

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
GRADUAÇÃO EM DIREITO**

ELIELDER MARTINS DOS SANTOS

**A IMUNIDADE TRIBUTÁRIA SELETIVA DOS MEDICAMENTOS NO BRASIL:
ESTUDO A PARTIR DO DIREITO À SAÚDE E DO RECONHECIMENTO DO
MEDICAMENTO COMO BEM ESSENCIAL**

CRICIÚMA

2017

ELIELDER MARTINS DOS SANTOS

**A IMUNIDADE TRIBUTÁRIA SELETIVA DOS MEDICAMENTOS NO BRASIL:
ESTUDO A PARTIR DO DIREITO À SAÚDE E DO RECONHECIMENTO DO
MEDICAMENTO COMO BEM ESSENCIAL**

Trabalho Monográfico, apresentado para obtenção do Grau de Bacharel no Curso de Direito da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC.

Orientador: Prof. Esp. Frederico Ribeiro de Freitas Mendes

**CRICIÚMA
2017**

ELIELDER MARTINS DOS SANTOS

**A IMUNIDADE TRIBUTÁRIA SELETIVA DOS MEDICAMENTOS NO BRASIL:
ESTUDO A PARTIR DO DIREITO À SAÚDE E DO RECONHECIMENTO DO
MEDICAMENTO COMO BEM ESSENCIAL**

Monografia de Conclusão de Curso aprovada pela Banca Examinadora para obtenção do grau de bacharel no Curso de Direito da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC.

Criciúma, 29 de novembro de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Frederico Ribeiro de Freitas Mendes - Especialista - UNESC - Orientador

Prof. Maurício da Cunha Savino Filó - Doutor - UNESC - Examinador

Prof. Patrick Lendl Silva - Especialista - UNESC - Examinador

Dedico a Deus, por TUDO.

Aos meus pais por todo amor e carinho dedicados.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus pela vida e a família maravilhosa que me concedeu.

Aos meus pais, pela história de vida, por todo o amor e carinho, pela educação proporcionada a mim e meus irmãos, assim como por não medirem esforços para a realização dos meus sonhos.

Aos meus irmãos, pelos conselhos e por me incentivarem a realizar meus sonhos.

À minha namorada pela pessoa especial que é em minha vida há mais de um ano e, por mostrar-me que sonhar junto é melhor.

Agradeço ainda, aos meus demais familiares e amigos por todo apoio e a compreensão pelos momentos de ausências.

Agradeço ao professor Frederico Ribeiro de Freitas Mendes, meu orientador, por aceitar este encargo, por toda dedicação e por todo ensinamento durante a realização do presente trabalho.

Um agradecimento especial aos professores Maurício da Cunha Savino Filó e Patrick Lendl Silva, por me darem a honra de tê-los em minha banca examinadora.

Aos demais professores, que com muita dedicação e maestria contribuíram em minha graduação.

Aos demais que me concederam a necessária atenção.

“O poder de tributar envolve o poder de destruir.”

John Marshall

RESUMO

Esta monografia tem como objetivos analisar o Sistema Único de Saúde – SUS e o direito fundamental à saúde, o fornecimento gratuito de medicamentos, bem como, as alíquotas de tributos incidentes nos medicamentos no Brasil, e, a (im)possibilidade de imunidade tributária sobre os medicamentos com base no princípio da seletividade tributária. Para isso, faz-se breve análise evolutiva do Sistema Constitucional Tributário, por meio das Constituições brasileiras, tal como, da aplicação do princípio da seletividade tributária e a essencialidade dos medicamentos. Analisa-se o Sistema Único de Saúde – SUS, fazendo uma breve evolução da saúde e do SUS, com base nas Constituições, assim como o fornecimento gratuito de medicamentos através da Política Nacional de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica. São estudadas as alíquotas de tributos de medicamentos no Brasil, assim como a (im)possibilidade de imunidade tributária sobre os medicamentos com base no princípio da seletividade tributária. Igualmente, os tributos e a teoria Quinária adotada pelo Supremo Tribunal Federal e, com isso, os tributos incidentes sobre os medicamentos. Também, estudou-se a eficácia da Política Nacional de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica. O presente estudo tem como propósito a análise da imunidade tributária seletiva dos medicamentos no Brasil, a partir do direito à saúde e do reconhecimento do medicamento como bem essencial. Para realização da pesquisa é utilizado o método dedutivo, em pesquisa teórica e qualitativa com emprego de material bibliográfico e documental legal.

Palavras-chaves: Imunidade tributária. Saúde. Medicamentos. Princípio da seletividade. Bem essencial.

ABSTRACT

This undergraduate thesis aims to analyze the Unique Health System - "SUS" and the fundamental right to health, the free medicine supply, as well as the tax rates on drugs in Brazil, and the (im)possibility of tax immunity on medicinal products based on tax selectivity principle. Therefore, a brief evolutionary analysis of the Constitutional Tax System is done, through the Brazilian Constitutions, such as the principle of tax selectivity and drugs essentiality application. The Unique Health System - "SUS" is analyzed, and a brief health evolution, and SUS evolution are done, based on Constitutions, as well as the free medicine supply, through the National Medicines Policy and Pharmaceutical Assistance. The medicine tax rates in Brazil are studied, as well as the (im)possibility of tax immunity on medicines based on tax selectivity principle. Likewise, the tributes and the "Quinária" theory adopted by the Federal Supreme Court, and, with that, the tributes on medicines. Also, the National Medicines and the Pharmaceutical Assistance Policy effectiveness were studied. The main purpose of the study is to analyze the selectivity tax immunity of medicines in Brazil, based on right to health and the recognition of drugs as an essential good. For the research accomplishment, the deductive method is used, in theoretical and qualitative research, using bibliographic material and legal documentary.

Keywords: Tributary immunity. Health. Medicines. Selectivity principle. Essential good.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ART	Artigo
ARTS	Artigos
CAPS	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CCJ	Constituição, Justiça e Cidadania
CF	Constituição Federal
CGU	Controladoria-Geral da União
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
COFINS	Contribuição para Financiamento da Seguridade Social
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CTN	Código Tributário Nacional
DOU	Diário Oficial da União
FTN	Formulário Terapêutico Nacional
IAPS	Institutos de Aposentadorias e Pensões
ICM	Imposto sobre operações pertinentes à Circulação de Mercadorias
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e prestação de Serviços de Transporte Interestadual, Intermunicipal e de Comunicação
II	Imposto de Importação
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados
IVA	imposto de Valor Agravado
MDIC	Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior
NCM	Nomenclatura Comum do MERCOSUL
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PIS	Programa de Integração Social
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SINPAS	Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social

STF	Supremo Tribunal Federal
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TEC	Tarifa Externa Comum
TIPI	Tabela de Incidência do IPI

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 SISTEMA CONSTITUCIONAL TRIBUTÁRIO	12
2.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA	13
2.1.1 Regime Tributário no Brasil Colônia	13
2.1.2 Constituição Imperial	14
2.1.3 Primeira Constituição da República de 1891	15
2.1.4 Constituição de 1934.....	16
2.1.5 Constituição de 1937.....	17
2.1.6 Constituição de 1946.....	18
2.1.7 As Constituições Ditatoriais de 1967 e 1969.....	18
2.1.8 Constituição da República de 1988	19
2.2 LIMITAÇÕES CONSTITUCIONAIS AO PODER DE TRIBUTAR	20
2.3 COMPETÊNCIA, CAPACIDADE E PRINCÍPIOS TRIBUTÁRIOS.....	21
2.3.1 Competência Tributária	21
2.3.2 Capacidade Tributária	23
2.3.3 Princípios Tributários	24
2.3.3.1 Princípio da Legalidade	24
2.3.3.2 Princípio da Igualdade ou Isonomia	26
2.3.3.3 Princípio da Capacidade Contributiva	26
2.3.3.4 Princípio da Anterioridade	27
2.3.3.5 Princípio da Seletividade Tributária	28
3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE.	34
3.1 SAÚDE	34
3.2 EVOLUÇÃO CONSTITUCIONAL DA SAÚDE E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	36
3.2.1 Saúde no Brasil Colônia e a Constituição Imperial	36
3.2.2 Primeira Constituição da República de 1891	37
3.2.3 Constituição da República de 1934	38
3.2.4 Constituição de 1937.....	40
3.2.5 Constituição de 1946.....	41
3.2.6 As Constituições Ditatoriais de 1967 e 1969.....	42
3.2.7 Constituição da República de 1988	45

3.3 POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS E DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA QUANTO AO FORNECIMENTO GRATUITO PELO SUS	51
4 AS ALÍQUOTAS DE TRIBUTOS DE MEDICAMENTOS NO BRASIL E A (IM)POSSIBILIDADE DE IMUNIDADE TRIBUTÁRIA SOBRE OS MEDICAMENTOS COM BASE NO PRINCÍPIO DA SELETIVIDADE TRIBUTÁRIA	58
4.1 TRIBUTOS E A TEORIA QUINÁRIA ADOTADA PELO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL.....	58
4.1.1 Imposto	59
4.1.2 Taxas	60
4.1.3 Contribuições de Melhoria	61
4.1.4 Empréstimo Compulsório.....	62
4.1.5 Contribuições Especiais.....	63
4.2 ELEMENTOS FUNDAMENTAIS DO TRIBUTO	63
4.2.1 Fato Gerador.....	64
4.2.2 Hipótese de Incidência.....	65
4.2.3 Base de Cálculo.....	65
4.2.4 Alíquota	66
4.3 TRIBUTOS INCIDENTES SOBRE MEDICAMENTOS	67
4.3.1 Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços de Transporte Interestadual, Intermunicipal e de Comunicação (ICMS)	67
4.3.2 Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI)	70
4.3.3 Imposto de Importação (II).....	72
4.3.4 Programa de Integração Social (PIS) e Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (COFINS)	74
4.4 EFICÁCIA DA POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS E DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	77
4.5 IMUNIDADE TRIBUTARIA SOBRE OS MEDICAMENTOS	81
5 CONCLUSÃO	85
REFERÊNCIAS.....	88

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 prescreve que a saúde é direito de todos e dever do Estado, devendo garanti-la por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doença e de outros agravos com o acesso universal, de forma igualitária, mediante ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Desse modo, a atuação do Estado é fundamental para assegurar o acesso à saúde e medicamentos às pessoas, obrigando-se a promover condições indispensáveis ao seu pleno exercício, uma delas é a Política Nacional de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica, ocupando um papel muito importante na questão social, garantido o bem-estar de toda sociedade.

A relevância social da pesquisa decorre de que toda população deve ter acesso aos medicamentos por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), no entanto, o Estado não garante um sistema de saúde adequado à população. A alta incidência tributária coletada pelo Estado sobre os medicamentos inibe a obtenção de muitos, pois não são todos que, diante de um problema de saúde, conseguem obter os medicamentos necessários para o seu tratamento. Por não terem acesso à medicação, mais tarde o estado de saúde é agravado, gerando gastos ainda maiores. Os que conseguem comprar os medicamentos acabam por sacrificar uma importante quantia da renda familiar.

Isso faz com que o Brasil seja o líder mundial em tributação de medicamentos com uma média de 34,2% de tributação. Já em outros países os medicamentos não possuem incidência tributária e, se existe, é uma alíquota mínima, pois a população já efetua o pagamento da saúde por meio de outros tributos. No Brasil, com essa alta incidência, o brasileiro financia o SUS, e ainda, tem despesas próprias com saúde, paga duas vezes.

Com isso, o presente estudo terá como problemática a possibilidade de aplicar a imunidade tributária seletiva dos medicamentos no Brasil, a partir do direito à saúde e do reconhecimento do medicamento como bem essencial, uma vez que a alta incidência tributária sobre os medicamentos inibe o acesso da população.

Para realização da pesquisa será utilizado o método dedutivo, em pesquisa teórica e qualitativa com emprego de material bibliográfico e documental legal.

A presente monografia está dividida em três capítulos.

No primeiro capítulo, será realizada breve análise evolutiva do Sistema Constitucional Tributário, por meio das Constituições brasileiras, tal como, da aplicação do princípio da seletividade tributária.

Já no segundo capítulo, será analisado o Sistema Único de Saúde – SUS, através de uma breve evolução da saúde e do SUS, com base nas Constituições, assim como o fornecimento gratuito de medicamentos através da Política Nacional de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica.

Por fim, serão estudadas as alíquotas de tributos de medicamentos no Brasil, e, a (im)possibilidade de imunidade tributária sobre os medicamentos com base no princípio da seletividade tributária e do reconhecimento do medicamento como bem essencial. Igualmente, os tributos e a teoria Quinária adotada pelo Supremo Tribunal Federal. Nesse contexto, serão estudados quais os tributos incidentes sobre os medicamentos e, a eficácia da Política Nacional de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica.

2 SISTEMA CONSTITUCIONAL TRIBUTÁRIO

Em matéria tributária, o Brasil está amparado em um Sistema Constitucional Tributário, onde seus principais fundamentos estão aludidos na Constituição Federal de 1988.

Sob um ângulo científico, um sistema é classificado como o conjunto de elementos dotados de unidade interna, coerência lógica, ausência de contradições e independência do todo com relação às partes. Assim o sistema jurídico se caracteriza por um conjunto de normas, com estrutura interna hierarquizada, coerência lógica e existência de normas para solução de conflitos (TORRES, 2006, pp. 355-356).

Ataliba (1968, p.8) entende que “o sistema constitucional tributário é o conjunto de princípios constitucionais que informa o quadro orgânico de normas fundamentais e gerais no Direito Tributário, vigentes em determinados país”.

Harada (2006. p. 324) acrescenta que:

Sistema pressupõe um conjunto de elementos, organizados de forma harmônica, formando um todo uniforme através de princípios que presidem o agrupamento desses elementos. Assim, Sistema Tributário Nacional é o conjunto de normas constitucionais de natureza tributária, inserido no sistema jurídico global, formado por um conjunto unitário e ordenado de normas subordinadas aos princípios fundamentais, reciprocamente harmônicos, que organiza os elementos constitutivos do Estado, que outra coisa não é senão a própria Constituição.

No entendimento de Falcão (1964, p. 35), “Sistema Tributário é o conjunto de tributos existentes em um Estado”.

A Constituição Federal de 1988, em matéria de tributação, dedica o Capítulo I, Título IV (Da tributação e do Orçamento), para determinar o Sistema Tributário Nacional, nos artigos 145 a 162, além de outros que se pode incluir como os artigos 194 e 195, que tratam das contribuições para a seguridade social (BRASIL, 2017).

O Sistema Constitucional Tributário pode ser simplificado em - repartição das competências tributaria entre a União, Estados, Distrito Federal e Municípios, a partilha direta e indireta do produto da arrecadação, os princípios tributários e as limitações ao poder de tributar.

Dessa forma, será analisado, no presente capítulo, o Sistema Constitucional Tributário edificado pela Constituição Federal de 1988.

2.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA

2.1.1 Regime Tributário no Brasil Colônia

Pode-se dizer sobre a situação dos impostos no Brasil, dividindo-os em três modelos políticos: Colônia, Império e República. Pouco se tem a falar quanto ao Sistema Constitucional Tributário no Período Colonial brasileiro.

Portugal com mentalidade escravagista da época, não tinha interesse em promover o desenvolvimento econômico de suas colônias. Delas se servia como instrumento de canalização de rendimentos a Coroa (DENARI, 2008, p. 33).

Nesse sentido ensina Alencastro (2000, p. 9):

Em verdade, ao longo da história colonial, a metrópole lusitana buscou fazer com que os principais portos e zonas econômicas tivessem laços imediatos apenas com Portugal e não entre si. Pode-se afirmar que os principais pólos econômicos da colônia brasileira estariam mais interligados ao contexto de exploração econômica do Atlântico sul (Luanda, Guiné etc.), devido ao intercâmbio escravista, do que de regiões interioranas do Brasil.

Na época da Independência, não existia uma “unidade brasileira” apenas “a designação genérica das possessões portuguesas na América do Sul” (MELLO, 2004, p.18).

No século XVIII, Portugal experimentava uma ligeira decadência cultural e socioeconômica, o qual coube ao Marquês de Pombal conter esta queda, com a criação dos rendimentos da Capitania da Bahia de Todos os Santos e da Capitania do Rio de Janeiro, onde eram anotados em livros as contribuições, de diferentes categoria e origens, para amarrar-se o Erário Real (DENARI, 2008, p. 34).

Dentre estes, estavam os rendimentos dos dízimos das Capitânicas; rendimentos dos Direitos dos Escravos que entravam e saíam de determinada Capitania; rendimentos do Contrato de Diamantes; rendimentos dos Quintos do Ouro, entre outros (KORFF, 1977, p. 11).

Por isso, Korff (1977, p. 21), com certo desapontamento nota que: “O primeiro período assinala uma época confusa de vexatórias imposições fiscais, incapazes de contribuir um sistema com lineamentos científicos”.

Com o fim do Período Colonial, não ocorreram grandes avanços em matéria tributária.

2.1.2 Constituição Imperial

Proclamada a independência no dia 7 de setembro de 1822, os tributos eram mal distribuídos, tornando um sistema tributário precário, pois não existia uma sistematização das receitas e despesas. Com isso, é necessário organizar a máquina administrativa.

Denari (2008, p. 35) aduz que “a Constituição Imperial de 1824 não significou um avanço em matéria tributária. O poder impositivo era centralizado ao máximo e as províncias e municípios não podiam instituir tributos e, nem sequer, legislar em matéria tributária. O Império dotava-os de verbas no orçamento geral”.

Assim, pode-se dizer que a Constituição de 1824 instituiu um Estado Unitário, em que as províncias e municípios não possuíam autonomia, não colaboravam no funcionamento do poder político, ficando direcionado no ente central, que representava a nação (SALGADO, 1985, p. 181).

“Não havia divisão desse poder, sendo as províncias e municípios meros extensivos do ente político central, não faria sentido que o legislador constituinte as atribuísse uma parcela do poder de tributar” (SALGADO, 1985, p. 171).

Com efeito, o Poder Legislativo foi confiado à Assembléia Geral que, por sua vez, era constituída pela Câmara dos Deputados e ela a Câmara dos Senadores, equivalendo, portanto, ao atual Congresso Nacional (artigos 13 e 14 da Constituição Imperial). Embora reconhecendo a todo cidadão o direito de intervir nos negócios de sua província (artigo 71), a Constituição dispôs que os Conselhos das províncias não podiam deliberar sobre imposições (SÃO VICENTE, 2002, p. 250).

Vejamos o posicionamento da Constituição Imperial sobre a presente situação:

Art. 83. Não se podem propor, nem deliberar nestes Conselhos Projectos:
[...]

§ 3º Sobre imposições, cuja iniciativa é da competência particular dos Deputados (BRASIL, 2017b).

Assim disciplinada pela Constituição em seu artigo 171:

Art. 171. Todas as contribuições diretas, à exceção daquelas que estiverem aplicadas aos juros e amortizações da dívida pública, serão anualmente estabelecidas pela assembléia geral; mas continuarão até se publique a sua derrogação e sejam substituídas por outras (BRASIL, 2017b).

A constituição indica a contribuição direta, mais especial e talvez mais propriamente assim chamada que, como verdadeira capitação ou lançamento “per capita”, deve consistir na quota que cada contribuinte há de pagar conforme a sua possibilidade, conforme (ATALIBA, 1968, p. 43), assim:

O Ato Adicional de 1834, Lei de 12 de agosto de 1834, transformou os Conselhos Gerais em Assembléias Legislativas e delegou a estes órgãos diversas competências legislativas, dentre elas as de fixar as “despesas municipais e provinciais e os impostos para elas necessários, contanto que não prejudiquem as imposições gerais do Estado”.
Recebendo esta competência legislativa, bastante genérica, o legislador, no artigo 12, do mesmo Ato Adicional, também estabeleceu outro limite ao exercício do poder de tributar por aqueles órgãos legislativos provinciais: “As Assembléias Provinciais não poderão legislar sobre impostos de importação [...]”

Com o advento deste Ato Adicional ocorreu que as províncias e municípios receberam poderes para instituir quaisquer tributos, desde que não prejudicassem as imposições gerais do Estado e que não se confundissem com os impostos de importação (SÃO VICENTE, 2002, p. 252).

É fácil constatar, que o sistema tributário do Império, se é que se pode falar em sistema tributário nesse período em que a tributação dava seus primeiros passos, sendo um período muito flexível.

2.1.3 Primeira Constituição da República de 1891

Instaurado o primeiro regime republicano no Brasil, por meio da Constituição Federal de 24 de fevereiro de 1891, em que pese procurou estabelecer a competência da União e dos Estados quanto à questão dos tributos.

No entanto com a Constituição de 1891, não houve grandes mudanças no sistema tributário, conservando praticamente a mesma composição do império.

Entretanto, adotou-se um regime federativo fazendo com que beneficiasse os estados e municípios de receitas, concedendo a estes uma autonomia financeira. Regime de divisão das fontes tributárias, onde estabeleceu os impostos de competência exclusiva da União e dos Estados (GIAMBIAGI; ALÉM, 2008, p. 244).

Quanto aos tributos municipais, o constituinte foi omissivo, sendo criados pelos próprios Estados. Varsano (1996, p. 02), ajuda explicando que “os Estados encarregados de fixar os impostos municipais de forma a assegurar-lhes a autonomia”.

Tal autonomia, nos dizeres de Horta (1995, p. 440), “foi amplificada pela generosidade do constituinte federal, no setor sensível da discriminação das rendas dos Estados, a eventual criação de outras fontes de receitas, bem como na possibilidade de interpretação dos Poderes que lhes foram reservados”.

Pela primeira vez, o princípio da legalidade foi abordado, ficando explícito na Constituição em seu artigo 72, § 30 que:

Art. 72.

[...]

§ 30. Nenhum imposto de qualquer natureza poderá ser cobrado senão em virtude de uma lei que o autorize (BRASIL, 2017c).

Sobretudo, a tributação ficou estabelecida do seguinte modo: no âmbito federal, o Imposto de Importação continuou como a principal fonte de receita da União; Nos Estados, o Imposto de Exportação; e fixou os Estados na esfera Municipal, o imposto sobre indústrias e profissões.

2.1.4 Constituição de 1934

Com a Constituição Federal de 1934, ocorre um avanço histórico para evolução do Sistema Constitucional Tributário brasileiro.

Foi estruturado no Brasil um sistema tributário inflexível, sem margens à discricionariedade do legislador ordinário. Denari (2008, p. 39) complementa:

O novo estatuto político aperfeiçoou o processo de discriminação das rendas, definindo os tributos de competência privativa da União, dos Estados e, inclusive, dos Municípios, estes últimos, investidos, agora, de capacidade tributária.

A Constituição Federal de 1934 instituiu que os impostos privativos da União figuravam o Imposto sobre Importação, de consumo, de renda e transferência de fundos para o exterior, impostos emanados sobre atos de seu governo; taxas telegráficas, postais e de outros serviços federais; taxa de entrada, saída e estadia entre outras mais (BRASIL, 2017d).

Caberia aos Estados tributar sobre a propriedade territorial, exceto a urbana, transmissão de propriedade *causa mortis* e intervivos, vendas e consignações, exportação de mercadorias, indústrias e profissões e taxas de serviços estaduais (BRASIL, 2017d).

Enfim aos municípios, reservados os “impostos” de licenças, diversões públicas (após a Constituição de 1946 utilizou-se a nomenclatura correta, passando a utilizar taxas de licenças, diversões públicas), predial e territorial urbano, taxas sobre serviços municipais (BRASIL, 2017d).

Há, também, na Constituição de 1934, o reconhecimento ao princípio da legalidade, da isonomia, e da imunidade recíproca. E claro, estabelece a competência concorrente, possibilitando à União e aos Estados criar impostos, além dos de caráter privativo. Importante salientar que foi proibida a bitributação¹, quando a competência for concorrente, com isso, não pode a União e os Estados criar o mesmo tributo, o que ocorria nas Constituições anteriores.

2.1.5 Constituição de 1937

A Constituição de 1937 teve poucas mudanças se comparada com a não à de 1934 no que se refere ao sistema tributário.

Contudo, “eliminou alguns dos tributos dos Estados, que perderam a competência para tributar sobre o consumo de combustíveis de explosão” (VARSAÑO, 1996, p. 04).

Estabeleceu também, que uma porcentagem do valor dos impostos arrecadados pelos Estados deveria ser transferida aos Municípios.

¹ Ocorre a bitributação quando entes tributastes diversos exigem do mesmo sujeito passivo tributos decorrentes do mesmo fato gerador, e, está em regra, proibida pela no Brasil. ALEXANDRE, Ricardo. Direito tributário esquematizado. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2013, p. 192.

2.1.6 Constituição de 1946

Com a Constituição Federal de 1946, o Sistema Constitucional Tributário foi consolidado, no entanto, somente alterou a discriminação da renda.

Com a discriminação da renda, foi atribuído aos Municípios o imposto de indústrias e profissões, hoje extinto, e que no regime anterior era de competência dos Estados (FALCÃO, 1964, p. 71).

O artigo 21 cria o princípio da competência remanescente, também conhecido por competência extraordinária:

Art 21 - A União e os Estados poderão decretar outros tributos além dos que lhe são atribuídos por esta Constituição, mas o imposto federal excluirá o estadual idêntico. Os Estados farão a arrecadação de tais impostos e, à medida que ela se efetuar, entregarão vinte por cento do produto à União e quarenta por cento aos Municípios onde se tiver realizado a cobrança (BRASIL, 2017f).

A Constituição Federal de 1946 é a pioneira em amparar as imunidades tributárias, além de até algumas isenções. Cumpre destacar, que veio a consagrar os princípios da anualidade, legalidade e o da capacidade contributiva (BRASIL,2017g).

Ademais, a Constituição de 1946, discorria sobre a competência da União, Estados e Municípios para a cobrança de taxas, contribuições de melhoria e quaisquer outras rendas provenientes do exercício de suas atribuições e da utilização de seus bens e serviços.

2.1.7 As Constituições Ditatoriais de 1967 e 1969

Na Constituição Federal de 1967 podem-se verificar algumas modificações na estrutura tributária.

O Imposto de consumo foi reformulado dando origem ao IPI, além da centralização da arrecadação ao governo federal e a origem do Imposto sobre operações pertinentes à Circulação de Mercadorias (ICM), de órbita estadual, com algumas restrições e premissas da União, eliminação dos impostos cumulativos, substituindo-os pelo Imposto de Valor Agregado (IVA) (VARSAÑO, 1996, p. 06).

Outrossim, Valentim (2014, p. 20) ainda menciona que:

Com a Lei nº 5.172 de 25 de outubro de 1966, estabeleceram-se normas básicas do ICM, e em 28 de Dezembro de 1966, foi instituído o Ato Complementar nº. 31, que determina um único imposto substituindo o imposto estadual e municipal, o ICM que passou a ser de competência dos Estados, transferindo 20% da arrecadação para os municípios.

Por fim, com a entrada em vigor da Emenda Constitucional de nº 01/1969, os critérios de incidência do ICM não foram alterados, mas, “incluíram novas alíquotas diferenciadas para as operações interestaduais e determinou que as isenções do ICM”, seriam concedidas através de “convênios celebrados entre os Estados e o Distrito Federal” sendo o fato gerador a circulação de mercadorias “desde a fonte produtora até o consumidor final”, de todo “bem móvel e tangível, produzido ou recebido para ser posto em circulação” (VALENTIM, 2014, p. 20).

Um grande avanço é que, até na atual Constituição Federal de 1988 são mantidas todas as espécies tributárias previstas na Constituição Ditatorial de 1969, como os impostos; taxas; contribuições de melhoria; empréstimo compulsório e contribuições especiais, também chamadas de contribuições sociais.

2.1.8 Constituição da República de 1988

Conforme já mencionado acima, foram mantidas as espécies tributárias previstas na Constituição anterior, além de outras importantes alterações na matéria tributária. A Constituição Federal de 1988 é o alicerce do Sistema Tributário Nacional, tal como os princípios que norteiam o poder do Estado para a criação, isenção, imunização dos tributos, suas formas de arrecadação e repartição das receitas.

Como já aludido anteriormente, encontra-se no Sistema Tributário Nacional, no Título VI (da tributação e do orçamento), Capítulo I, (do Sistema Tributário Nacional), artigos 145 a 156, que remete ao Código Tributário Nacional, Lei nº. 5. 172, de 25 de outubro de 1966. (MELO, 2006, p. 12).

As novas disposições normativas contidas na Constituição Federal de 1988, presentes nos artigos 145 a 162, além de outros que se pode incluir como os artigos 194 e 195, que abordam as contribuições para a seguridade social, representam um esforço de aperfeiçoamento de Sistema Constitucional Tributário (BRASIL, 2017).

Alguns princípios tiveram origem nas Constituições anteriores, mas muitas surgiram com a atual Constituição, como por exemplo, o princípio da seletividade, que será amplamente abordado nos próximos capítulos, somente aplicado ao IPI e passou a ser aplicado ao ICMS, e claro, passou a ter maior relevância (PAULSEN, 2003, p. 260).

O Sistema Constitucional Tributário pode ser simplificado em: a repartição das competências tributaria entre a União, Estados, Distrito Federal e Municípios, a partilha direta e indireta do produto da arrecadação, os princípios tributários e as limitações ao poder de tributar.

2.2 LIMITAÇÕES CONSTITUCIONAIS AO PODER DE TRIBUTAR

Conforme anteriormente explicado, as limitações constitucionais ao poder de tributar fazem parte da construção do atual Sistema Constitucional Tributário. Desde as primeiras Constituições buscaram-se delimitar competências para tributar, e com isso as limitações para se tributar, através de princípios, por exemplo, com o propósito de proteger o cidadão do ente estatal.

Veja-se que segundo Sabbag (2013, p. 51):

Há uma íntima ligação entre o Direito Tributário e o Direito Constitucional, da qual despontam vários pontos de intersecção, os limites ao poder de tributar (princípios, por exemplo), o estabelecimento dos preceitos específicos de certos impostos, as discriminações das rendas tributárias e das competências impositivas, as espécies de tributos, entre outras generalidades.

Com isso, pode-se dizer que a Constituição Federal de 1988 impõe determinados limites ao poder de tributar, isto é, balizas à invasão patrimonial tendente à percepção estatal de um algum tributo. Essas limitações sobrevêm das imunidades constitucionais tributarias. Não ficando de fora, os princípios constitucionais tributários, que serão mais bem trabalhados posteriormente, são considerados limitações constitucionais ao poder de tributar, vez que auxiliam na aplicação e criação dos tributos. Essas limitações estão introduzidas nos artigos 150, 151 e 152 da Carta Magna (SABBAG, 2013, p. 51).

Denari (2008, p. 23) complementa:

Se o poder tributário permite ao ente público impor deveres coercitivos ao contribuinte, o exercício desse direito não é absoluto, nem irrestrito. De fato, o legislador constitucional estabeleceu vedações ao poder de tributar, limitando o campo de atuação do ente público, por meio das imunidades tributárias, que identificam, no plano subjetivo, quais as pessoas (entidades religiosas ou sem fins lucrativos) ou, no plano objetivo, quais os bens (livros, jornais e revistas) que devem ser colocados a salvo da tributação; e por meio dos princípios tributários, que vinculam o poder tributário tanto no momento de legislar sobre a matéria, bem como no momento de cobrar os tributos estabelecidos legalmente.

Ampliando o entendimento em relação às limitações ao poder de tributar, Machado (2013, p. 278) acrescenta:

Cada uma das pessoas jurídicas de direito público vale dizer a União, os Estados, Distrito Federal e os Municípios, tem sua competência tributária, que é como já dito, uma parcela do poder de tributar. O exercício dessa competência, porém, não é absoluto. O Direito impõe limitações à competência tributária, ora no interesse do cidadão, ou da comunidade, ora no interesse do relacionamento entre as próprias pessoas jurídicas titulares da competência tributária.

Delimitou sobre a competência tributária e a capacidade tributária, para então passar a ser abordado sobre os princípios constitucionais tributários, como atuam na criação, bem como aplicação de um determinado tributo, protegendo os cidadãos, do poder de tributar do Estado através de cláusulas pétreas (tributárias).

2.3 COMPETÊNCIA, CAPACIDADE E PRINCÍPIOS TRIBUTÁRIOS

2.3.1 Competência Tributária

Anteriormente foi mencionada a competência tributária para, então, definir o que são as limitações constitucionais ao poder de tributar, salientando que cada uma das pessoas jurídicas de direito público, como por exemplo, a União, os Estados, Distrito Federal e os Municípios, têm sua competência tributária, que é como já dito, uma parcela do poder de tributar.

No tocante a competência tributária, Alexandre (2013, p. 184) ensina que “a Constituição Federal de 1988 não cria tributos, apenas outorga competência para que os entes políticos o façam por meio de leis próprias. Assim, é correto definir

competência tributária como o poder constitucionalmente atribuído de editar leis que instituem tributos”.

Sabbag (2013, p. 389) acrescenta que “a competência tributária é a habilidade privativa e constitucionalmente atribuída ao ente político para que este, com base na lei, proceda à instituição da exação tributária”.

Ainda, Alexandre (2013, pp. 185 - 186), diz que é fundamental estabelecer a diferença entre dois institutos:

Em sentido estrito, a competência tributária é política e se refere à possibilidade de editar leis instituindo o tributo, definindo seus elementos essenciais (fatos geradores, contribuintes, alíquotas e base de cálculo. A capacidade ativa decorre da competência tributária, mas possui natureza administrativa, referindo-se às funções de arrecadar ou fiscalizar tributos, ou de executar leis, serviços, atos ou decisões administrativas em matéria tributária. Em sentido amplo, a competência seria a soma de quatro atribuições, quais sejam: instituir, arrecadar, fiscalizar e executar leis, serviços, atos ou decisões administrativas relativas ao tributo.

Assim, competência tributária é a aptidão de criar tributos, e esta aptidão, que se pode dizer poder, é distribuído entre os vários entes políticos (União, Estados, Distrito Federal e Municípios), de forma que cada um individualmente tem atribuição para criar prestações tributárias, dentro da esfera que lhe é assinalada pela Constituição (AMARO, 2013, pp. 117 - 125).

Sabbag (2013, p. 389) elucida:

A atribuição da competência tributária às pessoas jurídicas de Direito Público está prevista nos artigos 153 a 156 da Constituição Federal de 1988, dividindo-se, entre elas, o poder de instituir e cobrar tributos. Desse modo, cada entidade impositora está obrigada a comportar-se nos limites da parcela de poder impositivo ou potestade tributária que lhe foi atribuída pela Constituição.

A Constituição Federal de 1988 e a doutrina enfatizam três modalidades de competência tributária, sendo a privativa, comum e a residual, conforme explica Amaro (2013, p. 117):

Designa-se privativa a competência para criar impostos atribuída com exclusividade a estes ou àquele ente político: assim o imposto de importação (II) seria de competência privativa da União; o ICMS pertenceria à competência privativa dos Estados e do Distrito Federal; o ISS comporia a competência privativa dos Municípios e do Distrito Federal. Diz-se residual a competência (atribuída à União) atinente aos outros impostos que podem ser instituídos sobre situações não previstas. Seria comum a competência (referente às taxas e contribuições de melhoria) atribuída a todos os entes políticos: União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

Alexandre (2013, p. 186), lista seis características da competência tributária, a saber: “privatividade, indelegabilidade, incaducabilidade, inalterabilidade, irrenunciabilidade e facultatividade do exercício. A indelegabilidade é considerada um princípio pelo artigo 7º e seus parágrafos do Código Tributário Nacional”.

Basicamente, uma vez atribuída competência a um ente público para instituir um determinado tributo, pelo procedimento legislativo, essa competência é intransferível, isto é, não pode ser delegada a outro ente público.

Conclui-se desta feita que entes políticos (União, Estados, Distrito Federal e Municípios), quais sejam titulares da atribuição de competência tributária, são obrigados a seguir essa prerrogativa, observando as modalidades e características que se dividem, evitando com isso a ofensa ao ordenamento constitucional, que trata da separação dos poderes.

2.3.2 Capacidade Tributária

Capacidade tributária é inconfundível com a competência tributária, vez que esta é a qualidade para instituir tributos, e, portanto, supõe a faculdade de legislar para produção das normas impositivas, já a capacidade tributária diz respeito ao exercício efetivo da competência tributária. Assim, competente é quem pode legislar e criar um tributo, podendo cobrá-lo, em decorrência da vontade da Constituição Federal de 1988.

De outro modo, colaciona-se a lição de Carraza (2013, p. 579), a respeito da capacidade tributária:

Embora a competência tributária – aptidão para criar o tributo – seja indelegável, a capacidade tributária ativa – aptidão para arrecadar o produto – é delegável por lei (lei é claro, da pessoa política competente). Assim, nada impede que pessoa diversa daquela que criou o tributo venha, afinal, desde que autorizado por lei, a arrecadá-lo.

Há também dentro da capacidade tributária, o sujeito ativo e passivo, dois pólos da relação jurídica tributaria, sob o qual a capacidade tributária ativa costuma ser exercitada pelos entes centralizados, investidos de personalidade de direito público (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) (CARRAZA 2013, p. 579), em

concordância com o artigo 119 do Código Tributário Nacional, isto é, sujeito ativo é aquele que pode exigir o seu cumprimento (BRASIL, 2017a).

Em contrapartida, a capacidade tributária passiva alcança todas as pessoas que se localizam no pólo passivo da relação jurídica tributária, incluindo o contribuinte e os responsáveis tributários, conforme determina o artigo 121, parágrafo único do Código Tributário Nacional (BRASIL, 2017a).

Portanto, capacidade tributária, é habilitação determinada por lei para ser titular de direitos e obrigações na ordem jurídica tributária.

2.3.3 Princípios Tributários

Nas constituições anteriores alguns princípios foram criados com o objetivo de proteger o cidadão na criação e aplicação de uma determinada norma jurídica.

Este é o raciocínio assentado por Denari (2008, p. 57), definindo que os “princípios são proposições que expressam, da forma mais ampla possível, o conteúdo ideal do Direito e que servem de paradigma tanto para elaboração quanto para aplicação das normas jurídicas”.

Igualmente, Amaro (2013, p. 133) ainda menciona que:

Há de se registrar, também, que a Constituição embaralha, no tópico as “limitações do poder de tributar”, princípios que amparam direitos fundamentais do cidadão (por exemplo, o direito à segurança jurídica, valor protegido por uma série de princípios constitucionais não estritamente tributários, como o da legalidade) e princípios que resguardam direitos do contribuinte (ou do cidadão na sua condição de contribuinte). Assim, o respeito à capacidade contributiva, a anterioridade da lei fiscal em relação ao exercício de aplicação do tributo e uma série de outras proposições que são tipicamente postulados tributários.

Isto é, os princípios existem para proteger o cidadão contra abusos do poder, provenientes dos entes públicos, bem como, para o entendimento das diversas normas integrantes de um determinado ramo do direito.

2.3.3.1 Princípio da Legalidade

Os princípios jurídicos da tributação funcionam como limitações ao poder de tributar.

O Direito é um sistema de limites e toda norma jurídica estabelece certa forma de limitação da liberdade humana, limitando a conduta das pessoas. O poder de tributar, proveniente da soberania estatal, é limitado precisamente pelos princípios jurídicos da tributação (MACHADO, 2013, p. 280).

O princípio da legalidade encontra-se assegurado, amplamente, no capítulo dos direitos e garantias fundamentais da Constituição de 1988, que firmou o primado da legalidade em seu artigo 5º, inciso II conforme segue:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

[...]

II - ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei. (BRASIL, 2017).

Também presente no artigo 150, inciso I da Constituição Federal, definindo que somente mediante lei são possíveis a criação e a majoração de um tributo. Não podendo ser via decreto, ou alguma portaria, nem mesmo instrução normativa, ou qualquer outro ato normativo que não seja a lei. Existem algumas exceções, previstas na Constituição, que permite a majoração da alíquota dos tributos ali mencionados. Esta majoração, contudo, deve ser feita por ato do poder Executivo, atendidas as condições e limites estabelecidos em lei (MACHADO, 2013, p. 280).

O artigo 150 da respectiva Constituição aduz que:

Art. 150. Sem prejuízo de outras garantias asseguradas ao contribuinte, é vedado à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios:

I - exigir ou aumentar tributo sem lei que o estabeleça (BRASIL, 2017).

Dessa forma, o princípio da legalidade é nota primordial em um Estado de direito, sendo um princípio basilar, portanto é da essência do seu conceito subordinar-se à Constituição (SILVA, 2009, p. 420).

Nesse trilhar, o princípio da legalidade tributária, impede que os entes públicos, como a União, Estados, Distrito Federal e Município instituem tributos que fora de sua competência constitucional.

2.3.3.2 Princípio da Igualdade ou Isonomia

O princípio da isonomia, também conhecido como princípio da igualdade, faz menção aos contribuintes, que desde a Constituição de 1969, são considerados iguais perante a lei e, na atual Constituição previsto no caput do artigo 5º.

Machado (2013, p. 38), em uma de suas obras explica que:

O princípio pelo qual todos são iguais perante a lei, apresenta-se como garantia de tratamento uniforme, pela entidade tributária, de quantos se encontrem em condições iguais. Como manifestação desse princípio tem, em nossa Constituição, a regra da uniformidade dos tributos federais em todo território nacional.

O princípio da isonomia tributária encontra-se também, no artigo 150, inciso II da Constituição Federal:

Art. 150. Sem prejuízo de outras garantias asseguradas ao contribuinte, é vedado à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios:

[...]

II - instituir tratamento desigual entre contribuintes que se encontrem em situação equivalente, proibida qualquer distinção em razão de ocupação profissional ou função por eles exercida, independentemente da denominação jurídica dos rendimentos, títulos ou direitos (BRASIL, 2017).

Vale ressaltar o que diz Machado (2013, p. 38), abordando que:

Não fere o princípio da igualdade – antes, o realiza com absoluta adequação – o imposto progressivo. Realmente, aquele que tem maior capacidade contributiva deve pagar imposto maior, pois só assim estará sendo igualmente tributado. A igualdade consiste, no caso, na proporcionalidade da incidência à capacidade contributiva, em função da utilidade marginal da riqueza.

É possível concluir, que o ente federativo não pode tratar de maneira desigual os contribuintes. Deve-se conceder análise isonômica ou igual, em que os entes políticos do Estado não podem instituir tratamento desigual entre contribuintes que se encontrem em situação equivalente, isto é, aos contribuintes deve ser oferecido tratamento isonômico em relação à cobrança de um determinado tributo.

2.3.3.3 Princípio da Capacidade Contributiva

Originário da Constituição de 1946, a Constituição Federal de 1988 restabeleceu o princípio da capacidade contributiva, em seu artigo 145, parágrafo primeiro:

Art. 145 A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão instituir os seguintes tributos:

[...]

§ 1º Sempre que possível, os impostos terão caráter pessoal e serão graduados segundo a capacidade econômica do contribuinte, facultado à administração tributária, especialmente para conferir efetividade a esses objetivos, identificar, respeitados os direitos individuais e nos termos da lei, o patrimônio, os rendimentos e as atividades econômicas do contribuinte (BRASIL, 2017).

Machado (2013, p. 40) explica a correlação entre a capacidade contributiva e a Constituição Federal de 1988:

O princípio da capacidade contributiva, ou capacidade econômica, diz respeito aos tributos em geral e não apenas aos impostos, embora apenas em relação a estes esteja expressamente positivado na Constituição. Princípio que justifica a isenção de certas taxas, e até da contribuição de melhoria, em situações nas quais é evidente a inexistência de capacidade contributiva daquele de quem teria de ser tributo cobrado. E quanto à segunda das referidas questões nos parece que se trata de um princípio constitucional que deve ser encarado com os princípios jurídicos em geral. Não é razoável entender-se que o legislador tem ampla liberdade para resolver quando é e quando não é possível exigir-se obediência ao princípio da capacidade contributiva porque tal compreensão anula inteiramente a sua supremacia. Em outras palavras, essa interpretação rebaixa o princípio em questão do nível da Constituição para o nível das leis ordinárias, o que ao é razoável admitir-se.

Assim, princípio da capacidade contributiva, é o que determina que cada pessoa deva contribuir para as despesas da coletividade de acordo com a sua aptidão econômica, levando em conta níveis de capacidade contributiva.

2.3.3.4 Princípio da Anterioridade

Princípio da anterioridade é uma garantia constitucional para o contribuinte contra o Estado.

Uma vez que, exige lei anterior ao início do exercício financeiro no qual o tributo é cobrado, conforme mostra a alínea “b” do inciso III do artigo 150 da Constituição Federal:

Art. 150. Sem prejuízo de outras garantias asseguradas ao contribuinte, é vedado à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios:

[...]

III - cobrar tributos:

[...]

b) no mesmo exercício financeiro em que haja sido publicada a lei que os instituiu ou aumentou (BRASIL, 2017).

Vale ressaltar que Sabbag (2013, p. 94) diz que, “a verdadeira lógica do princípio da anterioridade é preservar a segurança jurídica, postulado doutrinário que irradia efeitos a todos os ramos do Direito, vindo a calhar na disciplina ora em estudo, quando o assunto é anterioridade tributária.”

Ainda, sobre a anterioridade, existe no mesmo artigo citado acima, a alínea “c”, o qual dispõe sobre a anterioridade nonagesimal (noventena), que assim determina: “antes de decorridos noventa dias da data em que haja sido publicada a lei que os instituiu ou aumentou, observado o disposto na alínea”.

Logo, nenhum tributo pode ser cobrado sem que a lei que o instituiu, ou aumentou, tenha sido publicada antes do início do exercício da cobrança. Por exemplo, um imposto que mediante lei foi instituído e publicado em 2015 somente a partir de 2016 pode ser cobrado. Bem como, vale ressaltar, a existência da anterioridade nonagesimal.

2.3.3.5 Princípio da Seletividade Tributária

O Dicionário Aurélio conceitua “essencialidade” como “qualidade do que é essencial”, e segundo a mesma fonte, “essencial” é a condição principal e indispensável (FERREIRA, 2010). A essencialidade, no melhor conceito, significa aquilo que é relativo à essência, que constitui a essência. Que constitui a parte necessária ou inerente de uma coisa, necessário, indispensável. Algo característico, importante, o ponto mais importante (MICHAELIS, 2009, p. 196).

“A essência é aquilo que constitui a natureza das coisas, é a substância. No caso em que a coisa ou produto deve ser excluído ou incluído e normatizado em razão da sua natureza essencial e da sua finalidade” (NOGUEIRA, 1976, p. 107).

Ávila (2004, p. 380) esclarece que “Essencial” significa algo que é de importância decisiva. “Essencialidade só pode ser vista na perspectiva da garantia do desenvolvimento das decisões valorativas constitucionais, isto é, aquilo que for essencial para a dignidade humana, para a vida ou para a saúde do homem”.

Com isso, diz-se que os serviços e produtos essenciais, analisados de um ponto de vista jurídico, são aqueles necessários a preservação de uma vida digna. Sendo que essa, só será auferida através do amparo e do auxílio aos direitos fundamentais previstos na Constituição (BALEEIRO, 2007, pg.188).

Ainda, Baleeiro (2007, pg. 188) acrescenta que:

[...] refere-se à adequação do produto à vida do maior número dos habitantes do país. As mercadorias essenciais à existência civilizada deles devem ser tratadas mais suavemente ao passo que as maiores alíquotas devem ser reservadas aos produtos de consumo restrito, isto é, o supérfluo das classes de maior poder aquisitivo. Geralmente são os artigos mais raros e, por isso, mais caros.

O sentido de essencialidade alcança aquelas necessidades que são indispensáveis por natureza, como também aqueles bens que, conforme a opinião estabelecida de decência, não devia faltar aos mais humildes. Assim o conceito de essencialidade vincula-se a um mínimo de vida não devendo ninguém ficar abaixo de tal padrão.

No que se refere à questão dos produtos essenciais, Coêlho (2006, p. 473), explica que um automóvel, em si, não é um bem supérfluo, embora uma BMW, Mercedes, Audi possa ser. Semelhantemente, feijão é gênero de primeira necessidade, e caviar é dispensável.

O Dicionário de língua portuguesa Aurélio, conceitua a seletividade, “decorre de seleção, significa distinção ou classificação de determinado objeto em função de um dado critério” (FERREIRA, 2010).

Seletivo é o mesmo que selecionar, aquilo que se escolhe, fazendo uma variação para mais ou para menos. Imposto seletivo é aquele que onera diferentemente os bens sobre os quais incide. Seleciona os bens em razão de certos critérios (MACHADO, 2013, pp. 384 - 385).

No art. 48 do CTN, o imposto é seletivo em função da essencialidade dos produtos. Assim, a execução da seletividade ocorre por meio da variação da carga tributária sobre produtos e serviços, e na proporção contrária de sua essencialidade (BALEEIRO, 2007, p. 347). Somando a expressão seletividade presente no artigo citado acima:

A seletividade quer dizer discriminação ou sistema de alíquotas diferenciadas por espécies de mercadorias. Trata-se de dispositivo programático, endereçado ao legislador ordinário, recomendando-lhe que

estabeleça as alíquotas em razão inversa da imprescindibilidade das mercadorias de consumo generalizado. Quanto mais sejam elas necessárias, a alimentação, vestuários, à moradia, ao tratamento médico e higiênico das classes mais numerosas, tanto menores deve ser. O discricionarismo honesto do legislador, fiel ao espírito da Constituição, fará a seleção das mercadorias e a relatividade das alíquotas (BALEEIRO, 2007, p.347).

Isto posto, nasceu o princípio da seletividade tributária, permitindo aplicar alíquotas inversamente proporcionais à essencialidade dos produtos. Certas classes de bens de maior utilidade social (tais como medicamentos e alimentos) serão tributadas com uma alíquota reduzida em relação a outros bens que não possuem esta propriedade.

Ainda sobre o princípio da seletividade tributária:

A seletividade, no Direito Tributário, é uma técnica empregada pelo legislador (ao lado da proporcionalidade) ao instituir tributos em obediência à capacidade contributiva. Por este princípio, certas classes de bens de maior utilidade social (tais como medicamentos e alimentos) serão tributadas com uma alíquota reduzida em relação a outros bens que não possuem esta propriedade (como bebidas alcoólicas, cigarros e artigos de luxo) Princípio da seletividade - Direito e Leis. ²

Adiciona-se ainda o posicionamento de Schoueri (2013, p. 397), aclarando-se que o princípio da seletividade obedece ao critério da essencialidade:

O princípio da seletividade é aquele que determina que o tributo deva obedecer ao critério de essencialidade do produto ou serviço, sendo inversamente proporcional a sua importância, isto significa que quanto mais essencial for o produto para a coletividade menor será a alíquota imposta sobre sua base de cálculo.

Significa dosar a incidência do tributo com a essencialidade da mercadoria. Ou seja, aquelas mercadorias mais essenciais à subsistência da população são atingidas com uma alíquota menor do que aquela aplicável a mercadorias consideradas supérfluas (ROCHA, 2007, p. 63).

Com o conceito de seletividade e do método de seleção eleito pelo constituinte para o ICMS e o IPI, vale citar o posicionamento de Paulsen (2003, p. 260):

² Princípio da seletividade - Direito e Leis, 2014. Disponível em: <<http://www.direitoeleis.com.br/index.php?title=Princípio da seletividade&oldid=4977>>. Acesso em: 10 de agosto de 2017.

Ser seletivo implica ter alíquotas diferenciadas dependendo do produto (individualmente considerado) ou do tipo de produto (se alimentício, de higiene, têxtil, etc), sendo que o critério para tal seletividade é dado pela própria constituição: o grau de essencialidade do produto. [...] Certo é, em regra, que os produtos essenciais são consumidos por toda população e os supérfluos são consumidos por aqueles que, já tendo satisfeito suas necessidades essenciais, dispõem de recursos adicionais para tanto.

A Seletividade, princípio de restrita aplicação, pois no regime da Constituição de 1969 era exclusivo do IPI, tendo sido estendido ao ICMS pelo atual texto. Permite à administração pública aplicar alíquotas inversamente proporcionais à essencialidade do produto.

Ainda, a seletividade está vinculada à essencialidade, indicando que os referidos impostos, IPI e ICMS, podem ter alíquotas variadas, não em função da base de cálculo, como na progressividade, mas em função dos próprios produtos, indicando que existe uma estreita relação entre o princípio e os bens (produtos ou serviços) afetados pela incidência do tributo (SCHOUERI, 2013, p. 397).

O princípio da seletividade está previsto nos artigos 153, §3º, I (seletividade do IPI) e 155, §2º, III (seletividade do ICMS) da Constituição Federal de 1988, que assim dispõem:

Art. 153. Compete à União instituir impostos sobre:

[...]

§ 3º - O imposto previsto no inciso IV:

I - será seletivo, em função da essencialidade do produto; (BRASIL, 2017).

Art. 155. Compete aos Estados e ao Distrito Federal instituir impostos sobre:
II - operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação, ainda que as operações e as prestações se iniciem no exterior;

[...]

§ 2.º O imposto previsto no inciso II atenderá ao seguinte:

[...]

III - poderá ser seletivo, em função da essencialidade das mercadorias e dos serviços; (BRASIL, 2017).

Em conformidade com o art. 153, §3º, I, da CF/88, o IPI será seletivo em função da essencialidade do produto. Seletividade significa aplicar alíquotas diferentes para diferentes produtos, a depender da essencialidade de cada um. Para itens de primeira necessidade, alíquotas menores. Para os mais supérfluos, alíquotas mais expressivas (FIRMINO; LEONE, 2015, p. 102).

O princípio da capacidade contributiva e o princípio da seletividade são subprincípios do princípio da igualdade e serão aplicados de acordo com o tipo de imposto. O princípio da seletividade, de acordo com a essencialidade de cada bem produzido ou comercializado. A capacidade contributiva dos impostos incidentes sobre produtos e mercadorias (impostos reais) manifesta-se na variação da alíquota em virtude do grau de essencialidade do produto (seletividade) (FIRMINO; LEONE, 2015, p. 102).

Conforme mostra Balleiro (2007, p. 436), “o art. 155, § 2º, III, em sua literalidade, parece estabelecer a seletividade no Imposto sobre Operações de Circulação de Mercadorias e serviços como uma faculdade, diferentemente da imperatividade, do mesmo princípio, em relação ao imposto sobre produtos industrializados, art. 153, § 3º, I”, e, continua o raciocínio:

Quando a Constituição explana sobre o IPI, determina que o mesmo “será” seletivo em função da essencialidade do produto. Entretanto com relação ao ICMS aparece à expressão “poderá ser” seletivo em função da essencialidade da mercadoria ou serviço, mesmo ficando claro que a tributação seletiva deve adotar sempre como critério de discriminação a essencialidade, seja do produto, da mercadoria ou do serviço (BALEEIRO, 2007, p.436).

O ICMS poderá ser seletivo em função da essencialidade de uma determinada mercadoria. A seletividade é, assim, facultativa. No entanto, se o legislador estadual decidir adotar a seletividade, terá esta de ser sempre em função da essencialidade da mercadoria. O critério da seletividade não pode ser outro, sendo sempre o da essencialidade, fazendo com que a mercadoria considerada essencial, tenha uma alíquota mais baixa, e a mercadoria não essencial, terá a alíquota mais elevada (MACHADO, 2013, pp. 384 - 385).

Melo (2008, p. 187) ensina que a seletividade do ICMS também deve ser adotada de forma igual ao IPI:

A seletividade do ICMS também deverá obedecer às diretrizes constitucionais que nortearão o IPI. As únicas diferenças de tributação consistirão no elemento espacial (território nacional como unidade, e territórios estaduais, isoladamente), e no tipo de coisa (produtos industrializados e mercadorias e serviços). Conquanto a facultatividade constitua o elemento impulsionador da edição do ICMS seletivo, não poderá haver, propriamente, mero critério de conveniência e oportunidade, porque impõe-se obediência a inúmeros postulados constitucionais (como já foi apontado para o IPI).

Sobre o assunto, “utilizando-se de uma ótica constitucional, o poder que o Estado outorga às pessoas públicas, que este poder lhe impõe um dever, por esta razão se diz que a pessoa pública tem poder dever” (MELLO, 2010, p.375).

Logo, como dito pelo autor, o legislador tem o dever de utilizar o princípio da seletividade em produtos ou serviços essenciais, no uso de seu poder.

Sobre a seletividade, Carrazza (2009, pp. 440 - 441) afirma que:

A seletividade é obrigatória tanto para o ICMS quanto para o IPI, haja vista que o poder conferido pela Constituição não se constitui em mera faculdade, mas sim em um "poder-dever" o qual deve ser exercido, sob pena de se esvaziar o conteúdo da norma constitucional.

Nesse sentido se posiciona Machado (2013, p. 386):

[...] ao instituir alíquotas diferentes para o ICMS, adotando a seletividade facultada pela Constituição, o legislador estadual não se pode afastar do parâmetro da essencialidade das mercadorias e serviços onerados, sob pena de violação patente do artigo 155, § 2.º, III, da Constituição Federal.

“Se verificado que o legislador estadual estabeleceu mais de uma alíquota para o ICMS, o critério para diferenciação dos produtos e serviços tributados deverá ser a essencialidade dos mesmos” (MACHADO, 2013, p. 386).

Assim, a seletividade deverá ser obrigatória tanto no ICMS quanto no IPI, por meio de um mecanismo de alíquotas seletivas, onde os produtos de consumo dispensáveis, como é o caso do cigarro, bebidas alcoólicas, perfumes, entre outros, devem receber maior carga impositiva, enquanto produtos essenciais são menos onerados pela tributação.

Em síntese os medicamentos, por exemplo, devem ter seu reconhecimento como bem essencial alicerçado ao princípio da seletividade tributária. Princípio este, que tem como função, variar a alíquota de acordo com a essencialidade do bem, fazendo que a alíquota seja diferente do bem não essencial.

3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE

O Brasil institucionalizou o direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros com a Constituição Federal de 1988, quando desenvolveu o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo então um direito fundamental.

O SUS é compreendido como a política de maior inclusão social criada no Brasil e, retrata em termos constitucionais uma asserção política do compromisso do Estado brasileiro para com seus cidadãos.

3.1 SAÚDE

Pensa-se que não existe apenas uma forma de definir o que é saúde. Há quem diga que saúde é o antônimo de doença, é sentir-se bem, inclui-se na definição de saúde, o bem-estar social entre os indivíduos.

Scliar (2007, p. 30) complementa que:

Saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas.

Já a Organização Mundial de Saúde (OMS) define a saúde como sendo um “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consistindo somente da ausência de uma doença ou enfermidade.”³ Assim, saúde é, portanto, um valor coletivo, um bem de todos.

Sendo um direito de todos, evidencia-se que a saúde é direito fundamental e social. Os direitos fundamentais podem ser conceituados como aqueles preceitos positivados que visam a garantir uma convivência digna, livre e igual aos membros de uma sociedade (SILVA, 2009, p. 178).

Sobre os direitos sociais, Lenza (2014, p. 1182) aduz que são direitos de segunda dimensão, bem como direito fundamental:

Assim, os direitos sociais, direitos de segunda dimensão, apresentam-se como prestações positivas a serem implementadas pelo Estado (Social de Direito) e tendem a concretizar a perspectiva de uma isonomia substancial e

³ World Health Organization. Conceito de Saúde segundo OMS / WHO. Portal Oficial da C.E.T.I., 2016.

Disponível em: < <http://cemi.com.pt/2016/03/04/conceito-de-saude-segundo-oms-who/>>. Acesso em: 30 de set. 2017.

social na busca de melhores e adequadas condições de vida, estando, ainda, consagrados como fundamentos da República Federativa do Brasil.

É importante ressaltar que o direito à saúde é indissociável do direito à vida, sendo este, como já elucidado, um direito fundamental, o qual está assegurado pelo art. 5º da Constituição Federal de 1988, portanto sem a oferta de um sistema público de saúde digno e minimamente eficiente, o próprio direito à vida do indivíduo encontra-se em risco, em decorrência de uma inconcebível omissão estatal.

No entendimento de Moraes (2003, pp. 63-64), o direito à vida é o mais fundamental de todos os direitos, pois:

A vida é o mais fundamental de todos os direitos, já que se estabelece em requisito pré formado à existência e exercício de todos os demais direitos. A Constituição Federal proclama, portanto, o direito à vida, cabendo ao Estado assegurá-lo em sua dupla acepção, sendo a primeira relacionada ao direito de continuar vivo e a segunda de se ter vida digna quanto à sua subsistência.

Ainda, o Texto Constitucional prevê em seu artigo 6º que “são direitos à educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 2017).

Especificamente quanto ao direito à saúde, o artigo 196 da Constituição da República de 1988 enuncia:

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 (BRASIL, 2017).

Além disso, o artigo 196, da Constituição de 1988, ao afirmar que a saúde é direito de todos e dever do Estado, confere aos três entes federativos a responsabilidade pela efetivação de direito fundamental.

Assim, a atuação do Estado, através dos entes federativos, é primordial para garantir o acesso à saúde das pessoas, devendo promover condições indispensáveis ao seu pleno exercício, sendo que tem um papel muito importante nessa questão social, devendo oferecer condições para o bem-estar de toda comunidade, de forma a garantir o direito fundamental inalienável e indisponível da própria vida.

3.2 EVOLUÇÃO CONSTITUCIONAL DA SAÚDE E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Para melhor entendimento do SUS, é indispensável uma breve remissão histórica a respeito da saúde e seus progressos, para compreensão do atual sistema de saúde no Brasil.

3.2.1 Saúde no Brasil Colônia e a Constituição Imperial

No decorrer de sua evolução, o sistema de saúde brasileiro, obteve particularidades importantes que acompanharam as tendências políticas e econômicas de cada momento histórico, a política de saúde⁴ é uma das evoluções.

Do ano 1500 em diante, onde se tinha um país colonizado e que, desde o descobrimento até a instalação do império, o Brasil não concedia de nenhum modelo de atenção à saúde da população e nem mesmo o interesse, por parte do governo de Portugal em criá-lo. Deste modo, a atenção à saúde limitava-se aos próprios recursos da terra, sendo plantas, ervas e, àqueles que, por saberes empíricos, os chamados curandeiros, os quais desenvolviam suas habilidades na arte de curar (POLIGNANO, 2001, p.03).

Com a vinda da Corte Portuguesa para o Brasil em 1808, viu-se que a economia sofria por conta das doenças que se alastravam, por falta de saneamento básico e a situação era agravada por não haverem médicos, ou serviços de saúde pública, para os índios, negros e brancos pobres, tendo então que efetuar mudanças na administração pública colonial, falando-se em saúde e criar centros de formação de médicos⁵, uma vez que o ensino superior era proibido nas colônias. (AGUIAR, 2011, p. 19).

Com a primeira Constituição, de 1824, vigente na época do Brasil Império, em seu artigo 179 e inciso XXXI garantia o socorro público (BRASIL,

⁴ “Política de saúde é definida como a ação ou omissão do Estado, enquanto resposta social diante dos problemas de saúde e seus determinantes, assim como da produção, distribuição e regulação de bens, serviços e ambientes que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade” PAIM, Jairnilson Silva. Política de Saúde no Brasil. 6. ed. Rio de Janeiro, Medsi, 2003, pp. 589 - 563.

⁵ “Fundação das Escolas de Medicina do Rio de Janeiro (1813) e da Bahia (1815); criação da Imperial Academia de Medicina em 1829 – órgão consultivo do imperador para questões de saúde pública; e a organização da inspetoria de Saúde dos portos em 1828” AGUIAR, Zenaide Neto. SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e defeitos. 1. ed. São Paulo, Martinari, 2011, p. 19.

2017b). Sendo assim, investiu algumas inovações que introduziam os direitos humanos. No entanto, dotava de uma sensibilidade precursora para o social, dada a sua concepção liberalista, não mencionando especificamente a saúde, seja ela pública, seja ela individual (RAEFFRAY, 2005, p. 139).

Para Balera (1989, p. 17) “o constituinte coloca, pois, a proteção social como um dos direitos humanos cuja garantia é a própria Lei Maior. No contexto liberal em que se situava a carta Imperial já lançava pedra fundamental para a edificação da proteção social no Brasil”.

Vê-se que o período Colonial e Imperial encerrou-se sem que o Estado solucionasse os graves problemas de saúde da coletividade, mas iniciou-se uma jornada na busca pela saúde pública.

3.2.2 Primeira Constituição da República de 1891

Com o advento da República, foi elaborada a primeira Constituição da República em 15 de novembro de 1891. Com isso, diz-se que foi o início da primeira República, buscando a organização de um Estado moderno.

Com o panorama de saúde mais grave que do período anterior, afetando ainda mais o comércio e claro, a população, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS (BRASIL, 2017i, p. 12), explica que:

A falta de um modelo sanitário para o país deixava as cidades brasileiras à mercê das epidemias. No início do século XX, a cidade do Rio de Janeiro apresentava um quadro sanitário caótico, caracterizado pela presença de diversas doenças graves que acometiam a população, como a varíola, a malária, a febre amarela e, posteriormente, a peste. Esse quadro acabou gerando sérias conseqüências, tanto para a saúde coletiva quanto para outros setores, como o do comércio exterior, visto que os navios estrangeiros não mais queriam atracar no porto do Rio de Janeiro em razão da situação sanitária existente na cidade. A incorporação dos novos conhecimentos clínicos e epidemiológicos às práticas de proteção da saúde coletiva levou os governos republicanos, pela primeira vez na história do país, a elaborar minuciosos planos de combate às enfermidades que reduziam a vida produtiva, ou útil, da população.

Surge a necessidade de criar políticas de saúde para distribuição e regulação de bens, serviços e ambientes que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade. Com essa finalidade, o governo de Rodrigues Alves nomeou Oswaldo Cruz, como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, que se propôs a erradicar a epidemia de febre-amarela na cidade do Rio de Janeiro, criando então

um exército de mil e quinhentas pessoas que para o combate ao mosquito, vetor da febre-amarela (PACHECO, 2012).

Em 31 de outubro de 1904 Oswaldo Cruz determinou que a vacinação contra varíola fosse obrigatória para todo o território nacional. Surge, então, um grande movimento popular de revolta que ficou conhecido na história como a revolta da vacina. Apesar das arbitrariedades e dos abusos cometidos, o modelo de campanha, ou opositores, incluem 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 durante décadas (POLIGNANO, 2001, p.03).

Muitos trabalhadores da época tinham que lidar com a invalidez, doença, não sendo possível prover seu sustento. Surge então em 1923, a Lei Elói Chaves, a primeira lei brasileira de Previdência Social, garantindo além da aposentadoria a disponibilidade de assistência médica aos trabalhadores, bem como o fornecimento de medicamentos, através dos Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), “o qual a União e as empresas empregadoras contribuíam com 1% de sua renda bruta e pelos empregados, com 3% do seu salário mensal, não sendo suficiente para prestação dos serviços médicos (RAEFFRAY, 2005, p. 157).

Importante salientar que a Constituição de 1981 não tratou de forma direta sobre os problemas previdenciários e, tampouco, sobre a saúde. Expõe de forma restritiva aos funcionários públicos em seu artigo 75 que “a aposentadoria poderia ser dada aos funcionários públicos em caso de invalidez nos serviços da Nação” (BRASIL, 2017c).

Com isso, é possível concluir que embora inexista na primeira Constituição da República alguma tratativa sobre saúde, está claro que foram dados os primeiros passos para promover políticas de saúde, a fim de promover o bem estar da comunidade.

3.2.3 Constituição da República de 1934

Com a grande crise internacional de 1929, afetou a econômica e a política na República. Assim, ocorreu um golpe de Estado conhecido como Revolução de 30, assumindo a presidência Getúlio Vargas.

Tentando lutar contra a crise, o crescimento industrial cresce abundantemente, fazendo com que aumentasse as condições precárias de trabalho, crescendo o risco e problemas de saúde. No entanto a busca por uma saúde pública continuava, para que o cidadão tivesse uma vida digna. Assim, é criado em 1930, o Ministério de Educação e Saúde, sendo dividido em dois Departamentos Nacionais, um de Educação e outro de Saúde e, posteriormente, criado também o Ministério do Trabalho (BRASIL, 2017i, p. 13).

Como as prestações oferecidas aos segurados das CAPs, “constavam, além das de natureza previdenciária, a assistência médica e o fornecimento de medicamentos, ao final de 1932, existiam 140 CAPs com quase 19 mil segurados ativos, 10.300 aposentados e aproximadamente 8.800 pensionistas” (FINKELMAN, 2002, p. 234).

Contudo, as medidas adotadas percorriam no sentido de manter a força de trabalho em condições de produção, tendo como assistência médica vinculada à Previdência Social. Com o início de 1933, as CAPs foram transformadas em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). A gestão dos IAPs passou gradativamente para o controle do Estado, e seu financiamento era de forma tripartite, composto pelos empregados, empregadores e o Estado (AGUIAR, 2011, p. 24).

Em 1934 é promulgada uma nova Constituição, que incorporou novas questões de assistência à saúde, conforme se infere:

Art 10 - Compete concorrentemente à União e aos Estados:

[...]

II - cuidar da saúde e assistência públicas; (BRASIL, 2017d).

Art 121 - A lei promoverá o amparo da produção e estabelecerá as condições do trabalho, na cidade e nos campos, tendo em vista a proteção social do trabalhador e os interesses econômicos do País.

§ 1º - A legislação do trabalho observará os seguintes preceitos, além de outros que colimem melhorar as condições do trabalhador:

[...]

h) assistência médica e sanitária ao trabalhador e à gestante, assegurando a este descanso antes e depois do parto, sem prejuízo do salário e do emprego, e instituição de previdência, mediante contribuição igual da União, do empregador e do empregado, a favor da velhice, da invalidez, da maternidade e nos casos de acidentes de trabalho ou de morte; (BRASIL, 2017d).

Art 138 - Incumbe à União, aos Estados e aos Municípios, nos termos das leis respectivas:

a) assegurar amparo aos desvalidos, criando serviços especializados e animando os serviços sociais, cuja orientação procurarão coordenar;

- b) estimular a educação eugênica;
- c) amparar a maternidade e a infância;
- d) socorrer as famílias de prole numerosa;
- e) proteger a juventude contra toda exploração, bem como contra o abandono físico, moral e intelectual;
- f) adotar medidas legislativas e administrativas tendentes a restringir a moralidade e a morbidade infantis; e de higiene social, que impeçam a propagação das doenças transmissíveis;
- g) cuidar da higiene mental e incentivar a luta contra os venenos sociais (BRASIL, 2017d).

Vê-se que novos dispositivos relativos à saúde foram acrescentados nessa Constituição, e que, moldaram a política pública brasileira, iniciando um sistema de proteção social. É notável que a partir desse momento, surgiu a competência concorrente entre os Estados e a União.

3.2.4 Constituição de 1937

Com a curta Constituição de 1934, foi promulgada uma nova em 10 de novembro de 1937, porém sem grandes avanços na área da saúde.

Na questão à assistência a saúde, Raeffray (2005, p. 185) explica que:

Em 1937 a Lei nº 378 de 13 de janeiro instituiu o Departamento Nacional de Saúde. Referido departamento passou a desempenhar atividades fundamentais no campo da saúde, não apenas no âmbito federal, mas também mediante ações diretas e indiretas sobre os Departamentos de Saúde estaduais.

“Em 1942, com o apoio dos Estados Unidos da América, são criados os Serviços Especiais de Saúde (SESP), além de uma reorganização no Departamento Nacional de Saúde, que passou a assumir o controle da formação de técnicos da Saúde Pública” (MONTEIRO DE BARROS, 2011, p. 23).

“Em 1941 ocorre a 1ª Conferência Nacional de Saúde: Defesa sanitária, assistência social, proteção da maternidade, infância e adolescência” (BRASIL, 2017j, p. 7).

Especificamente na Constituição de 1937, a questão da saúde foi assim apresentada:

Art 16 - Compete privativamente à União o poder de legislar sobre as seguintes matérias:
[...]
XXVII - normas fundamentais da defesa e proteção da saúde, especialmente da saúde da criança (BRASIL, 2017e).

Art 18 - Independentemente de autorização, os Estados podem legislar, no caso de haver lei federal sobre a matéria, para suprir-lhes as deficiências ou atender às peculiaridades locais, desde que não dispensem ou diminuam as exigências da lei federal, ou, em não havendo lei federal e até que esta regule, sobre os seguintes assuntos:
[...]

c) assistência pública, obras de higiene popular, casas de saúde, clínicas, estações de clima e fontes medicinais (BRASIL, 2017e).

Conclui-se que um dos maiores avanços na Constituição de 1937 foi prever o direito à saúde da criança, além de manter aos demais garantidos nas Constituições revogadas.

3.2.5 Constituição de 1946

Com a Constituição de 1946 o Brasil é definido como uma República Federativa.

“No ano de 1950 acontece a 2ª Conferência Nacional de Saúde: Higiene e segurança do trabalho e prevenção da saúde a trabalhadores e gestantes. Já em 1963, dá-se a 3ª Conferência Nacional da Saúde: Proposta inicial de descentralização da saúde” (BRASIL, 2017j, p. 7).

E claro, em 1953 foi criado o Ministério da Saúde em prol do crescimento da proteção à saúde (MONTEIRO DE BARROS, 2011, p. 23). Finalmente em 1960 foi promulgada a Lei 3.807, denominada Lei Orgânica da Previdência Social, a fim de unificação dos benefícios prestados pelos institutos (POLIGNANO, 2001, p.12).

Raeffray (2005, p. 208) traz que em 1961 é instituído o Código Nacional de Saúde, prevendo que:

Ao Estado cabia adotar medidas preventivas de caráter geral, para a defesa e proteção da saúde da coletividade, devendo prestar assistência médica gratuita aos que não dispusessem ou recursos para provê-la, cumprindo à família, por seus responsáveis, a adoção das medidas previstas, de caráter individual, reconhecidas pelas autoridades sanitárias competentes e as providências necessárias para adequada assistência médica aos seus integrantes, quando doentes.

Na Constituição de 1946, na parte social, era muito semelhante à de 1934. A questão da saúde foi assim tratada constitucionalmente:

Art 5º - Compete à União:

[...]

XV - legislar sobre:

[...]

b) normas gerais de direito financeiro; de seguro e previdência social; de defesa e proteção da saúde; e de regime penitenciário; (BRASIL, 2017f).

Art 6º - A competência federal para legislar sobre as matérias do art. 5º, nº XV, letras b, e, d, f, h, j, l, o e r, não exclui a legislação estadual supletiva ou complementar (BRASIL, 2017f).

Art 157 - A legislação do trabalho e a da previdência social obedecerão nos seguintes preceitos, além de outros que visem a melhoria da condição dos trabalhadores:

[...]

XIV - assistência sanitária, inclusive hospitalar e médica preventiva, ao trabalhador e à gestante;

XV - assistência aos desempregados;

XVI - previdência, mediante contribuição da União, do empregador e do empregado, em favor da maternidade e contra as conseqüências da doença, da velhice, da invalidez e da morte; (BRASIL, 2017f).

Art 186 - A primeira investidura em cargo de carreira e em outros que a lei determinar efetuar-se-á mediante concurso, precedendo inspeção de saúde (BRASIL, 2017f).

Diante disso, denota-se que a assistência à saúde ainda permanece voltada quase exclusivamente ao trabalhador, ou seja, a medicina ainda é previdenciária, sem contar que foi uma Constituição muito semelhante com a de 1934, mas caminhava a passos lentos para a criação do atual Sistema Único de Saúde.

3.2.6 As Constituições Ditatoriais de 1967 e 1969

Caminhando a passos lentos para criação de um sistema de saúde adequado para os cidadãos, ocorre o Golpe de 64, período de Ditadura Militar que durou até 1984, o que atrasou ainda mais a busca pela saúde de todos.

A 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 1963, o último evento na experiência democrática, o qual tinha como proposta inicial a descentralização da saúde, foi nessa Consciência que foram lançadas as bases do Sistema Único de Saúde, como um projeto. Com o Golpe de 64, foi retomado somente em 1986, o que adiou em mais de 20 anos a criação do SUS (MONTEIRO DE BARROS, 2011, p. 27).

Conforme mostra o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS (BRASIL, 2017i, p. 16) o governo militar implantou reformas institucionais que afetaram profundamente a saúde pública e a medicina previdenciária, sendo um

período de retrocesso nos direitos em saúde conquistados pelos trabalhadores. Então em 1966 é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS):

O governo militar implantou reformas institucionais que afetaram profundamente a saúde pública e a medicina previdenciária. Com a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, concentraram-se todas as contribuições previdenciárias, ao mesmo tempo em que o novo órgão passou a gerir as aposentadorias, as pensões e a assistência médica de todos os trabalhadores formais, embora excluíssem dos benefícios os trabalhadores rurais e uma gama de trabalhadores urbanos informais (BRASIL, 2017i, p. 16).

O INPS iria garantir assistência à saúde aos trabalhadores contribuintes, excluindo os trabalhadores rurais e os urbanos informais. “Em 1967 ocorre a 4ª Conferência Nacional de Saúde: Recursos humanos necessários às demandas de saúde no Brasil” (BRASIL, 2017j, p. 7).

Com a Ditadura Militar surge uma nova Constituição em 1967 e, mais uma vez, novos preceitos foram mencionados na questão a assistência à saúde, além da sua posterior Emenda nº 1, de 17 de outubro de 1969 (RAEFFRAY, 2005, p. 230), sendo assim tratada:

Art. 8º. Compete à União:

[...]

XVII - legislar sobre:

[...]

c) normas gerais: [...] de seguro e previdência social; de defesa e proteção da saúde [...]

§ 2º - A competência da União não exclui a dos Estados para legislar supletivamente sobre as matérias das letras “c” [...] do item XVII, respeitada a lei federal.

Art. 165. A Constituição assegura aos trabalhadores os seguintes direitos, além de outros que, nos termos da lei, visem à melhoria de sua condição social:

[...]

IX - higiene e segurança no trabalho;

[...]

XV - assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva;

XVI - previdência social nos casos de doença, velhice, invalidez e morte, seguro-desemprego, seguro contra acidentes do trabalho e proteção da maternidade, mediante contribuição da União, do empregador e do empregado; (BRASIL, 2017h).

“Posteriormente, no ano de 1975 é a vez da 5ª Conferência Nacional de Saúde: Elaboração de uma política nacional de Saúde. Implementação do Sistema Nacional de Saúde; Programa de Saúde Materno-Infantil; Sistema Nacional de Vigilância” (BRASIL, 2017j, p. 7).

Passado dois anos, em 1977 ocorre pela sexta vez a “Conferência Nacional de Saúde: Controle das grandes endemias e interiorização dos serviços” (BRASIL, 2017j, p. 7).

Com as discussões nas Conferências e com o passar dos anos o INPS se tornou um sistema complexo, assim, em 1977 é criado o Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS), e, dentro dele, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), encarregado da prestação de assistência médica individual e coletivo por meio dos serviços privados contratados e conveniados aos trabalhadores urbanos e rurais, momento em que foram comprados sofisticados aparelhos e equipamentos de alto custo, além da construídos grandes hospitais (AGUIAR, 2011, p. 32).

Ou seja, com a colaboração do Estado, as empresas privadas tinham a responsabilidade pela prestação de assistência à saúde dos trabalhadores que possuíam “carteira assinada”.

“Em 1980 se tem mais um Conferência Nacional de Saúde, a 7ª com os objetivos: Implantação e desenvolvimento de serviços básicos de saúde, Prev-Saúde. Extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos” (BRASIL, 2017j, p. 7).

O movimento das “DIRETAS JÁ”, em 1985 e a eleição de Tancredo Neves marcaram o fim do regime militar, gerando diversos movimentos sociais, inclusive na área de saúde, que culminaram com a criação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde estaduais (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde (CONASEMS) (POLIGNANO, 2001, pp. 20 - 21).

Com isso, mesmo com o INAMPS, muitos brasileiros ficavam sem assistência a saúde, pois teriam que estar trabalhando e serem contribuintes. Visando acabar com esse, ocorre a Reforma Sanitária brasileira, em maio de 1986, que originou um Sistema Único Descentralizado de Saúde, conforme ensina Monteiro de Barros (2011, p. 31):

A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. Para que fosse expresso na Constituição, que saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado.

É possível concluir que mesmo o período tendo atrasado em mais de 20 anos a criação do SUS, no final do período militar, sua criação estava mais próxima. As reivindicações da população no campo da Saúde Pública acarretaram um acontecimento marcante que acabou se transformando em um marco histórico no que se refere à discussão sobre saúde no Brasil, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 1986 e que ao final aprovou um relatório cujas bases constituíram o projeto de Reforma Sanitária e um Sistema Único Descentralizado de Saúde.

3.2.7 Constituição da República de 1988

Substancialmente a assistência à saúde desenvolvida pelo INAMPS amparava apenas os trabalhadores contribuintes, também se podem dizer trabalhadores formais, com “carteira assinada” e, seus dependentes, ou seja, não tinha o caráter universal.

Assim, com a mobilização do movimento da Reforma Sanitária de 1986, surge o projeto de um Sistema Único Descentralizado de Saúde. Então, Raefray (2005, p. 248) mostra que “em 1987, por iniciativa da Previdência Social foi aprovada a unificação dos sistemas de saúde, em nível estadual, com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)”.

Para complementar, os SUDS tinham como principais diretrizes:

A universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde; integralidade dos cuidados assistenciais; descentralização das ações de saúde; implementação de distritos sanitários. Trata-se de um momento marcante, pois, pela primeira vez, o Governo Federal começou a repassar recursos para os estados e municípios ampliarem suas redes de serviços, prenunciando a municipalização que viria com o SUS. As secretarias estaduais de saúde foram muito importantes neste movimento de descentralização e aproximação com os municípios, que recebiam recursos financeiros federais de acordo com uma programação de aproveitamento máximo de capacidade física instalada (REIS, 2011, p.7).

Promulgada a Constituição de 1988, que representou sob diversos aspectos um divisor de águas na história do país, e um dos mais destacados é o da assistência pública à saúde, sendo um direito de todos, não mais somente dos trabalhadores formais e seus dependentes.

A seguridade social passa a integrar a constituição, valendo como um direito universal da população brasileira. Ficando elucidado no artigo 194 da

Constituição Federal de 1988: “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” (BRASIL, 2017).

No início do texto constitucional, em seu artigo 6º garante o que muito se buscou por longos anos, que “são direitos à educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 2017).

Ainda quanto ao direito à saúde, o artigo 196 da Constituição da República de 1988 enuncia:

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 (BRASIL, 2017).

Destarte, o artigo 196, da Constituição de 1988, ao afirmar que a saúde é direito de todos e dever do Estado, confere aos três entes federativos a responsabilidade pela efetivação de direito fundamental.

Desse modo, a atuação do Estado, em um sentido geral, cuja previsão também é constitucional, se dá por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), que passa a ser o sistema de saúde oficial brasileiro, estabelecido formalmente a partir da Constituição Federal de 1988, através dos artigos 197 e 198:

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 (BRASIL, 2017).

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.

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

I - no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento);

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

I - os percentuais de que tratam os incisos II e III do § 2º;

II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal (BRASIL, 2017).

Como já elucidado além da observância ao artigo 198 da Constituição Federal de 1988, que expõe sobre as ações e serviços públicos de saúde constituem uma rede regionalizada e hierarquizada e integram um sistema único de saúde, estruturado de forma descentralizada, com direção única em cada autoridade, fazendo com que seja um atendimento integral, com primazia para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e que haja a participação da comunidade.

No artigo 199 da Constituição Federal de 1988, é notório que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada” e no artigo 200 vai tratar da competência do SUS (BRASIL, 2017).

Da leitura dos mencionados dispositivos constitucionais, observa-se o (SUS) Sistema Único de Saúde, um sistema organizado de forma descentralizada, com direção da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, a fim de oferecer as condições indispensáveis e integrais ao pleno exercício do direito à saúde, de forma a garantir o direito fundamental inalienável e indisponível da própria vida. Assim, o objetivo é possibilitar o atendimento geral, com atividades preventivas, serviços assistenciais e especialmente participação da comunidade (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2008, p. 14).

Nesse contexto, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080 de 19 de novembro de 1990, na qual está detalhado o funcionamento

do Sistema Único de Saúde, pondo fim ao INAMPS e a transformação do SUDS em SUS (RAEFFRAY, 2005, p. 281).

Já no artigo 2º, caput, da Lei nº 8.080/90, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, preconizando que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 2017k).

A saúde passa a ser definido de uma forma mais abrangente, de acordo com o artigo 3º, caput, da Lei nº 8.080/90:

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 2017k).

O Sistema Único de Saúde (SUS) está definido no artigo 4º, caput, da mesma lei como “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)” (BRASIL, 2017k).

Os objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS) estão elucidados nos incisos do artigo 5º da referida legislação:

- 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 [...]
- 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 (BRASIL, 2017k).

Importante o determinado no artigo 6º, inciso I, alínea “d” e também o inciso VI do referido diploma legal, que serão melhores trabalhados posteriormente, mas de suma importância mencionar desde já, quais sejam:

- 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;

[...]

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção (BRASIL, 2017k).

Ainda sobre a Lei nº 8.080/90, o SUS se baseia em princípios e diretrizes constantes no artigo 7º e 8º:

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;

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 2017k).

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 (BRASIL, 2017k).

Observam-se nos dispositivos acima, bem como no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, os princípios da descentralização, regionalização e hierarquização da prestação de serviços de saúde. Assim, concerne ao SUS, prover as ações curativas e as ações preventivas necessárias, valendo ressaltar o que disse Sarlet e Figueiredo (2008, pp. 141-142):

[...] de forma a respeitar as diretrizes principais do sistema que são: a descentralização, a participação da comunidade por meio dos Conselhos de Saúde e o atendimento integral. No que diz respeito à descentralização, depara-se com o problema da desigual arrecadação de recursos tributários e na diferente distribuição de tais emolumentos, sendo que a descentralização de serviços não é suficiente frente aos recursos necessários para atender as crescentes demandas.

Portanto, o entendimento dos autores é de que o SUS deve ser organizado de forma regionalizada, estando o princípio ligado diretamente à municipalização de ações e serviços de saúde.

Com essa observância, concerne ao SUS, prover as ações curativas e as ações preventivas necessárias, conforme mostra Sarlet e Figueiredo (2008, pp. 141-142):

[...] de forma a respeitar as diretrizes principais do sistema que são: a descentralização, a participação da comunidade por meio dos Conselhos de Saúde e o atendimento integral. No que diz respeito à descentralização, depara-se com o problema da desigual arrecadação de recursos tributários e na diferente distribuição de tais emolumentos, sendo que a descentralização de serviços não é suficiente frente aos recursos necessários para atender as crescentes demandas.

Assim, cumpre ressaltar o que diz Bliacheriene e Santos (2010. p. 54), ao destacar três princípios fundamentais que são de suma importância para a base deste sistema de saúde, quais sejam:

Podemos destacar três princípios fundamentais que são de suma importância para a base deste sistema de saúde: universalidade, integralidade e equidade. Depreende-se desses princípios que todos os cidadãos, quando precisarem, devem ser recebidos e tratados pelo SUS, uma vez que a saúde é direito universal. Tal direito deve ser fornecido de forma igual a todos aqueles que dele necessitem, sempre tendo como fundamento a dignidade humana, não devendo ser feitas distinções. Para tanto as diferenças devem ser ajustadas com intuito de alcançar a igualdade, de maneira que a equidade complemente a igualdade.

Logo, o princípio da universalidade aduz que o direito a saúde para todos, sem diferenciação de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais. O princípio da integralidade tem o objetivo de considerar as pessoas como um todo, fazendo com que as ações de saúde atendam a todas as suas necessidades. E por fim o princípio da equidade é um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, devendo o serviço de saúde priorizar aqueles que apresentam maior necessidade em função de situação de risco ou

condição de vida e saúde, ou seja, é tratar diferentes pessoas diferentes para que exista direitos iguais (POLIGNANO, 2001, p.23).

“O controle social, outro dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde, onde garante a participação da população, na formulação de políticas públicas de saúde e no controle de sua execução” (AGUIAR, 2011, p. 58).

Dessa maneira, surge a Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, dispondo que a comunidade participará por meio das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde, e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências (BRASIL, 2017).

Conclui-se que a Saúde é direito de todos e dever do Estado. Isso deve ser garantido por políticas sociais ou públicas, reduzindo o risco de doença e promovendo acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. A saúde deve ser entendida como qualidade de vida da população. A gestão das ações e dos serviços deve ser participativa e municipalizada.

O direito à saúde é de responsabilidade solidária da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, devendo ser garantida solidariamente pelos entes federativos. O Município deverá gerenciar o sistema de saúde de sua cidade. Aos Estados, cabe o dever de instituir condições para que o município exerça a gestão nos seus limites territoriais. A União deve incentivos os demais entes, além de normatizar e coordenar o Sistema Nacional.

3.3 POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS E DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA QUANTO AO FORNECIMENTO GRATUITO PELO SUS

Vê-se que o Sistema Único de Saúde (SUS) é tido como a política de maior inclusão social executada no Brasil, retratando em termos constitucionais e em legislação específica a afirmação política do compromisso do Estado brasileiro para com seus cidadãos.

À vista disso, o SUS deve promover ações curativas e as ações preventivas necessárias, devendo o Estado oferecer condições para o bem-estar de toda comunidade, o que inclui também, além de atendimento médico-hospitalar, os medicamentos de forma gratuita.

A Constituição Federal de 1988 atribui à saúde o caráter de direito fundamental, ao prevê-la, em seu art. 6º, como direito social. O seu art. 196, por sua vez, estabelece ser a saúde direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2017).

No artigo 2º, caput, da Lei nº 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, preconiza que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 2017k).

Segundo explicita o § 1º do dispositivo legal acima disposto:

[...]§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2017k).

Igualmente, o inciso III, do art. 5º, da Lei 8.080/90, estabelece como um dos objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS) “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” (BRASIL, 2017k).

Assim determina o art. 6º, inciso I, alínea “d”, e também no inciso VI do referido diploma legal:

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;
[...]
VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção (BRASIL, 2017k).

Com isso, ao analisar a Lei nº 8.080/90, estabelecendo que esteja incluída no campo de atuação do SUS a formulação da política de medicamentos,

institui-se, em 30 de outubro de 1998 pela Portaria nº 3.916 do Ministério da Saúde, a Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 2017m).

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) define seu propósito:

O seu propósito precípua é o de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais. A Política de Medicamentos aqui expressa tem como base os princípios e diretrizes do SUS e exigirá, para a sua implementação, a definição ou redefinição de planos, programas e atividades específicas nas esferas federal, estadual e municipal (BRASIL, 2017m).

Pela Política Nacional de Medicamentos, a Assistência Farmacêutica é definida como:

Grupo de atividades relacionadas com o medicamento destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e o controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (BRASIL, 2017n).

Existe, então, “a Política Nacional de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica, que tem como cerne as ações desenvolvidas pelo ente federativo para que as pessoas tenham acesso aos medicamentos” (BRASIL, 2017n, p. 12).

“A Assistência Farmacêutica é parte do conjunto de ações que o Estado deve desenvolver para que seja garantida a promoção da saúde, bem como a prevenção de doenças, o diagnóstico, tratamento e recuperação dos que dela necessitam” (ACURCIO, 2003, p. 43).

Em 2003, ocorreu um debate sobre a Assistência Farmacêutica, ficando conhecido como a 1ª Conferência Nacional de Medicamentos. Após, foi estabelecida a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), definindo-a como BRASIL (2017n, p. 14):

Um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e 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.

Assim, pode-se dizer que o acesso gratuito aos medicamentos é de grande importância para que sejam atingidos resultados positivos nos atendimentos do SUS. A Política de Assistência Farmacêutica é definida e tem seu financiamento assegurado pelo Sistema Único de Saúde, conforme previsto no §1º do artigo 198 da Constituição Federal, bem como o artigo 7º da Lei 8080/90 (BRASIL, 2017k).

Com isso a Assistência Farmacêutica está compreendida em programas, ou ações: o de atenção básica à saúde por meio do fornecimento dos medicamentos essenciais, e, os programas especializados para controle de determinadas doenças, de forma a integralidade nos tratamentos e medicamentos chamados estratégico, que possuem alto custo ou são excepcionais (SANTOS, 2016, p. 107).

Ainda, Bliacheriene e Santos (2010, p. 64) dispõe que:

O primeiro programa refere-se à garantia de acesso da população aos medicamentos essenciais correlacionados às práticas assistenciais que geram qualidade de saúde aos cidadãos. Por esse programa, os medicamentos referentes a doenças mais frequentes como hipertensão, diabetes, infecções, doenças respiratórias, pneumonia, asma e alergias, serão fornecidos pela rede de unidade básica de saúde dos Municípios e do Estado.

Diz-se, portanto, que os programas, ou ações devem ser desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, pelas Secretárias estaduais e municipais de Saúde, para garantir o custeio e o fornecimento dos medicamentos essenciais a atenção básica à saúde, sendo fornecidos em suas unidades.

Assim, devem os gestores do SUS, nas três esferas de Governo, atuando em estreita parceria, assegurar o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo possível.

Existem, então, os medicamentos essenciais, onde aqueles produtos considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população, devendo ser disponibilizados de forma gratuita (BRASIL, 2017m).

A Política Nacional de Medicamentos completa que:

Esses produtos devem estar continuamente disponíveis aos segmentos da sociedade que deles necessitem, nas formas farmacêuticas apropriadas, e compõem uma relação nacional de referência que servirá de base para o direcionamento da produção farmacêutica e para o desenvolvimento científico e tecnológico, bem como para a definição de listas de medicamentos essenciais nos âmbitos estadual e municipal, que deverão ser estabelecidas com o apoio do gestor federal e segundo a situação epidemiológica respectiva (BRASIL, 2017m).

Então, os diversos atos normativos reafirmam a importância dessa estratégia no Sistema Único de Saúde (SUS), surge a RENAME, Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, nada mais é que uma lista oficial de medicamentos, publicada pelo Ministério da Saúde, que deve atender às necessidades de saúde prioritárias da população brasileira. É um instrumento norteador para várias ações de Assistência Farmacêutica no SUS, para garantir o acesso e uso seguro e racional dos medicamentos (BRASIL, 2017m).

A Política Nacional de Medicamentos afirma que atualizará a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais:

O Ministério da Saúde estabelecerá mecanismos que permitam a contínua atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), imprescindível instrumento de ação do SUS, na medida em que contempla um elenco de produtos necessários ao tratamento e controle da maioria das patologias prevalentes no País (BRASIL, 2017m).

A partir de 2011, novos atos normativos regulamentaram o princípio de integralidade, estabelecendo critérios para seleção de tecnologias em saúde no SUS (BRASIL, 2017K). A Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, assim estabelece que o acesso aos medicamentos se preconiza no artigo 19-U da Lei nº 8.080/90 com a redação dada pela Lei nº 12.401/11:

Art. 19-U. A responsabilidade financeira pelo fornecimento de medicamentos, produtos de interesse para a saúde ou procedimentos de que trata este Capítulo será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011) (BRASIL, 2017k).

Vê-se a responsabilidade pelo fornecimento pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).⁶ Dessa forma, a RENAME cumpre papel estratégico nas políticas de saúde, ao relacionar medicamentos utilizados no âmbito do SUS.

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe que “a RENAME compreende a seleção e

⁶ Instância de articulação e pactuação na esfera federal que atua na direção nacional do SUS, integrada por gestores do SUS das três esferas de governo - União, estados, DF e municípios. Ministério da Saúde (MS), pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). A representação de estados e municípios nessa Comissão é regional, sendo um representante para cada uma das cinco regiões no País. Nesse espaço, as decisões são tomadas por consenso e não por votação. A CIT está vinculada à direção nacional do SUS. RENAST. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite – CIB e CIT. RENAST Online, 2017. Disponível em: <<http://renastonline.ensp.fiocruz.br/temas/comissoes-intergestores-bipartite-tripartite-cib-cit>>. Acesso em: 06 de out. de 2017.

a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS” e também que “a cada dois anos, o Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da RENAME e do respectivo FTN - Formulário Terapêutico Nacional” (BRASIL, 2017o).

Quanto aos medicamentos, assim dispõe o Decreto nº 7.508/11:

Art. 25. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS.

Parágrafo único. A RENAME será acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional - FTN que subsidiará a prescrição, a dispensação e o uso dos seus medicamentos (BRASIL, 2017o).

Art. 26. O Ministério da Saúde é o órgão competente para dispor sobre a RENAME e os Protocolos

Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT.

Parágrafo único. A cada dois anos, o Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da RENAME, do respectivo FTN e dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (BRASIL, 2017o).

Art. 27. O Estado, o Distrito Federal e o Município poderão adotar relações específicas e complementares de medicamentos, em consonância com a RENAME, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo financiamento de medicamentos, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores (BRASIL, 2017o).

Percebe-se, portanto, que em tudo e por tudo, todos os entes federados são responsáveis solidariamente pelo acesso universal, igualitário e integral às ações e aos serviços de saúde.

Ainda, diz-se que a RENAME é elaborada atendendo aos princípios fundamentais do SUS, isto é, a universalidade, a equidade e a integralidade, configurando-se como a relação dos medicamentos disponibilizados por meio de políticas públicas e indicados para os tratamentos das doenças e agravos que acometem a população brasileira. Seus fundamentos estão estabelecidos em atos normativos pactuados entre as três esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2017p).

Passados pouco mais de dois anos da última lista da RENAME, o Ministério da Saúde, estabeleceu em portaria publicada no dia 25 de agosto de 2017, no Diário Oficial da União (DOU), a nova Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME 2017, lista que define medicamentos para atender a necessidades prioritárias do Sistema Único de Saúde (SUS). No ano de 2017, a lista

é composta por 869 medicamentos, sendo divididos em cinco anexos: básico; estratégico; especializado; insumos; e hospitalar (BRASIL, 2017w).

Ocorre a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), regulamentação do medicamento genérico, instituição do Incentivo à Assistência Farmacêutica básica e outros mecanismos de financiamento e compras governamentais, criação do Banco de Preços em Saúde, ampliação e estímulo à produção de medicamentos por laboratórios oficiais e adoção de critérios explícitos de controle e acompanhamento de preços dos medicamentos (BRASIL, 2017n).

Conclui-se que é obrigação da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios conjugar recursos financeiros para o fim de oferecer as condições imprescindíveis e integrais ao pleno exercício do direito à saúde, garantindo o direito fundamental inalienável e indisponível da própria vida. Referido dever inclui o planejamento integrado e abrangente, com o objetivo de cessar e tratar doenças, oferecendo os subsídios necessários para a manutenção e prevenção da qualidade de vida dos cidadãos, como exemplo tem-se os medicamentos.

4 AS ALÍQUOTAS DE TRIBUTOS DE MEDICAMENTOS NO BRASIL E A (IM)POSSIBILIDADE DE IMUNIDADE TRIBUTÁRIA SOBRE OS MEDICAMENTOS COM BASE NO PRINCÍPIO DA SELETIVIDADE TRIBUTÁRIA

O presente capítulo tem por objetivo analisar a possibilidade imunidade tributária dos medicamentos no Brasil, a partir do direito à saúde como garantia fundamental e do reconhecimento de todos os medicamentos como bem essencial alicerçado ao princípio da seletividade tributária. Princípio este, que tem como função, variar a alíquota de acordo com a essencialidade do bem, fazendo que a alíquota seja diferente do bem não essencial.

4.1 TRIBUTOS E A TEORIA QUINÁRIA ADOTADA PELO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL

Para melhor definição do tributo, é de suma importância analisar o que prescreve o Código tributário Nacional brasileiro.

O conceito de tributo está previsto no Código Tributário Nacional, em seu artigo 3º que diz: "Tributo é toda prestação pecuniária compulsória, paga em moeda ou cujo valor nela se possa exprimir, que não constitua sanção de ato ilícito, instituída em lei e cobrada mediante atividade administrativa plenamente vinculada" (BRASIL, 2017a).

Denari (2008, p. 50) diz que tributo é sempre uma prestação pecuniária:

Tributo é sempre uma prestação pecuniária, porque no estágio atual de desenvolvimento dos povos não se compreende que a prestação tributária possa efetuar-se *in natura*. Estima-se, ainda, que se trata de uma prestação pecuniária imposta, ou seja, de caráter compulsório. A imposição é característica essencial de qualquer tributo e indica a plenitude da soberania financeira do Estado.

Importante mencionar que não há tributo sem prévio assento em lei, conforme visto no princípio da legalidade, sendo que nenhuma definição de tributo seria completa sem expressa referência a tal requisito.

“Estando previamente definidos em lei, contribuindo de modo que o indivíduo custeie as despesas da coletividade, atualmente não são apenas as do próprio Estado, mas também de entidades de fins públicos” (AMARO, 2013, p. 38).

Para que o Estado possa executar sua função primordial de prestar serviços para satisfazer às necessidades públicas, é necessário obter recursos financeiros, que em sua maior parte advêm da arrecadação de tributos. Com a arrecadação desses tributos, que o contribuinte entrega ao Estado, são transformados em bens e serviços para os mesmos, tais como: saúde, educação, segurança pública, estradas, saneamento básico, e muitos outros bens e serviços indispensáveis a vida sadia de uma sociedade (ALEXANDRE, 2013, p. 8).

Existem teorias que delimitam a quantidade de espécies dos tributos. Coêlho (2006, p. 41), adota a teoria trinária, ou tripartite, onde as espécies de tributo são os impostos, taxas e contribuições de melhoria, como define o artigo 145 da Constituição Federal de 1988.

Outros autores como Amaro, defendem a teoria que existem quatro espécies de tributos, sendo: imposto, taxa, contribuição e empréstimo compulsório (AMARO, 2013, p. 40).

De acordo com a Constituição Federal de 1988 em seu artigo 145, os tributos são classificados em: impostos, taxas, e contribuição de melhoria. No entanto, o Supremo Tribunal Federal adotou a teoria quinária ou teoria quimpartite, ou até mesmo pentapartite que considera como tributos: os impostos, as taxas, as contribuições de melhoria, empréstimo compulsório e as contribuições especiais, previstas no art. 149 e 149-A da Constituição Federal de 1988, sendo tal classificação defendida por Machado (2013, p. 65), adotada como doutrina majoritária sobre o assunto.

Assim, será explicado posteriormente cada uma das espécies de tributos, adotados pelo STF e Constituição Federal de 1988, elencados acima.

4.1.1 Imposto

Com as teorias mencionadas, o Supremo Tribunal Federal adota a teoria quinária, como majoritária sobre o assunto. Com isso é possível mencionar individualmente as espécies de tributos, o primeiro é o imposto.

Especificado no artigo 145, I da Constituição Federal de 1988 e detalhado no artigo 16 do Código Tributário Nacional, "imposto é o tributo cuja obrigação tem por fato gerador uma situação independente de qualquer atividade estatal específica, relativa ao contribuinte" (BRASIL, 2017a). Ou seja, o imposto é uma cobrança não vinculada, não depende de atividade estatal.

Amaro (2013, p. 52) complementa afirmando:

O fato gerador do imposto é uma situação (por exemplo, aquisição de renda, prestação de serviço, etc.) que não supõem nem se conecta com nenhuma atividade do estado especificamente dirigida ao contribuinte. Com isso, para exigir imposto de certo indivíduo, não é preciso que o Estado lhe preste algo determinado. A atuação do Estado dirigida a prover o bem comum beneficia o contribuinte, mas este frui das utilidades que o estado fornece porque é membro da comunidade e não por ser contribuinte. (AMARO, 2013, p. 52)

Dessa forma, o valor é arrecadado pelo Estado e cabe para custear os gastos públicos, sem ter como fato gerador situação conexas de atividade específica relativa ao contribuinte, ou seja, sem a obrigatoriedade de retribuição direta àquele que paga. Exemplo é a segurança pública, educação, saneamento básico e claro, os benefícios referentes à saúde pública.

Vale recordar que a divisão dos impostos opera com os parâmetros da competência, o qual são divididos em: impostos federais, estaduais e municipais.

4.1.2 Taxas

Visto na evolução histórica do sistema constitucional tributário, que as taxas tiveram ponto de partida na Constituição de 1891, mencionando às taxas de correios e telégrafos e às taxas de selo.

Analisando o art. 77 do CTN, taxa é o tributo que "tem como fato gerador o exercício regular do poder de polícia, ou a utilização, efetiva ou potencial, de serviço público específico e divisível, prestado ao contribuinte ou posto à sua disposição" (BRASIL, 2017a).

Também, na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 145, II, irá instituir quem tem competência para instituir taxas:

Art. 145. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão instituir os seguintes tributos:

[...]

II. Taxas, em razão do exercício do poder de polícia ou pela utilização, efetiva ou potencial, de serviços públicos específicos e divisíveis, prestados ao contribuinte ou postos a sua disposição (BRASIL, 2017).

Amaro (2013, p.53) traz a diferença entre os impostos e as taxas:

Diferente dos impostos, as taxas destacam a existência de benefício ou vantagem para o contribuinte, dando a elas um caráter de contraprestação, pois é como um reembolso do custo da atuação estatal, ora as caracterizam meramente como tributo ligado à atuação específica do Estado, abstraídas eventuais vantagens que possam ser utilizadas pelo contribuinte.

Como visto as atividades gerais, devem ser bancadas pelo Estado com os impostos, arrecadados de toda coletividade. Já outras atividades estatais, que são divisíveis e referentes a um indivíduo a que essas atividades estatais se dirigem. Ressalta-se que uma determinada taxa só pode ser instituída por um ente público de mesma competência. As taxas se dividem em taxa de polícia e taxa de serviço.

4.1.3 Contribuições de Melhoria

Como mencionado anteriormente, as contribuições são divididas em dois tipos, as especiais, também chamadas de contribuições sociais. A primeira pode ser instituída em face do custo de obras públicas que tragam valorização imobiliária ao contribuinte.

As contribuições de melhoria estão disciplinadas no art. 81 e seguintes do CTN, sendo o tributo "instituído para fazer face ao custo de obras públicas de que decorra valorização imobiliária, tendo como limite total a despesa e como limite individual o acréscimo de valor que da obra resultar para cada imóvel beneficiado" (BRASIL, 2017a).

Nesse íterim, pode-se dizer que é um tributo que sua obrigação tem como fato gerador a valorização de imóveis decorrente de obra pública. Diferente do imposto, pois depende de atividade estatal específica, e da taxa porque a atividade

estatal de que depende é diversa. Além de que seu fato gerador é instantâneo e único (MACHADO, 2013, p. 66).

Enquanto a taxa está ligada ao exercício regular do poder de polícia, ou a serviço público, a contribuição de melhoria está relacionada a execução de obra pública.

4.1.4 Empréstimo Compulsório

Outra espécie de tributo que se aplica em determinadas situações, reguladas no artigo 148 da Constituição Federal de 1988 e também no artigo 15 do Código Tributário Nacional.

Veja-se os dispositivos acima mencionados:

Art. 148. A União, mediante lei complementar, poderá instituir empréstimos compulsórios:

I - para atender a despesas extraordinárias, decorrentes de calamidade pública, de guerra externa ou sua iminência;

II - no caso de investimento público de caráter urgente e de relevante interesse nacional, observado o disposto no art. 150, III, b.

Parágrafo único. A aplicação dos recursos provenientes de empréstimo compulsório será vinculada à despesa que fundamentou sua instituição (BRASIL, 2017).

Art. 15. Somente a União, nos seguintes casos excepcionais, pode instituir empréstimos compulsórios:

I - guerra externa, ou sua iminência;

II - calamidade pública que exija auxílio federal impossível de atender com os recursos orçamentários disponíveis;

III - conjuntura que exija a absorção temporária de poder aquisitivo.

Parágrafo único. A lei fixará obrigatoriamente o prazo do empréstimo e as condições de seu resgate, observando, no que for aplicável, o disposto nesta Lei (BRASIL, 2017a).

O empréstimo compulsório é um ingresso de recursos temporários nos cofres do Estado, pois a arrecadação acarreta para o Estado a obrigação de restituir a importância que foi emprestada. Por isso, é também chamado de “empréstimo forçado”, uma vez que o adjetivo quer expressar que o surgimento da obrigação de prestar, sendo o empréstimo, é determinado (forçado) pela lei, não sendo algo da vontade dos sujeitos da relação jurídica (AMARO, 2013, p. 73).

Os recursos arrecadados destinados acima não têm a incoerência do princípio da anterioridade, pois pode o Estado, em um ano, exigir o que só seria possível em vários anos. Por exemplo, o que seria arrecada em dez anos, pode a

titulo de empréstimo, ser arrecadado em um ano. Mas é claro, deve devolver nos anos subseqüentes com recursos decorrentes da arrecadação do empréstimo. Caso não devolva, estará infringindo aquele princípio (MACHADO, 2013, p. 68).

Assim, vê-se que é um empréstimo restituível, e não forçado, ou coativo. Verificado o fato gerador, ocorre uma determinação legal, surgindo uma obrigação de emprestar dinheiro ao Estado.

4.1.5 Contribuições Especiais

Por fim, vale mencionar, além dos demais tributos adotados pelo Supremo Tribunal Federal na teoria quinária, as contribuições especiais.

Machado (2013, p. 66), também define as contribuições especiais como contribuições sociais, uma vez que:

São aquelas que a União Federal pode instituir com fundamento nos artigos 149 e 195 da CF. Dividem-se em três subespécies, a saber: as do artigo 149, que são as contribuições de intervenção no domínio econômico e as contribuições de interesse de categorias profissionais ou econômicas, e as do artigo 195, que são as contribuições de seguridade social.

Com isso, Alexandre (2013, p. 47) “destaca um detalhe muito importante. A competência para criação das contribuições do artigo 149 é destinada exclusivamente à União. Entretanto, o § 1º do mesmo artigo traz uma exceção, nos seguintes termos”:

[...] § 1º Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios instituirão contribuição, cobrada de seus servidores, para o custeio, em benefício destes, do regime previdenciário de que trata o art. 40, cuja alíquota não será inferior à da contribuição dos servidores titulares de cargos efetivos da União (BRASIL, 2017).

As contribuições especiais, ou sociais, podem ser utilizadas para o custeio da Assistência Social e da Saúde Pública, por exemplo. Assim, as contribuições especiais, são a quinta espécie de tributo adotada pela teoria quinária.

4.2 ELEMENTOS FUNDAMENTAIS DO TRIBUTO

Visto o que é tributo e suas espécies, importante destacar seus elementos fundamentais, sendo Fato gerador; Hipótese de incidência; Base de cálculo e Alíquota.

4.2.1 Fato Gerador

Trivialmente, convém analisar o que o Código Nacional Tributário menciona sobre fato gerador.

O CTN faz menção ao fato gerador nos artigos 114 e 115. Analisando o texto do artigo 114 do CTN, onde é definido por lei como necessária e suficiente, “fato gerador da obrigação principal é a hipótese definida em lei como necessária e suficiente para o surgimento da obrigação tributária” (BRASIL, 2017a).

Machado (2013, p. 130) analisa o fato gerador:

Então, analisando a definição temos a “situação”, que significa o fato, conjunto de fatos, situação de fato, situação jurídica, ou seja, toda e qualquer ocorrência, decorrente ou não de vontade. Que seja “definido em lei”, como já se viu anteriormente ao abordar os princípios. “Necessária”, quer dizer que sem a “situação” com previsão legal, não nasce à obrigação tributária. E por fim “suficiente”, significando que a situação prevista em lei é o bastante para o surgimento da obrigação tributária.

Já no artigo 115 do CTN define o fato gerador como sendo uma obrigação acessória, que “é qualquer situação que na forma da legislação aplicável, impõe a prática ou abstenção de ato que não configure obrigação principal” (BRASIL, 2017a).

“Pode ser usada como exemplo para melhor entendimento, a situação de quem pretende instalar um estabelecimento comercial, faz nascer o dever de requerer inscrição nos cadastros fiscais correspondentes, para poder emitir notas fiscais” (MACHADO, 2013, p. 130).

Outro exemplo que faz menção ao fato gerador de uma obrigação principal e de uma obrigação tributária acessória é na ocorrência da venda de determinada mercadoria, que ao sair do estabelecimento do comerciante, é fato gerador tanto de ICMS (obrigação tributária principal) quanto de emissão da correspondente nota fiscal (obrigação acessória) (DENARI, 2008, p. 188).

Amaro (2013, p. 283) relata que “poucas expressões no direito tributário têm sido tão violentamente censuradas quanto o fato gerador, que se emprega para designar a situação que enseja a aplicação do mandamento previsto na lei tributária, dando nascimento ao dever concreto de pagar tributo”.

Conclui-se que a efetivação do fato gerador faz nascer uma obrigação principal que é sempre de natureza pecuniária, isto é, consiste em arrecadar aos cofres públicos, além disso, uma obrigação acessória, que é um dever administrativo, por exemplo: emitir notas, escriturar livros fiscais, não transportar mercadorias sem as devidas notas fiscais, entre outras.

4.2.2 Hipótese de Incidência

Muitas vezes a hipótese de incidência é utilizada como um sinônimo de fato gerador, recém apurado, no entanto sua definição é dessemelhante. Pois um é a descrição legal de um fato, outro é o acontecimento desse fato.

Igualmente, Machado (2013, p. 131) expõe que:

A expressão “hipótese de incidência” designa com maior propriedade a descrição, contida na lei, da situação necessária e suficiente ao nascimento da obrigação tributária, enquanto a expressão “fato gerador” diz da ocorrência, no mundo dos fatos, daquilo que está descrito na lei. A hipótese é simples descrição, é simples previsão, enquanto o fato é a concretização da hipótese, é o acontecimento do que fora previsto.

Complementa Ataliba (2000, p. 76) que “hipótese de incidência é a descrição legal (necessariamente hipotética) de um fato cuja ocorrência em concreto a lei atribui a força jurídica de determinar o nascimento da obrigação tributária”.

Um exemplo simples é a aquisição de disponibilidade econômica ou jurídica de renda ou de proventos de qualquer natureza (art. 43 do CTN).

4.2.3 Base de Cálculo

Inicialmente, convém esclarecer que segundo Machado (2013, p. 138):

Base de cálculo é a expressão econômica do fato gerador do tributo. Há de estar contida na norma que descreve a hipótese de incidência tributária.

Assim, quando a lei institui um tributo, há de se referir a uma realidade economicamente quantificável. Essa realidade é que nos permite identificar a espécie de tributo, muito especialmente distinguir e identificar a espécie imposta, a que mais direta e claramente se relaciona a uma realidade econômica. Assim a lei que institui o imposto sobre operações relativas à circulação de mercadoria indica o valor da operação da qual decorre à saída da mercadoria como sua base de cálculo.

Dessa forma, deve-se examinar a base de cálculo do tributo instituído, verificando se o legislador exerceu corretamente a competência que lhe atribui a Constituição Federal de 1988 ao definir o campo de incidência do tributo. Além de que, é elementar na identificação do tributo, sobre o qual se aplica a alíquota para ter-se como resultado o valor do tributo correspondente.

4.2.4 Alíquota

Elemento fundamental do tributo, a alíquota determinará o valor devido do tributo, através de porcentagem.

Em regra, compete à lei que instituiu determinado tributo definir as alíquotas aplicáveis, para que se possa identificar, em cada situação material concreta, o montante do tributo devido (AMARO, 2013, p. 186).

Ainda, sobre alíquota diz que:

Sobre a base de cálculo aplica-se a alíquota, para determinar o montante do tributo devido. A alíquota, geralmente, é representada por um percentual, cuja aplicação sobre a base de cálculo (por exemplo, valor da mercadoria, preço de serviço, montante de lucro etc.) revela o *quantum debeatur*. Porque a alíquota se aplica sobre uma cifra ou valor em moeda (expressivo da grandeza da materialidade do fato gerador) (AMARO, 2013, p. 291).

Portanto, alíquota é a relação que existe entre uma expressão quantitativa, que dá uma dimensão, do fato gerador e o valor do tributo correspondente. Contudo, a expressão quantitativa do tributo é uma expressão monetária e a relação entre ela e o valor do tributo é indicado em porcentagem. Assim, alíquota é o percentual, que ao ser aplicado sobre a base de cálculo, determinará o valor devido de um tributo. É a alíquota que vai determinar a porcentagem de imposto sobre os medicamentos.

4.3 TRIBUTOS INCIDENTES SOBRE MEDICAMENTOS

Sabe-se, que a atuação do Estado é fundamental para assegurar o acesso à saúde e medicamentos às pessoas, obrigando-se a promover condições indispensáveis ao seu pleno exercício, uma delas é a Política Nacional de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica, ocupando um papel muito importante na questão social, garantido o bem-estar de toda sociedade.

No entanto, a alta incidência tributária coletada pelo Estado sobre os medicamentos, inibe a compra pelos usuários, pois não são todos que, diante de um problema de saúde, conseguem obter os medicamentos necessários para o seu tratamento.

Fagundes (2011, p. 2), traz a alta incidência tributária sobre os medicamentos:

A excessiva quantia afeta o consumidor final, tendo em vista que a exacerbada carga fiscal atinge principalmente aqueles que necessitam realizar tratamentos regulares e terminam por pagar os medicamentos com 33,9% de seu valor final atinente a diversos tributos, no ano de 2012. Em outros países, a carga tributária média perfaz 6,0% e, na maioria, não existe qualquer espécie de tributação.

“Com o reajuste do ICMS de alguns estados em 2016, a carga tributária média de medicamentos no Brasil passou de 33,9% para 34,2%” (ESTADÃO, 2016).

Assim, sabendo da incidência tributária de 34,2% sobre os medicamentos, importante saber quais os principais tributos incidem sobre os medicamentos e repassados ao consumidor final.

4.3.1 Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços de Transporte Interestadual, Intermunicipal e de Comunicação (ICMS)

Analisando os tributos que incidem sobre os medicamentos, inicia-se com um imposto de competência estadual, o ICMS, sendo o tributo de maior alíquota incidente sobre os medicamentos.

Alexandre (2013, pp. 578 - 579) expõe quem tem competência para instituir o ICMS:

A Constituição Federal, no seu artigo 155, II, atribui aos Estados e ao Distrito Federal competência para instituir o imposto sobre operações

relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação, ainda que as operações e as prestações se iniciem no exterior. Trata-se do ICMS, o tributo de maior arrecadação no Brasil. Antes da Constituição Federal de 1988, o tributo denominava-se ICM, por incidir apenas sobre a circulação de mercadorias. Com a nova Constituição, foram acrescidos ao seu campo de incidência dois serviços, o de transporte interestadual e intermunicipal e o de comunicação. Com isso, foi acrescido a letra “S”, passando a existir o ICMS.

A Lei Complementar nº 87, de 13 de setembro de 1996, também conhecida como Lei Kandir, “dispõe sobre o imposto dos Estados e do Distrito Federal sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação, e dá outras providências” (BRASIL, 2017q).

No seu artigo 2º da legislação não traz a definição dos fatos geradores do ICMS, mas, enumera os fatos em que o legislador estadual pode atuar tipificando as hipóteses de incidência (ALEXANDRE, 2013, p. 608). Assim, veja-se:

Art. 2º O imposto incide sobre:

I - operações relativas à circulação de mercadorias, inclusive o fornecimento de alimentação e bebidas em bares, restaurantes e estabelecimentos similares;

II - prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal, por qualquer via, de pessoas, bens, mercadorias ou valores;

III - prestações onerosas de serviços de comunicação, por qualquer meio, inclusive a geração, a emissão, a recepção, a transmissão, a retransmissão, a repetição e a ampliação de comunicação de qualquer natureza;

IV - fornecimento de mercadorias com prestação de serviços não compreendidos na competência tributária dos Municípios;

V - fornecimento de mercadorias com prestação de serviços sujeitos ao imposto sobre serviços, de competência dos Municípios, quando a lei complementar aplicável expressamente o sujeitar à incidência do imposto estadual.

§ 1º O imposto incide também:

I – sobre a entrada de mercadoria ou bem importados do exterior, por pessoa física ou jurídica, ainda que não seja contribuinte habitual do imposto, qualquer que seja a sua finalidade;

II - sobre o serviço prestado no exterior ou cuja prestação se tenha iniciado no exterior;

III - sobre a entrada, no território do Estado destinatário, de petróleo, inclusive lubrificantes e combustíveis líquidos e gasosos dele derivados, e de energia elétrica, quando não destinados à comercialização ou à industrialização, decorrentes de operações interestaduais, cabendo o imposto ao Estado onde estiver localizado o adquirente.

§ 2º A caracterização do fato gerador independe da natureza jurídica da operação que o constitui (BRASIL, 2017q).

O ICMS terá como base de cálculo o valor da operação relativa à circulação da mercadoria, ou o do preço do serviço respectivo. Outro ponto

importante é sobre o princípio da seletividade, e, sobre o assunto, Carrazza (2009, pp. 440 - 441), afirma que a seletividade é obrigatória tanto para o ICMS quanto para o IPI, variando a alíquota de acordo com a essencialidade do bem.

Sobre os medicamentos, “no ano de 2016, 12 estados aumentaram o Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), o que acarreta em um impacto de em média 1,2% sobre os preços dos medicamentos” (ESTADÃO, 2016).

O Estadão (2016) relata que segundo a ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, sobre as alíquotas de cada estado sobre os medicamentos:

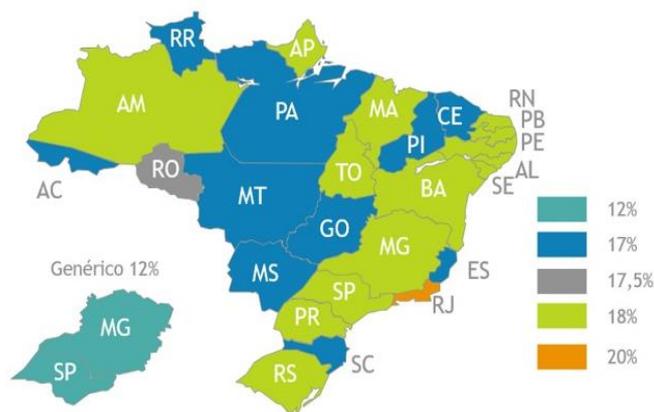
Em levantamento realizado pela Interfarma no ano de 2016, associação que reúne 55 laboratórios em todo o território nacional, a alíquota passou de 17% para 18% nos seguintes estados: Amapá, Amazonas, Bahia, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Sergipe e Tocantins. O imposto subiu de 17% para 17,5% em Rondônia e de 19% para 20% no Rio de Janeiro, sendo o maior ICMS do país sobre medicamentos (ESTADÃO, 2016).

Também, “no ano de 2016, o ICMS do Paraná passou de 12% para 18%, a partir do dia 1º de 2017” (FRIGERI, 2016).

Salienta-se ainda, que “no estado de São Paulo e Minas Gerais os medicamentos genéricos sua alíquota é de 12% e, outros medicamentos são de 18%” (ESTADÃO, 2016).

O mapa abaixo demonstra a alíquota incidente sobre os medicamentos por estado no Brasil:

Mapa Base ICMS - Medicamentos 2017 - Brasil



Fonte: (COELHO, 2017).

Além da alíquota excessiva incidente sobre os medicamentos, no dia 10 de março de 2017, através da Resolução Nº 1, ocorreu o reajuste anual de preços de medicamentos, sendo um reajuste máximo de 4,76% (BRASIL, 2017x).

Observa-se que somente a alíquota de incidência tributária sobre os medicamentos provenientes do ICMS, já é excessivamente elevada. No entanto existem outros tributos que incidem, gerando uma alíquota ainda maior. Além disso, ocorreu em 2017 um reajuste no preço dos medicamentos.

4.3.2 Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI)

O Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), que incide sobre produtos nacionais e estrangeiros, consistindo em um imposto de competência federal.

O IPI é facilmente identificado no artigo 153, inciso IV, e sobre a seletividade no § 3º da Constituição Federal de 1988, a qual, assim dispõe:

Art. 153. Compete à União instituir impostos sobre:

[...]

IV - produtos industrializados;

[...]

§ 3º - O imposto previsto no inciso IV:

I - será seletivo, em função da essencialidade do produto (BRASIL, 2017)

O Código Tributário Nacional, artigos 46 a 51, caracteriza o imposto, prevendo seus fatos geradores, base de cálculo, veja-se:

Art. 46. O imposto, de competência da União, sobre produtos industrializados tem como fato gerador:

I - o seu desembaraço aduaneiro, quando de procedência estrangeira;

II - a sua saída dos estabelecimentos a que se refere o parágrafo único do artigo 51;

III - a sua arrematação, quando apreendido ou abandonado e levado a leilão.

Parágrafo único. Para os efeitos deste imposto, considera-se industrializado o produto que tenha sido submetido a qualquer operação que lhe modifique a natureza ou a finalidade, ou o aperfeiçoe para o consumo (BRASIL, 2017a).

Art. 47. A base de cálculo do imposto é:

I - no caso do inciso I do artigo anterior, o preço normal, como definido no inciso II do artigo 20, acrescido do montante:

a) do imposto sobre a importação;

b) das taxas exigidas para entrada do produto no País;
c) dos encargos cambiais efetivamente pagos pelo importador ou dele exigíveis;

II - no caso do inciso II do artigo anterior:

a) o valor da operação de que decorrer a saída da mercadoria;
b) na falta do valor a que se refere a alínea anterior, o preço corrente da mercadoria, ou sua similar, no mercado atacadista da praça do remetente;

III - no caso do inciso III do artigo anterior, o preço da arrematação (BRASIL, 2017a).

Art. 48. O imposto é seletivo em função da essencialidade dos produtos (BRASIL, 2017a).

Art. 49. O imposto é não-cumulativo, dispondo a lei de forma que o montante devido resulte da diferença a maior, em determinado período, entre o imposto referente aos produtos saídos do estabelecimento e o pago relativamente aos produtos nele entrados.

Parágrafo único. O saldo verificado, em determinado período, em favor do contribuinte transfere-se para o período ou períodos seguintes (BRASIL, 2017a).

Art. 50. Os produtos sujeitos ao imposto, quando remetidos de um para outro Estado, ou do ou para o Distrito Federal, serão acompanhados de nota fiscal de modelo especial, emitida em séries próprias e contendo, além dos elementos necessários ao controle fiscal, os dados indispensáveis à elaboração da estatística do comércio por cabotagem e demais vias internas (BRASIL, 2017a).

Art. 51. Contribuinte do imposto é:

I - o importador ou quem a lei a ele equiparar;

II - o industrial ou quem a lei a ele equiparar;

III - o comerciante de produtos sujeitos ao imposto, que os forneça aos contribuintes definidos no inciso anterior;

IV - o arrematante de produtos apreendidos ou abandonados, levados a leilão.

Parágrafo único. Para os efeitos deste imposto, considera-se contribuinte autônomo qualquer estabelecimento de importador, industrial, comerciante ou arrematante (BRASIL, 2017a).

Suas disposições estão descritas por meio do Decreto nº 7212, de 15 de junho de 2010, que regulamenta a cobrança, fiscalização, arrecadação e administração do IPI (BRASIL, 2017r).

Noutro norte, a ANVISA salienta que o tratamento tributário varia de acordo com o grupo em que os produtos para a saúde estão classificados. Por exemplo, “aplica-se alíquota de 15% de IPI em 95% dos produtos utilizados em hemoterapia, enquanto para os demais grupos a incidência desses, como fármacos, medicamentos e seus insumos, o imposto é zero” (MOLINA, 2016).

Os produtos farmacêuticos, assim como a grande maioria dos fármacos, “medicamentos e seus intermediários de síntese estão compreendidos na Seção VI – Capítulos 28, 29 e 30 da Tabela de Incidência do IPI (TIPI), baseada na

Nomenclatura Comum do MERCOSUL (NCM), fazendo com que todos eles têm alíquota zero (0%)”.⁷

Assim, em conformidade com o art. 153, §3º, I, da Constituição Federal de 1988, e com o artigo 48 do Código Tributário Nacional o IPI será seletivo em função da essencialidade do produto. Seletividade significa fixar alíquotas de acordo com a essencialidade do produto, sendo menores para os gêneros essenciais e maiores para os produtos supérfluos.

Os medicamentos possuem alíquota zero sobre o IPI, uma vez que respeita-se o princípio da seletividade e afirmando que o medicamento é um bem essencial, que não deve ser tributado.

4.3.3 Imposto de Importação (II)

Visto o IPI, onde os medicamentos possuem sua alíquota zero, analisa-se outro imposto federal, o Imposto de Importação (II), cujo fato gerador ocorre quando há entrada de produtos estrangeiros no território nacional.

O Imposto de Importação está previsto no artigo 153, inciso I, da Constituição Federal de 1988:

Art. 153. Compete à União instituir impostos sobre:
I - importação de produtos estrangeiros (BRASIL, 2017).

O Código Tributário Nacional reconhece o fato gerador deste tributo como a entrada de produtos estrangeiros no território nacional, como mostra seu artigo 19:

Art. 19. O imposto, de competência da União, sobre a importação de produtos estrangeiros tem como fato gerador a entrada destes no território nacional (BRASIL, 2017a).

Ademais, sobre a base de cálculo, o Código Tributário Nacional assim dispõe:

Art. 20. A base de cálculo do imposto é:
I - quando a alíquota seja específica, a unidade de medida adotada pela lei tributária;

⁷ Tabela de Incidência do Imposto Sobre Produtos Industrializados (TIPI). Seção VI – Capítulos 28, 29 e 30 da Tabela de Incidência do IPI (TIPI). 2017. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/Anexo/AND8950.pdf> Acesso em: 15 de out. 2017.

II - quando a alíquota seja ad valorem, o preço normal que o produto, ou seu similar, alcançaria, ao tempo da importação, em uma venda em condições de livre concorrência, para entrega no porto ou lugar de entrada do produto no País;

III - quando se trate de produto apreendido ou abandonado, levado a leilão, o preço da arrematação. (BRASIL, 2017)

Ainda, sobre o II, o CTN prescreve que poderá alterar as alíquotas ou as bases de cálculo, bem como, define o contribuinte veja-se:

Art. 21. O Poder Executivo pode, nas condições e nos limites estabelecidos em lei, alterar as alíquotas ou as bases de cálculo do imposto, a fim de ajustá-lo aos objetivos da política cambial e do comércio exterior (BRASIL, 2017).

Art. 22. Contribuinte do imposto é:

I - o importador ou quem a lei a ele equiparar;

II - o arrematante de produtos apreendidos ou abandonados (BRASIL, 2017).

É um tributo de função marcadamente extra fiscal, uma vez que seu principal objetivo não é arrecadar recursos para os cofres públicos federais, mas sim servir como mecanismo de controle sobre as importações, podendo ser utilizado, por exemplo, como instrumento de proteção de determinado setor da indústria nacional que esteja sofrendo dificuldades em face da ocorrência de produtos similares (ALEXANDRE, 2013, p. 532).

Com isso, a Política Nacional de Medicamentos, instituída, em 30 de outubro de 1998 pela Portaria nº 3.916 do Ministério da Saúde, dedicou um capítulo exclusivamente destinado ao uso dos medicamentos genéricos. A portaria relata com referência aos medicamentos genéricos, o Ministério da Saúde, em ação articulada com os demais ministérios e esferas de Governo, deverá estimular a fabricação desses produtos pelo parque produtor nacional, em face do interesse estratégico para a sociedade brasileira, incluindo, também, a produção das matérias-primas e dos insumos necessários para esses medicamentos (BRASIL, 2017m).

Bernardo (2011, p.7), mostra que os Estados Partes do MERCOSUL, possuem uma Tarifa Externa Comum:

A ANVISA informa que o Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior (MDIC), os quatro Estados Partes do MERCOSUL: Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai, adotaram a Tarifa Externa Comum (TEC), com base na Nomenclatura Comum do MERCOSUL (NCM) como forma de estabelecer o mesmo tratamento para as importações dos países

participantes. As alíquotas são previstas na tabela TEC e divulgadas pelo MDIC, sendo diferentes de acordo com a classe dos produtos.

Assim, de acordo com a tabela TEC, os produtos farmacêuticos, medicamentos e seus insumos, terão uma variação em sua alíquota, de 0% até 18%, dependendo do produto. A tabela mostra que grande parte dos medicamentos e insumos para hemodiálise, oftalmologia e otorrinolaringologia é isenta do imposto de importação. No entanto, o mesmo imposto incide na maior parte dos produtos para hemoterapia com alíquotas de 18% e, em grande parte dos produtos de ortopedia, com alíquota de 14% (BRASIL, 2017y). Complementa o Ministério da Indústria, Comércio Exterior e Serviços:

Atualmente, 19 % dos medicamentos estão com alíquotas zero, sendo itens indicados para o tratamento do câncer e AIDS, inseridos na Lista de Exceção à TEC. Entretanto, de todos os medicamentos listados, 36 % desses medicamentos possuem alíquotas de 14 %, outros 22% dos medicamentos tem alíquotas de 8%, e 11% possuem alíquotas incidente de 2% (BRASIL, 2017y).

Nota-se que com o objetivo de regular o mercado, a União institui o Imposto de Importação, e no caso dos medicamentos, visando incentivar o uso dos medicamentos de fabricação nacional, principalmente os genéricos, adotou, juntamente com os Estados Partes do MERCOSUL, a tabela de Tarifa Externa Comum (TEC).

Com isso, além do ICMS, caso ocorra à importação do medicamento, ou até mesmo seus insumos, o contribuinte terá que pagar o Imposto de Importação, observando-se o tipo de medicamento adquirido.

4.3.4 Programa de Integração Social (PIS) e Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (COFINS)

Verifica-se que tanto Programa de Integração Social (PIS) quanto a Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (COFINS), são um dos mais onerosos tributos do Brasil, uma vez que, estão presentes em quase todos os segmentos da cadeia produtiva por ter sua incidência pela receita ou faturamento das empresas.

A Constituição Federal de 1988 em seu artigo 149, diz que “compete exclusivamente à União instituir contribuições sociais”, dividindo-se em três tipos:

contribuição de seguridade social, de intervenção no domínio econômico e de interesse de categorias profissionais e econômicas (BRASIL, 2017)

“A contribuição para o PIS/PASEP e a COFINS estão previstas na Constituição Federal de 1988 nos artigos 195, inciso I e 239, foram instituídas suas respectivas cobranças pelas Leis Complementares LC 70/1991 (COFINS), LC 07/1970 (PIS)”.⁸

A ANVISA, em levantamento realizado para auferir quais os principais tributos incide sobre os medicamentos, além do ICMS, IPI e II, afirma que o PIS e o COFINS incidem sobre os medicamentos. Assim, o Programa de Integração Social (PIS) é de competência federal, o fato gerador ocorre com o faturamento mensal da empresa, cujo valor será sua base de cálculo, podendo ter suas alíquotas variáveis de acordo com as diferentes hipóteses de número de etapas de produção (BERNARDO, 2011, p.7).

Ainda, “determina que a Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (COFINS) também de competência federal, e tem por fato gerador o faturamento mensal, bem como sua base de cálculo” (BERNARDO, 2011, p.7).

No mercado brasileiro de medicamentos, existe Contribuição para o PIS e a COFINS (contribuição indireta), incidindo sobre o faturamento mensal. Atualmente, a Lei nº 10.147, de 21 de dezembro de 2000, aplica o regime monofásico concentrado para o setor de medicamentos. Assim um determinado contribuinte, normalmente pessoa jurídica, uma empresa, possui a responsabilidade pelo tributo devido em toda cadeia de um produto ou serviço. Com isso, os medicamentos possuem suas alíquotas majoradas no momento da saída de uma empresa que os tenha industrializado ou importado. (BRASIL, 2017s).

Bernardo (2011, p.7), explica que as alíquotas podem variar:

Assim como o PIS, as alíquotas poderão variar se o regime for cumulativo ou não (7,6% para as empresas tributadas pelo lucro real – regime não-cumulativo e de 3% para os demais regimes fiscais). Dessa forma, PIS e COFINS devem recolher as duas contribuições calculadas sobre as demais receitas não tributadas no modelo monofásico, aplicando as alíquotas de 0,65% e 3% (se estiver no lucro presumido) ou 1,65% e 7,6% (se estiver no lucro real).

⁸ PIS e COFINS. Valor Tributário. 2017. Disponível em: <<https://www.valortributario.com.br/tributos/pisconfins/>> Acesso em: 15 de out. de 2017.

Vale lembrar o IPI apresenta alíquota zero na incidência sobre os medicamentos, por ato do Poder Executivo e que o mesmo ocorre com a Contribuição para o PIS/PASEP - Importação e a COFINS – Importação, uma vez que:

De acordo com o Decreto n^o 6.426, de 7 de abril de 2008, reduziu-se a zero as alíquotas dessas contribuições incidentes sobre a operação de importação dos medicamentos classificados nas posições 30.03, exceto no código 3003.90.56 (Amitraz; cipermetrina) e 30.04, exceto no código 3004.90.46 (Amitraz; cipermetrina) da TIPI” (BRASIL, 2017u).

Com a Lei no 10.865, de 30 de abril de 2004, houve redução nas alíquotas incidentes no regime monofásico de PIS e COFINS, “para 2,1% e 9,9%, respectivamente, acarretando uma alíquota global de 12% sobre os medicamentos da Lista Negativa e da Lista Positiva, embora, no último caso, têm efeito nulo devido ao crédito presumido, e de 9,25% para os medicamentos da Lista Neutra” (BERNARDO, 2011, p.7).

Veja-se que os medicamentos, em relação ao PIS e a COFINS, foram divididos em três listas, de acordo com a Lei N^o 10.147, de 21 de dezembro de 2000 e Perillo (2012, p.146):

Lista Positiva: contempla produtos cujas empresas produtoras e importadoras gozem do regime especial de crédito presumido para as contribuições federais para PIS e COFINS previsto no artigo 3^o da Lei Federal n^o 10.147/2000. São eles os remédios de uso contínuo e de larga escala. Com o Decreto n^o 3.803, de 24 de abril de 2001, o efeito da incidência dessas contribuições é neutro devido ao regime especial de utilização do crédito presumido, que dispensa o fabricante ou importador de recolher o tributo incidente de forma concentrada ou monofásica, normalmente são os medicamentos de tarja vermelha e preta (BRASIL, 2017s).

Lista Negativa: traz os produtos sujeitos ao regime de substituição tributária relativamente às contribuições federais PIS e COFINS, nos termos previstos no artigo 1^o da Lei Federal n^o 10.147/2000 (BRASIL, 2017s).

Lista Neutra: pertencem à Lista Neutra os produtos que não encontrem-se sujeitos aos regimes tributários estabelecidos na Lei n^o 10.147/2000, ou seja, que não pertençam às listas negativa ou positiva (BRASIL, 2017s; PERILLO, 2012, p.146).

Com isso, suas alíquotas estarão presentes, em sua totalidade, no preço final do produto. Quanto mais etapas efetivas na cadeia de produção, maior será o valor final de tributo a ser pago.

“Segundo a ANVISA, o PIS e a COFINS incide em mais de 70% do mercado de produtos para a saúde. Já o PIS e a COFINS - Importação incide sobre cerca de 40% dos produtos” (MOLINA, 2016).

Além dos tributos mencionados anteriormente, quais sejam, o ICMS, IPI, II, PIS e COFINS, outros tributos incidem sobre os medicamentos fazendo com que a carga tributária média de medicamentos no Brasil seja de 34,2%. Mas, vale destacar que o ICMS e o PIS e COFINS são os maiores tributos que incidem sobre os medicamentos (ESTADÃO, 2016).

Conclui-se que por mais que alguns tributos possuem sua alíquota zerada, ICMS, PIS e a COFINS são os tributos de maior incidência tributária sobre os medicamentos, tornando elevado seu custo, mas, além desses, e dos mencionados acima, existem os tributos sobre a folha de pagamentos, tributos sobre o lucro, outras taxas e tributos diversos, até mesmo taxa para ANVISA, fazendo com que o medicamento fique mais oneroso.

4.4 EFICÁCIA DA POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS E DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Inicialmente, vale dizer ser obrigação da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios somar recursos financeiros, com o intuito de oferecer as condições imprescindíveis e integrais ao pleno exercício do direito à saúde, garantindo o direito fundamental inalienável e indisponível da própria vida. Assim, criou-se a Política Nacional de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica, como se observou no capítulo anterior.

Uma das medidas adotadas por essa política foi à criação do programa “Farmácia Popular do Brasil”, no ano de 2004, conforme aduz o Ministério da Saúde:

O Programa Farmácia Popular do Brasil vem a ser uma iniciativa do Governo Federal que cumpre uma das principais diretrizes da Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Foi implantado por meio da Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, que autoriza a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) a disponibilizar medicamentos mediante ressarcimento, e pelo Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004, que regulamenta a Lei 10.858 e institui o Programa Farmácia Popular do Brasil (BRASIL, 2017z).

A disponibilização de medicamentos, em municípios e regiões do território nacional deve-se ocorrer, para que toda a população seja alcançada pelo SUS. Complementa o Ministério da Saúde:

Em 09 de março de 2006, por meio da Portaria nº 491, o Ministério da Saúde expandiu o Programa Farmácia Popular do Brasil, aproveitando a rede instalada do comércio varejista de produtos farmacêuticos, bem como a cadeia do medicamento. Esta expansão foi denominada “Aqui Tem Farmácia Popular” e funciona mediante o credenciamento da rede privada de farmácias e drogarias comerciais, com o intuito de levar o benefício da aquisição de medicamentos essenciais a baixo custo a mais lugares e mais pessoas, aproveitando a dinâmica da cadeia farmacêutica (produção x distribuição x varejo), por meio da parceria entre o Governo Federal e o setor privado varejista farmacêutico (BRASIL, 2017z).

Instituiu-se, então, “367 unidades próprias, custeadas pela UNIÃO”, além de unidades particulares que fazem parte do programa “Aqui tem Farmácia Popular”, com 34.910 redes privadas com o nome “Farmácia Popular”, em 4.463 municípios, o que representa 80% do país, uma vez que o Brasil possui 5 570 municípios (MACIEL, 2017).

O programa instituiu uma lista de 112 itens disponíveis, com base na RENAME (BRASIL, 2017z), sendo que destes, 17 medicamentos são disponibilizados gratuitamente, para o tratamento de Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Rinite, Osteoporose, Glaucoma e Asma. Os outros 95 medicamentos valem de até 90% de desconto (BRASIL, 2017aa).

MACIEL (2017) relata que o Ministério da Saúde beneficia 9,8 milhões de pessoas através Programa, o que é muito pouco, levando-se em conta a população brasileira:

Em média, por mês, o Programa beneficia em torno de 9,8 milhões de pessoas, principalmente àquelas com 60 anos ou mais, que representam cinco milhões do total. A maior parte dos pacientes atendidos (9 milhões) acessa medicamentos de forma gratuita, sendo que os mais dispensados são para tratamento de hipertensão (7,2 milhões), diabetes (3 milhões) (MACIEL, 2017).

“As 367 unidades próprias do governo custaram R\$ 100 milhões aos cofres públicos; sendo que 80% dos recursos eram destinados para despesas como manutenção e pessoal, restando apenas R\$ 20 milhões para a compra efetiva de medicamentos” (BRASIL, 2017bb).

Com isso, instituiu-se a Portaria nº 111 publicada no Diário Oficial da União na data de 29/01/2016 em vigor a partir do dia 12/02/2016 com o objetivo de manter somente as farmácias particulares com parceria com o Estado, fechando as 367 unidades próprias. Com a mudança de repasse, os R\$ 100 milhões serão utilizados completamente para a compra dos produtos necessários para os pacientes, por meio de repasse aos estados e municípios. Além de ampliação das Farmácias Populares privadas, com o referido repasse. (BRASIL, 2017v).

Sendo assim, vê-se que o Programa Farmácia Popular do Brasil é iniciativa do Governo Federal que tem como objetivo principal as diretrizes da Política Nacional de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica. No entanto, é notória a insuficiente quantidade de medicamentos fornecidos gratuitamente. Igualmente, nota-se que alguns medicamentos possuem desconto no seu preço de venda, ficando ainda muitos brasileiros sem o acesso aos medicamentos, para seu tratamento de saúde.

Em contramão, o Governo fechou as 367 Farmácias Populares custeadas pelo Governo Federal, mantendo as privadas, que com a venda obtêm lucros, restringindo ainda mais o acesso aos medicamentos, bem essencial para uma melhor qualidade de vida da população.

Cristaldo (2017) informa o valor do repasse de recursos, bem como a distribuição nos estados e municípios do Brasil:

A oferta de medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS) é organizada em três componentes que compõem o Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica – Básico, Estratégico e Especializado, além do Programa Farmácia Popular. Segundo a pasta, foram destinados, no último ano, R\$ 15,9 bilhões na aquisição, repasse de recursos e distribuição de medicamentos nos estados e municípios brasileiros (CRISTALDO, 2017).

Além das Farmácias Populares do Brasil, é de suma importância novamente mencionar que existe uma lista que tende a definir os medicamentos que devem atender às necessidades de saúde prioritárias da população no SUS. Essa lista é a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que também deve estar em conformidade com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS). Em 2017 a lista conta com 869 medicamentos, sendo que estes precisam estar disponíveis a população nos hospitais ou postos de saúde a qualquer momento (ROCHA, 2017).

Os medicamentos listados na RENAME devem ser distribuídos gratuitamente no SUS, através de hospitais ou postos de saúde. Assim, os medicamentos essenciais para o combate de doenças que atingem a população, não podem faltar nos pontos de distribuição. Para recebimento, o cidadão precisa apresentar uma prescrição por profissional habilitado, em conformidade com a legislação vigente. E claro, como já mencionado, certos medicamentos estão disponíveis, também, nas Farmácias Populares (LEITE, 2017).

Para isso, todos os postos, hospitais, Farmácias Populares devem estar com o estoque de medicamentos essenciais (RENAME) em conformidade e quantidades para atender corretamente toda a população, abrangidos pela Política Nacional de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2017m).

Contudo, (SHALDERS, 2017), relata que a Controladoria-Geral da União (CGU), realizou um estudo em alguns estados do Brasil:

Concluído em 2017, o qual mostrou que 11 Estados e o Distrito Federal descartaram medicamentos em 2014 e 2015. O prejuízo pelo desperdício chega a R\$ 16 milhões, pois apresentava vencimento de validade e armazenagem incorreta, deixando a população dos estados do Amapá, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Pará, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e Santa Catarina, sem recebimento de medicamentos essenciais (SHALDERS, 2017).

Outra situação que a Controladoria-Geral da União (CGU) relatou, foi um ocorrido na Bahia, conforme se infere:

[...] entre 2013 e 2014, cerca de 200 mil comprimidos de Olanzapina (medicamento usado no tratamento da esquizofrenia) foram jogados no lixo. Por um erro de planejamento, os medicamentos foram comprados e acabaram vencendo antes que os pacientes do Estado pudessem tomá-lo. No total, foram R\$ 3,5 milhões descartados em comprimidos vencidos (SHALDERS, 2017).

“No Rio de Janeiro, em 2015, ocorreu uma situação similar, o desperdício de 1.104 frascos por conta do vencimento de um medicamento para tratamento de Hepatite tipo C, nomeado de Boceprevir 200 mg e, cada unidade custa em torno de R\$ 6.100,00, gerando um grande prejuízo”. (SHALDERS, 2017).

Assim, percebe-se a eficácia “parcial” da Política Nacional de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica. O que torna uma Política falha, incompleta, é a falta de fornecimento gratuito dos medicamentos e a venda dos medicamentos nas Farmácias Populares do Brasil de natureza privadas, pois dispõe

de uma quantidade mínima de medicamentos disponibilizados a população, bem como a desativação das 367 unidades próprias mantidas pelo Estado.

Também, com uma quantidade insuficiente de medicamentos disponíveis na lista da RENAME, mesmo assim, ocorre o desperdício dos medicamentos destinados a população, gerando perda de milhões de reais. O que poderia ser evitado, caso existisse uma Política Nacional de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica totalmente eficaz, não falhando com o compromisso de garantir o acesso e uso seguro e racional dos medicamentos a toda população.

4.5 IMUNIDADE TRIBUTARIA SOBRE OS MEDICAMENTOS

Visto anteriormente quais tributos incidem sobre os medicamentos e, com isso, comprovando a alta incidência tributária. A ausência de eficácia da Política Nacional de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica faz com que muitos brasileiros fiquem sem medicamentos, tendo que comprá-los para efetuar seu tratamento de saúde, com isso sacrifica uma parte de sua renda para a compra dos medicamentos, sendo que já efetua o pagamento dos tributos para que tenha saúde. Assim sendo, o Estado arrecada e não repassa uma saúde de qualidade para a população.

Existe então, a imunidade tributária que, para Alexandre (2013, p. 148), “são limitações constitucionais ao poder de tributar consistentes na delimitação da competência tributária constitucionalmente conferida aos entes políticos.”

A Constituição Federal de 1988, ao tratar das limitações do poder de tributar traz o artigo 150, III e suas alíneas, onde veda a cobrança de tributos, veja-se:

Art. 150. Sem prejuízo de outras garantias asseguradas ao contribuinte, é vedado à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios:

[...]

III - cobrar tributos:

- a) em relação a fatos geradores ocorridos antes do início da vigência da lei que os houver instituído ou aumentado;
- b) no mesmo exercício financeiro em que haja sido publicada a lei que os instituiu ou aumentou;
- c) antes de decorridos noventa dias da data em que haja sido publicada a lei que os instituiu ou aumentou, observado o disposto na alínea b; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003) (BRASIL, 2017).

O legislador constituinte, ao estabelecer as imunidades deve tomar como base as pessoas, quais benefícios teriam essas pessoas com a imunidade tributária (ALEXANDRE, 2013, p. 151).

Oportuno mencionar que há uma PEC (Proposta de Emenda à Constituição), nº 2, de 2015, que atualmente está no Plenário do Senado Federal (BRASIL, 2017t).

A PEC 02/2015 é uma iniciativa do Senador José Reguffe (PDT/DF) e outros, o qual pretende incluir a alínea “d” no inciso III do artigo 150 da Constituição Federal de 1988, de modo que teria nova redação para vedar (imunizar) a cobrança de tributos sobre os medicamentos destinados ao uso humano (BRASIL, 2017t).

Além do mais, tem como fundamento possibilitar melhores condições de acesso a medicamentos a todos os brasileiros, tornando imunes os tributos, em razão da essencialidade dos medicamentos (BRASIL, 2017t).

Na justificativa, o Senador Reguffe e outros que tiveram a iniciativa, informam que obtiveram dados da Receita Federal, por intermédio do Ministério da Fazenda, salientando que:

A arrecadação com medicamentos no ano de 2012 traduzia-se no valor de R\$ 3.942.297.304,00 em um orçamento estimado em 2 trilhões e 700 bilhões de reais, ou seja, o custo seria pouco maior que 0,1% do Orçamento Geral da União daquele ano, um custo ínfimo diante de um benefício tão relevante e expressivo para a população brasileira. Com isso, a preocupação com a arrecadação deveria apoiar-se principalmente aos bens não essenciais, como os “bens de luxo”, não aos bens essenciais para a população, como é o caso dos medicamentos (BRASIL, 2017t).

No dia 24 de maio de 2017 a PEC foi aprovada pela Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ), através do parecer Nº 53, de 2017, que tem a função de opinar sobre a constitucionalidade das matérias que forem submetidas, tendo como Relatora a Senadora Simone Tabet (BRASIL, 2017u).

Complementa sobre a aprovação, estando apta ao regular trâmite e adequado a busca da imunidade tributária via emenda constitucional:

Inexistem os óbices circunstanciais à alteração constitucional enunciado no § 1º do artigo 60 da CF (intervenção federal, estado de defesa ou estado de sítio), ou qualquer tentativa de lesão a cláusulas pétreas explícitas ou implícitas. Também não há registro de que a matéria nela tratada tenha sido rejeitada na presente sessão legislativa, estando apta ao regular trâmite. Não foi invadida a competência legislativa de outros entes federados ou dos demais Poderes da União, sendo o meio para o alcance dos objetivos (via emenda constitucional) é adequado. (BRASIL, 2017u).

Posto que, sobre o IPI, informa que tem sua alíquota zerada, pois segue o critério do princípio da seletividade tributária, uma vez que os medicamentos são produtos essenciais para a vida da população. Também, a relatora salienta que o ICMS também se sujeita ao princípio da seletividade, no entanto os estados não adotam. Assim, a única forma legítima de o Congresso Nacional afastar a incidência tributária do ICMS, seria com alteração constitucional, criando hipótese de imunidade (BRASIL, 2017u).

A imunidade tributária sobre os medicamentos por meio de uma PEC traz maior segurança jurídica do que a isenção individual dos tributos, por exemplo. Uma vez que a Emenda Constitucional modifica o texto constitucional para gerar imunidade tributária aos medicamentos. Em outras palavras a PEC uniformiza a legislação.

Por outro lado, para ocorrer à isenção tributária sobre os medicamentos, por meio de Lei, tendo que individualizar todos os tributos incidentes, respeitando suas competências e isentando de forma individualizada. Além de que, a isenção não irá garantir a mesma segurança jurídica que uma PEC, uma vez que há competência material concorrente entre os impostos constitucionalmente delineados para os estados e para os mais de 5.000 municípios existentes no Brasil.

Sobre segurança jurídica, Torres (2012, p.26) a define como um princípio constitucional, pois:

Para os fins desse estudo, define-se a segurança jurídica como princípio de garantia constitucional que tem por finalidade proteger direitos decorrentes das expectativas de confiança legítima na criação ou aplicação das normas jurídicas, mediante certeza jurídica, estabilidade do ordenamento ou efetividade de direitos e liberdades fundamentais.

Outro ponto a ser defendido, no que diz respeito a imunidade tributária sobre os medicamentos por meio de uma PEC, e não a isenção já que com a alteração constitucional, imunizando todos os tributos, evita a chamada Guerra Fiscal do ICMS. Também, evita tributações “surpresa”, já que com a imunidade será vedada a cobrança de tributo sobre os medicamentos, indistintamente.

A Proposta de Emenda à Constituição é um caminho viável para se criar a imunidade tributária necessária incidente sobre medicamentos, não podendo os entes federativos cobrar qualquer forma de tributo, o que inclui taxas e demais

contribuições, já mencionados anteriormente, uma vez que todos os medicamentos são considerados bens essenciais que garantem o direito à vida.

5 CONCLUSÃO

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou analisar o Sistema Único de Saúde – SUS e o direito fundamental à saúde, o fornecimento gratuito de medicamentos, bem como, as alíquotas de tributos de medicamentos no Brasil, e, a possibilidade de imunidade tributária sobre os medicamentos com base no princípio da seletividade tributária.

Verificou-se que o princípio da seletividade com previsão nos artigos 153, §3º, I (seletividade do IPI) e 155, §2º, III (seletividade do ICMS) da Constituição Federal de 1988, devendo seu uso ser obrigatório tanto para o IPI, como também para o ICMS, pois facultar ao estado sua utilização fere o princípio da seletividade.

A adoção da seletividade no ICMS deverá ocorrer, pois é um dos impostos de maior arrecadação no Brasil, bem como, detém a maior alíquota sobre os medicamentos, variando de 17% a 20% e, que somado aos demais tributos possui uma incidência média de 34,2% de tributação.

Sobre a essencialidade do medicamento, não há o que se discutir, pois é indispensável para garantir o direito à vida. Importante ressaltar que medicamentos essenciais não são somente os 869 medicamentos listados pela RENAME, mas sim todos os medicamentos de uso humano, eficaz para o tratamento de doenças.

Percebeu-se a eficácia “parcial” da Política Nacional de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica, o que torna uma Política falha, incompleta. Um dos motivos é a falta de fornecimento gratuito dos medicamentos e a venda dos medicamentos nas Farmácias Populares do Brasil de natureza privadas, pois dispõe de uma quantidade mínima de medicamentos disponibilizados a população, bem como a desativação das 367 unidades próprias mantidas pelo Estado.

Mesmo com uma quantidade mínima de medicamentos listados, ocorre o desperdício dos fármacos destinados a população, gerando perda de milhões de reais, o que poderia ser evitado. Caso houvesse uma Política Nacional de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica eficaz, não falhando com o compromisso de garantir o acesso e uso seguro e racional dos medicamentos a toda população.

O direito à saúde é indissociável do direito à vida, sendo este, como já elucidado, um direito fundamental, previsto art. 5º da Constituição Federal de 1988. Portanto, sem a oferta de um sistema público de saúde digno e minimamente

eficiente, o próprio direito à vida do indivíduo encontra-se em risco em decorrência de uma inconcebível omissão estatal.

Assim, além de uma Política Nacional de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica eficaz, a melhor solução para garantir o acesso amplo aos medicamentos de forma razoável e eficaz, gerando um Sistema Único de Saúde adequado e digno para a população, é a imunidade tributária sobre os medicamentos, uma vez que são bens essenciais e devem ter sua alíquota diferenciada, como determina o princípio da seletividade. Nesse caso, é um bem tão essencial que deve ser imune, não bastando reduzir a alíquota.

Não obtendo o medicamento gratuito, que deveriam ser disponibilizado pelo Estado, muitos brasileiros sem medicamentos, compram-nos, para efetuar seu tratamento de saúde, sacrificando parte de sua renda para a compra dos medicamentos, mesmo financiado pelo SUS, através do pagamento de outros tributos. Em outras palavras, o Estado arrecada e não repassa serviços de saúde de qualidade para a população.

Com a imunidade tributária sobre os medicamentos, grande parte desses problemas seriam resolvidos. Essa imunidade deve ocorrer por meio de uma Emenda Constitucional, uma vez que os medicamentos possuem tributos, cada qual, tem sua competência, seja estadual, federal ou municipal.

Dessa forma, a única forma legítima verificada de o Congresso Nacional afastar a incidência tributária do ICMS, por exemplo, seria com alteração constitucional, criando hipótese de imunidade, evitando-se a chamada Guerra Fiscal do ICMS. Também, evita tributações “surpresa”, já que com a imunidade será vedada a cobrança de tributo sobre os medicamentos, indistintamente. Além de que a imunidade tributária sobre os medicamentos por meio de uma PEC traz maior segurança jurídica, pois uniformiza a legislação.

Através de uma Emenda à Constituição, incluindo uma nova alínea no inciso III do artigo 150 da Constituição Federal de 1988, seria possível determinar a imunidade tributária incidente sobre medicamentos, não podendo os entes federativos cobrar qualquer forma de tributo nesse ponto, seja qual for à competência, uma vez que todos os medicamentos são considerados bens essenciais que garantem o direito a vida, e constitui um Sistema Único de Saúde eficaz.

Por fim, sendo bens de extrema necessidade e essencialidade, todos os medicamentos devem ser disponibilizados gratuitamente pelo Estado, não somente os discriminados na lista da RENAME, já que o custeio do SUS possui como premissa básica a diversidade de sua base de financiamento.

REFERÊNCIAS

- ACURCIO, Francisco de Assis. **Política de Medicamentos e assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde**. Belo Horizonte: COOPMED, 2003.
- AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e defeitos**. 1. ed. São Paulo, Martinari, 2011.
- ALEXANDRE, Ricardo. **Direito tributário esquematizado**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2013.
- ALENCASTRO, Luiz Felipe. **O trato dos viventes: formação do Brasil no atlântico sul**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
- AMARO, Luciano. **Direito Tributário Brasileiro**. 19. ed., São Paulo: Saraiva, 2013.
- ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICAMENTOS. **SUS: O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2008.
- ATALIBA, Geraldo. **Sistema constitucional tributário brasileiro**. São Paulo: Revistas dos Tribunais, 1968.
- ATALIBA, Geraldo. **Hipótese de Incidência Tributária**. São Paulo: Editora Malheiros, 2000.
- ÁVILA, Humberto. **Sistema Constitucional Tributário**. São Paulo: Saraiva, 2004.
- BALEEIRO, Aliomar. **Direito tributário brasileiro**. 11. ed. Atualizadora: Misabel Abreu Machado Derzi. ed. São Paulo: Forense, 2007.
- _____. Aliomar. **Limitações constitucionais de tributaria**, Atualizadora: Misabel Abreu Machado Derzi. 7. ed. Rio de Janeiro: FORENCE, 2006.
- BARRETO, Aires F. “**A Nova Cofins: Primeiros Apontamentos**”. In **Revista Dialética de Direito Tributário**, vol. 103. Editora Abril. 2004.
- BALERA, Wagner. **A Seguridade Social na Constituição de 1988**. São Paulo. Revista dos Tribunais. 1989.
- BERNARDO, Pedro José Baptista Bernardo. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária: Tributos incidentes sobre o setor de produtos para saúde**, 2011. Disponível em:
<<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33884/412118/Tributos+incidentes+sobre+o+setor+de+produtos+para+sa%C3%BAde/4eb639c6-26ba-47be-bb79-653932466ca6>> Acesso em: 15 de out. 2017.
- BOTTALLO, Eduardo Domingos. **Fundamentos do IPI – Imposto sobre Produtos Industrializados**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

BLIACHERIENE, Ana Carla e SANTOS, José Sebastião dos. **Direito à Vida e à Saúde – Impactos Orçamentários e Judiciais**. São Paulo: Editora Atlas, 2010.

BRASIL. Constituição Federal (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>
Acesso em: 22 de mar. 2017.

_____. Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966. **Institui o Código Tributário Nacional**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 27 out. 1966. Disponível em:<<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 25 mar. 2017a.

_____. Constituição (1824). **Constituição Política do Império do Brasil de 1824**. Rio de Janeiro, 1824. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao24.htm>.
Acesso em: 24 ago. 2017b.

_____. Constituição (1891). **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1891**. Rio de Janeiro, 1891. Disponível em: <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao91.htm>.
Acesso em: 24 ago. 2017c.

_____. Constituição (1934). **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1934**. Rio de Janeiro, 1934. Disponível em: <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao34.htm>.
Acesso em: 25 ago. 2017d.

_____. Constituição (1937). **Constituição dos Estados Unidos do Brasil de 1937**. Rio de Janeiro, 1937. Disponível em: <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao46.htm>.
Acesso em: 25 ago. 2017e.

_____. Constituição (1946). **Constituição dos Estados Unidos do Brasil de 1946**. Rio de Janeiro, 1946. Disponível em: <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao46.htm>.
Acesso em: 25 ago. 2017f.

_____. Constituição (1967). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1967. Disponível em: <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao67.htm>.
Acesso em: 26 ago. 2017g.

_____. Constituição (1967). **Emenda Constitucional n.1, de 24 de janeiro de 1969**. Brasília, 1969. Disponível em: <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc_anterior1988/emc01-69.htm>. Acesso em: 26 ago. 2017h.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011**. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1) Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.1.pdf> . Acesso em: 30 de set. de 2017i.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **SUS: a saúde do Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos.** – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011 Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_saude_brasil_3ed.pdf> . Acesso em: 30 de set. de 2017j.

_____. Lei 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.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990 Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 01 de out. de 2017k.

_____. Lei 8.149, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 dez. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 01 de out. de 2017l.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916. **Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Medicamentos** 1998. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 1988. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html>. Acesso em: 05 de out. de 2017m.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília: CONASS, 2011. 186 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1) Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.1.pdf> . Acesso em: 05 de out. de 2017n.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2017** – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 210 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_medicamentos_renome_2017.pdf>. Acesso em: 06 de out. de 2017o.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 jun. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 06 de out. de 2017p.

_____. Lei Complementar Nº 87, de 13 de setembro de 1996.

Dispõe sobre o imposto dos Estados e do Distrito Federal sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação, e dá outras providências (LEI KANDIR). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 set. 1996.

Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp87.htm>. Acesso em: 14 de out. de 2017q.

_____. Decreto Nº 7.212, de 15 de junho de 2010.

Regulamenta a cobrança, fiscalização, arrecadação e administração do Imposto sobre Produtos Industrializados - IPI. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 jun. 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7212.htm>. Acesso em: 15 de out. de 2017r.

_____. Lei Nº 10.147, de 21 de dezembro de 2000.

Dispõe sobre a incidência da contribuição para os Programas de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público – PIS/Pasep, e da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social – COFINS, nas operações de venda dos produtos que especifica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 dez. 2000. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L10147.htm>. Acesso em: 15 de out. de 2017s.

_____. Senado Federal. Proposta de Emenda à Constituição nº 2, de 2015.

Acrescenta a alínea "d" ao inciso III do art. 150 da Constituição Federal, tornando imunes à tributação os medicamentos destinados ao uso humano.

Diário Oficial da União, Brasília, DF, 05 fev. 2015. Disponível em:

<<http://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/119628>>. Acesso em: 17 de out. de 2017t.

_____. Senado Federal. Parecer (SF) nº 53, de 2017.

Da Comissão De Constituição, Justiça e Cidadania, sobre o processo Proposta de Emenda à Constituição nº2, de 2015, do Senador Reguffe, que Acrescenta a alínea "d" ao inciso III do art. 150 da Constituição Federal, tornando imunes à tributação os medicamentos destinados ao uso humano. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 mai. 2017. Disponível em:

<<http://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=5305125&disposition=inline>>. Acesso em: 17 de out. de 2017u.

_____. Portaria nº 111, de 28 de janeiro de 2016.

Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 jan. 2017. Disponível em:

<<http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/29/portaria-nova-11-16.pdf>>. Acesso em: 17 de out. de 2017v.

_____. Portal Brasil. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde publica lista de medicamentos para o SUS**, 2017. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2017/08/ministerio-da-saude-publica-lista-de-medicamentos-para-o-sus>>. Acesso em: 06 de out. de 2017w.

_____. Resolução Nº 1, de 10 de março de 2017. **Dispõe sobre a forma de definição do Preço Fabricante (PF) e do Preço Máximo ao Consumidor (PMC) dos medicamentos em 31 de março de 2017, estabelece a forma de apresentação do Relatório de Comercialização à Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos - CMED disciplina a publicidade dos preços dos produtos farmacêuticos e define as margens de comercialização para esses produtos**. Disponível em:

<<http://portal.anvisa.gov.br/documents/374947/3374203/Resolu%C3%A7%C3%A3o+n%C2%BA+1+de+10+de+mar%C3%A7o+de+2017.pdf/e22ba9b8-150e-476b-911b-b85ea6cdf63a>> Acesso em: 15 de out. 2017x.

_____. Ministério da Indústria, Comércio Exterior e Serviços. **Arquivos atuais. TEC**, 2017. Disponível em: <<http://www.mdic.gov.br/comercio-exterior/estatisticas-de-comercio-exterior-9/arquivos-atuais>> Acesso em: 15 de out. 2017y.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Farmácia Popular do Brasil**. Portal da Saúde, 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/346-sctie-raiz/daf-raiz/farmacia-popular/l1-farmacia-popular/18008-programa-farmacia-popular-do-brasil>> Acesso em: 17 de out. 2017z.

_____. Ministério da Saúde. **Comunicado sobre nova portaria do Programa Farmácia Popular do Brasil**. Portal da Saúde, 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/345-sctie-raiz/daf-raiz/farmacia-popular/21996-comunicado-sobre-a-nova-portaria-do-programa>> Acesso em: 17 de out. 2017aa.

_____. Ministério da Saúde. **A incômoda verdade sobre melhorar a gestão da Saúde**, Portal da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/29913-a-incomoda-verdade-sobre-melhorar-a-gestao-da-saude>> Acesso em: 17 de out. 2017bb.

CARRAZZA, Roque Antonio. **Curso de direito constitucional tributário**. 29. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2013.

_____. Roque Antonio. **ICMS**. 13. ed. São Paulo: Malheiros, 2009.

CARVALHO, Paulo de Barros. **Curso de Direito Tributário**. 25. ed. São Paulo. Editora Saraiva. 2013.

COELHO, Giovanni. Mapa **de ICMS de Medicamentos Brasil**. SimTax. Linked in, 2017. Disponível em: <<https://pt.linkedin.com/pulse/mapa-de-icms-medicamentos-brasil-jiovanni-coelho>> Acesso em: 14 de out. 2017.

COÊLHO, Sacha Calmon Navarro, **Comentários à Constituição de 1988: Sistema Tributário**, 10. ed. Rio de Janeiro, FORENSE, 2006.

CRISTALDO, Heloisa. **Pacientes Crônicos relatam dificuldades no acesso a medicamentos**, EBC Agência Brasil, 2017. Disponível em:<
<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-09/pacientes-cronicos-relatam-dificuldades-no-acesso-medicamentos>> Acesso em: 18 de out. 2017.

DENARI, Zelmo, **Curso de Direito Tributário**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

ESTADÃO, C. **Estados elevam ICMS de medicamentos**. Brasil Econômico, 2016. Disponível em: <<http://economia.ig.com.br/2016-02-28/estados-elevam-icms-de-medicamentos.html>> Acesso em: 14 de out. 2017.

FAGUNDES, Wellington. **PEC 160/2012. Acrescenta alínea ao inciso VI do art. 150 da Constituição Federal**, 2011. Disponível em:<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=978595&filename=PEC+160/2012>. Acesso em: 14 de set. 2017.

FALCÃO, Amílcar de Araújo. **Impostos Concorrentes na Constituição de 1946**. Rio de Janeiro, ed. Forense, 1964.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Míni Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 8. ed. Rio de Janeiro: Editora Positivo, 2010.

FINKELMAN, Jacobo. **Caminhos da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

FIRMINO, George; LEONE, Arthur. **Legislação tributária federal descomplicada**. Ed. Ferreira, 2015.

FRIGERI, Vinícius. **Aumento na alíquota deixa remédios mais caros no Paraná a partir do dia 1º de 2017**. G1 Paraná PRC, 2016. Disponível em: <<http://g1.globo.com/pr/parana/noticia/2016/12/aumento-na-aliquota-deixa-remedios-mais-caros-no-parana-partir-do-dia-1.html>> Acesso em: 14 de out. 2017.

GIAMBIAGI, F; ALÉM, A. C. **Finanças públicas: teoria e prática no Brasil**. 3 ed. São Paulo: Elsevier, 2008.

HARADA, Kiyoshi. **Direito financeiro e tributário**. 15. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

HORTA, Raul Machado. **Estudos de Direito Constitucional**. Belo Horizonte: Del Rey, 1995.

KORFF, Eurico. **Finanças Públicas Municipais**. Revista de Administração de Empresas. Rio de Janeiro, vol. 17, n. 5, 1977.

LEITE, Luiz Philipe. **Para que serve a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais**. Ministério da Saúde. Blog da Saúde, 2017. Disponível em:<
<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/entenda-o-sus/52908-para-que-serve-a-relacao-nacional-de-medicamentos-essenciais>> Acesso em: 18 de out. 2017.

LENZA, Pedro. **Direito Constitucional Esquematizado**. 18ª Ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

MACIEL, Victor. **Ministério da Saúde amplia em 10% recurso para medicamentos básicos**. Ministério da Saúde. Portal da Saúde, 2017. Disponível em: < <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/1269-sctie-raiz/daf-raiz/daf/l2-daf/noticias-daf/29564-ministerio-da-saude-amplia-em-10-recurso-para-medicamentos-basicos>> Acesso em: 17 de out. 2017.

MACHADO, Hugo de Brito. **Curso de Direito Tributário**. 34.ed. São Paulo: Malheiros, 2013.

MACHADO, Hugo de Brito. **O ICMS no fornecimento de energia elétrica: questões da seletividade e da demanda contratada**. Revista Dialética de Direito Tributário: RRDT, São Paulo, 2008.

MARTINS, Ives Gandra da Silva. **Questões Atuais de Direito Tributário**. Belo Horizonte: Del Rey, 1999.

MENDES, Gilmar Ferreira; COELHO, Inocêncio Mártires; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de direito constitucional**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **O conteúdo jurídico do princípio da igualdade**. 3.ed. São Paulo: Malheiros, 2010.

MELLO, Evaldo Cabral de. **A outra independência e o federalismo pernambucano de 1817 a 1824**. São Paulo: Editora. 34, 2004.

MELO, José Eduardo Soares. **Curso de direito tributário**. 3. ed. São Paulo: Dialética, 2002.

_____. José Eduardo Soares de. **ICMS: teoria e prática**. 10. ed. São Paulo: Dialética, 2008.

_____. José Eduardo Soares de. **Contribuições sociais no sistema tributário**. São Paulo: Malheiros, 2006.

MICHAELIS. **Dicionário Escolar da Língua Portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos: 2009.

MOLINA, Danilo. **Estudo aponta impostos que mais oneram preço de produtos da saúde**. Portal ANVISA, 2016. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=2669015&_101_type=content&_101_groupId=219201&_101_urlTitle=estudo-aponta-impostos-que-mais-oneram-preco-de-produtos-da-saude&inheritRedirect=true> Acesso em: 15 de out. 2015.

MONTEIRO DE BARROS, Fabio Batalha. **História e Legislação do SUS e Saúde da Família: problematização a realidade da saúde pública**. 1. ed. Rio de Janeiro. Editora Agbook, 2011.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 13. ed. – São Paulo: Atlas, 2003.

NOGUEIRA, Rui Barbosa. **Curso de direito tributário**. São Paulo: Instituto Brasileiro de Direito Tributário, 1976.

PACHECO, Evelyn. **História das Políticas de Saúde no Brasil - Uma pequena visão**. Ebah, 2012. Disponível em: <
<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAAXfkAJ/historia-das-politicas-saude-no-brasil-pequena-visao> >. Acesso em: 30 de set. de 2017.

PAIM, Jairnilson Silva. **Política de Saúde no Brasil**. 6. ed. Rio de Janeiro, Medsi, 2003.

PAULSEN, Leandro. **Direito tributário: constituição e código tributário à luz da doutrina e da jurisprudência**. 10. ed. Porto Alegre: Livraria do advogado, 2006.

_____. Leandro, **Direito tributário**. 4. ed., Porto Alegre, Livraria do advogado, 2003.

PERILLO, Eduardo. **Tributos e Medicamentos**. 1. ed. São Paulo: Cultura Acadêmica Editora, 2012. Disponível em:
 <<https://www.interfarma.org.br/public/files/biblioteca/17-Livro%20Tributos%20e%20Medicamentos%20-%20site.pdf> > Acesso em: 15 de out. 2017.

PIS e COFINS. **Valor Tributário**, 2017. Disponível em:
 <<https://www.valortributario.com.br/tributos/pisconfins/>> Acesso em: 15 de out. de 2017.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **Histórias das Políticas de Saúde no Brasil: Uma Pequena Revisão**. Cadernos do Internato Rural. Faculdade de Medicina/UFMG. Belo Horizonte. 2001.

_____. Marcus Vinícius. **História da Saúde no Brasil**, 2001 Disponível em:
 <http://www.uff.br/higienesocial/images/stories/arquivos/aulas/Texto_de_apoio_3_-HS-Historia_Saude_no_Brasil.pdf>. Acesso em: 30 de setembro de 2017.

Princípio da seletividade - **Direito e Leis**, 2014. Disponível em:
 <[http://www.direitoeleis.com.br/index.php?title=Princípio da seletividade&oldid=4977](http://www.direitoeleis.com.br/index.php?title=Princípio_da_seletividade&oldid=4977)>. Acesso em: 10 de agosto de 2017.

RAEFFRAY, Ana Paula Oriola de. **Direito da Saúde de acordo com a constituição Federal**. 1. ed. São Paulo, Quartier Latin, 2005.

REIS, Denizi Oliveira. **Políticas Públicas de Saude: Sistema Único de Saude**. 2011. Disponível em: <

https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade04/unidade04.pdf>. Acesso em: 02 de outubro de 2017.

RENAST. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. **Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite** – CIB e CIT. RENAST Online, 2017. Disponível em: <<http://renastonline.ensp.fiocruz.br/temas/comissoes-intergestores-bipartite-tripartite-cib-cit>>. Acesso em: 06 de out. de 2017.

ROCHA, Gabriela. **Ministério da Saúde publica nova lista de medicamentos essenciais para o SUS**. Ministério Público. Portal da Saúde, 2017. Disponível em:< <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/29342-ministerio-da-saude-publica-nova-lista-de-medicamentos-essenciais-para-o-sus>> Acesso em: 18 de out. 2017.

ROCHA, João Marcelo. **Direito Tributário**. 5. ed. Rio de Janeiro: Editora Ferreira. 2007.

SABBAG, Eduardo. **Manual de Direito Tributário**. 5. ed. Saraiva: São Paulo, 2013.

SALGADO, Graça. **Fiscais e meirinhos: a administração no Brasil Colônia**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

SANTOS, Rosana Isabel dos. **Políticas de saúde e acesso a medicamentos/ Assistência Farmacêutica no Brasil, Política, Gestão e Clínica**. 1º volume. Florianópolis: Ed. UFSC, 2016.

SARLET, Ingo Wolfgang e FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Proteção e promoção da saúde aos 20 anos da CF/88**. Revista de Direito do Consumidor. 1. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora 2008.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional**. 10. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2010.

_____. Ingo Wolfgang. **Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988**. 10. ed. Salvador: Revista Diálogo Jurídico, CAJ – Centro de Atualização Jurídica, 2002.

SÃO VICENTE, José Antônio Pimenta Bueno, marquês de. **Organização e introdução de Eduardo Kugelmas**. 34. ed. São Paulo, 2002.

SILVA, José Afonso. **Direito Constitucional Positivo**. São Paulo: Malheiros, 2009.

SIRAQUE, Vanderlei. **Controle social da função administrativa do Estado: possibilidades e limites na Constituição de 1988**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

SCHOUERI, Luís Eduardo. **Direito Tributário**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

SCHWARTZ, G. A. D. **Direito à saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica**. 1. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SCLIAR, Moacyr. **História do conceito de saúde**. 17. ed. Physis: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 2007.

SHALDERS, André. **SUS joga fora R\$ 16 milhões em medicamentos de alto custo**. BBC Brasil, 2017. Disponível em: < <http://www.bbc.com/portuguese/brasil-41007650>> Acesso em: 18 de out. 2017.

Tabela de Incidência do Imposto Sobre Produtos Industrializados (TIPI). **Seção VI – Capítulos 28, 29 e 30 da Tabela de Incidência do IPI (TIPI)**. 2017. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/Anexo/AND8950.pdf> Acesso em: 15 de out. 2017.

TILBERY, Henry. **Direito tributário**. 10. ed. São Paulo: IBDT e Resenha Tributária, 1980.

TORRES, Heleno Taveira. **Direito constitucional tributário e segurança jurídica: metódica da segurança jurídica do Sistema Constitucional Tributário**. 2. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2012.

TORRES, Ricardo Lobo. **Curso de Direito Financeiro e Tributário**. 13. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2006.

VALENTIM, Juliana dos Santos. **Escrituração fiscal digital de ICMS: a evolução da fiscalização no combate a sonegação**. Trabalho de Curso (Graduação em Ciências Contábeis) - Curso de Contábeis, Fundação de Ensino “Eurípides Soares da Rocha”, mantenedora do Centro Universitário Eurípides de Marília –UNIVEM, Marília, 2014. Disponível em: <http://aberto.univem.edu.br/bitstream/handle/11077/1034/juzinha%20tcc%201.pdf?sequence=1>. Acessado em: 25 de agosto. 2017.

VARSANO, R. **A evolução do sistema tributário brasileiro ao longo do século: anotações e reflexões para futuras reformas**. Texto para discussão. IPEA, Rio de Janeiro, 1996.

World Health Organization. **Conceito de Saúde segundo OMS / WHO**. Portal Oficial da C.E.T.I, 2016. Disponível em: < <http://cemi.com.pt/2016/03/04/conceito-de-saude-segundo-oms-who/>>. Acesso em: 30 de set. 2017.