

# DIREITO À SAÚDE E A RESERVA DO POSSÍVEL

## *RIGHT TO HEALTH AND THE RESERVE POSSIBLE*

*Josimário Silva*

Professor do Curso de Medicina da UFPE

*Eduardo Neves*

Professor da Faculdade Damas

*Diogo Santos*

Advogado. Instituto Apoio

### **Resumo**

O Direito à saúde está garantido na constituição federal desde a sua promulgação em 1988, como um direito fundamental. Esse direito garante o princípio da universalidade onde qualquer pessoa sem nenhuma distinção de credo ou ideologia, inclusive estrangeiro, pode ser atendida pelo Sistema Único de Saúde em sua rede básica, de média e alta complexidade. Nesta visão, surge um problema que o Estado brasileiro vem se deparando com muita frequência, a cobertura de necessidades em saúde com orçamento limitado. Esse artigo pretende trazer alguns questionamentos e reflexões sobre o papel do judiciário nas demandas em saúde, assim como a atuação estatal na promoção do complexo direito à saúde, ao mesmo tempo um direito fundamental, individual, social e cultural, além de se revelar enquanto um bem especialmente avaliado pelo mercado.

### **Palavras-chave**

Saúde. Dignidade Humana. Reserva do Possível.

### **Abstract**

*The Right to health is guaranteed in the federal constitution since its enactment in 1988, as a fundamental right. This law guarantees the principle of universality where anyone without distinction of creed or ideology, including foreign, can be met by the Unified Health System in its basic network of medium and high complexity. In this view, a problem arises that the Brazilian State is faced with too often, the health needs cover a budget. This article aims to bring some questions and reflections on the role of the judiciary in the health care, as well as state action in promoting the right to health complex at the same time a fundamental, individual, social and cultural, as well as prove while a and especially valued by the market.*

### **Keywords**

*Health. Human Dignity. Reserve Possible*

## Introdução

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a saúde é o bem estar físico, mental, social e agora espiritual, ratificando que o ser humano é corpo e alma em uma estrutura biológica. Para Platão o homem é corpo e alma, sendo a alma o que realmente somos e o corpo como se fosse apenas algo material que nos segue. Com esse conceito fica claro que devemos tratar o doente e não apenas a doença. O doente deve ser visto como uma entidade a ser tratado de acordo com suas necessidades físicas e espirituais.

A busca na qualidade em saúde vem se tornando um dos grandes desafios para as políticas públicas de saúde. A constituição Federal de 1988 no seu artigo 196 estabelece que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. No Brasil é aplicada a dimensão positivada do Direito Fundamental à Saúde. É um direito subjetivo que cada cidadão tem e pode exigir do Estado Constituído em todas as suas esferas, solidariamente, por meio de ação judicial, o acesso a um tratamento médico específico, exame, internamento hospitalar, cirurgia ou fornecimento de medicações vitais para proteção e manutenção de sua saúde.

Tal direito está previsto no art. 6º da Constituição Federal, onde estão descritos os direitos sociais do cidadão, estando este artigo no Título II do capítulo II que trata dos Direitos e Garantias Fundamentais do Homem. Fica então definido que todo direito social é também um direito fundamental do homem, portanto, deve ser aplicado de imediato quando necessário por aplicação do parágrafo 1º do art. 5º da Carta Magna do nosso país.

Com toda essa proteção dentro do direito constitucional, como explicar o caos e o abandono do sistema de saúde pública do nosso país? Como justificar as mortes evitáveis de pessoas que não tiveram uma assistência médica adequada? Para potencializar o descaso com a saúde pública, o governo faz corte nos investimentos em saúde dificultando ainda mais o acesso ao sistema

de saúde. Observa-se o grande número de pacientes amontoados nos corredores dos hospitais esperando atendimento. Como não se indignar com a omissão do Estado inviabilizando os gestores da saúde em suas administrações. Em muitos casos, os profissionais estão trabalhando além do limite da capacidade, sem condições e se expondo a riscos diversos. Esse é o quadro de uma triste realidade. Os profissionais precisam ser tratados com respeito e dignidade, os serviços devem proporcionar os meios necessários para as intervenções e ao Estado aplicar políticas públicas de saúde responsáveis. A saúde pública deve ser considerada uma questão de prioridade em qualquer governo, afinal trata-se de nosso maior patrimônio: **a vida digna.**

## 1. Direito à Saúde

O significado da condição “saúde como a ausência de doença”, aparece nos fragmentos dos filósofos pré-socráticos Empédocles de Acragás, Alcmeon de Crotona e Diógenes de Apolônia, todos eles ligados de alguma forma à medicina, bem como nos textos médicos do *corpus* hipocrático. Mas bem antes dos filósofos pré-socráticos e dos médicos hipocráticos, entre a segunda metade do século VIII a.C. e o final do século V a.C., observações ocasionais e isoladas de autores leigos sugerem que já se pensava na saúde como algo que transcendia a simples ausência de doença<sup>1</sup>.

Para pensarmos no conceito de saúde, devemos compreender que a saúde é o reflexo de uma conjuntura social, econômica, política e cultural, portanto saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas, dependerá da época, do lugar, da classe social, além de valores individuais. Dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças. Aquilo que é considerado doença varia muito.

---

<sup>1</sup> LLOYD, G.E.R. Alcmaeon and the early history of dissection. In \_\_\_\_\_, *Methods and Problems in Greek Science*. Cambridge: University Press, 1991, p. 164-93

Os direitos sociais (dentre os quais se insere o direito à saúde), presentes na segunda geração dos direitos fundamentais, foram construídos sob as ruínas da igualdade formal preconizada no liberalismo, abandonando o papel inerte da ausência estatal para buscar no governo o acesso aos serviços básicos essenciais e necessários para toda a população. Seu traço principal é a mudança de comportamento esperado/exigido do Estado; isto é, abandonam a percepção de uma postura abstencionista por parte do Estado, para, ao contrário, afirmar a necessidade desse intervir, gerando condições de implementação de programas públicos (acerca da saúde, trabalho, educação etc.). Através desses programas o Estado interfere na esfera dos indivíduos a fim de garantir-lhes o mínimo de condições de existência, notadamente, buscando eliminar ou pelo menos apaziguar as desigualdades existentes.

A mudança do paradigma quanto ao papel do Estado, impondo-lhe a garantia do mínimo existencial – assim compreendido o atendimento e concretização das necessidades básicas de um ser humano, tornou o direito à saúde em uma ferramenta a ser utilizada pelo indivíduo, que adquire a possibilidade de exigir a prestação estatal em seu favor, através de uma assistência (teoricamente) universal e gratuita capaz de fornecer todos os materiais, medicamentos e procedimentos necessários à recuperação e manutenção da saúde; bem como em benefício de toda a comunidade, por meio da fiscalização e participação nos processos políticos decisórios. A construção histórica da qualificação da saúde enquanto direito “fundamental” evidencia que essa classificação constitucional não busca atribuir características meramente retóricas, mas aumentar a carga normativa necessária à materialização da norma no mundo dos fatos, à atuação concreta da função social preconizada em seu dispositivo, para que, assim, seja capaz de aproximar o dever-ser normativo da realidade social.

Inaugurando a abordagem normativa da saúde pública enquanto um dever imposto ao Estado, a Constituição Federal de 1988 elegeu a universalidade enquanto princípio basilar do sistema público de saúde, outorgando a todos os brasileiros (e estrangeiros

em solo nacional) a possibilidade de se utilizar de serviços médicos integralmente disponibilizados pelo Estado, bem como exigir a adoção de políticas públicas voltadas à prevenção, proteção e recuperação da saúde, nos termos do art. 196 da Carta Magna: “Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

É justamente a universalidade do atendimento assistencial, incluindo as intervenções preventivas, curativas e emergenciais, que marca a natureza inovadora da Constituição de 1988, afastando a segregação econômica, social e cultural que até então marginalizava o acesso à saúde de grande parcela da população brasileira, expondo uma manifestação concreta em busca da igualdade e da diminuição das mazelas sociais. Não sem razão a professora Dinorá Adelaide Musseti afirmou<sup>2</sup>: “Princípio da generalidade ou universalidade: embora alguns o vejam como um princípio autônomo é mais uma manifestação do princípio da igualdade, isto é, a possibilidade de que o serviço possa ser exigido e usado por todos. Significa que o mesmo deve atender, indistintamente, a todos que dele necessitem, independentemente do poder aquisitivo, satisfeitas as condições para sua obtenção. Sua manutenção constitui um dever legal, podendo ser exigido tanto daqueles que tenham a competência para instituí-lo quanto daqueles que o executem.”

E continua: “A simples leitura do texto acima revela a importância da questão do ponto de vista social, vedando a elitização do serviço público e a criação ou reforço de graus de cidadania na sociedade, uns participando do poder Público e recebendo seus serviços e outros excluídos da sociedade civilizada e seus benefícios. Assim, a prestação dos serviços públicos deve considerar as condições e

---

<sup>2</sup> MUSSETI, Dinorá Adelaide. As agências reguladoras Revista eletrônica de Direito Administrativo Econômico. Maio, junho e julho. N.6. 2006

diferenças dos usuários e a determinação da expansão dos serviços voltada para a consecução do atendimento universal, de modo a possibilitar o acesso a tais serviços a todos, independentemente das forças do mercado.”

É importante destacar que o teor do mandamento normativo destacado afasta o caráter programático da norma, impondo um dever ao Estado, que não dispõe da “faculdade” de ofertar a integralidade da assistência médica, mas está sujeito a uma obrigação radicada no cerne do ordenamento jurídico constitucional.

O art. 198 da Carta Magna, por sua vez, prescreve aspectos organizacionais dos serviços públicos de saúde, inseridos em uma rede regionalizada e hierarquizada reunida em um sistema único, descentralizado, pautado pela participação social e financiado por parcelas mínimas dos recursos do Estado: “Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. § 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Ao mesmo tempo em que prevê e regulamenta os serviços universais de saúde, a Constituição também permite a exploração mercadológica do setor, acrescentando aos serviços diretamente prestados pelo Estado a possibilidade do exercício de atividades privadas de assistência médica, nos termos do art. 197 e 199, *in verbis*: “Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Cumprido destacar, no entanto, que “as ações e serviços de saúde”, sejam públicos ou privados, foram classificadas pelo supracitado dispositivo dentro do conceito de “relevância pública”, termo que compreende a prerrogativa estatal de regulamentação, fiscalização e controle, bem como torna possível a atuação do ministério público em todas as demandas que envolvem os direitos à saúde, em face do que dispõe o art. 129, II, ainda que as lides sejam estabelecidas entre entidades privadas e consumidores.

Ultrapassando as previsões explícitas apontadas na Constituição, é preciso observar que a dignidade da pessoa humana, fundamento da República Federativa do Brasil (art. 1º, III, CRFB 88), consiste em um dos princípios essenciais que condiciona todo o corpo normativo da Carta Magna, figurando enquanto um vetor de interpretação para os direitos fundamentais, sob a exigência de que todos sejam tratados como fim em si mesmo, nunca como meio para satisfação de outros interesses.

O direito à vida, portanto, positivado no caput do art. 5º, repousa seu alicerce axiológico não apenas na manutenção da própria existência, mas também na exigência de que o Estado forneça condições dignas para toda a população, garantindo os aspectos básicos e essenciais que permitem a utilização de todos os demais direitos. Assim, nos aspectos fundamentais em que o direito à vida e a dignidade se relacionam (e até se confundem), a saúde assume seu inexorável papel de relevância, caminhando na Carta Constitucional, de forma explícita ou não, para sobrepor vontades individuais ou governamentais que lhe contradigam.

Apesar do mandamento Constitucional, o direito à saúde enfrenta a escassez de recursos e com isso se faz necessário à escolha de prioridades pelo gestor da administração pública. No artigo 6º da Constituição Federal de 1988 está escrito de modo expresso, que o direito à saúde é um direito social, assim como o direito à educação, portanto um dever do Estado a sua implementação.

Associando-se a escassez de recursos na área da saúde e a estreiteza existente entre o direito à vida e o direito à saúde, o cidadão, hoje mais consciente de seus direitos, busca a tutela

jurisdicional para ver atendida sua necessidade de saúde, mediante a propositura de ações, que vão desde aquelas objetivando o fornecimento de remédios, à realização de exames, cirurgias e tratamentos diversos.<sup>3</sup>

O direito à saúde não é só um dos direitos básicos tutelados pela Constituição da República Federativa do Brasil, mas também por vários documentos jurídicos internacionais atinentes a direitos humanos, posto que o elemento saúde é essencial ao direito de viver com dignidade. Nesse contexto, cabe ao poder público, por meio de políticas responsáveis estabelecerem a forma de estabelecer os mecanismos de proteção de seus cidadãos e cidadãs e as políticas públicas tem esse papel.

## **2. Reserva do Possível**

A expressão “Reserva do Possível” que em alemão se escreve “Vorbehalt des Möglichen”, foi empregada pela primeira vez pelo Tribunal Federal Alemão em julgamento proferido em 18 de julho de 1972 para analisar a constitucionalidade de normas do estado da Baviera, que regulamentava o acesso aos cursos de Medicina nas Universidades de Hamburgo e da Baviera nos anos de 1969 e 1970.<sup>4</sup> (4) Em função do esgotamento de vagas para a admissão de novos alunos houve restrição de acesso. O Tribunal Constitucional Federal Alemão alegava ofensa ao artigo 12, I, da lei Fundamental Alemão, que cuida da liberdade profissional e dispõe que “todos os alemães têm o direito de escolher livremente a profissão, local de trabalho e a formação profissional. O exercício profissional pode ser regulamentado por lei ou com base em lei”. Nos termos desse dispositivo constitucional, o direito fundamental à liberdade profissional é amplo, abrangendo não só o direito de

---

<sup>3</sup> BONAMIGO, Elcio Luis.; SILVA, Josimário. *Bioética. Pontos de Mutação de uma Sociedade em Mudanças*. São Paulo. All Print. 2013

<sup>4</sup> OLIVEIRA, Régis Fernandes de. *Curso de Direito Financeiro*. São Paulo: RT, 2006, p. 251



escolher profissão e local de trabalho, como também o direito de escolher o local de formação profissional (5). Ou seja, amparando-se na disposição constitucional que garantia a possibilidade da escolha da faculdade (independente das vagas que a mesma dispunha), almejavam os autores do processo judicial que o Estado fosse compelido ao cumprimento do preceito constitucional, utilizando-se das vias judiciais para a concretização desta premissa legal.

O tribunal alemão, entretanto, fixando as linhas que conduzem a “Teoria da Reserva do Possível”, fixou que a atuação estatal apenas poderia ser exigida quando fosse possível ao ente público a concretização da pretensão individual (no caso do julgamento, o ingresso dos estudantes na faculdade de medicina), não sendo possível exigir do Estado condutas que ultrapassassem sua capacidade executória, ou mesmo que não pudessem ser razoavelmente exigidas de sua prestação.

Percebe-se, em linhas gerais, que o paradigmático julgamento alemão restringiu a atuação do Estado às hipóteses em que era possível, sob preceitos de razoabilidade, exigir a atuação do Estado em favor do cidadão; ou seja, para além do alicerce constitucional que impõe a obrigação da atuação do Estado, ainda deve existir a plausibilidade daquela prestação em favor do cidadão ou da sociedade, conceito amplo que envolve a disponibilidade orçamentária, jurídica e política para sua execução. A “reserva do possível”, no que toca à possibilidade financeira do Estado, consubstancia a disponibilidade de recursos materiais para cumprimento de eventual condenação do Poder Público na prestação de assistência farmacêutica, de tratamento médico, em geral.<sup>5</sup> (5).

---

<sup>5</sup> KRAMER, Ana Cristina. O Poder Judiciário e as ações na área de saúde. KRÄMER, Ana Cristina. O poder judiciário e as ações na área da saúde. Revista de Doutrina da 4ª Região. Porto Alegre, n. 15, maio 2006. Disponível em: [http://www.revistadoutrina.trf4.gov.br/artigos/edicao015/Ana\\_Kramer.htm](http://www.revistadoutrina.trf4.gov.br/artigos/edicao015/Ana_Kramer.htm). Acesso em: 17 dez. 2006.

Referidas premissas doutrinárias foram (e vêm sendo) amplamente utilizadas nas cortes jurisdicionais brasileiras, amparando-se os Procuradores Federais, Estaduais e Municipais na limitação orçamentária dos entes políticos que representam para justificar a impossibilidade da concretização de direitos fundamentais em favor da sociedade, em especial o acesso à serviços públicos de saúde.

É possível compreender, portanto, que a aplicabilidade da teoria da reserva do possível à realidade brasileira se restringe ao aspecto orçamentário da atuação estatal; assim, para que se possa exigir do Estado sua atuação, deve ser economicamente possível a execução do que se pretende, sobrelevando-se os interesses coletivos em detrimento de casos individuais não contemplados nas diretrizes do SUS. A execução do orçamento público de saúde, submetida às diretrizes traçadas pelo Poder Executivo e aprovada pelo Poder Legislativo, proporcionaria benefícios para toda a sociedade, impedindo que intervenções do Poder Judiciário viessem a distorcer as políticas de saúde para beneficiar um único indivíduo, e assim prejudicar toda a coletividade.

Apesar da legitimidade das premissas que fundamentam essa assertiva, esbarram os teóricos na ineficácia da execução dos serviços por parte dos administradores públicos brasileiros, evidenciada pelos dados estatísticos divulgados pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, de acordo com os quais, desde 2003, o Ministério da Saúde deixou de aplicar cerca de R\$ 112,6 bilhões de reais da verba que lhe estava disponibilizada, e, apenas em 2014, deixou-se de ser aplicados quase R\$ 10 bilhões de reais dos recursos previstos e disponibilizados para a saúde (quase R\$ 25 milhões de reais *por dia*). Não se desconsidera que a escassez de recursos configure um dos principais desafios ao Sistema Único de Saúde – SUS, mas a execução da verba que é disponibilizada ao programa também constitui um óbice significativo à eficácia do atendimento, fragilizando (mas não impedindo) a aplicabilidade da “teoria da reserva do possível” à realidade brasileira, e sugerindo soluções muito mais amplas do que a mera negativa de

atendimento ao cidadão sob a premissa de falta de recursos que, em verdade, são mal (ou simplesmente não são) executados.

### 3. Aspectos bioéticos

Fazendo uma análise do ponto de vista da bioética, é importante alertar que estamos diante de um problema ético que requer uma reflexão crítica sobre a aplicação de recursos finitos e a necessidade crescente de demandas à saúde. Os deveres constitucionais estão sendo aplicados nos casos concretos? O progresso científico na área de saúde promove novas possibilidades de diagnóstico e tratamento e com isso rompe fronteiras proporcionando à sociedade novas esperanças, mas será que toda descoberta deve ser aplicada sem antes passar por um processo criterioso de custo/efetividade? Em função da reconhecida escassez de recursos financeiros, de capital humano e de infraestrutura para atender todas as demandas atuais do sistema, fica clara a necessidade de se estabelecer prioridades para alocar recursos. A inserção de novos recursos na saúde implica em aumentar o financiamento estatal como também o estabelecimento de critérios de acesso pelos profissionais e gestores em saúde, pois nem todos conseguiram se beneficiar, portanto temos uma questão ética, ou seja: quem deve ter acesso? Quais os critérios para o acesso? Para essas situações deve-se considerar a microalocação de recursos escassos, que se refere à seleção individualizada de beneficiários de recursos disponíveis, em que se podem identificar os beneficiados e os que não serão beneficiados<sup>6</sup>. Do ponto de vista ético uma pergunta deve ser feita, apesar de sua resposta ser uma aporia: “Quais seriam os critérios éticos orientadores de uma justa priorização de recursos referentes aos cuidados de saúde?” Como percebemos, não é fácil responder, mas não podemos deixar de considerar a eficácia clínica, efetividade e eficiência como

---

<sup>6</sup> FORTES, Paulo de Carvalho. Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a equidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(3):696-701, mar, 2008

critérios. Não podemos achar que a alocação de recursos em saúde é um desses problemas que se restringe apenas à realidade de países ditos em desenvolvimento como o Brasil, pois não é verdade. O controle dos gastos públicos passa a ser um problema mundial. No âmbito biomédico, a dimensão de justiça, segundo<sup>7</sup> em sentido amplo é a distributiva equitativa dos direitos, benefícios e responsabilidades ou encargos na sociedade. Os critérios de justiça devem apenas servir de guia para a justa distribuição dos encargos e benefícios. Os problemas da justiça distributiva são revelados em condições de escassez e de competição, não havendo um único princípio de justiça capaz de resolver todos esses problemas. A questão da alocação de recursos deve partir da perspectiva da justiça social e da responsabilização moral<sup>8</sup>. A saúde não é o único valor e objetivo social, de modo que, diante de recursos limitados, os gastos com outros bens competem com a saúde. O sistema de saúde, entretanto, seria injusto se não alocasse verbas suficientes para proporcionar um mínimo digno de assistência médica<sup>9</sup>; É materialmente impossível respeitar a liberdade de todos e, portanto, o respeito à justiça e imparcialidade em assistência a saúde é moralmente enganoso, assim como proporcionar a melhor assistência para todos e conter os custos na área da saúde, afirma o autor: (9) “Um sistema de saúde que reconhece limitações morais e financeiras, deve aceitar a desigualdade no acesso como fator moralmente inevitável, e ao mesmo tempo aceitar estabelecer um preço para salvar a vida humana como parte para a construção de um sistema de saúde economicamente eficiente, estabelecido por meios de recursos comunitários”.

---

<sup>7</sup> BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Princípios de Ética Médica*. São Paulo: Loyola, 2002

<sup>8</sup> NEVES, Maria do Céu Patrão. A alocação de recursos em saúde: considerações éticas. *Revista do Conselho Federal de Medicina*, Brasília, v. 7, n.2, 1999.

<sup>9</sup> ENGELHARDT, H. Tristram. *Fundamentos da Bioética*. São Paulo: Loyola, 2004.

Na Bioética, o princípio da justiça serve de lastro para garantir uma justa, equitativa e universal distribuição de bens e serviços em saúde. Mesmo que esbarre nas inúmeras dificuldades de exercício do referido direito, especialmente, quando se choca na questão da limitação de recursos destinados à saúde pública, o que torna fundamental refletir sobre a sua alocação<sup>10</sup>.  
(10)

### **Considerações finais**

Considerando o momento de crise não só econômica, política e social, como de valores, é preciso que saibamos assumir responsabilidades com os recursos que são gerados pelo financiamento de todos os cidadãos e cidadãs do nosso país. Não esquecer que uma vida não tem preço, mas saúde custa caro. Devemos repensar o modelo de saúde para que o acesso seja estabelecido por critérios técnicos e éticos justos. Não podemos deixar de lado a bioética dessa discussão que envolve o direito à saúde e a reserva do possível, sob pena de penalizar ainda mais pessoas vulneráveis e tirando do Estado a responsabilidade de elaborar políticas públicas de saúde adequadas e contemplando de forma responsável os recursos necessários para que possamos de forma digna promover a melhor qualidade de saúde a todos que necessitem e ao mesmo tempo, cabe a nós profissionais promover uma ampla discussão sobre o nosso papel e as nossas responsabilidades para com o sistema de saúde, bem como despertar nos usuários do sistema que eles são também atores para que possam contribuir no uso racional dos recursos em saúde, onde todos são responsáveis.

---

<sup>10</sup>RIBEIRO, Teresa Verônica Catonho; KRSTIC, Tânia. ARAÚJO, Renata Patrícia de Abreu Fernandes de; A quebra de patentes de medicamentos na perspectiva bioética. In: GARRAFA, Volnei; PORTO, Dora; MELLO, Dirce Raposo de. *Bioética e Vigilância Sanitária*. Brasília: Anvisa, 2007.

## **Correspondência para o autor principal**

**Rua Conselheiro Portela 565/201. CEP.52.020-030. Recife(PE)**

## **Referências**

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. Princípios de Ética Médica. São Paulo: Loyola, 2002

BONAMIGO, Elcio Luis.; SILVA, Josimário. Bioética. Pontos de Mutação de uma Sociedade em Mudanças. São Paulo. All Print. 2013

ENGELHARDT, H. Tristram. Fundamentos da Bioética. São Paulo: Loyola, 2004.

FORTES, Paulo de Carvalho. Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a equidade Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(3):696-701, mar, 2008

KRAMER, Ana Cristina. O Poder Judiciário e as ações na área de saúde. KRÄMER, Ana Cristina. O poder judiciário e as ações na área da saúde. Revista de Doutrina da 4ª Região. Porto Alegre, n. 15, maio 2006. Disponível em: [http://www.revistadoutrina.trf4.gov.br/artigos/edicao015/Ana\\_Kramer.htm](http://www.revistadoutrina.trf4.gov.br/artigos/edicao015/Ana_Kramer.htm). Acesso em: 17 dez. 2006.

LLOYD, G.E.R. Alcmaeon and the early history of dissection. In \_\_\_\_\_, *Methods and Problems in Greek Science*. Cambridge: University Press, 1991.

MUSSETI, Dinorá Adelaide. As agências reguladoras Revista eletrônica de Direito Administrativo Econômico. Maio, junho e julho. N.6. 2006

NEVES, Maria do Céu Patrão. A alocação de recursos em saúde: considerações éticas. Revista do Conselho Federal de Medicina, Brasília, v. 7, n.2, 1999.

OLIVEIRA, Régis Fernandes de. *Curso de Direito Financeiro*. São Paulo: RT, 2006, p. 251

RIBEIRO, Teresa Verônica Catonho; KRSTIC, Tânia. ARAÚJO, Renata Patrícia de Abreu Fernandes de; A quebra de patentes de medicamentos na perspectiva bioética. In: GARRAFA, Volnei;

PORTO, Dora; MELLO, Dirce Raposo de. *Bioética e Vigilância Sanitária*. Brasília: Anvisa, 2007.