

25/02/2021

ENC: MATERIAL – DR. MÁRIO MAIA – INDIC... - Jacqueline de Souza Alves da Silva

# ENC: MATERIAL – DR. MÁRIO MAIA – INDICADO AO CNJ

Marcelo de Almeida Frota

qua 24/02/2021 15:09

Para:Jacqueline de Souza Alves da Silva <JACQUES@senado.leg.br>;

0 10 anexos

2. Políticas de saúde no Brasil avaliação da política de assistência farmacêutica - Professor RicardoPinto (1).doc; 3. O planejamento de escolas de ensino diferenciadas para autóctones - Professor Jose Luis Nascimento (1).doc; 4. Parcelamento de dívidas tributárias - Professor Carlos Pedro Gonçalves (1).doc; 5. A Constituição brasileira de 1988 dividida entre o modelo gerencial e o burocrático - Professor Joaquim C. Caeiro (1).doc; 6. A concessão da exploração do Aeroporto Internacional Pinto Martins à iniciativa privada - Professor Pedro Correa (1).doc; 7. Dificuldades de medição de sucesso do Programa Alfabetização na Idade Certa - Professor Pedro Gomes Rodrigues (1).doc; 8. Liderança Inovação e reforma do Judiciário - o protagonismo judicial - Professor Damasceno Dias.docx; 9. Agenda política e Ensino Superior Público - Professor João Catarino.docx; 10. Controle da Gestão Pública - Professora Ana Romao.docx; PARECERES.pdf;

---

**De:** Sen. Rodrigo Pacheco

**Enviada em:** quarta-feira, 24 de fevereiro de 2021 12:03

**Para:** Marcelo de Almeida Frota <MFROTA@senado.leg.br>

**Assunto:** ENC: MATERIAL – DR. MÁRIO MAIA – INDICADO AO CNJ

---

**De:** Talita Ferreira [<mailto:anatalitaferreira@hotmail.com>]

**Enviada em:** terça-feira, 23 de fevereiro de 2021 16:21

**Para:** Sen. Rodrigo Pacheco <[sen.rodrigopacheco@senado.leg.br](mailto:sen.rodrigopacheco@senado.leg.br)>

**Assunto:** MATERIAL – DR. MÁRIO MAIA – INDICADO AO CNJ

Excelentíssimo Senador,

Encaminho-lhe material relativo ao Dr. Mário Henrique Maia, para sua análise.

Desde já, agradeço a atenção.

**Atenciosamente,**

**Talita Ferreira**



## MESTRADO EM GESTÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS

**Unidade Curricular: Avaliação de Políticas Públicas**

**Docente: Doutor Professor Ricardo Pinto**

**Mestrando: Mário Henrique Aguiar Goulart Ribeiro Nunes Maia**

**Políticas de saúde no Brasil: avaliação da política de assistência farmacêutica.**

**Lisboa**

**Abril / 2017**

**VALORIZAMOS PESSOAS**



Os critérios de eficiência, eficácia, equidade, transparência, prestação de contas e a regularidade do financiamento orientam a criação valor nos serviços públicos, enquanto novas estratégias ainda precisam ser implementadas, tendo em vista a essencial inovação do setor público brasileiro. Uma governação bem-sucedida, apta, portanto, a atingir de maneira equitativa aqueles que mais precisam de auxílio estatal para disporem de uma vida digna, com um austero controle de gastos da Administração Pública se torna imperiosa.

Por essa razão, e considerando que uma boa execução na política pública de assistência farmacêutica pode ajudar a solucionar a situação caótica na qual se encontra o Brasil, decidiu-se focar o objeto de estudo apenas nessa perspectiva – tendo em vista que a Política Nacional de Saúde se subdivide em várias ações diferentes, com verbas e despesas diferenciadas.

Sobre o direito à saúde no Brasil, mais especificamente, no programa de assistência farmacêutica, incluída no plano geral de desenvolvimento da saúde nacional foi importante destacar os montantes totais disponibilizados no orçamento da União que revelam quais são os valores totais disponíveis para a saúde e evidenciam quanto poderá ser utilizado para as despesas com o acesso aos medicamentos mais essenciais que são oferecidos pelo Governo Federal, por meio de sua política de saúde.

No ano de 2016, por exemplo, foram gastos R\$ 51.970.035.461,95 com atendimento hospitalar e ambulatorial. Se forem consideradas as despesas com alimentação e nutrição como parte dos cuidados preventivos com a saúde, haverá um adicional de despesas no valor de R\$ 3.550.095.594,41. No total foram gastos pelo Governo Federal R\$ 55.520.131.056,36 (BRASIL, 2017). Em números absolutos, numa situação hipotética em que todos os cidadãos brasileiros tenham utilizado os serviços públicos acima nomeados (o que está longe da verdade)<sup>1</sup>, teríamos um total de R\$ 264,38 por habitante ao ano – o que é a média do custo mensal dos maiores planos de saúde privada oferecidos para o público adulto no Brasil, como é o caso daqueles oferecidos pelas empresas privadas UNIMED, Sulamérica Seguros ou AMIL, por exemplo. O gráfico abaixo, colacionado diretamente do relatório disponibilizado pela Orçamento Geral da União (BRASIL, 2013: 4), demonstra o percentual de gastos da população de vários países com saúde, comparando os gastos entre saúde pública e privada para o ano de 2011:

---

<sup>1</sup> Como é demonstrado nos estudos sobre geografia humana, além das dificuldades de deslocamento do meio rural ao meio urbano, ou da zona florestal para as zonas urbanizadas, os cidadãos desprovidos de informação (escolarização) não têm uma visão global nem de seus direitos, nem de seu território, ficando, muitas vezes, conscritos ao meio ambiente social em que habitam: “Continuamos no livro de Lacoste, como exemplificação. Este autor admite que os detentores do poder (seja o Estado ou a grande empresa) sempre possuem uma visão integrada do espaço, dada pela intervenção articulada em vários lugares. Por outro lado, o cidadão comum tem uma visão fracionada do espaço, pois só concebe os lugares abarcados por sua vivência cotidiana, e só esporadicamente possui informações (e mesmo assim truncadas) da realidade de outros lugares” (MORAES, 2003: 43).



**Despesas com Saúde, públicas x privadas (2011)**

Países/Descriptor	Brasil	Canadá	França	Austrália	Espanha	Argentina	China
Despesas totais de saúde (% do PIB)	8,9	11,2	11,6	9,0	9,4	8,1	5,2
Despesas privadas de saúde, (% do PIB)	4,8	3,3	2,7	2,8	2,5	3,2	2,3
Despesas públicas de saúde, (% do PIB)	4,1	7,9	8,9	6,2	7,0	4,9	2,9
Despesas públicas de saúde (% do total de despesas em saúde)	45,7	70,4	76,7	68,5	73,6	60,6	55,9

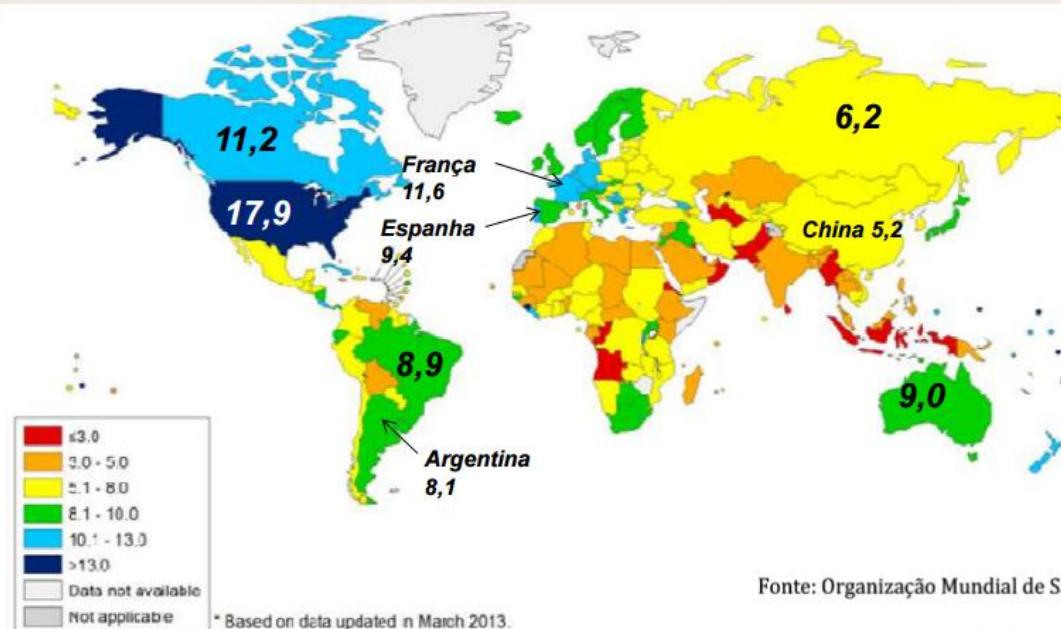
Fonte: Indicadores de Desenvolvimento Mundial do Banco Mundial

Como se pode observar, as despesas com saúde privada ultrapassam em 0,7%, as mesmas despesas com saúde oferecida pelo Estado. Significa dizer que o montante global de despesas com saúde no Brasil representa 8,9% do PIB e que, se aplicado o princípio da solidariedade e da capacidade contributiva, seria mais viável investir esses recursos na saúde pública, do que continuar com gastos privados. Tal sistemática pode garantir o princípio da universalidade do atendimento para toda a população, fazendo com que a parcela mais rica da sociedade contribua com mais impostos – pela simples instituição do Imposto Sobre Grandes Fortunas (IGF), que foi previsto constitucionalmente, mas carece de regulamentação por Lei Complementar, por inépcia do Congresso Nacional brasileiro.

Analizando esse problema a partir de uma perspectiva macroeconômica, pode-se constatar nos dados sobre 2011, oriundos de uma pesquisa realizada pela Organização Mundial da Saúde que os gastos do Brasil em relação ao Produto Interno Bruto (PIB) estiveram bem próximos da média de gastos de países como a Austrália, Argentina, Finlândia, Reino Unido, Espanha, Noruega e Groelândia, que variaram entre 8,1 e 10% do PIB, conforme indica o gráfico disponibilizado pelo Ministério da Saúde brasileiro, abaixo (BRASIL, 2013: 3):



### Despesa Total em Saúde - Percentagem do PIB de 2011



Convém salientar que a política de assistência específica de saúde difere das demais, porque tem a função de disponibilizar medicação à baixo custo, ou custo zero, às pessoas que precisam de tratamento – para os mais diversos tipos de doenças – e não podem pagar o preço cobrado no mercado. Como uma campanha a favor do barateamento do preço dos medicamentos no Brasil, foi editada a Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999, que autorizou os laboratórios biofarmacêuticos instalados no país a fabricarem medicamentos com princípios ativos patenteados por empresas privadas, com o objetivo de conter doenças que assolam a maioria da população brasileira (BUSS, 2000), como o coquetel contra a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS) (LOYOLA, 2008).<sup>2</sup>

Isso significa que alguns laboratórios, mediante autorização legal, podem quebrar a patente de grandes empresas farmacêuticas multinacionais, com o objetivo de ofertar esses medicamentos a preços acessíveis à população (COSENDEY, 2000) e, no caso das farmácias populares (autorizadas pela Lei nº 10.508, de 13 de abril de 2004), a preços simbólicos ou mesmo de graça (conforme Portaria nº 491 do Ministério da Saúde).

Face a essas informações, criou-se o seguinte quadro sistemático de caracterização da política pública de assistência farmacêutica brasileira, conforme a

<sup>2</sup> O Plano Nacional de Saúde (BRASIL, 2011) reconhece que um dos maiores entraves existentes na concretização de uma política nacional de acesso aos fármacos gira em torno exatamente de royalties devidos às indústrias farmacêuticas, que envolveriam custos produtivos na ordem de R\$ 10 bilhões, conforme dados do Ministério da Saúde: “Apesar do potencial econômico e científico em saúde, persiste o desafio de transformar o conhecimento em inovação e de efetivar a apropriação pela população dos frutos do progresso técnico-científico. O crescimento da produção científica em saúde ainda tem limites estruturais para a sua transformação em bens, serviços, tecnologias e conhecimentos absorvidos pela sociedade. Indicadores mostram dependência de tecnologias internacionais protegidas por patentes e déficit comercial, que supera US\$ 10 bilhões no complexo produtivo em seu conjunto, envolvendo medicamentos, fármacos, hemoderivados, vacinas, equipamentos e reagentes para diagnóstico” (BRASIL, 2011: 35).



Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (MS, 2004):

Caracterização da política	
Objetivos	<p>A Política Nacional de Assistência Farmacêutica é parte integrante da Política Nacional de Saúde, envolvendo um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde e garantindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade.</p> <p>A Assistência Farmacêutica deve ser compreendida como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, entre as quais destacam-se as políticas de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de recursos humanos, dentre outras, garantindo a intersetorialidade inerente ao sistema de saúde do país (SUS) e cuja implantação envolve tanto o setor público como privado de atenção à saúde.</p> <p>A Assistência Farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.</p> <p>As ações de Assistência Farmacêutica envolvem aquelas referentes à Atenção Farmacêutica, considerada como um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica e compreendendo atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde.</p>
Metas	<p>A garantia de acesso e equidade às ações de saúde, inclui, necessariamente, a Assistência Farmacêutica.</p> <p>Manutenção de serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde, nos diferentes níveis de atenção, considerando a necessária articulação e a observância das prioridades regionais definidas nas instâncias gestoras do SUS.</p> <p>Qualificação dos serviços de assistência farmacêutica existentes, em articulação com os gestores estaduais e municipais, nos diferentes níveis de atenção.</p> <p>Descentralização das ações, com definição das responsabilidades das diferentes instâncias gestoras, de forma pactuada e visando a superação da fragmentação em programas desarticulados.</p> <p>Desenvolvimento, valorização, formação, fixação e capacitação de recursos humanos.</p> <p>Modernização e ampliar a capacidade instalada e de produção dos</p>



	Laboratórios Farmacêuticos Oficiais, visando o suprimento do SUS e o cumprimento de seu papel como referências de custo e qualidade da produção de medicamentos, incluindo-se a produção de fitoterápicos.
Atividades desenvolvidas	<p>Utilização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), atualizada periodicamente, como instrumento racionalizador das ações no âmbito da assistência farmacêutica.</p> <p>Pactuação de ações intersetoriais que visem à internalização e o desenvolvimento de tecnologias que atendam às necessidades de produtos e serviços do SUS, nos diferentes níveis de atenção.</p> <p>Implementação de forma intersetorial, e em particular, com o Ministério da Ciência e Tecnologia, de uma política pública de desenvolvimento científico e tecnológico, envolvendo os centros de pesquisa e as universidades brasileiras, com o objetivo do desenvolvimento de inovações tecnológicas que atendam os interesses nacionais e às necessidades e prioridades do SUS.</p> <p>Definição e pactuação de ações intersetoriais que visem à utilização das plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos no processo de atenção à saúde, com respeito aos conhecimentos tradicionais incorporados, com embasamento científico, com adoção de políticas de geração de emprego e renda, com qualificação e fixação de produtores, envolvimento dos trabalhadores em saúde no processo de incorporação desta opção terapêutica e baseado no incentivo à produção nacional, com a utilização da biodiversidade existente no País.</p> <p>Construção de uma Política de Vigilância Sanitária que garanta o acesso da população a serviços e produtos seguros, eficazes e com qualidade.</p> <p>Estabelecimento de mecanismos adequados para a regulação e monitoração do mercado de insumos e produtos estratégicos para a saúde, incluindo os medicamentos.</p> <p>Promoção do uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo.</p>
Recursos	<p>Farmácias Populares.</p> <p>Aqui Tem Farmácia.</p> <p>Farmácia Popular do Brasil.</p> <p>Saúde Não Tem Preço.</p>

Para melhor elucidar as questões sociais que envolvem o direito de acesso à saúde e, consequentemente, o acesso à assistência farmacêutica, é preciso compreender três problemas inerentes a todas as políticas públicas brasileiras: o primeiro deles, é a dimensão continental do país; o segundo, decorrente do primeiro, é a posição geográfica de algumas localidades, que se situam em regiões muito remotas (MORAES, 2003), que tornam a execução das políticas públicas quase inviáveis a uma considerável parcela da população, que é formada por populações ribeirinhas do Norte e Centro-Oeste e populações sertanejas do Nordeste e norte da região Sudeste – essas populações que vivem praticamente isoladas dos centros urbanos desconhecem em absoluto os seus direitos (CARVALHO, 2002: 216); e, em terceiro lugar, o problema do desvio das verbas nos repasses que são efetuados pela União aos gestores dos Estados-membros e dos municípios, que aplicam os valores recebidos em políticas diversas, ou

simplesmente se apropriam indevidamente da pecúnia proveniente do Erário (HARADA, 2010: 88).

Verifica-se, neste contexto, a falta de controle e fiscalização dos recursos destinados à saúde, sendo urgente a criação de um sistema eficiente de informações que possa demonstrar a eficiência das políticas públicas nacionais, bem como a efetividade da aplicação dos recursos públicos na composição do serviço prestado à população – que, neste caso, observamos se tratar de um serviço público de bem-estar que compõe um mínimo existencial, sendo, portanto, um serviço essencial.

Nesse sentido, destaca-se entendimento jurisprudencial do STF, acerca do direito constitucional à saúde, previsto no art. 196 da CF/88, bem como o princípio da dignidade da pessoa humana, previsto no art. 1º, III da Carta Magna, ambos vinculados ao mínimo existencial, veja-se:

**PACIENTE PORTADOR DE HEPATOPATIA CRÔNICA, CHILD C, DIABETES MELLITUS TIPO 2 E INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA NÃO DIALÍTICA. PESSOA DESTITUÍDA DE RECURSOS FINANCEIROS. DIREITO À VIDA E À SAÚDE. NECESSIDADE IMPERIOSA DE SE PRESERVAR, POR RAZÕES DE CARÁTER ÉTICO-JURÍDICO, A INTEGRIDADE DESSE DIREITO ESSENCIAL. FORNECIMENTO GRATUITO DE MEIOS INDISPENSÁVEIS AO TRATAMENTO E À PRESERVAÇÃO DA SAÚDE DE PESSOAS CARENTES. DEVER CONSTITUCIONAL DO ESTADO (CF, ARTS. 5º, “CAPUT”, E 196). PRECEDENTES (STF). RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DAS PESSOAS POLÍTICAS QUE INTEGRAM O ESTADO FEDERAL BRASILEIRO. CONSEQUENTE POSSIBILIDADE DE AJUIZAMENTO DA AÇÃO CONTRA UM, ALGUNS OU TODOS OS ENTES ESTATAIS. RECURSO EXTRAORDINÁRIO A QUE SE NEGA SEGUIMENTO. O recurso extraordinário a que se refere o presente agravo foi interposto contra decisão que, proferida pelo E. Tribunal de Justiça do Estado do Piauí, acha-se consubstanciada em acórdão assim ementado: MANDADO DE SEGURANÇA. PROCESSUAL CIVIL E CONSTITUCIONAL. MEDICAMENTOS ESPECIAIS. FORNECIMENTO GRATUITO. PORTADORES DE MOLÉSTIA GRAVE. DIREITO À VIDA E À SAÚDE. DIREITO PÚBLICO SUBJETIVO DO CIDADÃO. DEVER CONSTITUCIONAL DO ESTADO (ART. 5º, CAPUT E § 2º, C/C ART. 6º E ART. 196, DA CARTA MAGNA). INAPLICABILIDADE DA ‘TEORIA DA RESERVA DO POSSÍVEL’. PREVALÊNCIA DO PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA. INEXISTÊNCIA DE AFRONTA AO PRINCÍPIO DA SEPARAÇÃO DOS PODERES (ART. 2º DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL). SEGURANÇA CONCEDIDA. 1. Resta pacificado na jurisprudência pátria que em se tratando de pedido de fornecimento de medicamento imprescindível à saúde de pessoa hipossuficiente portadora de doença considerada grave, tal como no caso em apreço, a ação poderá ser proposta contra quaisquer dos entes federativos, quais sejam: União, Estado e Município, sendo ambos solidariamente responsáveis. A saúde de toda a população brasileira é direito individual assegurado constitucionalmente (arts. 5º, caput, e 196 da CF), sendo a mesma implementada através do Sistema Único de Saúde SUS, prestados por**



órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (art. 4º da Lei nº 8.080/90). 2. A pretensão do impetrante, qual seja, o acesso gratuito à medicamento imprescindivelmente destinado ao tratamento da moléstia grave que lhe aflige, está constitucionalmente protegido, eis que a saúde é direito garantido a todos indistintamente, sendo dever do Estado garantir o fornecimento de medicamento, principalmente, a pessoa carente de recursos financeiros, conforme se pode inferir do disposto no art. 196 da Constituição Federal. 3. **O direito à saúde, estampado, analítica e expressamente, na Carta Magna pátria, é direito fundamental que assiste a todas as pessoas (art. 5º, caput e § 2º, c/c art. 6º, caput), representando consequência constitucional indissociável do direito à vida (direito de 1ª dimensão), o que evidencia que a sua implementação significa garantir o mínimo existencial do ser humano (princípio da dignidade da pessoa humana art. 1º, III, da Carta Magna).** 4. Sob os auspícios do entendimento jurisprudencial do c. Supremo Tribunal Federal, o caráter programático da regra descrita no art. 196, da Constituição Federal, não poderá converter-se em promessa constitucional sem consequências, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas da coletividade, substituir, de forma inconstitucional e ilegítima, a efetivação de um improrrogável dever fundamental por uma mera promessa inconstante e irresponsável. 5. O entendimento jurisprudencial pátrio que vem prevalecendo é no sentido de que, para a aceitação dessa limitação à efetivação da norma constitucional de direito social programático, através da aplicação da teoria da reserva do possível, cabe ao Poder Público comprovar de forma séria e objetiva a inexistência de receita para tal despesa, o que não ocorre no caso em apreço. 6. **A jurisprudência deste Tribunal é pacífica no sentido de garantir aos mais carentes o acesso a medicamentos indispensáveis à saúde do impetrante, independentemente de constar tal medicamento na lista do SUS,** conforme enunciado de Súmula nº 01 do TJPI. 7. Segurança concedida. ” A parte ora agravante, ao deduzir o apelo extremo em questão, sustentou que o Tribunal a quo teria transgredido preceitos inscritos na Constituição da República. Entendo não assistir razão ao Estado do Piauí, pois o eventual acolhimento de sua pretensão recursal certamente conduziria a resultado inaceitável sob a perspectiva constitucional do direito à vida e à saúde. É que essa postulação considerada a irreversibilidade, no momento presente, dos efeitos gerados pela patologia que afeta o paciente (que é portador de hepatopatia crônica, Child c, diabetes mellitus tipo 2 e insuficiência renal crônica não dialítica) – impediria, se aceita, que ele, pessoa destituída de qualquer capacidade financeira, merecesse o tratamento inadiável a que tem direito e que se revela essencial à preservação de sua própria vida. Na realidade, o cumprimento do dever político-constitucional consagrado no art. 196 da Lei Fundamental do Estado, consistente na obrigação de assegurar, a todos, a proteção à saúde, representa fator, que, associado a um imperativo de solidariedade social, impõe-se ao Poder Público, qualquer que seja a dimensão institucional em que atue no plano de nossa organização federativa. A impostergabilidade da efetivação desse dever constitucional desautoriza o acolhimento do pleito recursal ora deduzido na presente causa. Tal como pude enfatizar, em decisão por mim proferida no



exercício da Presidência do Supremo Tribunal Federal, em contexto assemelhado ao da presente causa (Pet 1.246-MC/SC), entre proteger a inviolabilidade do direito à vida e à saúde, que se qualifica como direito subjetivo inalienável assegurado a todos pela própria Constituição da República (art. 5º, caput, e art. 196), ou fazer prevalecer, contra essa prerrogativa fundamental, **um interesse financeiro e secundário do Estado, entendo uma vez configurado esse dilema que razões de ordem ético-jurídica impõem ao julgador uma só e possível opção: aquela que privilegia o respeito indeclinável à vida e à saúde humanas.** Cumpre não perder de perspectiva que o direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República. Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular e implementar políticas sociais e econômicas que visem a garantir, aos cidadãos, **o acesso universal e igualitário à assistência médico-hospitalar.** O caráter programático da regra inscrita no art. 196 da Carta Política que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado brasileiro (JOSÉ CRETELLA JÚNIOR, Comentários à Constituição de 1988, vol. VIII/4332-4334, item n. 181, 1993, Forense Universitária) não pode converter-se em promessa constitucional inconsequente, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever, por um gesto irresponsável de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado. Nesse contexto, incide, sobre o Poder Público, a gravíssima obrigação de tornar efetivas as prestações de saúde, incumbindo-lhe promover, em favor das pessoas e das comunidades, medidas preventivas e de recuperação, que, fundadas em políticas públicas idôneas, tenham por finalidade viabilizar e dar concreção ao que prescreve, em seu art. 196, a Constituição da República. O sentido de fundamentalidade do direito à saúde que representa, no contexto da evolução histórica dos direitos básicos da pessoa humana, uma das expressões mais relevantes das liberdades reais ou concretas impõe ao Poder Público um dever de prestação positiva que somente se terá por cumprido, pelas instâncias governamentais, quando estas adotarem providências destinadas a promover, em plenitude, a satisfação efetiva da determinação ordenada pelo texto constitucional. Vê-se, desse modo, que, mais do que a simples positivação dos direitos sociais que traduz estágio necessário ao processo de sua afirmação constitucional e que atua como pressuposto indispensável à sua eficácia jurídica (JOSÉ AFONSO DA SILVA, Poder Constituinte e Poder Popular, p. 199, itens ns. 20/21, 2000, Malheiros), recai, sobre o Estado, inafastável vínculo institucional consistente em conferir real efetividade a tais prerrogativas básicas, em ordem a permitir, às pessoas, nos casos de injustificável inadimplemento da obrigação estatal, que tenham elas acesso a um sistema organizado de garantias instrumentalmente vinculado à realização, por parte das entidades governamentais, da tarefa que lhes impôs a própria Constituição. Não basta, portanto, que o Estado meramente proclame o reconhecimento formal de um direito. Torna-se essencial que, para além da simples declaração

**VALORIZAMOS PESSOAS**