em 22mar.2010.

O Sistema Único de Saúde passa por dificuldades e continua desabastecido. No entanto, não se observa a falta de medicamentos nas inúmeras Farmácias Populares, que também são fornecidos por laboratórios oficiais. Embora não se possa afirmar, supõe-se que o mesmo medicamento que deveria ser distribuído pela rede pública de forma gratuita, pode estar sendo encontrado na FP, considerando que ambos são produzidos pelos mesmos laboratórios. Isso levaria, cada vez mais, a falta de medicamentos na Farmácia Básica, levando os usuários a procurarem a Farmácia Popular. O que nos garante que a estratégia não é essa?

A Lei nº 10.858/04 abriu uma brecha, baseada na inconstitucionalidade, através do Programa Farmácia Popular do Brasil, que está vendendo medicamentos que deveria estar no Sistema Único de Saúde. Os medicamentos são originados de impostos que deveriam ser investidos no SUS, mas são subsidiados nas farmácias e drogarias privadas participantes do PFPB, exigindo co-pagamento dos cidadãos.

A reação do Judiciário brasileiro com relação à Lei nº 10.858/04 foi quase inerte, gerando um fato perigoso, pois o Estado poderá, usando esta mesma tática, argumentar que trará benefícios a população se os serviços assegurados pela Constituição forem cobrados a um baixo custo, criando, por exemplo, a “Vacina Popular”, “Cirurgia Popular”, “Transplante Popular”, “Exame Popular”, etc. Dessa forma, os serviços de saúde deixarão de ser universais e passarão a ser exclusivos, e somente aqueles que tiverem condições de arcar com a despesa, poderão ter acesso à saúde.

Segundo as palavras de Gilson Carvalho<sup>76</sup> sobre a quebra dos princípios constitucionais: “Quando se rompe um princípio – o da universalidade, gratuidade do SUS – estamos violando todas as suas regras, pois violar um princípio é mais grave do que violar uma norma. Basta começar (...)”.

Em suma, a cobrança dos medicamentos pelo Programa Farmácia Popular do Brasil agride os Princípios da Universalidade, Integralidade e Equidade, assegurados pela Constituição Federal. A saúde é direito estabelecido pela Carta Magna e cabe ao Estado a obrigação de oferecer o acesso aos meios de promoção, prevenção e recuperação saúde, como a distribuição de medicamentos, de forma universal, gratuita e de tratamento integral a todos que dele necessitarem, para que possa cumprir o seu papel constitucional.

---

<sup>76</sup>CARVALHO. Gilson. Farmácia popular sim, pagamento por medicamentos não. **Revista Saúde em Debate – CEBES**. Rio de Janeiro. Ano XXVIII.. v.28 n.67 mai-ago de 2004. p. 173-175.

### 4.3 Soluções para o cumprimento constitucional do Programa Farmácia Popular do Brasil

O Sistema Único de Saúde realiza, com grande esforço, o cumprimento do que esta estabelecida na Constituição Federal, com a realização de programas como a Farmácia Básica, medicamentos excepcionais e medicamentos estratégicos. No lugar de investir mais no aperfeiçoamento e cobertura destes serviços, cria-se Programa paralelo, totalmente incompatível com a política do SUS, para a venda de medicamentos.

O Ministério da Saúde deveria investir mais na expansão da Farmácia Básica para que esta possa atender um número maior dos usuários do SUS e com melhor qualidade e suprindo as suas necessidades, mas, no entanto, o Governo criou um Programa que utiliza o dinheiro público, desviando a responsabilidade do Estado de garantir os medicamentos aos usuários que deles necessitam.

O Brasil tem uma carga tributária muito alta, uma das maiores do mundo, e não é admissível que faltem recursos para que o Ministério da Saúde faça a distribuição gratuita de medicamentos na Farmácia Básica, e os utilize no PFPB, com a argumentação de que não existe verba para investir na saúde. De fato, o que falta é prestabilidade política e maior fiscalização dos recursos destinados à saúde.

O MPF de Santa Catarina propôs ação civil pública contra a União e o município de Blumenau, através do processo nº 2007.72.05.003842-5, com a finalidade de proibir a comercialização de medicamentos pela PFPB. Segundo o Procurador da República Ricardo Kling<sup>77</sup>, autor da ação, com a criação do PFPB, o Governo está usando os recursos em um programa que priva o medicamento dos que não podem pagar por ele.

Cria-se, assim, um sistema paralelo ao SUS, do qual são excluídos os cidadãos mais pobres. O raciocínio é simples: se é exigido o pagamento pelo medicamento para que uma pessoa possa lograr acesso a tratamento terapêutico e, conseqüentemente, assistir à recuperação de sua saúde, é evidente que o acesso aos serviços e ações públicos de saúde deixa de ser pautado pela universalidade.

---

<sup>77</sup>PROCURADORIA GERAL DA REPÚBLICA. **MPF/SC quer proibir cobrança de remédios nas farmácias populares.** Disponível em: <[http://noticias.pgr.mpf.gov.br/noticias/noticias-do-site/copy\\_of\\_direitos-do-cidadao/mpf-sc-quer-coibir-cobranca-de-remedios-nas-farmacias-populares-1/](http://noticias.pgr.mpf.gov.br/noticias/noticias-do-site/copy_of_direitos-do-cidadao/mpf-sc-quer-coibir-cobranca-de-remedios-nas-farmacias-populares-1/)> Acesso em: 06.fev.2010.

Para Kling<sup>78</sup>, “Os direitos de segunda geração conferem o direito de exigir do Estado prestações sociais (positivas) nos campos da saúde, alimentação, educação, habitação, trabalho, *et cetera*, como forma de garantir o acesso universal e igualitário”.

O Programa Farmácia Popular do Brasil precisa ser alterado, reformando a Lei nº 10.858/04 para poder ficar de acordo com os princípios que emanam a Constituição e as diretrizes do Sistema Único de Saúde. Seria necessário extinguir o sistema de co-pagamento tanto nas Unidades Próprias como também nas farmácias privadas credenciadas no Aqui tem Farmácia Popular. Estas farmácias privadas poderiam participar de forma complementar ao SUS somente nos casos onde houvesse uma carência na Farmácia Básica que comprometesse o acesso e distribuição de medicamento a população de uma localidade ou região. As Unidades Próprias continuariam a existir em convênio com os Estados, Distrito Federal e Municípios, fornecidos pelo Ministério da Saúde os recursos suficiente para cobrir as despesas com a manutenção e aquisição destas e cabendo a fiscalização por um órgão competente, com a finalidade que seja aplicado corretamente o dinheiro público, como também evitando desvios de medicamentos ou outras formas ilícitas. Na prática, seria uma extensão das Farmácias Básicas existentes, ajudando na ampliação do acesso a todas as camadas sociais, proporcionando o acesso universal no atendimento e garantindo a Assistência Farmacêutica integral, levando aos seus usuários, maiores esclarecimentos quanto ao Uso Racional dos Medicamentos no seu tratamento e sem nenhuma interrupção, aumentando significativamente as chances de cura.

---

<sup>78</sup>Op. cit. nota 76.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado evidenciou que ao longo da história da saúde no Brasil, muitas lutas foram travadas a fim de implantar um sistema que abrangesse todos os cidadãos, sem discriminações. A nova Constituição atribuiu à saúde como um Direito Fundamental, comum a todos e tendo o Estado o dever de assegurá-la.

Antes da Constituição de 1988, o acesso a saúde era muito restrito e só aqueles que contribuíam com a Previdência (INPS e posteriormente o INAMPS) tinham atendimento terapêutico oferecido pelo Estado, ficando a maior parcela da população a mercê das Santas Casas de Misericórdia e Instituições Filantrópicas.

Com a criação do Sistema Único de Saúde, em 1990, a saúde pública deu um salto muito importante, e os direitos antes ausentes, passaram a ser reconhecidos e cumpridos. Este é um sistema modelo, que inclui quase cem por cento da população brasileira, oferecendo serviços tanto de Atenção Primária e como aqueles de maior complexidade, incluindo a Assistência Farmacêutica. Assim, fica garantido ao usuário do SUS o direito a um tratamento integral e totalmente gratuito, cumprindo-se as normas na Constituição Federal.

Nestes últimos 20 anos, apesar da saúde pública brasileira ter apresentado significativos avanços, ainda não se conseguiu atender com qualidade a todos que dele necessitam. A Farmácia Básica, responsável pela distribuição dos medicamentos para tratamento dos usuários do SUS, passa por dificuldades devido à falta de investimentos para sua expansão e melhoria na qualidade do serviço.

A solução encontrada pelo Governo, para sanar os problemas da FB, foi a criação do Programa Farmácia Popular do Brasil, sob gestão da Fiocruz, em 2004, que tem objetivo de, através de parcerias com Estados, Distrito Federal e Municípios, ampliar o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais, mediante pagamento de uma parcela do valor do medicamento. Em 2006 houve, ainda, a expansão deste Programa, através de parcerias com as farmácias e drogarias privadas.

Não encontrando o medicamento gratuito que necessitam na Farmácia Básica, os usuários são obrigados a comprá-los na Farmácia Popular ou em alguma outra farmácia privada, levando, muitas vezes, a desistência da realização do tratamento por falta de dinheiro.

O Programa Farmácia Popular do Brasil fere vários princípios constitucionais, como o Direito à Vida, o Direito à Dignidade da Pessoa Humana e o Direito a Saúde, onde estão incluídos os princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade. O Estado deve, ainda, promover a redução das desigualdades sociais, e a criação de uma sociedade justa. Desta forma, fica fácil identificar a inconstitucionalidade deste programa, onde há clara discriminação social com aqueles que não possuem condições de “comprar” o medicamento que o Governo tem a obrigação de distribuir gratuitamente.

Baseado no exposto, o referido Programa vai de encontro aos objetivos propostos com a criação do SUS, tirando do Estado a responsabilidade de realizar a distribuição de medicamentos gratuitamente. É necessário, então, que seja reformulada a proposta do PFPB, para que este venha a distribuir os medicamentos sem a cobrança do menor valor que seja para adquiri-los.

Analisando o PFPB, observamos que há um crescimento muito maior de farmácias privadas conveniadas com a Fiocruz. Dados relatam que não houve aumento no número de Unidades Próprias do Programa entre 2009 e 2010, enquanto que as unidades do Aqui Tem Farmácia Popular, onde há parceria com farmácias privadas, cresceram em mais de mil entre 2009 e 2010.

A solução para esta problemática seria uma reforma na Lei 10.858/04, que instituiu este Programa, para que exclua o sistema de co-pagamento e que as Unidades Próprias do PFPB possam distribuir gratuitamente os medicamentos, funcionando como uma expansão da Farmácia Básica, atingindo o objetivo inicial que é o de promover o acesso ao medicamento a todos, ao passo que as farmácias e drogarias conveniadas poderiam participar de forma complementar, apenas nos casos onde a demanda fosse superior a capacidade do SUS de distribuir gratuitamente os medicamentos, onde o Estado arcaria com o pagamento deste serviço, conforme previsto na Constituição Federal.

## REFERÊNCIAS

ALVES, David. Farmácia Popular só em 2007. **O Diário do Norte do Paraná**, Maringá, 06 set.2006. Região R3. Disponível em: <<http://odiariomaringa.com.br/digital/2006/09/06/pagina21.swf>> Acesso em 22mar.2010.

BOBBIO, Noberto. **Principi Generali di Diritto**, in Novissimo Digesto Italiano, v. 13, Turim, 1957.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm)> Acesso em 07.abr.2010.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923**. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1923/4682.htm>> Acesso em 07.abr.2010.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 200, de 25 de fevereiro de 1967**. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/Decreto-Lei/Del0200.htm>> Acesso em 07.abr.2010.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 75.985, de 17 de julho de 1975**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1970-1979/D75985.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D75985.htm)> Acesso em: 21.abr.2010.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 99.060, de 07 de março de 1990**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1990-1994/D99060.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D99060.htm)> Acesso em 19.abr.2010.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 2.223/97, de 24 de julho de 1997**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1997/D2283.htm#art9](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1997/D2283.htm#art9)> Acesso em: 21.abr.2010.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 5.090/04, de 20 de maio de 2004**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2004/Decreto/D5090.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Decreto/D5090.htm)> Acesso em: 21.abr.2010.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 1.261, de 31 de maio de 1904**. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=61058>> Acesso em: 21.abr.2010.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.069/90, de 13 de julho de 1990**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm)> Acesso em 19.abr.2010.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/l8080.htm>> Acesso em: 19.abr.2010.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.142/90, de 28 de dezembro de 1990.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm)> Acesso em 19.abr.2010.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.689/93, de 27 de julho de 1993.** Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8689.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8689.htm)> Acesso em 19.abr.2010.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9787.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9787.htm)> Acesso em: 21.abr.2010.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.858/04, de 13 de abril de 2004.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/lei/l10.858.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.858.htm)> Acesso em: 20.abr.2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **ABC do SUS: Doutrinas e Princípios.** Brasília: Secretária Nacional de Assistência à Saúde, 1990. Disponível em: <[http://biblioteca.planejamento.gov.br/biblioteca-tematica-1/textos/saude-epidemias-xcampanhas-dados-descobertas/at\\_managed\\_file.2009-09-16.4816606245/](http://biblioteca.planejamento.gov.br/biblioteca-tematica-1/textos/saude-epidemias-xcampanhas-dados-descobertas/at_managed_file.2009-09-16.4816606245/)> Acesso em: 20.abr.2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004.** Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resol\\_cns338.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resol_cns338.pdf)> Acesso: 07.abr.2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Programa Farmácia Popular do Brasil: manual básico.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Política Nacional de Medicamentos.** Brasília:Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_medicamentos.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf)> Acesso em: 21.abr.2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.179, de 17 de junho de 1996.** Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/1179\\_96.pdf](http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/1179_96.pdf)> Acesso em: 21.abr.2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.916/MS/GM, de 30 de outubro de 1998.** Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/3916\\_98.htm](http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/3916_98.htm)> Acesso: 21.abr.2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.654, de 11 de agosto de 2004.** Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/port\\_gm1651.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/port_gm1651.pdf)> Acesso em: 20.abr.2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 491, de 09 da março de 2006.** Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria-491->

2006.pdf> Acesso em: 24.abr.2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.587/MS/GM, de 06 de dezembro de 2004.** Disponível em: <  
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/Gm/GM-2587.htm>>  
Acesso em: 17.abr.2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.089, de 16 de dezembro de 2009.** Disponível em:  
<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3089\\_16\\_12\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3089_16_12_2009.html)>  
Acesso em: 24.abr.2010.

\_\_\_\_\_. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais:** Rename. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2000. <  
<http://www.fef.br/biblioteca/arquivos/data/rename1.pdf>> Acesso em: 07.abr.2010.

CARVALHO, Gilson. Farmácia Popular: o Governo vendendo remédios quando deveria distribuir pelo SUS. **Instituto de Direito Sanitário Aplicado – IDSA.** Disponível em:  
<[http://www.idisa.org.br/site/artigos/visualiza\\_conteudo1.php?id=1715](http://www.idisa.org.br/site/artigos/visualiza_conteudo1.php?id=1715)> Acesso em 22mar.2010.

\_\_\_\_\_, Carvalho. Farmácia popular sim, pagamento por medicamentos não. **Revista Saúde em Debate – CEBES.** Rio de Janeiro. Ano XXVIII. v.28 n.67 mai-ago de 2004.

COSTA,Wagner Veneziani; AQUAROLLI, Marcelo. **Dicionário Jurídico.** São Paulo : Madras, 2004.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Parcerias na Administração Pública.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa.** 4. ed. Curitiba : Ed. Positivo. 2009.

GALANTE, Marcelo. **Direito Constitucional.** Para aprender direito. vol. 4.São Paulo: Barros, Fischer & Associados, 2005.

INDRIUNAS, Luís. **História da Saúde Pública no Brasil.** Disponível em:  
<http://pessoas.hsw.uol.com.br/historia-da-saude.htm> Acesso em: 07.abr.2010.

LENZA, Pedro. **Direito Constitucional Esquematizado.** 12. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2008.

LIMA, Isabel Sampaio Oliveira. **Direito à Vida e à Saúde.** Disponível em:  
<http://www.abmp.org.br/acervo.php?b=3> Acesso em: 07.abr.2010.

LUCENA, Socorro; BRITO, Adjalmira (orgs). **Regras de Metodologia para Trabalhos de Graduação.** João Pessoa: UNIPÊ, 2006.

MARTINS, Sergio Pinto. **Direito da Seguridade Social**. 28. ed. 2. reimpr. São Paulo : Atlas, 2009.

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde. **Guia do Usuário: Sistema Único de Saúde no Mato Grosso**. Cuiabá: SES, 2001. Disponível em: <[http://www.saude.mt.gov.br/adminpublicacao/arquivo/GuiaSus\\_Web.pdf](http://www.saude.mt.gov.br/adminpublicacao/arquivo/GuiaSus_Web.pdf)> Acesso em: 22.abr.2010.

MELO. Celso Antônio Bandeira de. **Elementos de Direito Administrativo**. São Paulo: Ed. RT, 1980

MENDES. Gilmar Ferreira e Colaboradores. **Curso de Direito Constitucional**. 2. ed. ver. e atual. São Paulo: Saraiva, 2008.

MORAES. Alexandre de. **Direito Constitucional**. 24. ed. 2. reimpr. São Paulo: Atlas, 2009.

\_\_\_\_\_, Alexandre de. **Direitos Humanos Fundamentais**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

NARITA, Sandra. Os perigos da automedicação. **Sociedade Brasileira de Endocrinologia**. Disponível em: <[http://www.endocrino.org.br/media/sbem/conteudo/publico\\_exibe.php?idNot=127](http://www.endocrino.org.br/media/sbem/conteudo/publico_exibe.php?idNot=127)> Acesso: 21.abr.2010.

PROCURADORIA GERAL DA REPÚBLICA. **MPF/SC quer proibir cobrança de remédios nas farmácias populares**. Disponível em: <[http://noticias.pgr.mpf.gov.br/noticias/noticias-do-site/copy\\_of\\_direitos-do-cidadao/mpf-sc-quer-coibir-cobranca-de-remedios-nas-farmacias-populares-1/](http://noticias.pgr.mpf.gov.br/noticias/noticias-do-site/copy_of_direitos-do-cidadao/mpf-sc-quer-coibir-cobranca-de-remedios-nas-farmacias-populares-1/)> Acesso em: 06.fev.2010.

REALE, Miguel. **Lições Preliminares de Direito**. 27. ed. ajustada ao novo código civil. São Paulo: Saraiva, 2002.

SILVA, José Afonso da. **Comentário Contextual à Constituição**. 4. ed. São Paulo: Malheiros, 2007.

\_\_\_\_\_. José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 27. ed. São Paulo: Malheiros, 2006.

SINDICATO DOS MÉDICOS DO RIO DE JANEIRO. **Conheça a história e como funciona o SUS**. Disponível em: <http://www.sinmedrj.org.br/clipping/clip/sus.htm> Acesso em: 03abr2010.

SPITZCOVSKY, Celso. **O direito à vida e as obrigações do Estado em matéria de saúde**. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=8382> Acesso em: 07.abr.2010.

WEICHERT, Marlon Alberto. **Saúde e Federação na Constituição Brasileira**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004.

## **ANEXOS**



# Presidência da República

## Casa Civil

### Subchefia para Assuntos Jurídicos

#### LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

#### DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º 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.

#### TÍTULO I

##### DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

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.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

#### TÍTULO II

##### DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

##### DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).



§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

## CAPÍTULO I

### Dos Objetivos e Atribuições

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

- I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;
- 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:
  - a) de vigilância sanitária;
  - b) de vigilância epidemiológica;
  - c) de saúde do trabalhador; e
  - d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;
- II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
- III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;
- V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;
- VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;
- VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;
- IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;
- XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do

meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

## CAPÍTULO II

### Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no [art. 198 da Constituição Federal](#), obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como 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;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
  - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
  - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

## CAPÍTULO III

### Da Organização, da Direção e da Gestão

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o [inciso I do art. 198 da Constituição Federal](#), sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Art. 11. [\(Vetado\)](#).

Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

I - alimentação e nutrição;

II - saneamento e meio ambiente;

III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;

IV - recursos humanos;

V - ciência e tecnologia; e

VI - saúde do trabalhador.

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

## CAPÍTULO IV

### Da Competência e das Atribuições

#### Seção I

##### Das Atribuições Comuns

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;

II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;

III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;

IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;

V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;

VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;

VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;

VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;

IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;

XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;

XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;

XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;

XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;

XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;

XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;

XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;

XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;

XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;

XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

## Seção II

### Da Competência

Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;

II - participar na formulação e na implementação das políticas:

a) de controle das agressões ao meio ambiente;

b) de saneamento básico; e

c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;

III - definir e coordenar os sistemas:

a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;

b) de rede de laboratórios de saúde pública;

c) de vigilância epidemiológica; e

d) vigilância sanitária;

IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;

V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;

VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;

VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;

VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;

IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;

X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;

XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;

XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;

XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;

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. [\(Vide Decreto nº 1.651, de 1995\)](#)

Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional.

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;

II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);

III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;

IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

- b) de vigilância sanitária;
- c) de alimentação e nutrição; e
- d) de saúde do trabalhador;

V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;

VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;

VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;

VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;

IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;

XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;

XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;

XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;

III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

IV - executar serviços:

- a) de vigilância epidemiológica;
- b) vigilância sanitária;
- c) de alimentação e nutrição;
- d) de saneamento básico; e
- e) de saúde do trabalhador;



V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;

XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Art. 19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

## CAPÍTULO V

### Do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

[\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde – SUS, criado e definido por esta Lei, e pela [Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990](#), com o qual funcionará em perfeita integração. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global,

contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

§ 1º O Subsistema de que trata o *caput* deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

§ 2º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

§ 3º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

Art. 19-H. As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

## CAPÍTULO VI

DO SUBSISTEMA DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR  
[\(Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002\)](#)

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar. [\(Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002\)](#)

§ 1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio. [\(Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002\)](#)

§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora. [\(Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002\)](#)

§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família. [\(Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002\)](#)

## CAPÍTULO VII

DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO [\(Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005\)](#)

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. [\(Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005\)](#)

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente. [\(Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005\)](#)

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo. [\(Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005\)](#)

Art. 19-L. [\(VETADO\)](#) [\(Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005\)](#)

### TÍTULO III

## DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

### CAPÍTULO I

#### Do Funcionamento

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.

§ 1º Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.

§ 2º Excetuam-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.

### CAPÍTULO II

#### Da Participação Complementar

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 3º [\(Vetado\)](#).

§ 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS).

#### TÍTULO IV

#### DOS RECURSOS HUMANOS

Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

II - [\(Vetado\)](#)

III - [\(Vetado\)](#)

IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Art. 28. Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), só poderão ser exercidas em regime de tempo integral.

§ 1º Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 2º O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.

Art. 29. [\(Vetado\)](#).

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

## TÍTULO V

### DO FINANCIAMENTO

#### CAPÍTULO I

##### Dos Recursos

Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 32. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

I - [\(Vetado\)](#)

II - Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;

III - ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e

VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1º Ao Sistema Único de Saúde (SUS) caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

§ 2º As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

§ 3º As ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação (SFH).

§ 4º [\(Vetado\)](#).

§ 5º As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelas universidades e pelo

orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.

§ 6º [\(Vetado\)](#).

## CAPÍTULO II

### Da Gestão Financeira

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

§ 2º [\(Vetado\)](#).

§ 3º [\(Vetado\)](#).

§ 4º O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Art. 34. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

I - perfil demográfico da região;

II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;

III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;

IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;

V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;

VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;

VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§ 1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 3º [\(Vetado\)](#).

§ 4º [\(Vetado\)](#).

§ 5º [\(Vetado\)](#).

§ 6º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

### CAPÍTULO III

#### Do Planejamento e do Orçamento

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Art. 38. Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

#### DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 39. [\(Vetado\)](#).

§ 1º [\(Vetado\)](#).

§ 2º [\(Vetado\)](#).

§ 3º [\(Vetado\)](#).

§ 4º [\(Vetado\)](#).

§ 5º A cessão de uso dos imóveis de propriedade do Inamps para órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.

§ 6º Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os seus acessórios, equipamentos e outros

§ 7º (Vetado).

§ 8º O acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, será assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerencia informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.

Art. 40. (Vetado)

Art. 41. As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.

Art. 42. (Vetado).

Art. 43. A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos contratados, ressaltando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

Art. 44. (Vetado).

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

§ 1º Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

§ 2º Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado.

Art. 46. o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.

Art. 47. O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), organizará, no prazo de dois anos, um sistema nacional de



informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Art. 48. [\(Vetado\)](#).

Art. 49. [\(Vetado\)](#).

Art. 50. Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 51. [\(Vetado\)](#).

Art. 52. Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, art. 315) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) em finalidades diversas das previstas nesta lei.

Art. 53. [\(Vetado\)](#).

Art. 54. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 55. São revogadas a [Lei nº. 2.312, de 3 de setembro de 1954](#), a [Lei nº. 6.229, de 17 de julho de 1975](#), e demais disposições em contrário.

Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR

*Alceni Guerra*



## Presidência da República

### Casa Civil

#### Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 10.858, DE 13 DE ABRIL DE 2004.

[Regulamento](#)

[Conversão da MPv nº 154, de 2003](#)

Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA** Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Esta Lei trata da disponibilização de medicamentos pela Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, mediante ressarcimento, visando a assegurar à população o acesso a produtos básicos e essenciais à saúde a baixo custo.

Parágrafo único. Além da autorização de que trata o **caput** deste artigo, a Fiocruz poderá disponibilizar medicamentos produzidos por laboratórios oficiais da União ou dos Estados, bem como medicamentos e outros insumos definidos como necessários para a atenção à saúde.

Art. 2º A Fiocruz entregará o respectivo medicamento mediante ressarcimento correspondente, tão-somente, aos custos de produção ou aquisição, distribuição e dispensação, para fins do disposto no art. 1º desta Lei.

Art. 3º Para os efeitos do disposto no parágrafo único do art. 1º desta Lei, a Fiocruz poderá firmar:

- I – convênios com a União, com os Estados e com os Municípios; e
- II – contratos de fornecimento com produtores de medicamentos e outros insumos necessários para a atenção à saúde.

Art. 4º A Fiocruz poderá, sem prejuízo do disposto nesta Lei, disponibilizar medicamentos e outros insumos oriundos de sua produção a países com os quais o Brasil mantenha acordo internacional, nos termos de regulamento.

Art. 5º As ações de que trata esta Lei serão executadas sem prejuízo do abastecimento da rede pública nacional do Sistema Único de Saúde.

Art. 6º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 13 de abril de 2004; 183º da Independência e 116º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

*Humberto Sérgio Costa Lima*



# Presidência da República

Casa Civil

Subchefia para Assuntos Jurídicos

DECRETO Nº 5.090, DE 20 DE MAIO DE 2004.

Regulamenta a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa "Farmácia Popular do Brasil", e dá outras providências.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, no uso das atribuições que lhe confere o art. 84, incisos IV e VI, alínea "a", da Constituição, e tendo em vista o disposto na [Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004](#), e

Considerando a necessidade de implementar ações que promovam a universalização do acesso da população aos medicamentos;

Considerando que a meta de assegurar medicamentos básicos e essenciais à população envolve a disponibilização de medicamentos a baixo custo, para os cidadãos que são assistidos pela rede privada; e

Considerando a necessidade de proporcionar diminuição do impacto causado pelos gastos com medicamentos no orçamento familiar, ampliando o acesso aos tratamentos;

## **DECRETA:**

Art. 1º Fica instituído o Programa "Farmácia Popular do Brasil", que visa a disponibilização de medicamentos, nos termos da Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, em municípios e regiões do território nacional.

§ 1º A disponibilização de medicamentos a que se refere o **caput** será efetivada em farmácias populares, por intermédio de convênios firmados com Estados, Distrito Federal, Municípios e hospitais filantrópicos, bem como em rede privada de farmácias e drogarias.

§ 2º Em se tratando de disponibilização por intermédio da rede privada de farmácia e drogarias, o preço do medicamento será subsidiado.

Art. 2º A Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ será a executora das ações inerentes à aquisição, estocagem, comercialização e dispensação dos medicamentos, podendo para tanto firmar convênios com a União, Estados, Distrito Federal e Municípios, sob a supervisão direta e imediata do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. O Ministério da Saúde poderá firmar convênio com entidades públicas e privadas, visando à instalação e implantação de novos serviços de disponibilização de medicamentos e insumos, mediante ressarcimento, tão-somente, de seus custos de produção ou aquisição.

Art. 3º O rol de medicamentos a ser disponibilizado em decorrência da execução do Programa "Farmácia Popular do Brasil" será definido pelo Ministério da Saúde, considerando-se as evidências epidemiológicas e prevalências de doenças e agravos.

Art. 4º O Programa "Farmácia Popular do Brasil" será executado sem prejuízo do abastecimento da rede pública nacional do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 5º O Ministério da Saúde expedirá, no prazo de sessenta dias, a contar da data de publicação deste Decreto, normas complementares à implantação do Programa.

Art. 6º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 20 de maio de 2004; 183º da Independência e 116º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

*Gastão Wagner de Sousa Campos*