

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL - UNISC
CURSO DE DIREITO

Fernando da Silveira

**O FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO: UM DEBATE
SOBRE AS RAZÕES E FUNDAMENTAÇÕES DE SUA POSSÍVEL CONCESSÃO
NO DIREITO BRASILEIRO**

Santa Cruz do Sul
2020

Fernando da Silveira

**O FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO: UM DEBATE
SOBRE AS RAZÕES E FUNDAMENTAÇÕES DE SUA POSSÍVEL CONCESSÃO
NO DIREITO BRASILEIRO**

Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de
Direito da Universidade de Santa Cruz do Sul para a
obtenção do título de Bacharel em Direito.

Prof^a. PhD. Caroline Müller Bitencourt
Orientadora

Santa Cruz do Sul

2020

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	07
2	O DIREITO À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO DE 1988 COMO DIREITO FUNDAMENTAL.....	11
2.1	O direito fundamental à saúde e a importância do movimento sanitário..	11
2.2	A regulamentação constitucional e infraconstitucional.....	18
2.3	A competência administrativa e legislativa dos entes federativos em relação ao direito à saúde.....	21
3	A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO BRASIL.....	26
3.1	Precedentes da regulamentação do Sistema Único de Saúde.....	26
3.2	Princípios norteadores do sistema.....	29
3.3	O papel da EC/29 e Lei Complementar 141.....	31
3.4	As políticas públicas e o necessário planejamento para a organização do sistema.....	36
4	O DEBATE ACERCA DA CONCESSÃO DOS MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO A PARTIR DA JURISPRUDÊNCIA DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL.....	39
4.1	A intervenção judicial no âmbito político-administrativo sob viés da separação de poderes.....	39
4.2	Escolhas trágicas: considerações sobre a reserva do possível e do mínimo existencial frente a lista de medicamentos oferecidos pelo SUS.	42
4.3	A atuação do Poder Judiciário e a prestação da saúde diante das decisões paradigmas (RE 566.471/RN e RE 657.718/RN).....	48
5	CONCLUSÃO.....	56
	REFERÊNCIAS.....	61

“Discipline is a bridge between goals and achievements”.

Jim Rohn

AGRADECIMENTOS

Bom, chegado ao fim da trajetória, é hora de agradecer.

Agradeço primeiramente à Deus pela caminhada até aqui, por todas as oportunidades que me foram concedidas para que hoje pudesse estar concluindo mais uma etapa da minha vida.

Às oportunidades de estágio, principalmente na Defensoria Pública do município de Rio Pardo, local onde pude visualizar o direito na forma mais pura e concreta, auxiliando as pessoas mais necessitadas no anseio a justiça, fomentando a paixão e motivação pelo que faço.

À minha família, em especial aos meus pais Antônio Pedro e Teresinha, os quais sempre estiveram ao meu lado, nunca deixando que os dias de nervosismo e insegurança passassem sem seu afago e carinho.

À minha namorada Fernanda, que amparou minhas dificuldades com um olhar calmo e tranquilo, fazendo com que tudo se tornasse mais fácil.

Por fim, fica o agradecimento especial para minha Orientadora, Professora Pós-Doutora Caroline Müller Bitencourt, que desde o início da graduação faz com que meu preparatório acadêmico se torne ainda mais especial, pois com sua cobrança e motivação, eleva o apetite diário pelo rompimento das barreiras, superando minhas próprias expectativas. Agradeço também pela acolhida na fase final do projeto, bem como pela significativa contribuição na sintetização dos meus pensamentos.

RESUMO

Com o aumento esmagador dos pleitos judiciais para a aquisição de medicamentos de alto custo, viu-se necessária a presente pesquisa no intuito de investigar um pouco mais sobre a concessão de medicamentos de alto custo através do ordenamento jurídico brasileiro. Assim, considerando a formatação jurídica atual e a organização administrativa do direito à saúde no Brasil, as decisões judiciais que concedem medicamentos de alto custo não previstos no Sistema Único de Saúde (SUS), encontram respaldo legal e constitucional? Para responder tal questionamento, foi utilizado o método de abordagem do conteúdo hipotético-dedutivo, a partir do qual se analisou o direito à saúde como direito fundamental na Constituição Federal de 1988 e a importância do movimento sanitário para a concessão de uma saúde igualitária, com o estudo da regulamentação constitucional e infraconstitucional do direito à saúde, bem como a competência legislativa e administrativa dos entes federativos em relação a saúde pública brasileira. Da mesma maneira, é exposta a organização do Sistema Único de Saúde, com princípios, precedentes e normas que estabeleceram limites a produção mínima de saúde pelo poder público, através de políticas públicas que são planejadas no fito de atender as demandas da saúde. Finaliza-se o debate acerca da concessão de medicamentos de alto custo com a abertura da competência político-administrativa, através de argumentos como do mínimo existencial e da reserva do possível, os quais servem de balizas para a fundamentação do Supremo Tribunal Federal no RE 566.471 e no RE 657.718, tornando possível, portanto, aos indivíduos que necessitam, o fornecimento de medicamentos “excepcionais”, como única medida capaz de evitar uma sentença de morte, pela medicina cada vez mais dispendiosa.

Palavras-chave: Direito à saúde. Medicamentos de alto custo. Mínimo Existencial. Reserva do possível. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

With the overwhelming increase in legal claims for the acquisition of high-cost drugs, this research was necessary in order to investigate a little more about the concession of high-cost drugs through the Brazilian legal system. So, considering the current legal format and the administrative organization of the right to health in Brazil, do judicial decisions that grant high-cost drugs not provided for in the Health Unic System (SUS), find legal and constitutional support? To answer this question, the method of approaching the hypothetical-deductive content was used, from which the right to health was analyzed as a fundamental right in the Federal Constitution of 1988 and the importance of the health movement for the granting of equal health, with the study of constitutional and infraconstitutional regulation of the right to health, as well as the legislative and administrative competence of the federal entities in relation to Brazilian public health. In the same way, the organization of the Health Unic System is exposed, with principles, precedents and norms that established limits to the minimum production of health by the public power, through public policies that are planned in order to meet the demands of health. The debate on the concession of high-cost drugs ends with the opening of political-administrative competence, through arguments such as the minimum existential and the reserve of the possible, which serve as beacons for the reasoning of the Supreme Federal Court in RE 566.471 and in RE 657.718, making it possible, therefore, for individuals who need it, to supply "exceptional" medicines, as the only measure capable of avoiding a death sentence, by increasingly expensive medicine.

Keywords: Right to health. High-cost drugs. Existential Minimum. Reservation possible. Health Unic System.

1 INTRODUÇÃO

Discutir a saúde é discutir um gigantesco direito constitucional dentro do leque de direitos fundamentais previstos em nossa Carta Magna, visto que apesar da maioria dos juristas considerar o direito à vida como o topo dos direitos fundamentais, de pouco adiantaria o direito à vida, se ausente a saúde, para que possamos aproveitar a vida com dignidade e condições mínimas de sobrevivência.

Aliás, a escolha deste tema é motivada pela grande teorização e massificação de ações judiciais no envolvimento da saúde pública, o que, todavia, propicia o entendimento de que algo no sistema não está sendo fornecido de forma adequada. Grandes disputas judiciais em que se objetivam desde a concessão de recursos públicos para garantir acesso de uma simples consulta médica, até uma necessidade de uma terapia intensiva gratuita, ou o fornecimento de medicamentos de tão alto custo, que nem os mais abastados financeiramente conseguiriam custear sem abdicar de sua subsistência mínima, podem ser caracterizadas como uma falha neste sistema, acionando, desse modo, o Poder Judiciário.

Porém, atualmente o assunto polemizado e questionado é se, considerando a formatação jurídica atual e a organização administrativa do direito à saúde no Brasil, as decisões judiciais que concedem medicamentos de alto custo não previstos no Sistema Único de Saúde (SUS), encontram respaldo legal e constitucional?

À vista disso, a presente pesquisa possui o intuito principal de investigar se, de acordo com o ordenamento jurídico brasileiro e a formação do direito à saúde no Brasil, as decisões judiciais que concedem medicamentos de alto custo não previstos no Sistema Único de Saúde encontram fundamentação na perspectiva legal e constitucional, tendo a pesquisa sido realizada através do método de abordagem hipotético-dedutivo, com o estudo de argumentos como o da dignidade da pessoa humana e do mínimo existencial, dentro da sistemática administrativa e judicial para avaliar o fornecimento de fármacos, ou valor respectivo, através do Poder Judiciário.

Assim, o presente trabalho monográfico possui a intenção de abordar a saúde como um todo, trazendo a sua manifestação expressa como direito fundamental na Constituição Federal de 1988, a chamada “Constituição Cidadã”, com sua extensão e aplicação em todo o território brasileiro, abrangendo o atendimento a uma universalidade de pessoas, como a aderência de um sistema gratuito e de equidade para todos.

Ainda, na mesma linha de estudo, trata-se de abordar o início do movimento sanitário, com sua construção e crescimento através do apoio das comunidades, de forma que abarcasse situações que na época foram de suma importância para que hoje tivéssemos uma estrutura exemplar para a adoção de uma saúde igualitária em todo o âmbito da jurisdição brasileira.

Com o mesmo fim, busca-se apresentar as regulamentações normativas apresentadas dentro da própria Constituição Federal, as quais apoiam e fundamentam o direito à saúde, bem como, a maioria das normas infraconstitucionais diretamente relacionadas ao assunto em pauta, vez que a delimitação do tema não fica restrita as normas postas na Carta Magna, a qual apenas direciona e põe linhas gerais para que a aplicabilidade do direito à saúde seja configurado e administrado através das normas infraconstitucionais.

Por fim, o último ponto do primeiro capítulo da monografia possui o objetivo de elucidar a competência administrativa e legislativa de todos os entes federativos, de modo que possam cooperar entre si, com o único objetivo de proporcionar saúde de qualidade e com eficiência plena para todos os indivíduos. O próprio subcapítulo terá como intenção demonstrar os importantes princípios relevados pela administração pública na intenção de fornecer a saúde, de modo que os custos e as políticas públicas sejam adotadas em conformidade com o orçamento, a gestão e a administração do erário público.

Para garantir o entendimento das questões levantadas em tese, a presente monografia terá também de permear pela criação, organização, administração e gerência do Sistema Único de Saúde, o SUS, órgão responsável pelo fornecimento e aplicação da saúde pública gratuita, sendo considerado um dos mais complexos sistemas de saúde de todo o mundo.

Nesse sentido, é apresentada a organização do Sistema Único de Saúde no Brasil com seus precedentes históricos, que fizeram parte da construção do SUS desde a necessidade de sua criação, com o planejamento de ideias a partir da carência de planos de saúde para os empregados privados sob regime de leis trabalhistas.

A administração e responsabilidade do Sistema Único de Saúde, passa também pela criação e adoção dos princípios da universalização, da equidade e da integralidade, os quais norteiam e organizam a gestão do SUS, como faróis para a eficiência de todo o rolatório de setores públicos que realizam o fornecimento de

tratamentos médicos hospitalares, medicamentos, insumos e etc.

Ainda, o papel da Emenda Constitucional nº 29 e da Lei complementar nº 141 serão tratados com exclusividade, com a exposição das principais discussões e também as evoluções criadas e levantadas pelos juristas após a promulgação e efetivação de suas medidas, principalmente ante a delimitação de percentuais mínimos para o investimento na saúde pública, mesmo que até hoje, não haja a devida aplicação.

Finalizando o segundo capítulo, será abordada a adoção de políticas públicas para a real fruição dos órgãos direcionados à saúde como um todo. A discussão de planejamento dos recursos públicos sempre relacionada a situação de um direito de suma importância para o crescimento da nação, visto que a natureza de um direito prestacional, passará exatamente pelo financiamento de medidas, como políticas públicas, no intuito de fornecer ao público condições de saúde e dignidade.

O enfoque final da monografia, traz o coração do assunto: “o fornecimento de medicamentos de alto custo”, situação que ficou ainda mais motivada após a decisão paradigma do STF em 2007 (RE 566.471/RN) que estipulou a repercussão geral ao fornecimento de medicamentos de alto custo. A problemática ainda exsurge pela ampliação polêmica através do RE 657.718/RN, o qual estipula requisitos para a real concessão de medicamentos cujo o tratamento ainda não possui regulamentação pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

O início do último capítulo fará análise quanto a intervenção judicial no que toca a competência político-administrativa, principalmente nas atribuições do Poder Executivo e Legislativo com o erário e com as políticas públicas de financiamento das medidas de saúde. O estudo é reluzido através do princípio da separação dos poderes pela tripartição de funções.

Dando seguimento ao pensamento, serão trazidas hipóteses quanto ao fornecimento de medicamentos excepcionais, com a apresentação dos argumentos do mínimo existencial e da reserva do possível, dois dos principais fundamentos na argumentação teórica enfrentada pela jurisdição brasileira em lides que visam o fornecimento de medicamentos de alto custo.

Ainda, no mesmo subcapítulo, o tratamento de recursos administrativos no fornecimento de medicamentos serão expostos, aplicando os deveres do Estado em relação as Portarias da Relação Nacional de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, o RENAME, bem como os Protocolos

Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT's), que atuam na aplicação de medidas administrativas para o fornecimento extrajudicial dos medicamentos, inclusive no caso de alguns medicamentos de alto custo, com comentários e críticas sobre sua aplicabilidade e efetividade no cenário público atual.

Por fim, o assunto é trazido à baila dos fundamentos do Supremo Tribunal Federal, que através dos últimos julgados, têm reconhecido o direito à saúde como um todo, permitindo o acesso à justiça daqueles que se entendem lesados pela norma constitucional e pela aplicação direta do Estado, que deixa de contemplar a administração de fármacos cuja existência não esteja previstas em suas listas pré-estabelecidas, ou lá estando, não são contempladas no orçamento público, atrasando sua demanda e conseqüentemente, agravando a situação dos necessitados.

Assim, é apresentada a presente monografia com o intuito de elucidar a situação que, diante de uma medicina cada vez mais dispendiosa, com o acréscimo de diversas fórmulas para o tratamento de doenças, onera ainda mais os indivíduos que hipossuficientes economicamente, dependem do auxílio da máquina pública para não serem condenados a uma sentença de morte após a negativa administrativa ou judicial de determinados medicamentos pelo Estado, que através do argumento da reserva do possível, se esquivava da concessão do direito à saúde, posto na Constituição, o que, nos últimos anos vem sofrendo alterações, através do entendimento do Supremo Tribunal Federal.

2 O DIREITO À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO DE 1988 COMO DIREITO FUNDAMENTAL

O intuito inicial deste trabalho é apresentar as dimensões do direito à saúde, que, mesmo assentado na Constituição Federal, norma máxima do ordenamento jurídico, possui diversas incertezas no mundo prático, às vezes em razão da novidade de situações abrangidas e outras pela diversidade de possibilidades e sistemas envolvidos para que seja disponibilizado.

Assim, necessário se faz entender como são aplicadas as garantias na Carta Magna, para depois disto, exemplificarmos e retirarmos da matéria o direito posto a resolver a problemática.

2.1 O direito fundamental à saúde e a importância do movimento sanitário

Nesse primeiro tópico, discute-se o desenvolvimento do direito à saúde no Brasil como direito fundamental para, posteriormente, compreender a organização do Sistema Único de Saúde e a dispensação regular de fármacos financiados pelo Estado, podendo assim resolver o problema acerca do fornecimento de medicamentos de alto custo, assunto que causa grande discussão, principalmente após as decisões paradigmas do Supremo Tribunal Federal dos últimos anos.

Atualmente, a consolidação do direito à saúde vem atribuída pelo previsto no artigo 6º da Constituição Federal (BRASIL, 1988), o qual possui *status* de direito fundamental e vem embasando diversas decisões de pleitos individuais de medicamentos, sendo na atual jurisprudência do Supremo Tribunal Federal, firme entendimento quanto sua aplicabilidade, independentemente de estado-membro da federação (FREITAS, 2016).

Este artigo 6º, prevê a saúde como um direito social, colocando-o ao lado de garantias como a educação, a alimentação, o trabalho, a segurança, o transporte, a moradia, a previdência social, a maternidade, a assistência e o lazer, direitos garantidos através da viabilização pelo Estado (BRASIL, 1988).

O artigo 7º da CF/88, por seu turno, traz consigo o inciso IV, o qual prevê o salário mínimo capaz de atender “as necessidades vitais básicas do trabalhador e sua família”, inclusive a saúde, enquanto o inciso XXII, dispõe sobre a redução dos riscos inerentes ao trabalhador, por meio de normas de saúde, higiene e segurança

(BRASIL, 1988).

Entretanto, existem outros artigos que tipificam situações básicas da saúde, como é o caso dos artigos 23, “caput” e 24, inciso XII da CF/88, os quais tratam da competência comum e concorrente da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios para que assegurem a prestação à saúde e tenham competência para legislar acerca do assunto.

Estes artigos denotam à competência normas gerais para a criação de leis que visam garantir a aplicabilidade e interferência nas relações de saúde no âmbito de suas atribuições, podendo os entes federativos efetivarem suas normas sem ter que aguardar a normatização única e regular da União.

Por sua vez, o artigo 34, inciso VII, alínea “e”, e o artigo 35, inciso III da Carta Magna, tratam da matéria que regulamenta a intervenção da União nos Estados e Municípios quando não forem aplicados recursos suficientes, ou pelo menos o mínimo exigido da receita resultante da cobrança e arrecadação de impostos estaduais e municipais, compreendida em verbas oriundas de transferências, na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde, o que será abordado em momento oportuno.

Dessa forma, serão aplicadas medidas assecuratórias ao direito a saúde em casos que o ente federativo acabar por limitar seus recursos aquém do estabelecido após a arrecadação de impostos, ou fora do mínimo estabelecido após envio de verba federal, lesando sua população, tendo a União capacidade e legitimidade de intervir e corrigir o equívoco, por força constitucional.

Neste ponto, imperioso ressaltar que, nos termos do artigo 129, inciso II, da Carta Magna, é atribuído também ao Ministério Público a função de realizar providências e zelar pelo efetivo respeito aos serviços de relevância pública, dentre eles a saúde, com vistas a atender aos direitos afiançados na Constituição, tomando medidas necessárias à sua garantia, caracterizando a preocupação do constituinte em proporcionar a devida efetividade ao direito à saúde, principalmente pelo fato de considerar como um serviço de relevância pública (BRASIL, 1988).

Assim, caso haja equívoco orçamentário por parte do ente federado, a instituição do Ministério Público também gozará de presunção de competência para executar medidas judiciais, no intuito de fiscalizar a aplicação de recursos de relevância pública, como a tutela do direito à saúde.

Fazendo essa breve análise, é possível constatar que a introdução da

Constituição Federal de 1988 já reserva ao interesse da população, matéria de saúde a ser assegurada pelo Estado, o que dá a segurança de ter-se um tratamento adequado, observando os mínimos preceitos da dignidade da pessoa humana.

Não obstante, o direito à saúde ganha seção especial na Constituição Federal de 1988, com a tipificação relacionada à gama de artigos entre o 196 ao 200, em que é tratado o direito à saúde “em espécie”, local onde são apresentadas linhas gerais para assuntos como gestão, aplicação, atendimento, receitas de recursos públicos, vigilância sanitária, entre outros tópicos dentro do direito à saúde.

No “caput” do artigo 196 é garantida a saúde “mediante políticas sociais e econômicas, visando à redução do risco de doenças através do acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, enquanto o artigo 197 estabelece que as ações e serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao Executivo, nos termos da lei, regulamentar suas disposições, fiscalizando e controlando a execução diretamente ou por intermédio de terceiros, seja por pessoa física, ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1998, <<http://www.planalto.gov.br>).

Entretanto, a maior repercussão se dá sobre o artigo 196 da Constituição, talvez pelo fato de tratar-se da forma mais abstrata e ampla ao direito à saúde, eis que sua abrangência é alcançada principalmente para o fornecimento das mais diversas garantias, como no caso de medicamentos, insumos médicos, procedimentos cirúrgicos e fisioterápicos, na forma que possibilita a fundamentação de pedidos ao Executivo.

No que concerne ao artigo 198, é realizada a estrutura de forma geral do Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizando-o como uma organização de forma regional e hierárquica, elencando três pontos específicos em seus respectivos incisos: I) descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e III) participação da comunidade.

Assim, do artigo 196 ao 198 da Constituição Federal, é possível extrair vetores gerais do direito à saúde na sua dimensão positiva, o que engloba tanto prestações protetivas (com a normatização acerca da prevenção) como prestações promocionais (de cura e de aumento na qualidade de vida), as quais serão orientadas ao passo do atendimento integral à saúde, interpretando que, além da garantia de existência do ser humano no seu estado biológico, há garantia de uma vida condigna (PIVETTA, 2013).

A vida condigna, revela ao cidadão o direito de coexistir de forma igual aos demais, com cidadania, mas também com condições de ter saúde, educação, segurança em igualdade de condições com os demais, no todo (FREITAS, 2016). Esse sentido de dignidade da pessoa humana vem elencado com a possibilidade de existir e viver em condições iguais ou semelhantes aos outros, trazendo muitas vezes uma igualdade material (no todo), tratando desigualmente os desiguais na medida de suas desigualdades.

Apesar disso, o que não se deve fazer é banalizar o princípio da dignidade da pessoa humana, que, por muitas vezes, acaba sendo significado de amplitude de todo imaginável, como se fosse uma “alegação genérica” o que não é verdade apesar de ser muito utilizado atualmente no âmbito jurisdicional. Contudo, deixá-lo de lado não é escolha, eis que, é um dos principais armamentos na luta contra a disparidade entre as pessoas, com o auxílio do Poder Público (PIVETTA, 2013).

Em seu livro, Mello, nos dizeres que se referiam a aplicabilidade do salário mínimo nos direitos do cidadão para suas necessidades vitais, referiu em relação ao princípio da dignidade da pessoa humana:

“necessidades vitais” não é conceito inapreensível. Não é expressão cabalística, de ocultismo, pertencente ao reino das coisas que escapam à compreensão humana. Aliás, se o fora, o Texto Maior não a haveria mencionado. Trata-se, pois, de noção acessível à mente humana (MELLO, 2011, p. 50).

Assim, a aplicação constitucional de recursos mínimos deve ser observada de forma que o necessário chegue à população corretamente, não faltando ao povo o mínimo para a sua subsistência, visto que nem todos têm a condição basilar para a aquisição e utilização de meios particulares no acesso à saúde. A responsabilidade estatal existirá a fim de dissipar a disparidade econômica vivida no território brasileiro, principalmente entre as classes sociais, equiparando àqueles que não dispõem de condições socioeconômicas, ao passo que garantirá saúde de qualidade de acesso universal e gratuito através do Sistema Único de Saúde.

Dessa forma a previsão constitucional, que se percebe já ter depurado certa ponderação quantos aos conteúdos abordados pelo Poder Público, deverá ser distribuída, de forma que abarque todas as necessidades daqueles que não desfrutam de condições mínimas.

A obrigação do Estado, aqui referido em sentido amplo, no que tange ao direito

à saúde, também é garantir que a aplicação pelos entes federados seja saudável e efetiva, uma vez que os prestadores do serviço público de saúde necessitam contribuir de maneira satisfatória e dentro de diretrizes, sob pena de até agravá-la, com a má prestação, ou até com uma prestação sem a fruição correta de seus utensílios.

E isto se dá, principalmente após as conquistas da comunidade. A utilização dos movimentos sanitários na década de 1960 e 1970 é forte indutor do que temos hoje na saúde. As comissões, assembleias, conferências e audiências públicas apesar da pouca notoriedade na época, tem assegurada importância em termos de responsabilidade do Estado na saúde, com políticas públicas obrigatórias no que toca ao fornecimento de saúde gratuita de qualidade (PIVETTA, 2013).

A participação da comunidade na saúde como um todo foi atribuída, principalmente através da Lei nº 8.142/1990, responsável pela disposição de recursos na área da saúde e sobre a gestão dos órgãos administrativos que terão apoio da comunidade. O artigo 1º já traz a incumbência e a criação, em todas as esferas do governo a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde, órgãos que terão a participação de particulares para resolução de determinadas atividades que veremos a seguir discriminadas (BRASIL, 1990).

Dessa forma, os conselhos enquanto órgãos colegiados de natureza permanente e caráter deliberativo, atuam pela sociedade de forma a concentrar demandas de saúde através da política pública, na forma que insculpido no §2º do art. 1º da Lei nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990). A estrutura do órgão vem atribuída pela participação paritária, composta na metade pelos usuários do sistema e a outra por pessoas que representem o sistema de saúde, como profissionais de saúde, ligados ao Poder Executivo, atuando como poderoso instrumento democrático, que depende da gestão comunitária para alcançar medidas de saúde, asseguratórias de garantias constitucionais (SOUZA, 2020).

Assim, o indivíduo em que pese não fazer parte da Administração Pública, acaba realizando atividades de gestão dos recursos, ao passo que presente na categoria de controle comunitário institucionalizado, tendo fundamental papel na correta fruição do sistema de saúde (BITENCOURT; RECK, 2018).

Apesar da regulamentação posta, os Conselhos Municipais não possuem orçamento próprio, boa parte nem ao menos detém estrutura para a realização de reuniões e sessões de argumentação dos seus planos, sendo totalmente defasada a organização e administração destes órgãos, que, na maioria das vezes, dependem

das estruturas do poder executivo ou até do legislativo para celebrarem suas reuniões.

No que tange à organização, Souza (2020, p. 46) refere sobre os Conselhos:

[...] não há capacitação dos conselheiros, a não ser algumas iniciativas isoladas do conselho estadual de saúde nesse ponto. As reuniões obedecem a certa periodicidade. Mas as instâncias internas se resumem à mesa diretora e secretaria, que em alguns casos é exercida pelos próprios conselheiros, não há funcionários designados para isso, com exceção do Conselho Estadual. No quesito inclusividade, a maioria dos conselhos municipais tem o secretário municipal de saúde, ou seu representante, como presidente. O conselho estadual elege seu presidente, mas por bom tempo esse presidente, posto que representante do segmento dos usuários, era funcionário de carreira de uma secretaria de estado.

Dessa forma, em que pese o desenrolar técnico posto na legislação, a falta de estrutura organizacional traz dificuldades aos Conselhos de Saúde. Não obstante, as Conferências da Saúde são responsáveis pela espinha dorsal da saúde, eis que após sua instituição pela Lei nº 378 de 1937, são responsáveis pela reunião, a cada quatro anos, que direcionará políticas públicas, no intuito de avaliar situação da saúde e propor diretrizes no âmbito da saúde, conforme prevê o art.1º, §1º da Lei nº 8.142/1990 (BRASIL, 1937; 1990).

As Conferências de Saúde trataram de assuntos muito importantes que, posteriormente, foram transformados em garantias ao povo brasileiro, como a exemplo da municipalização dos serviços de saúde e da fixação de um Plano Nacional e Saúde, ambos discutidos inicialmente na Conferência de Saúde de 1980 e postos em prática com a disponibilização do artigo 36 na Lei 8.080/90, com a disponibilidade de recursos nos orçamentos, a famosa “política econômica”, que regulamenta o artigo 196 da Constituição Federal (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1980).

Aliás, foi com a participação da comunidade nas Conferências e pelos Conselhos de Saúde que gestão de políticas sanitárias alcançou ápice nos momentos de formação, execução, controle e avaliação, que posteriormente foram lançadas de forma efetiva dentro do texto da Constituição de 1988. O fortalecimento na locução dos populares reflete as necessidades em que o povo possui, tendo relevante papel na definição entre aquilo que solicitado pelos populares com a determinação do orçamento público (PIVETTA, 2013).

Por fim, mas não menos importante, podemos listar a participação da comunidade pelas audiências públicas, que, sobremaneira, contribuiu na realidade vivida pelo povo, que é convocado a participar de propostas emanadas no Poder

Legislativo, com a oitiva dos populares diretamente nas comissões. A Constituição Federal de 1988 ao pé do artigo 58, inciso II, é o instrumento em que se teve a participação mais concreta, com a reunião da população diretamente com o legislativo (BRASIL, 1988).

O mesmo tratamento ocorreu posteriormente, com a Lei Complementar nº 141 de 2012 que passou a atribuir o instituto, ao controle social na participação visibilidade da gestão pública, sendo como um incentivo à participação dos populares na elaboração de uma saúde com bases fortes e transparente na execução das políticas públicas, situação posta no texto dos artigos 31, parágrafo único e artigo 36, parágrafo 5º da Lei Complementar 141/2012 (BRASIL, 2012).

É primordial levantar-se, outrossim, a considerável notoriedade do movimento sanitário, na conquista do direito à saúde confiável e permanente, com políticas de regulação voltadas à coibição de condutas que possam gerar danos à saúde pública (PIVETTA, 2013).

A preocupação iniciou-se antes mesmo do movimento sanitário, eis que por volta do ano 1808, com a fundação de algumas universidades pelo território brasileiro, houve uma extensa evolução em diversas áreas profissionais, dentre elas a da medicina, fato que alcançou grande melhora na qualidade de vida do povo brasileiro, já que a desordem e a precariedade do sistema de saneamento básico, eram motivos de grande preocupação. Antes disso, o Brasil se encontrava em situação de elevado risco no contágio de doenças, tais como varíola e febre amarela, que se encontravam cada vez mais próximas e constantes nas famílias brasileiras.

Nesse sentido, discorre Pinto (2008, <[http:// www.scielo.br](http://www.scielo.br)>) acerca do tema:

O Rio de Janeiro, até a chegada da família real em 1808, era uma cidade insalubre, pantanosa, com águas estagnadas e com poucas ruas, crescendo desordenadamente. Existia dificuldade de abastecimento de água, não havia saneamento, a falta de higiene era total, não havia esclarecimento, uma vez que população era praticamente toda analfabeta.

Não obstante, aduz:

A população estava à sorte de adquirir diarreias, disenterias, verminoses, sarnas, bichos de pé, bernês, piolhos sem contar com as doenças epidêmicas e contagiosas, como peste, varíola, malária e febre amarela. A transferência da Corte portuguesa para o Brasil fez com que as elites estabelecidas no Rio de Janeiro elaborassem paulatinamente um projeto de “civilização” para os trópicos. (PINTO, 2008, <[http:// www.scielo.br](http://www.scielo.br)>).

Dessa forma, percebe-se o enorme acréscimo evolutivo trazido pela família real, a qual regularizou, principalmente, o saneamento básico das cidades do centro do país, o que, de certa forma, proporcionou maior segurança no dia a dia dos habitantes daquelas regiões.

Aliás, de nada adiantaria o fornecimento de medidas assecuratórias, se, em contrapartida, não houvesse a fiscalização rotineira para saber em quais condições o produto final está chegando em mãos do destinatário que, via de regra, não possui totais condições de verificar a situação do fornecimento, até pela hipossuficiência educacional em que possuem os menos favorecidos, o que ainda mais corrobora para a obrigatoriedade de um sistema sanitário forte e eficaz.

Assim, com o considerável avanço no combate as epidemias neste período, denominado como “República Velha”, o sossego daquelas famílias que estavam no iminente contágio de doenças vigorou, diminuindo aquele risco à vida dos populares, que era iminente frente a precariedade do sistema sanitário, em que os cidadãos eram quotidianamente expostos a diversas enfermidades contagiosas. E foi nesta época que as bases para o futuro programa de atendimento básico foram construídas.

2.2 A regulamentação constitucional e infraconstitucional

A Constituição de 1998 contém diversos princípios, sendo que na sua estrutura, pode-se elencar princípios “fundamentais”, que do latim fundamento “*fundamentum*” significam “base”, alicerce, sendo estes contidos pelo constituinte originário de forma a serem os mais importantes. Estes princípios são espécies de normas jurídicas, tendo eficácia de lei, ao passo que são submetidos à análise de diversos julgamentos em que a legislação, pura e simplesmente, não consegue atingir o mérito da questão (NUNES JUNIOR, 2018).

Nesse sentido, inicia-se o estudo do direito fundamental à saúde considerado um dos preceitos base na busca de resultados médicos por aqueles em condições de hipossuficiência, direito este muitas vezes acima daqueles de ordem individual, sendo o direto à saúde tratado como direito social, ou seja, direito que pertence não apenas a um indivíduo, mas sim, a um universo de pessoas.

Aliás, deve-se enfrentar o direito à saúde como ordem positiva do Estado (BONAVIDES, 2011), vez que este está obrigado a garantir a igualdade entre seus cidadãos e ao mesmo tempo, apresentar formas para exercê-lo, com a execução de

políticas construtivas que visam a regulamentação e aplicação deste direito.

Não obstante, além do tratamento pelos artigos 196 a 200 no texto da Carta Magna, o direito da saúde encontra-se disciplinado na legislação infraconstitucional, como o caso da Lei nº. 8.080 de 1990 – Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990, <<http://www.planalto.gov.br>>), que dispõe sobre “condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a recuperação e funcionamento de seus serviços respectivos”.

Assim, vale dizer que a Lei Orgânica da Saúde organiza, em todo o território nacional, os serviços e as ações relacionadas à saúde, de forma que regulamenta a aplicação de atividades pelo Sistema Único de Saúde (SUS), órgão responsável pela administração de insumos, tratamentos médicos e medicamentos, que serão oferecidos de forma gratuita, no âmbito dos municípios, no intuito de atender as demandas sociais locais (PIVETTA, 2013).

O mesmo autor ainda introduz outras características do sistema, dizendo:

Nesse âmbito, merecem destaque as alterações promovidas na Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde) pela Lei nº 12.401/2011, que disciplinou a diretriz de assistência terapêutica integral. De acordo com o art. 19-M, inserido na Lei Orgânica da Saúde, a integralidade consiste em: (i) “dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado” (inciso I do dispositivo), (ii) “oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde – SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado” (inciso II do dispositivo). (PIVETTA, 2013, p. 142).

Assim, em que pese a argumentação do direito à saúde estar positivada na Constituição Federal, são as normas infraconstitucionais que remetem ao seu estágio final, efetuando a organização de competências e criando atribuições aos órgãos e autarquias da saúde.

Nesse seguimento, também podemos elencar a Lei 8.142/90, que dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, instituindo Conselhos e a Conferência de Saúde, como forma de aumentar a participação dos cidadãos na administração direta do SUS, o que, automaticamente, diminuiu a possibilidade de fraudes no sistema (BRASIL, 1990). A legislação ainda aproveita artigos para alinhar a disposição de recursos, como no caso do Fundo Nacional da Saúde (FNS), gestor financeiro dos recursos destinados ao Sistema Único de Saúde

na esfera federal, de forma a garantir o financiamento do sistema e garantir a execução de todos os recursos de gestão, aplicação e fomento da saúde pública (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Com o cumprimento da determinação do artigo 197 da Constituição Federal através das Lei 8.080 e 8.142, ambas de 1990 (BRASIL, 1990; 1990), o serviço público acabou sendo simplificado e estruturado de forma em que competências e responsabilidades são estabelecidas a fim de aplicar a execução e as ações de saúde em todas as esferas do governo.

Dessa forma, vê-se de forma direta e cristalina que cada vez mais a aplicação da saúde dependerá dos regramentos hierarquicamente inferiores a Constituição, visto que estas normas esparsas complementam a Carta Magna, vez que a Constituição, por si só, não é suficiente para delimitar todas as situações do cotidiano, tampouco consegue acompanhar as inovações medicinais, de forma que o direito à saúde deve ser compreendido tanto na sua fundamentalidade originária, quanto na derivada, pois, também disciplinado no âmbito infraconstitucional (MÂNICA, 2011).

Aliás, existem muitas outras legislações infraconstitucionais que regulamentam e tratam da executoriedade do direito à saúde, o que, diferentemente do que é tratado na Carta Magna, exemplificam e dimensionam o assunto, com a aplicação do direito posto na Constituição.

Desse modo, habitualmente, as normas infraconstitucionais estão ligadas ao desmembramento de determinada atividade que é de competência do Estado, e que, por um ato de execução própria, delega às autarquias, autonomia de gestão para determinado assunto, tendo estas a capacidade de gerir patrimônio do erário público, com o único intuito de gerar capacitação e cuidados para com o sistema de atendimento e distribuição equitativa (PIVETTA, 2013).

Com a especialização e capacidade técnica é que foi criada a autarquia da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), Lei 9.782/99, a qual define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, responsável pelo controle, administração e segurança de todo o sistema sanitário do país, englobando tanto a produção e comercialização de medicamentos e utensílios na administração da saúde no Estado brasileiro, como também nos portos, aeroportos, regiões limítrofes ou fronteiriças e recintos alfandegários, na prevenção do contágio por epidemias (BRASIL, 1999).

Nesta legislação, é contextualizada a legitimidade da agência para regular

promoções de incentivo a pesquisas, tratamentos, vacinas, entre outras medidas que visam garantir a integridade da população, não a colocando em risco de determinados produtos não bem recepcionados por outros países, motivo pelo qual também possui o dever de anuir com a importação, ou exportação destes produtos medicinais.

Assim, àquela atribuição do governo federal, é atribuída a autarquia de regime especial da ANVISA, que, atuando como *longa manus*, exerce a fiscalização sob todos os tipos de tratamento na área da saúde, a fim de controlar o uso e prescrição de medicamentos, insumos médicos, e quaisquer outros utensílios submetidos a vigilância sanitária, que sirvam para a administração da saúde e outras áreas que demandem por precaução (ANVISA, 2014).

Dessa forma, podemos concluir que, apesar da previsão expressa na Constituição Federal no que tange a verossimilhança do direito à saúde, é na legislação infraconstitucional que ela toma forma, com a criação de programas e distribuição de rendas para a efetiva realização da garantia constitucional. Assim, eventuais omissões, contradições, excessos e dúvidas ficam amparadas pela norma infraconstitucional que acolhe a norma principal – neste caso, a Constituição - como regra geral, dando maior efetividade ao direito em liça.

2.3 A competência administrativa e legislativa dos entes federativos em relação ao Direito à saúde

A competência legislativa é o ato-poder de editar normas e promulga-las, no intuito de fazê-las cumprir nos limites de sua jurisdição. Cada ente federado, possui sua competência para legislar, sendo esta exclusiva (privativa), ou concorrente, com previsão expressa na Constituição Federal de 1988, ou seja, cada ente federativo somente poderá legislar sobre matéria predeterminada na Carta Magna, ou subsidiariamente, em caso de específica possibilidade própria (MORAES, 2004).

Por sua vez, a competência administrativa, no que concerne à atribuição dos entes federativos, leva em consideração a atribuição de cada ente federado em realizar a administração, fiscalização, manipulação e regência das medidas suficientes para o abastecimento de recursos a sua população, fatos que estarão diretamente ligados a vinculação legislativa, efetuada pela Constituição.

Contudo, vale deixar claro que a própria Carta Magna não delimitou a competência administrativa, deixando de minuciar a cada um dos entes suas próprias

atribuições, de modo que apenas pontou noções de diretrizes para a divisão destas atribuições, como extrai-se dos artigos 30, inciso VII “prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população” e 198 da CF/88, que rege as normas essenciais do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1988, <<http://www.planalto.gov.br>>).

Por outro lado, quanto a competência legislativa, a Constituição refere atribuições expressas, tendo como princípio base dessa relação, o da predominância de interesses, ou seja, cada ente federativo basicamente legisla, sobre aquilo que é de seu interesse. Assim, compete à União todo aquele assunto referente a regulação federal e integral de todo o Estado, aos Estados-membros tudo aquilo que referencia a sua região e aos municípios tudo aquilo que for de interesse local, ressalvando o interesse do Distrito Federal que aproveitará tanto o conceito estadual, quanto municipal, nos limites de sua territorialidade (SOUZA NETO, 2014).

Assim, é necessário orientar-se basicamente pelo exposto na Constituição, principalmente pela organização disposta a partir do título três, com a organização do Estado e sua política administrativa na gestão dos poderes, para a exemplificação de limites e diretrizes que movimentam o planejamento e a promoção da saúde pública, nos âmbitos legislativo e administrativo.

Por parte da União, é imperioso ressaltar, de plano, suas disposições elencadas a partir do artigo 20 da Constituição, local em que a constituinte deixou estabelecido as bases de competências para a gestão federativa. O artigo 21, inciso XVIII, por exemplo, atribui a União o planejamento e promoção da defesa permanente na área da saúde, no intuito de afastar calamidades públicas (BRASIL, 1988).

Não obstante, foram delegadas determinadas competências, em que a constituinte deixou a privacidade de atribuições pela concorrência com os demais entes federativos, parecendo preocupar-se com os interesses de autonomia local, como no caso do disposto no artigo 23, inciso II, o qual menciona da competência comum dos entes federados no cuidado da saúde e na assistência pública aos portadores de deficiência. A cooperação entre os poderes fez acrescentar o parágrafo único do referido artigo, que dispõe sobre a necessidade de lei complementar para convênios visando o equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar em âmbito nacional.

Na mesma toada, pode-se destacar o artigo 24, responsável pela atribuição concorrentes dos entes federativos no que toca a previdência social e a proteção e

defesa a saúde (inciso XII), sendo que no que toca a proteção da saúde, o parágrafo primeiro limita a União a estabelecer normas gerais, não excluindo a subsidiariedade dos Estados-membros, conforme prevê o parágrafo segundo (BRASIL, 1988).

Aos municípios, a referência no artigo 30 deixa clara a subsidiariedade máxima no que toca a assuntos de normas gerais, podendo legislar sobre aquilo que de seu interesse, mas, dentro do que couber suplementarmente no âmbito federal e estadual, podendo prestar o atendimento de saúde dentro daquilo estabelecido e permitido financeiramente pela União e Estado, na forma que em que estabelecem os incisos I, II e VII do referido artigo.

Assim, tratando-se de medidas referentes à saúde no território nacional, bem como aplicações de políticas no âmbito do SUS, a competência da União limitar-se-á na disposição de normas gerais, na forma do artigo 24, XII. Logo, Estados e municípios ainda possuem competência suplementar no que toca a possibilidade de legislar sobre a matéria saúde e epidemias, bem como a possibilidade de legislar normas suplementares de interesse de sua localidade.

Acontece que, em contrapartida, nunca existiu critério seguro de distinção quanto ao limite entre normas gerais e normas suplementares, dificultando um pouco da compreensão de competências, principalmente na seara legislativa, ocasionando litígios pela má interpretação daquilo que já disciplinado, no mesmo tempo em que diversos assuntos e matérias novas surgem, surpreendendo a administração.

Em um campo infraconstitucional, a Lei nº 8.080/90, que regulamenta as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, em conjunto com as Portarias do Ministério da Saúde nº 3916/98, nº 373/02 e nº 399/06, trazem uma subdivisão mais palpável do que são as repartições de responsabilidades, podendo destacar a responsabilidade dos municípios no que tange a obrigação de fornecer medicamentos de atenção básica, enquanto aos Estados e à União, compete a atuação de maneira suplementar, de forma a abarcar o fornecimentos de medicamentos onde existirem doenças mais complexas, de acordo com critérios previamente estabelecidos (BRASIL, 1998; 2002; 2006).

Pelo princípio da solidariedade, todos os entes federativos devem contribuir no custeio ao direito à saúde, de modo que atendam o disposto na Carta Magna, nos moldes da legislação infraconstitucional. O Supremo Tribunal Federal, em sua maioria de decisões, vem relatando a importância no cumprimento de obrigações, eis que a todos os entes federativos, na função representativa do Poder Público, competem

prestar, com qualidade, a saúde adequada nos mínimos de condições de dignidade, questão que será enfrentada posteriormente.

Assim, com a não delimitação de competências administrativas pelo Poder Público, o princípio da solidariedade acaba, muitas vezes, sendo norteador para a busca de determinadas pessoas que, na procura do tratamento adequado, acabam esbarrando na não prestação, ou até prestação defeituosa da saúde em pauta.

Porém, isto não pode ser banalizado, tendo em vista que para o sistema ser saudável, são necessárias algumas prestações recíprocas, sob a ótica da aplicação do direito à saúde, principalmente no que toca ao fornecimento de medicamentos pelo Sistema Único de Saúde, que deveria atuar, então, com base no princípio da corresponsabilidade subsidiária, vez que todos os entes federados teriam responsabilidade, de acordo com a normatização infraconstitucional que integra o SUS.

Assim é o posicionamento apresentado por Sarmento e Teles, os quais assentam a tese da corresponsabilidade subsidiária, dizendo que o Poder Público “responde prioritariamente pelo fornecimento das prestações da saúde conforme as responsabilidades atribuídas pelos atos infraconstitucionais que normatizam o SUS” (SARMENTO; TELES, 2012, p. 127).

Na mesma toada, também é o pensamento de Dworkin, que ensina, pelo viés da teoria do seguro prudente, que o Estado só terá responsabilidade nos casos em que o indivíduo necessitado pertencesse a gestão de seu patrimônio. Ou seja, as pessoas não podem cobrar do Estado aquilo que as pessoas com condições financeiras não ofereceriam para si mesmas (DWORKIN, 2012).

Assim, cada ente federado possuirá responsabilidade suficiente a fornecer os medicamentos àqueles que estiverem ao seu alcance, no limite de sua competência territorial, como forma a atender os preceitos trazidos pela Constituição, no compasso da legislação infraconstitucional. Entretanto, mesmo que enlaçado a isso, muitas das vezes, pela pressa e urgência, o julgador se vê na necessidade de pular etapas, com a aplicação do princípio da solidariedade de modo a alcançar os entes federados, transpassando a competência da administração como um todo, o que, na maioria das vezes, ocasionará a lesão do erário público daquele ente que terá de retirar verba pública adjacente, para o custeio de atribuições de um outro determinado ente federativo (LEMOS JUNIOR, 2018).

Não diferente é o posicionamento de Freitas (2016, p. 59), senão vejamos:

Dessa forma, a conjugação de esforços entre Estado e sociedade se revela imprescindível para que seja preservada a saúde do próprio sistema de saúde, não se olvidando que enveredar pelo caminho da responsabilidade comum e segmentada dos entes federativos pode se revelar medica salutar para sanear o já combalido SUS. Afinal, “ O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade”.

Rios ainda defende o princípio da integralidade, pelo qual, teria interpretação *ipsis litteris* do Estado acerca do que traz o artigo 198, inciso II, da CF/88, sendo o Poder Público responsável no fornecimento de medicamentos, para o tratamento de doenças simples, médias e também as complexas, com a concessão através de políticas públicas suficientes a custear o sistema (RIOS, 2009).

Passada esta ideia, a demonstração de argumentos que norteiam a prestação de saúde em todo o território brasileiro, com o envolvimento do poder público no âmbito legislativo e administrativo é traduzida através do Sistema Único de Saúde, órgão responsável pela disponibilização das políticas públicas governamentais ao público-alvo, como se verá a seguir.

3 A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO BRASIL

3.1 Precedentes da regulamentação do Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde, introduzido pela Constituição Federal em seu artigo 196, foi instituído no intuito de realizar ações e serviços públicos de saúde, com a participação da sociedade civil para atender a todos os níveis de complexidade na ação em efetivo cuidado à saúde, para todos os cidadãos brasileiros (BRASIL, 1988). O SUS, considerado um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde do mundo, abrange diversos tipos de atendimentos médicos, que vão desde a mais singela aferição de pressão arterial, até complexos transplantes de órgãos, sendo um serviço universal, oferecido de forma inteiramente gratuita à população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Ocorre que, em contrapartida as amplas áreas atendidas, existe muita reclamação quanto sua efetividade, já que, com a evolução da população que acabou triplicando nos últimos 50 anos, o sistema único se tornou frágil e muitas vezes, com recursos insuficientes para atender a forte demanda da população, cada vez mais carente de recursos financeiros.

Contudo, não se pode olvidar que, apesar da dificuldade no atendimento, o Sistema Único de Saúde, caso bem amparado financeiramente, apresenta condições de fornecer, em caráter gratuito, tratamento clínico para o tratamento de enfermidades que demandam tratamento dispendioso, não alcançável por parte da população brasileira, que convive com salários de baixa expressão ou desemprego.

Porém, isso não foi sempre assim. O Sistema Único criou forma com a necessidade de programas de tratamento médico do setor privado, geralmente institucionalizados pelas empresas em favor de seus funcionários, o que fazia com que diminuíssem o tempo em que estivessem fora do efetivo trabalho, aumentando o lucro de seus empregadores (FIGUEIREDO NETO *et al.*, 2010).

No entanto, apenas no ano de 1966, todos os institutos que atendiam o setor privado, foram unificados no chamado Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), o qual centralizou e terceirizou o serviço das empresas com seus segurados no âmbito da saúde e criou o sistema de previdência social para as empresas e seus empregados (FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS - FGV, 2009).

Com o crescimento em alto grau na contratação de serviços privados para a

assistência na área de saúde, o instituto, que ainda não estava totalmente preparado para demanda que recebera, acabou ruindo em dívidas e, com sérios prejuízos financeiros, necessitou desenvolver novas estratégias para a fruição do sistema, gerando a criação dos planos de saúde que conhecemos atualmente, os quais, na época já poderiam ser contratados por particulares a fim de financiar o sistema, desonerando a máquina pública com o dinheiro dos populares que já detinham certa capacidade econômica (MENICUCCI, 2014).

Porém, com o fracasso do INPS, fez-se necessária a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, o então chamado INAMPS, regularmente instituído no ano de 1977, como uma autarquia federal que foi criada com subsídios do próprio governo, dividindo a antiga atribuição do INPS em dois polos distintos, sendo a assistência médica atribuída ao INAMPS, enquanto a administração financeira da previdência e a assistência social ficou a cargo do chamado IAPAS – Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (FGV, 2009).

Contudo, foi só em 1993, com a extinção do INAMPS pela Lei 8.689/93, que as suas atribuições foram divididas e absorvidas pela instância federal, estadual, municipal e distrital, como refere o artigo segundo do referido dispositivo: “As funções, competências, atividades e atribuições do Inamps serão absorvidas pelas instâncias federal, estadual e municipal gestoras do Sistema Único de Saúde, de acordo com as respectivas competências [...]” (BRASIL, 1993, <<http://www.planalto.gov.br>>).

Grupos de médicos e outros sanitaristas, preocupados com a situação do país, criaram então a famigerada “Reforma Sanitária”, movimento que teve início dentro do contexto da luta contra a ditadura militar, tendo como marco a 8ª Conferência Nacional da Saúde, realizada em 1986, movimento que a passos largos trouxe bases para o atual Sistema Único de Saúde (SUS), oficializado pela Constituição de 1998 (TELLES, 2017).

Todavia, a implantação do sistema, não se deu imediatamente, pois, foi com uma introdução lenta e gradual, que se inicializaram sistemas de atendimento e incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde, desvinculando-o da atividade externa através do Decreto nº. 99.060/90 e por fim, institucionalizando o Sistema Único de Saúde, com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080/90 que, de forma definitiva, fundou e regulamentou a operacionalização do SUS (BRASIL, 1990; 1990).

Na Constituição Federal de 1988, ficou reservado, através o artigo 198, a competência do Sistema Único, que deverá ser organizado em uma rede regionalizada e hierarquizada. O próprio artigo ainda dispõe sobre o financiamento do sistema que será realizado “com recursos da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios”, além de outras fontes infraconstitucionais, deixando a previsão de recursos mínimos que deverão ser aplicados em ações e serviços em favor da saúde, anualmente. (BRASIL, 1988, <<http://www.planalto.gov.br>>).

Por conseguinte, no texto do artigo 199 da CF/88, foi levantada a hipótese de inclusão da iniciativa privada a assistência à saúde, permitindo às instituições privadas de participarem, complementarmente ao Sistema Único de Saúde (SUS), observando, é claro, as normas diretas, mediante realização de instrumento de direito público com o Poder Público, de forma que se dê preferência as entidades filantrópicas e àquelas sem fins lucrativos, sendo vedada a destinação de recursos públicos para a realização de auxílios preordenados ou subvenções às instituições privadas que possuam fins lucrativos.

Ao artigo 200 da CF/88, de forma taxativa, foi realizada a exposição das atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS), com a exploração dos incisos da forma em que nomeia atividades como:

I) controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II) executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III) ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV) participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V) incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; VI) fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII) participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII) colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. (BRASIL, 1988, <<http://www.planalto.gov.br>>).

Assim, não é difícil reparar na amplitude de responsabilidades atribuídas ao Sistema Único de Saúde, de forma que seu funcionamento regular, desde a existência, demanda de recursos suficientes a fim de dispensar regularmente seus serviços àqueles que necessitam e atuam como destinatários finais da saúde pública brasileira.

3.2 Princípios norteadores do sistema

Como já exposto, a Constituição Federal de 1988 trouxe em seu texto constitucional diversos direitos fundamentais positivados, dentre eles o direito à saúde. Nesse âmbito surge então o Sistema Único de Saúde, instituído pela Carta Magna como um sistema público de saúde, a fim de assistir os menos favorecidos que não possuem condições financeiras de custear quaisquer serviços médicos.

Seguindo o princípio fundamental da dignidade da pessoa humana, estabelecido através do artigo 1º da Constituição Federal de 1988, o SUS foi instituído, de igual forma, sob diversos princípios norteadores, proporcionando assim o acesso universal à saúde, sem discriminação. Este sistema possibilitou a todos os brasileiros o direito à saúde exercido de fato pelo Poder Público, avançando, dessa forma, consideravelmente aos direitos já instituídos na sociedade brasileira.

Neste contexto, o Sistema Único de Saúde surge baseado dentre três princípios: o da universalização, da equidade e da integralidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Conforme os entendimentos de Vasconcelos e Pasche (2006, p. 534): “Estes princípios e diretrizes se articulam e se complementam na conformação do ideário e da lógica de organização do sistema e estão em sintonia com os preceitos do bem-estar social e da racionalidade organizativa”. Eles surgem, portanto, baseados naquilo que preconiza a Constituição Federal e, da mesma forma, em consonância com os objetivos do SUS.

O princípio da universalização assegura o acesso à saúde a todos os brasileiros sem discriminação de raça, sexo ou cor. Assim, qualquer cidadão poderá usufruir de todos os serviços que se fizerem necessários oferecidos pelo Sistema Único de Saúde, sendo que caberá ao Estado assegurar este direito (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Nas palavras de Vasconcelos e Pasche (2006, p. 535):

O exercício deste princípio traz a perspectiva da oferta a todos os brasileiros, no sistema público de saúde, da vacina à cirurgia mais complexa, alterando uma situação anterior em que o acesso era diferenciado entre os que tinham vínculos previdenciários e os demais brasileiros tipificados como indigentes.

Logo, percebe-se que este princípio além de assegurar o princípio da isonomia

previsto no artigo 5º, “caput”, da Constituição Federal proporciona concomitantemente segurança jurídica a todos os brasileiros da fruição deste sistema, à medida que rompe com a situação anterior de acesso restrito.

Por sua vez, o princípio da equidade visa combater as desigualdades perpetuadas na sociedade brasileira. “Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, <<http://www.saude.gov.br>>).

À vista disso, o princípio da equidade visa igualar aqueles que utilizam o Sistema Único de Saúde a partir de um oferecimento maior dos serviços mais carentes àqueles que mais possuem probabilidade de adoecerem. De acordo com Vasconcelos e Pasche (2006, p. 535):

A equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde traduz o debate atual relativo à igualdade, prevista no texto legal, e justifica a prioridade na oferta de ações e serviços aos segmentos populacionais que enfrentam maiores riscos de adoecer e morrer em decorrência da desigualdade na distribuição de renda, bens e serviços. Inclui-se nessa lógica o princípio da “discriminação positiva” para com os grupos sociais mais vulneráveis, buscando-se assegurar prioridade no acesso às ações e serviços de saúde aos grupos excluídos e com precárias condições de vida, considerando as desigualdades de condições decorrentes da organização social.

A equidade, portanto, se traduz como um instrumento de justiça social, tendo em vista que com base neste princípio deve o Sistema Único de Saúde igualar as condições de saúde entre os brasileiros. Diversos são aqueles que não possuem as condições mínimas de saúde e se encontram em condições precárias e, nesta lógica, é que deve o SUS expender esforços a fim de combater esta disparidade inserida na sociedade. Nos dizeres de Sousa (2015, p. 247): “A equidade é o princípio complementar da igualdade, significando tratar as diferenças em busca da igualdade, vindo de encontro ao acesso aos serviços”.

Por fim, no que tange ao princípio da integralidade, salienta-se que este visa considerar os brasileiros como um todo e a partir disto empregar diversas ações e atividades a fim de promover a saúde. Consoante dispõe o Ministério da Saúde (2013, <<http://www.saude.gov.br>>):

Este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as

suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Vasconcelos e Pasche (2006, p. 535) exemplificam que:

A integralidade pressupõe considerar as várias dimensões do processo saúde-doença que afetam os indivíduos e as coletividades e pressupõe a prestação continuada do conjunto de ações e serviços visando garantir a promoção, a proteção, a cura e a reabilitação dos indivíduos e dos coletivos.

No mesmo sentido, Sousa (2015, p. 247) afirma: “O princípio da integralidade, por sua vez está relacionado com a promoção de saúde, prevenção de riscos e assistência aos doentes, bem como recuperação dos mesmos”. Sendo assim, tal princípio reage de forma a abarcar todos os organismos setoriais, concentrando em um único plano a coletividade de todas as políticas públicas para uniformizar a gestão, prática e distribuição de seus serviços.

Desse modo, com o advento de todos estes princípios, surge a ótica de um novo sistema de saúde, deixando de lado os conceitos iniciais, rodeados do vínculo empregatício e planos de saúde, para uma democratização do direito à saúde gratuita, de forma universal.

3.3 O papel da EC/29 e da Lei Complementar 141

Dentro da evolução do Sistema Único de Saúde, houve peculiaridades materiais como a criação de portarias, regulamentos, leis e até emendas constitucionais que o fizeram solidificar em um sistema voltado ao social, com o intuito de preservar e resguardar a saúde da população como símbolo federativo de saúde gratuita de extensão por todo o solo brasileiro.

A emenda constitucional nº 29, sem sombra de dúvidas foi uma dessas. Aprovada no ano 2000, estabeleceu a vinculação de verbas públicas dos entes federativos para com a produção de saúde pública, em um processo de financiamento que além de impulsionar o Sistema Único de Saúde, previu um maior poder de fiscalização aos Conselhos de Saúde, com a disposição sobre sanções em caso de inadimplemento mínimo na aplicação da saúde pelo governo (PIVETTA, 2013).

Assim, a EC nº 29 editou o artigo 198 da Constituição Federal com o acréscimo dos parágrafos primeiro, segundo e terceiro, sendo que no primeiro, manteve a redação com o financiamento do SUS, o qual se dará com recursos “da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes”. Contudo, no parágrafo segundo, adiciona especificamente que todos os entes da federação deverão necessariamente aplicar recursos mínimos na aplicação da saúde, especificando o que será dado de competência a cada ente federado (BRASIL, 1988, <<http://www.planalto.gov.br>>).

Por sua vez, o parágrafo terceiro estabelece os percentuais mínimos de investimento pelo governo, com a demarcação de índices e a reavaliação das bases estruturais impostas pela emenda, bem como com a possibilidade de mudança dos índices de envio de recursos e percentuais pelo menos a cada cinco anos, período em que, havendo aumento da demanda ou defasagem técnica, poderão ser modificados, a fim de contemplar a finalidade.

A regulamentação ocorre à vista da transformação da saúde em um direito universal para todas as classes da população, o que demonstrava-se dispendioso ao orçamento público, que devido a pressão popular pela vinculação orçamentária ao financiamento do SUS criou forma através da EC nº 29, que definiu o mínimo de recursos para a aplicação na saúde pública, de acordo com percentuais de arrecadação de impostos para as esferas estaduais e municipais e de forma definida em lei para a União (DALLARI, 2008).

Ainda, a mesma disposição constitucional refere que, havendo necessidade, poderão ser realizados alguns rateios, em situações extremas, os quais poderão sacrificar o orçamento de outros entes da federação, com o fito de diminuir as disparidades regionais, tendo a destinação de recursos à outras esferas o intuito de preencher lacunas territoriais.

Mesmo com a disposição na Emenda, a lei complementar não foi aprovada, tendo-se decido através de acordo tácito político, a manutenção de percentuais de 12% aos Estados e 15% aos Municípios, tendo a União de destinar, anualmente, 10% daquilo que recebeu de receitas correntes brutas dos orçamentos fiscais e da Seguridade Social (DALLARI, 2008).

Vale dizer, ainda, que esta Emenda Constitucional à época, pôs fim a insegurança nos parâmetros de investimento da saúde brasileira, de forma que, adicionando os parâmetros ao artigo 198, destacou dimensões de distribuição mínima

de recursos pelos entes federativos, fazendo com que a vinculação do governo de receitas solidificasse o direito à saúde gratuita no Brasil.

Ocorre que o legislador, no intuito de zelar pela Constituição, referiu a necessidade de lei específica para dispor sobre os limites mínimos e parâmetros regulamentares para as receitas, uma vez que EC nº 29 surgia apenas com caráter provisório, destinando o estudo e reserva de índices mínimos para momento posterior, em legislação própria que definisse os parâmetros e índices adequados, no interregno de cinco anos da publicação da Emenda.

Entretanto, tal fato ocorrera apenas no ano de 2012, com a publicação da Lei Complementar nº 141, que, entre outras coisas, definiu, (I) o valor mínimo e as normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde; (II) as ações e os serviços de saúde, bem como os atos que não são ações de saúde; (III) a gradual e sistêmica distribuição dos recursos até o ano de 2020. (BRASIL, 2012).

A falta de regulamentação pelos longos doze anos após a inclusão da Emenda Constitucional nº 29 na CF/88, faz prova de como é grande a morosidade de nosso processo legislativo, situação que fez com que as bases, das quais eram consideradas totalmente provisórias, pelo período inicial, tivessem de ser mantidas até o ano de 2012, necessitando então de obedecer, além do artigo 198, as disposições do artigo 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.

Assim, nesses anos, ficou mantida a base Constitucional que previa, pela União, a destinação de receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, a qual não poderia ser inferior a 15% (quinze por cento), aos Estados e ao Distrito Federal, 12% (doze por cento) da arrecadação de tributos (impostos) referente a transmissão *causa mortis* e doação, operações relativas à ICMS e de comunicação, além de impostos relacionados a propriedade de veículos automotores, bem como o proveito que lhes corresponda a Imposto de Renda, principalmente por suas autarquias, recolhidos pela União e a quota referente a produtos industrializados enviada pela União, na forma dos artigos 155, 157 e 159, todos da Carta Magna (BRASIL, 1988).

Não diferente pelos municípios, ficava reservado, o percentual de 15% (quinze por cento) sobre o produto da arrecadação dos impostos de IPTU, ITBI, e outros impostos similares, bem como, suas quotas de resposta pela União sobre tributos sobre a renda de imóveis e pessoas, como ITR, renda e bens industrializados, na forma dos artigos 156, 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º, todos da CF/88.

Assim, pela Lei Complementar 141, ficou estabelecido que a atribuição do SUS seria ampliada, de forma que outros itens não considerados anteriormente, começaram a serem atribuídos ao Sistema Único de Saúde, devendo serem financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde.

Quadro 01 – Itens na aplicação dos recursos mínimos pelo governo pelo SUS:

Para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos	
Constituirão despesas com ações e serviços públicos de saúde	Não constituirão despesas com ações e serviços públicos de saúde
I. vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;	I. pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde;
II. atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;	II. pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área;
III. capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);	III. assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;
IV. desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;	IV. merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvando-se o disposto no inciso II do art. 3º;
V. produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;	V. saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;
VI. saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;	VI. limpeza urbana e remoção de resíduos;
VII. saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;	VII. preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais;
VIII. manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;	VIII. ações de assistência social;
IX. investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;	IX. obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e
X. remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;	X. ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde.
XI. ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e	
XII. gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.	

Fonte: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2016, <<http://www.conass.org.br>>).

No entanto, após a promulgação da Lei Complementar 141, as bases de investimento mínimo na saúde pelo governo foram atualizadas para o seguinte patamar, conforme o texto legal, que refere (BRASIL, 2012, <<http://www.planalto.gov.br>>, grifo nosso):

Art. 5º. **A União** aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.

[...]

§ 2º. Em caso de variação negativa do PIB, o valor de que trata o caput não poderá ser reduzido, em termos nominais, de um exercício financeiro para o outro.

[...]

Art. 6º. **Os Estados e o Distrito Federal** aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

Art. 7º. **Os Municípios e o Distrito Federal** aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal.

[...]

Art. 8º. O Distrito Federal aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) do produto da arrecadação direta dos impostos que não possam ser segregados em base estadual e em base municipal.

Art. 9º. Está compreendida na base de cálculo dos percentuais dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios qualquer compensação financeira proveniente de impostos e transferências constitucionais previstos no § 2º do art. 198 da Constituição Federal, já instituída ou que vier a ser criada, bem como a dívida ativa, a multa e os juros de mora decorrentes dos impostos cobrados diretamente ou por meio de processo administrativo ou judicial.

Art. 10. Para efeito do cálculo do montante de recursos previsto no § 3º do art. 5º e nos arts. 6º e 7º, devem ser considerados os recursos decorrentes da dívida ativa, da multa e dos juros de mora provenientes dos impostos e da sua respectiva dívida ativa.

Art. 11. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão observar o disposto nas respectivas Constituições ou Leis Orgânicas sempre que os percentuais nelas estabelecidos forem superiores aos fixados nesta Lei Complementar para aplicação em ações e serviços públicos de saúde. (Vide ADIN 5897).

Dessa forma, subentende-se que, apesar da morosidade empregada na regulamentação de legislação específica, a Lei Complementar 141/2012 acabou acrescentando, mesmo que singelamente, uma destinação de recursos, pois além do montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, terá a União de fornecer a variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB), ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual (BRASIL, 2012).

Contudo, para a materialização dos recursos públicos em medidas de efetivo serviço destinado a saúde, o poder público necessita planejar um conjunto de políticas responsáveis pela gestão e aplicação das finanças em programas organizacionais do

sistema público de saúde, o que veremos em diante.

3.4 As políticas públicas e o necessário planejamento para a organização do sistema

A política pública é expressão que compreende, em sentido amplo, todos os instrumentos de ação dos governos. Nesse sentido, políticas públicas referem-se a “providências para que os direitos se realizem, para que as satisfações sejam atendidas, para que as determinações constitucionais e legais saiam do papel e se transformem em utilidades aos governados” (OLIVEIRA, 2006, p. 251).

No entendimento de Bucci (2006, p. 241): “políticas públicas são programas de ação governamental visando coordenar os meios à disposição do estado e as atividades privadas, para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados”. Acrescente-se que a política pública não se confunde com o plano ou o programa, apesar de, normalmente, exteriorizar-se por meio deste. Nas palavras da autora: “A política [pública] é mais ampla que o plano e define-se como o processo de escolha dos meios para a realização dos objetivos do governo, com a participação dos agentes públicos e privados”. (BUCCI, 2006, p. 259).

Contudo, a criação de políticas públicas que atendam determinado objetivo implica em muitas escolhas. As decisões que norteiam o mundo político, devem ser tomadas com muita cautela, uma vez que geram consequências que deverão ser suportadas pelo erário público.

A situação polemizada serve para salientar que quando se trata de política pública, a concessão de determinado assunto fará garantias para alguns, mas também restringirá direitos para outros, no momento em que a escolha acabará prejudicando determinada massa da sociedade que não poderá ser atendida para o alcance de outras. Aliás, muitas vezes investir em determinada pauta significa abdicar de outra automaticamente, criando novos paradigmas no conteúdo de políticas públicas, pois, sendo necessárias as políticas públicas para a correta fruição do sistema de saúde, é fundamental saber quem pode e porque se pode escolher (BITENCOURT, 2012).

Para o estabelecimento de uma política pública, é necessário além de toda a estrutura organizacional, de estudo a longo ou médio prazo, com o devido planejamento de benefícios, garantias, alcance, enfoque, e tudo mais que trará de

consequências (prós e contras) da regulamentação de orçamento público em determinada opção ao invés de outras.

O orçamento público e os demais elementos financeiros tinham nesse contexto o objetivo de manter o equilíbrio financeiro e evitar ao máximo a expansão dos gastos. Como menciona Giacomoni (2005, p. 64) “O orçamento constituía-se em uma fórmula eficaz de controle, pois colocava frente a frente as despesas e as receitas”.

Vale dizer ainda que essas medidas, adicionadas a todas as demais realizadas para o fornecimento de pleitos individuais de medicamentos, nem sempre se mostram suficientes para fazer frente às demandas de saúde da população. Isto expõe uma questão de grande importância para o aprendizado dos direitos sociais: quando se trata da atuação positiva do Estado para a concretização de um direito, “é sempre possível fazer diferente, mais e melhor, há sempre, mesmo quando o Estado já faz alguma coisa, algo mais a fazer” (NOVAIS, 2010, p. 294). Quanto aos direitos de cunho negativo, as intervenções arbitrárias (ilícitas) do Estado podem ser resolvidas por um critério de afastamento da restrição indevida: ou seja, desconstituindo-se aquela conduta restritiva que não deveria ter sido realizada por não ser permitida pelo Direito.

Nesse quesito, poderíamos adentrar além dos medicamentos, como na realização de procedimentos cirúrgicos, transferências hospitalares, transplantes de órgãos, materiais para a aplicação de medicamentos, fisioterapias, aparelhos para mobilidade de deficientes físicos, entre outros.

Não é diferente o posicionamento de Freitas (2016, p. 02):

Fala-se, portanto, de um direito de todos indistintamente, capaz de impingir ao Poder Público o dever de garanti-lo na maior extensão possível, por meio das medidas que se fizerem necessárias, não só no âmbito da saúde curativa, como também em outras frentes de efetivação do desenvolvimento da sociedade, a exemplo das ações e serviços de promoção e proteção contra endemias e moléstias de todo gênero, seja por meio de campanhas de vacinação, saúde alimentar, prática de atividades físicas, ou através de serviços públicos de saneamento básico.

Dessa forma, vale dizer que, as pessoas que não dispõem de recursos financeiros estarão dependendo do auxílio de terceiros, ou pessoas que se disponibilizarem para a construção do popular direito “líquido, certo e exigível”, mas que de certa forma ainda dependerá, de apoio, principalmente jurisdicional, para alcançar a medida.

Assim, apesar do aparato necessário para a regulamentação e disponibilização de recursos mínimos para a fruição correta e adequada do Sistema Único de Saúde, a prestação do serviço público de saúde de forma gratuita e universal esbarra muitas vezes na dispendiosidade do sistema público, que fica preso pelas escolhas públicas do erário, no intuito de não comprometer a saúde como um todo.

Assim, na falha, ou desencontro de serviços prestados pelo SUS, até por eventual disparato estatal, a necessidade de receber a medicação ou até tratamento médico adequado, vem atrelada ao ingresso de ação judicial, na qual será invocado o direito posto entendido pelo paciente, através da prestação jurisdicional, insculpida no artigo 5º XXXV, da Constituição Federal (BRASIL, 1988).

Nesse sentido, Mânica (2012, p. 30), assevera:

Com essa comparação, pode-se perceber que o problema da falta de efetividade do direito à saúde não consiste no fato de que hospitais servem apenas para prestar serviços de saúde; afinal, urnas eletrônicas também se prestam apenas para proporcionar o exercício do sufrágio. O problema é que os serviços de saúde são prestados de maneira individual a quem deles necessite, e a infra-estrutura para a prestação do referido serviço não pode ser compartilhada para sua oferta a todos indistintamente. Em outras palavras: alguns direitos apenas podem ser garantidos de maneira universal e igualitária. Não se cogita, atualmente, restringir-se o sufrágio ou oferecer urnas eletrônicas apenas para algumas pessoas. A garantia do direito ao sufrágio apenas se realiza quando o exercício do referido direito é igual para todos. O mesmo raciocínio aplica-se, em grande medida, aos serviços públicos que exigem infra-estrutura para sua prestação, como é o caso, por exemplo, da energia elétrica e da telefonia. Ainda que seja passível de cobrança de tarifas a serem pagas por usuário individualizado, a qualidade de tais serviços não sofre grande variação decorrente de condições pessoais dos usuários dos serviços, pois o investimento em infra-estrutura acaba beneficiando a todos indistintamente (ou, ao menos, a grande parte das pessoas aptas a pagar pelos serviços).

À vista disso, é perfectibilizada a necessidade de políticas públicas para que o sistema seja eficiente, devendo a União, em comunhão de esforços com os Estados, Distrito Federal e municípios, executarem medidas visando a promoção da saúde. É fundamental que os entes federados trabalhem em conjunto visando a diminuição das desigualdades econômicas e sociais, a fim de trazer uma equidade do ponto de vista material para, principalmente, fortalecer o sistema público de saúde.

4 O DEBATE ACERCA DA CONCESSÃO DOS MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO A PARTIR DA JURISPRUDÊNCIA DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL

Assegurar uma saúde básica de qualidade para a população é um dos pontos mais difíceis, senão o mais íngreme para a gestão administrativa do Brasil, pois, em que pese a aplicação objetiva posta na Constituição Federal, muitas das vezes a realização dos serviços de saúde não são tão prósperas, de modo que muitos socorrem-se do Poder Judiciário para dirimir a falha ou o descaso do serviço público de saúde.

Assim, vê-se, *prima facie*, que o fornecimento de medicamentos de alto custo, os tratados “excepcionais”, acabam na maioria das vezes sendo tratados como inadequados para a realidade orçamentária brasileira, fazendo com que o Poder Executivo determine o indeferimento destas demandas, ante ao orçamento frágil e a inaplicabilidade de poder alcançar a todos uma boa saúde pública no paralelo dos medicamentos excepcionais.

O indeferimento nas demandas extraordinárias, acaba lesando milhares de brasileiros com enfermidades, na maioria das vezes com doenças muito raras e graves, os quais acabam buscando através da tutela do Poder Judiciário, a pretensão de um direito puramente individual, uma vez que o preterimento de seu tratamento poderá custar sua opção de vida.

Ocorre que este fornecimento pela via judicial, sendo subsidiário, adentra dentro da competência administrativa do Poder Executivo, que é legitimado ativo através das disposições da própria Constituição Federal, como bem visto e disposto no capítulo anterior, necessitando este tema, portanto, de maior atenção dilatária, ao passo que prejudicará, além da máquina pública, outros tantos mais que dependem da fluidez do sistema público de saúde.

4.1 A intervenção judicial no âmbito político-administrativo sob viés da separação de poderes

Com o pensamento de ter-se passado o significado do direito fundamental à saúde, principalmente pelo primeiro capítulo deste trabalho, inicia-se a argumentação deste capítulo com o intuito de elucidar as problemáticas (necessárias, ou não), da

concessão de medicamentos, enfoque principal desta pesquisa.

O primeiro questionamento que vem à tona, é a invasão de competências legais, ao passo que ao Poder público compete regulamentar as receitas e realizar a gestão administrativa de seus recursos financeiros, inclusive com o financiamento de medidas políticas para a regulamentação de serviços públicos de saúde, como no caso de envio de recursos para o Sistema Único de Saúde, a fim de atender as demandas locais dos necessitados (BRASIL, 1988).

Isto porque, o Brasil adota o plano da tripartição de funções, sendo a competência dividida entre três poderes: Executivo, Legislativo e Judiciário. Ao Poder Executivo, é conferido o dever constitucional de governar o povo, executar a legislação e propor os planos em que deverão ser expostos objetivos e interesses políticos. O Poder Legislativo, por sua vez, é responsável por legislar, criar e aprovar leis, além de ser órgão fiscalizador do Executivo, controlando seus gastos e receitas. Por último, mas não menos importante, o Poder Judiciário detém a função de interpretar as leis e julgar casos em que sua aplicabilidade não ficou clara, aplicando as regras constitucionais e as leis criadas pelo próprio Legislativo (MÂNICA, 2007).

Esta garantia faz com que o sistema não rode ao entorno de um único ente forte e totalitário, possibilitando a confrontação dos erros e omissões, ao mesmo tempo que garante a maior qualidade na aplicação de recursos, dificultando a corrupção e as fraudes costumeiras em um autoritarismo.

Assim, pode-se dizer que a separação dos poderes, no mesmo intuito dos demais princípios que formam a espinhal do Estado Democrático de Direito, denomina-se como mecanismo importantíssimo no exercício ponderado e justo do poder, de forma a evitar a existência do totalitarismo, que crucificou a imagem da antiguidade, tendo indiscutível importância na organização do Estado, a fim de desfrutar de contrapeso significativo na busca da equidade (GARCIA, 2006).

Contudo, mesmo que a atribuição de separação de poderes seja para facilitar e delegar funções díspares para três diferentes órgãos, não ensejará a interdependência dos três poderes, uma vez que havendo a condição de fiscalização do Poder Legislativo e Judiciário, o Executivo deverá ser sujeito a fiscalização pela responsabilidade de análise de suas políticas, o que não interferirá no princípio da separação de poderes.

Pelos olhares de Pivetta (2013), para aplicabilidade do direito à saúde com efetividade, é necessária a colaboração entre Poder Executivo e Poder Legislativo, os

quais terão o dever e grande importância no que se refere à necessidade de aplicação dos recursos públicos, fomentando algumas reservas e restrições que não ocorrerão por opção do aplicador da norma ou do legislador, mas sim pelo simples fato de que, não havendo comando inequívoco quanto ao alcance da norma, esta estará sujeita a sofrer das limitações de conteúdo.

Pivetta (2013, p. 61-62) continua seu posicionamento ressaltando que:

Ao se falar em restrições aos direitos fundamentais está se referindo às atuações normativas do Estado (através da legislação ou da atividade regulamentadora da Administração Pública) que promovem alterações substanciais na norma, delimitando seu conteúdo normativo e que, da perspectiva jurídico-subjetiva, implicam situações desvantajosas aos seus possíveis titulares, suprimindo ou dificultando-lhes o acesso aos bens jusfundamentais. Diferentemente, as chamadas intervenções restritivas consubstanciam afetações negativas, realizadas pelo Poder Público ao direito fundamental, considerando uma situação concreta, a partir de seu titular individualizado. Por ora, insta salientar as formas através das quais o Estado, em termos abstratos, conforma a norma definidora do direito à saúde.

Assim, partindo da hipótese que as políticas públicas funcionam como a intenção de reduzir as dificuldades e conflitos entre os necessitados, a devolução de harmonia a articulação de finanças nos interesses da coletividade é matéria de gestão através do poder público, não se qualificando como intervenção equivocada a atuação do poder judiciário na atribuição fiscalizadora do Executivo (MULLER; SUREL, 2002).

Porém, não teria como tratar da concessão do direito a saúde senão com a relação de recursos públicos, visto que estamos tratando de direito eminentemente prestacional, em que a problemática que exsurge muitas vezes é pela discrepância técnica entre os três poderes, de modo que podemos elencar algumas falhas simples, que habitualmente norteiam superfaturando o sistema público.

Pelo Poder Executivo, pode-se elencar a existência de equívocos orçamentários, em que as diretrizes iniciais já são criadas sem contemplar prioridades e bases constitucionais, sequer realizando um equilíbrio administrativo entre as receitas e despesas de um plano de política pública, com o agravamento, às vezes, pelos remanejamentos de verbas e rubricas estatais. No âmbito do Poder Legislativo, convivemos com a aprovação de diversas propostas orçamentárias de redação pelo Executivo, que criam portas de recurso sem a devida fiscalização para qual destinação se dará a efetivação da medida e sua eficácia afinal. Ainda, temos um Judiciário concretizando direitos sociais e individuais através de pleitos individuais sem sequer considerar o orçamento público, dificultando, ainda mais o funcionamento do Estado

Democrático de Direito (LEITE, 2011).

Bobbio já advertia que a dificuldade em regulamentar uma norma não estava na aprovação da lei, mas sim na tradução dela em prática, visto que para receber o direito à saúde, é necessário atentar para um consenso dentro do orçamento público, de forma que não fadigue o povo pela autoridade pública, mas também evite o locupletamento dos cidadãos frente a inutilização do erário público pelas inúmeras ações judiciais (BOBBIO, 1992).

Mas como aplicar consenso em situações que a vida de um indivíduo é posta em jogo? A resposta parece difícil, e com certeza jamais será fácil, porém, não há como olvidar que o direito é matéria responsável para responder, ou pelo menos justificar a pretensão de quem procura o acesso à saúde, ou também de quem restringe o acesso em razão da ausência de condições financeiras, e isto tem fundamento geralmente, por duas vertentes, das quais se passará a estudar.

4.2 Escolhas trágicas: considerações sobre a reserva do possível e do mínimo existencial frente a lista de medicamentos oferecidos pelo SUS

Neste ponto do trabalho, serão levantadas questões pontuais que visam entender a complexidade dos casos judiciais envolvendo tratamentos médicos, principalmente no tocante ao fornecimento de medicamentos de alto custo, os quais são tratados cada vez mais com grande relevância frente as grandes cifras retiradas mês a mês dos cofres públicos. Assim, passada toda a análise já feita anteriormente, demonstrar-se-á a linha de raciocínio que melhor se coaduna para o apoio estatal no que toca a melhora na qualidade de vida daqueles que necessitam tratamento médico considerado custoso.

Como dito anteriormente, não é fácil averiguar e apurar no caso concreto a situação de um indivíduo que necessita de amparo da medicina, permitindo o acesso a uma determinada medicação de alto custo, principalmente quando o fornecimento gratuito pelo Estado é a única situação possível para que este necessitado tenha acesso a sua vida condigna e não padeça frente a sua patologia.

Pensando nisso, começa-se a escrever sobre o assunto, elencando um argumento que hoje é fundamental na luta da concessão de medicamentos de alto custo em pleitos judiciais: o mínimo existencial. Este fundamento reflete as necessidades mínimas do ser humano, que precisa de condições mínimas para sua

subsistência, sendo contempladas por direitos como saúde, educação, trabalho, e segurança, o que estaria restrito no que diz respeito às porções desses direitos que são necessários a assegurar condições mínimas de existência com dignidade ao indivíduo (HACHEM, 2014).

Aliás, este mesmo Estado deverá ter atribuição de assegurar a todos, dignidade de sobrevivência em grau mínimo para que os menos favorecidos financeiramente consigam manter sua subsistência, o que nos dizeres de Barcellos (2008, p. 288), reflete o “núcleo da dignidade da pessoa humana a que se reconhece eficácia jurídica positiva e, a *fortiori*, o *status* de direito subjetivo exigível diante do Poder Judiciário”.

Já no conceito de Schier (2015), identifica-se o mínimo existencial como as condições básicas exigidas para que as mulheres, os homens e as crianças possam usufruir do catálogo de direitos fundamentais que, positivados nas cartas constitucionais do pós-guerra, indicam os valores que norteiam cada nação social e politicamente organizada.

Não obstante, nas palavras de Hachem (2013) a interpretação do argumento do mínimo existencial, especialmente em decisões judiciais, acaba sendo veiculada na maioria das vezes, a redução do caráter de fundamentalidade de direitos econômicos e sociais, vez que seus argumentos vão ao encontro de uma decisão que realize a satisfação judicial de prestações positivas estatais, confundindo o significado de direito social exposto na Carta Magna.

Isto porque, a argumentação realizada pelo Poder Executivo no sentido de oferecer prestações é manifestamente contrária, uma vez que limita o mínimo naquilo que possa implicar omissões nos direitos sociais, afetando o “núcleo intangível consubstanciador de um conjunto irreduzível de condições mínimas necessárias a uma existência digna e essenciais à própria sobrevivência do indivíduo”, situação em que será inviabilizado o acesso ao bem jurídico social, que não depende apenas do Estado (HACHEM, 2013, p. 233).

Torres, por sua vez, afirma que o mínimo existencial é “direito às condições mínimas de existência humana digna que não pode ser objeto de intervenção do Estado e que ainda exige prestações estatais positivas” (TORRES, 1999, p. 262-263). Figueiredo, partilhando de tal entendimento, acrescenta que “há um núcleo mínimo em cada direito social, estabelecido *in concreto*, segundo as características do próprio direito e em atenção à preservação da dignidade humana, que não pode jamais ser ultrapassado” (FIGUEIREDO, 2007, p. 200).

Porém, não se pode seguir apenas por uma diminuição daquilo que o Poder Judiciário detém de legitimidade, pois não pode a proteção do mínimo existencial, camuflar o cumprimento da satisfação integral dos direitos sociais, uma vez que dever da Administração Pública no gozo de suas atribuições, com a realização de políticas públicas de abastecimento, uma promoção igualitária do desenvolvimento, sem excluir a possibilidade de casos excepcionais em processos coletivos ou até individuais (HACHEM, 2014).

Contudo, dentre as concepções doutrinárias expostas, atualmente não há uma teoria concreta que possa delimitar perfeitamente o instituto do mínimo existencial no mundo jurídico, existindo apenas interpretações ao redor do mínimo existencial, que não se traduz como uma garantia absoluta, tendo a doutrina dificuldade de entender o princípio sem a necessidade plena de admitir estudar o caso em concreto, ou sendo necessário o reconhecimento de maior ou menor medida, com o estudo do caso com determinada cautela, em diferentes situações, com a ponderação dos interesses de cada indivíduo (FREITAS, 2016).

O autor ainda complementa, com a abertura do leque para duas principais teorias, são elas:

Segundo a **teoria absoluta** do mínimo existencial, não obstante o reconhecimento de uma natural variabilidade relacionada aos critérios de tempo (lapso histórico determinado) e espaço (peculiaridades de cada país), tem-se que “o seu conteúdo pode ser previamente tracejado a partir de um elenco preferencial”, de sorte que um “núcleo duro” é formado, imune à atuação reformadora do Legislativo e dotado de exigibilidade imediata, contra a qual não pode subsistir barreira que impeça o seu cumprimento.

Por outro lado, a teoria relativa prevê que o conteúdo do mínimo existencial não consta de um rol acabado e definitivo. A sua identificação, assim, decorre da colisão de princípios apurada em cada caso concreto, resolvida pela técnica da ponderação. Trata-se de consequência lógica da teoria dos princípios, pela qual as decisões devem conter fundamentação forte, gerando segurança jurídica.

A teoria relativa – adotada no presente trabalho – parece melhor se coadunar para com o sistema jurídico regido pela Constituição Federal, na medida em que o uso da ponderação (com seus critérios de análise de adequação, necessidade e proporcionalidade em sentido estrito da pretensão), pelo magistrado ou pela própria Administração Pública em processos administrativos, é capaz de demarcar com maior clareza quando determinadas prestações estão circunscritas ao campo de atuação do mínimo existencial. (FREITAS, 2016, p. 23, grifo nosso).

A análise do citado faz refletir acerca da exegese de forma que não apenas se discute o direito à saúde como um todo, mas sim, sua importância no caso em concreto, visto que fornecer desenfreadamente tratamento clínico para milhares de

peças, poderá também significar a colisão e o total enfraquecimento do sistema público de finanças da própria saúde, quanto setor financeiro em geral, abdicando do fornecimento das mais variadas demandas da área da saúde em prol de pessoas que sequer passaram por seletiva, sendo a concessão de um direito real e necessário, declarado indistintamente.

Neste ponto é que se encaixa o segundo preceito também utilizado pelos doutrinadores na defesa da máquina pública: o argumento da reserva do possível, o qual, enquanto delimitador e contraponto do princípio do mínimo existencial, é utilizado pelo Poder Público para justificar sua insuficiência de recursos públicos, de forma que “[...] não se refere direta e unicamente à existência de recursos materiais suficientes para a concretização do direito social, mas à razoabilidade da pretensão deduzida com vistas a sua efetivação” (MÂNICA, 2007, p. 13).

Antes de iniciar o estudo propriamente dito, impende destacar que a discussão pela reserva do possível nasce após a menção promovida pelo Tribunal Constitucional alemão, em decisão conhecida como “Numerus Clausus” (BverfGE nº 33, S. 333), em que fora decidido número de vagas em escolas de medicina de Hamburgo e Munique, situação a qual buscava-se o aumento do número de vagas, limitado pela Alemanha em 1960. A pretensão havia sido fundamentada no artigo 12 da Lei Fundamental da Alemanha a qual dizia que “todos os alemães têm direito a escolher livremente sua profissão, local de trabalho e seu centro de formação”.

Ao decidir a questão, o Tribunal entendeu que o julgado em pauta encontrava respaldo na teoria reserva do possível, a qual resultaria de algo que o indivíduo entende de maneira racional buscar do Estado, tendo esta decisão muita relevância no que tange a razoabilidade de uma pretensão, ou seja, naquilo que pode ser factível de pedir em uma ação judicial.

Sobre a teoria, Sarlet (2001, p. 265), revela posicionamento:

[...] a prestação reclamada deve corresponder ao que o indivíduo pode razoavelmente exigir da sociedade, de tal sorte que, mesmo em dispondo o estado de recursos e tendo poder de disposição, não se pode falar em uma obrigação de prestar algo que não se mantenha nos limites do razoável.

A teoria da reserva do possível no Brasil, portanto, tal qual sua origem, não se atina exclusivamente ao ato de existir ou não recursos materiais para o fornecimento de determinada verba pública, mas sim à razoabilidade desta pretensão, para que seja um dia efetivada e posta em prática pelos seus administradores. Todavia, a

utilização desta teoria, especialmente no Brasil, sob a interpretação e transposição do que exposto na Alemanha, fez dela uma reserva do “financeiramente possível”, colocando-a como lime à efetivação dos direitos fundamentais (MÂNICA, 2007).

É cristalino que existem algumas falhas no sistema de políticas públicas relacionado à saúde, o próprio ordenamento sequer cumpre com as atualizações impostas coercitivamente pela Emenda Constitucional 29 e pela Lei Complementar 141, sendo que desde a sua promulgação não houve sequer acréscimos simultâneos ao número populacional de habitantes no país. Contudo, mesmo com um sistema inócuo na pretensão dos populares, não há como condená-los pela má gerência do setor público, que apenas limitou o número de medicamentos através da Política Nacional de Medicamentos, a qual é considerada dentro da autonomia do Estado, com ênfase na incorporação de medicamentos à Relação Nacional de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, o RENAME.

Vale salientar que este programa reserva, através dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT’s, a necessidade de determinados medicamentos, considerados importantes para o tratamento das mais diversas doenças, os quais estão previstos com o deferimento automático do Estado, após listagem prévia e cadastro nas Farmácias Básicas dos municípios respectivos de sua residência (FREITAS, 2016).

No entanto, apesar de parecer como instrumento para as ações de assistência farmacêutica no SUS, o RENAME apenas limita as obrigações do Estado, de modo que elenca, com o acréscimo de 39 itens no ano de 2020, o número de 921 medicamentos e insumos gratuitos mediante requerimento no Sistema Único de Saúde, o que apesar de ser expressivo, não abarca alguns dos medicamentos mais custosos ao orçamento público (RIBEIRO, 2020).

Além disso, muitas das vezes, apesar da menção do RENAME e nas Portarias de assistência à saúde, o fármaco em questão pode, simplesmente, não estar contemplado no orçamento público, não sendo mais adquirido para determinada competência, ou preterido por outros materiais que se mostraram mais buscados e necessitados por um número maior de pacientes, o que pode causar atraso no fornecimento da medicação e conseqüentemente, agravo na doença daquele necessitado que depende do uso contínuo para a sua sobrevivência.

Dessa forma, não há outra alternativa ao enfermo, senão o ingresso de demanda judicial, o que vem sendo feito de maneira desenfreada nos últimos anos, para o

desespero dos gestores públicos. O pedido judicial geralmente é concebido favoravelmente pelo Poder Judiciário, o qual, por entender o risco da situação envolvida, bem como o perigo da demora, acaba em deferir o direito do necessitado, acarretando uma carga pesada para o erário público, que precisa lidar com recursos para os fármacos “comuns” que ordinariamente são enviados para as farmácias municipais, em paralelo com o tratamento de medicamentos vultuosos, não previstos anteriormente em seus planos governamentais.

A situação em pauta, passando especificamente no tocante aos medicamentos de alto custo, tem controvérsia forte, pois não há ainda posicionamento final do que os são, ou quem está obrigado a fornecê-los e financiá-los. Este prognóstico inseguro de breve síntese já faz averiguar a necessidade de construção mais aprofundada com o fito de angariar respostas mais concisas e práticas para a aplicação desse direito tão essencial atualmente à vida de diversos brasileiros.

Isto assevera-se, pois, para a construção de um direito, além da norma especificadora, é necessário haver uma “fórmula”, um *modus operandi* que permita a disponibilização do direito na sua forma material, o que, no caso em tela, nem sempre é realizado de forma tão fácil (FREITAS, 2016).

O narrado é exemplo, pois, quando alguém necessita de um medicamento de alto custo, dentre os chamados medicamentos “excepcionais”, e, não dispõe de recursos para adquiri-lo, necessitará buscá-lo no Sistema Único de Saúde (SUS), que limita o número de fármacos disponibilizados administrativamente, deixando como única alternativa ao paciente, o ingresso de demanda judicial, onde será requerido o medicamento, ou valor correspondente para a sua aquisição.

Nesses casos, geralmente o necessitado é pessoa de poucos recursos financeiros, severamente hipossuficiente, o que por si só, já dificulta e muito sua condição de angariar a medicação, uma vez que para o ingresso de ação judicial, deverá contratar advogado ou até buscar o auxílio da Defensoria Pública.

Assim, para o pensamento de Mânica (2012), o direito a saúde está de certa forma individualizado de maneira que fere, inclusive, outro preceito constitucional de ordem fundamental, o direito a igualdade. Aduz o citado, que a utilização de demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos acaba fragilizando aqueles que não dispõem discernimento e talvez até condições financeiras e intelectuais para buscarem o acesso à justiça, mesmo que a assistência judiciária seja fornecida de forma gratuita pela Defensoria Pública, o que por si só, não é suficiente para

transformar o tratamento igualitário.

Acontece que, em que pese a argumentação extensiva e bem fundamentada por Mânica, quanto a individualização extrema no fornecimento de medicamentos pela via judicial, o que se têm hoje é a efetivação de um direito mal amparado pelo próprio Estado, que, frente a medicamentos de alto custo, prescritos para pessoas cuja capacidade econômica familiar não abarca sua dependência, acaba forçando a pretensão da população que vai em busca do auxílio do Poder Judiciário, abarcado pelo atual entendimento do Supremo Tribunal Federal, para ter efetivado seu direito fundamental a saúde.

Dessa forma, considerando o reproduzido teórico no envolvimento a existência de um direito fundamental ao mínimo existencial e aplicando-o no possível fornecimento de medicamentos de alto custo, extrai-se que, a exemplo das demais prestações de saúde (atendimento básico, exames, internamentos), também a dispensação de fármacos “excepcionais” pelo Estado se caracteriza como uma consequência de justiça social e, ainda, mais importante, uma medida que invoca cláusulas de direitos humanos, imbuída de empatia, intenção altruísta e solidariedade social. (FREITAS, 2016).

Assim, evitar a demanda jurisdicional pelo fato de não possuir o alcance *erga omnes* é, de certa forma, ceifar a condição daqueles que necessitam exercer seu direito constitucional de um preceito fundamental.

4.3 O papel do Poder Judiciário e a prestação da saúde diante das decisões paradigmáticas (RE 566.471/RN e RE 657.718/RN)

Com toda certeza receber tratamento médico adequado, com qualidade e de forma gratuita como exemplo mundial, é uma das grandes dificuldades de toda nação política. Contudo, com o estudo demonstrado é real a expectativa de que o fornecimento nos mínimos legais deve ser respeitado, podendo, em determinadas oportunidades, com fulcro no princípio da inafastabilidade da jurisdição, buscar o enfermo acesso à justiça e conseguir obter a plena saúde, o que muitas vezes traz grande controvérsia, principalmente para quem defende a administração do Estado.

A intenção da pesquisa a partir de agora será voltada para fomentar a cooperação entre os dois polos do paradigma, no intuito único de obter de forma mais justa a efetivação do direito à saúde satisfatório, principalmente àqueles que não

dispõem da condição financeira apropriada para alcançá-lo.

Diante de todo este corolário produzido, tendo a existência do direito à saúde dificuldade na via prática, agravado pela omissão do Estado, ou até pela má-prestação do serviço de saúde através dos órgãos farmacêuticos do governo, é facultado ao necessitado o ingresso de demanda judicial, pela qual deverá ser avaliado o caso em concreto e disponibilizado, se necessário, medicamento desejado.

A hipótese é discutida principalmente após a decisão do Recurso Extraordinário 566.471/RN, em que o Estado do Rio Grande do Norte evocando o princípio da reserva do possível, requereu a reforma de decisões que aplicavam ao Estado uma onerosidade altíssima após o Poder Judiciário do Estado do Rio Grande do Norte aplicar, mediante sentença, a obrigatoriedade do custeio de medicamentos de alto custo, o que não entendia viável, “[...] pois o Estado está destinando os recursos previstos para fazer face às políticas universais de saúde ao cumprimento das decisões judiciais que determinam o fornecimento individualizado de medicamentos extremamente caros”, sob a ótica de que caberia unicamente ao Estado a organização das políticas públicas para a dispensação dos medicamentos e não do poder jurisdicional (BRASIL, 2007, <<http://www.stf.jus.br>>).

O recurso em questão, sob a relatoria do Ministro Marco Aurélio Mello, tratava do caso em que uma pessoa idosa que dependia da administração de fármaco cujo princípio ativo denomina-se “citrato de sildenafil”, medicamento necessário para cardiomiopatia isquêmica e hipertensão arterial pulmonar, era o único possível para o tratamento de sua comorbidade e considerado de alto custo pelo Estado do Rio Grande do Norte (FREITAS, 2016).

A ação, uma obrigação de fazer, movida no Estado do Rio Grande do Norte, correu seu curso natural e com sentença de procedência do pedido do autor no juízo *a quo*, teve confirmação dos pedidos através do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Norte, que realizou o julgamento *ad quem* entendendo ser plausível os argumentos do magistrado de primeiro grau, mantendo na sua integralidade a sentença recorrida. (BRASIL, 2007).

Com o acórdão, o Estado do Rio Grande do Norte decidiu por interpor Recurso Extraordinário ao Supremo Tribunal Federal, o qual, no entendimento do Relator ficou evidenciado como objeto legítimo da repercussão geral aplicando-o como tema nº 6: a “obrigatoriedade de fornecimento de medicamento excepcional pelo Estado”, sendo dever da Corte Suprema dirimir a controvérsia, claramente em relação a necessidade,

ou não, do custeio de fármacos de custo extremamente elevado, sem perder de vista o critério objetivo dos limites do erário público, impostos através das políticas de recursos públicos (FREITAS, 2016). O aludido RE/566.471, possui ementa, cuja descrição segue:

SAÚDE - ASSISTÊNCIA - MEDICAMENTO DE ALTO CUSTO - FORNECIMENTO. Possui repercussão geral controversa sobre a obrigatoriedade de o Poder Público fornecer medicamento de alto custo. (RE 566471 RG, Relator: Min. Marco Aurélio, julgado em 15/11/2007, DJe-157 divulgação 06-12-2007 publicação 07-12-2007 DJ 07-12-2007 PP-00016 EMENT VOL-02302-08 PP-01685) (BRASIL, 2007, <<http://www.stf.jus.br>>).

A notoriedade do reconhecimento da repercussão geral do RE 566.471/RN foi tamanha, tanto que em poucos dias diversos Estados, Municípios e também outras entidades como a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro e associações das mais diversas distinções sociais acabaram postulando a admissão da Corte Suprema como terceiros interessados, no intuito de colaborar com o desenrolar do feito judicial, através do mecanismo de *amicus curiae* (BRASIL, 2007).

Toda essa celeuma fez com que o julgamento inicial ocorresse no Plenário do Supremo Tribunal Federal apenas em 15 de setembro de 2016, em julgamento conjunto ao RE 657.718/RN, que tratava da obrigatoriedade de concessão de medicamentos sem o registro dos órgãos de saúde, como a ANVISA, assunto que será tratado no presente capítulo, concomitantemente, uma vez que o *decisum* ficou consubstanciado ao Tema nº 6 da Repercussão Geral do STF.

O julgamento teve início, deveras, com o voto do Relator designado, Ministro Marco Aurélio Mello, que entendeu pela negativa de provimento do Recurso do Estado do Rio Grande do Norte, com fundamento que dá grande abrangência aos princípios do mínimo existencial e da dignidade da pessoa humana, o que de forma sintetizada pode-se destacar pela comparação do mínimo existencial em duas dimensões, uma objetiva, relacionada a imprescritibilidade do medicamento, e outra subjetiva relacionada a incapacidade financeira para adquiri-lo. O Relator acrescenta que para o deferimento do pedido judicial, o enfermo deverá ser amplamente identificado através de prescrição médica, com menção objetiva da sobrevida ou melhora da qualidade de sua vida, bem como é necessária a comprovação da ausência de condições financeiras pelo necessitado, em que o Estado figurará apenas de forma subsidiária, em casos que não haverá outra forma de custeio, visto que todo o liame

familiar, aqui representada pelo cônjuge, companheiro, ascendente ou descendente, independente do grau de parentesco, não detêm de condições financeiras para alcançá-lo, com analogia à prestação de alimentos prevista ordinariamente no Código Civil, caso que o direito ao medicamento de alto custo estará assegurado de forma constitucional (BRASIL, 2007).

Em contrapartida, o Ministro Luís Roberto Barroso, depois de concedida vista antecipada regimental na sessão anterior, realizou seu voto também no sentido do não provimento do recurso interposto pelo Estado do Rio Grande do Norte, porém, com motivações diversas de seu colega, sendo mais restritivo, preponderou a incorporação do dito medicamento na listagem oficial do SUS no decorrer do recurso, o que fez sob argumento de que, via de regra, não poderia ser o Estado obrigado a fornecer medicamento de alto custo, sem que este esteja presente nas listagens oficiais do Sistema Único de Saúde, salvo se: (I) não possuir fármaco substitutivo na rede farmacêutica; (II) não houver menção contrária quanto a inclusão do fármaco nas listas oficiais; (III) tiver eficiência comprovada de acordo com a medicina; bem como, (IV) tiver o feito principal litisconsórcio passivo com a União, única capaz de incluir medicamentos a listagem do SUS, tudo isso de forma consubstanciada a demonstração de possibilidade de custear o fármaco pelo paciente, ponto mínimo para a concessão do medicamento de alto custo (BRASIL, 2007).

Ábdito de ambos, o Ministro Luiz Edson Fachin deu parcial provimento no Recurso Extraordinário, eis que nas suas razões, detinha razão o recorrente pela necessidade de inclusão da União no polo passivo da demanda judicial, pelo fato do medicamento estar previsto nas listagens oficiais e financiado pelo ente federal. No entanto, aduziu que não se sustenta a tese da Administração, alegada pelo recorrente, visto que restava plenamente comprovada a excepcionalidade do medicamento em pauta, sendo que para o fornecimento de medicamento de alto custo, deverá sempre conter, além de prévio requerimento administrativo, a subscrição de médico da rede pública, consubstanciada a inexistência de outro fármaco substitutivo, ou inadequação do paciente, além da eficácia do tratamento médico atestada pelo responsável pela prescrição, o que restava comprovado no caso em apreço.

Encerrados os votos naquele momento com o pedido de vista pelo Ministro Teori Zavascki, falecido no começo de 2017, o julgamento foi postergado, e, apenas em 2020, no mês de março, na data de 11 de março, com a realização de nova sessão de julgamento, a controvérsia acabou sendo retomada e com o voto dos demais

Ministros, obteve-se decisão final que aplicou julgamento ao RE 566.471/RN no sentido que:

O Tribunal, por maioria, apreciando o tema 6 da repercussão geral, negou provimento ao recurso extraordinário, vencido parcialmente o Ministro Edson Fachin, que lhe dava parcial provimento. Em seguida, o Tribunal deliberou fixar a tese de repercussão geral em assentada posterior. Impedido o Ministro Dias Toffoli (Presidente). Ausente, por motivo de licença médica, o Ministro Celso de Mello. Presidiu o julgamento o Ministro Luiz Fux (Vice-Presidente). Plenário, 11.03.2020” (BRASIL, 2020, <<http://www.stf.jus.br>>).

A decisão, que deixou de fixar tese da repercussão geral – até o momento não publicada - foi composta também pelo voto do Ministro Alexandre de Moraes, que herdou a cadeira do Ministro Teori Zavascki, proferindo voto no sentido de negar provimento ao recurso, mas com ressalvas no que toca ao orçamento público, visto que no seu entendimento, apesar de ressaltar o direito à saúde como garantia prevista na Constituição Federal, ditou que a obrigatoriedade imposta pelo Poder Judiciário do fornecimento de medicamentos não previstos no sistema de saúde, coloca em risco o equilíbrio da própria política de saúde, dizendo: “[...] esse dinheiro sai do orçamento da saúde e deixará de atender outros medicamentos, outros tratamentos que foram de forma universal e igualitária, planejados pela saúde” (BRASIL, 2020, <<http://www.stf.jus.br>>).

A Ministra Rosa Weber, em seu voto também mencionou: “[...] fica clara a preocupação com relação ao plano da exequibilidade das decisões judiciais deste campo, haja vista as restrições orçamentárias e estruturais que recaem sobre o poder público, fato que constitui autêntico limite a atividade jurisdicional”. O voto da Ministra foi ao encontro do voto emitido pelo Relator Ministro Marco Aurélio, rejeitando o recurso interposto pelo Estado do Rio Grande do Norte (BRASIL, 2020, <<http://www.stf.jus.br>>).

Por sua vez, a Ministra Carmem Lúcia também proferiu voto pela rejeição do RE 566.471 dizendo que “[...] o Supremo vem mantendo a jurisprudência no sentido de dotar de eficácia os direitos fundamentais, especialmente estes como da saúde para garantir a cada um aquilo que seja não o que é seu, mas segundo a sua necessidade [...]” (BRASIL, 2020, <<http://www.stf.jus.br>>).

Nesse mesmo sentido, acompanhando o relator, votaram também os Ministros Ricardo Lewandowski, Gilmar Mendes e Luiz Fux, tendo este último presidido a sessão após declaração de impedimento pelo presidente da Corte, Ministro Dias

Toffoli. Na oportunidade, além de negar o dito Recurso Extraordinário, a Suprema Corte também reafirmou tese pela desnecessidade do fornecimento de medicamentos pelo Estado, em caso de ausência de registro na ANVISA, bem como medicamentos experimentais. Contudo, houve fixação de critérios para uma excepcionalidade, quando o medicamento sem registro sanitário tiver mora plausível da ANVISA em seu registro, e preenchidos três objetivos requisitos: (I) o pedido de registro (salvo medicamentos órfãos para doenças raras ou ultrarraras); (II) a prévia regulação no exterior; e, (III) a inexistência de substituto terapêutico no Brasil, forçando assim a análise da concessão do medicamento, independentemente de seu registro nos órgãos de saúde (BRASIL, 2019).

Ainda sobre o RE 657.718/RN, colaciona-se sua ementa:

O Tribunal, apreciando o tema 500 da repercussão geral, deu parcial provimento ao recurso extraordinário, nos termos do voto do Ministro Roberto Barroso, Redator para o acórdão, vencidos os Ministros Marco Aurélio (Relator) e Dias Toffoli (Presidente). Em seguida, por maioria, fixou-se a seguinte tese: "1. O Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos experimentais. 2. A ausência de registro na ANVISA impede, como regra geral, o fornecimento de medicamento por decisão judicial. 3. **É possível, excepcionalmente, a concessão judicial de medicamento sem registro sanitário, em caso de mora irrazoável da ANVISA em apreciar o pedido (prazo superior ao previsto na Lei nº 13.411/2016)**, quando preenchidos três requisitos: (i) a existência de pedido de registro do medicamento no Brasil (salvo no caso de medicamentos órfãos para doenças raras e ultrarraras);(ii) a existência de registro do medicamento em renomadas agências de regulação no exterior; e (iii) a inexistência de substituto terapêutico com registro no Brasil. 4. As ações que demandem fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA deverão necessariamente ser propostas em face da União", vencido o Ministro Marco Aurélio. Ausente, justificadamente, o Ministro Celso de Mello. Plenário, 22.05.2019. (BRASIL, 2019, <<http://www.stf.jus.br>>, grifo nosso).

Assim, o entendimento pacificado é de que o medicamento não avaliado pelo SUS, que não possui o registro na ANVISA, não terá obrigatoriedade de fornecimento por decisão judicial, o que poderá ser relativizado em casos que a própria decisão do Recurso Extraordinário 657.718/RN deixou claro em julgamento, eis que tratando do direito à saúde, a morosidade no fornecimento de medicamentos à pessoa sem condições financeiras para adquiri-lo, poderá acarretar na perda da possibilidade de seguir vivendo.

Por outro lado, não foi construída, até o presente momento, tese do tema nº 6 da repercussão geral - obrigatoriedade de fornecimento de medicamento excepcional pelo Estado – o que apesar do julgamento negando o recurso extraordinário, acabou

sendo deixado para momento posterior, até porque o tema alicerça o sobrestamento de mais de 42 mil processos que litigam o acesso à saúde, de medicamentos de alto custo (SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2020).

E este é o enfoque final da monografia, uma vez que inexistindo condições para a vida do paciente sem a concessão de determinado medicamento custoso, a vida é posta como massa de manobra, o que ultrapassa os limites da jurisdição, indo de encontro ao que prevê o orçamento público, mas no caminho da moralidade e da necessidade de igualdade àqueles que menos dispõem e dependem única e exclusivamente da máquina pública, como *ultima ratio* para sobrevivência.

O julgamento do tema nº 6 da jurisprudência do STF ainda não teve sua conclusão definitiva, eis que dependente da publicação de tese, porém esta parece estar no caminho da possibilidade de concessão, mas não obrigatoriedade dos medicamentos de alto custo, visto que comprovado, após redução específica das falas de todos os Ministros, que estão coadunados para o sentido de que, havendo a conjunção de situações como: (I) a inexistência de outro fármaco similar para o tratamento da enfermidade, (II) a presença de laudo técnico que ateste a melhora na qualidade de vida ou sobrevida do paciente, (III) a comprovação financeira familiar do enfermo, que será extensiva para todos os familiares de 1º e 2º grau, será plausível a subsidiariedade do Estado, com o fornecimento do medicamento de alto custo à determinada massa da sociedade que depende do apoio da máquina pública, visto que sem este auxílio, estarão fadados a insuficiência de recursos para custear o determinado medicamento que salvará sua existência.

Contudo, esta concessão do medicamento precisará estar dentro dos limites da razoabilidade de cada Estado ou município – o que objetivamente deverá ser posto em tese – que terão a obrigatoriedade inicial do fornecimento, sem abdicar-se do fornecimento de outros tratamentos, medicamentos, ou impulsões do Sistema Único de Saúde e talvez da própria estrutura da saúde pública do Estado-membro, ou município que, caso ameaçado, poderia ser evitado com o apoio da União, a qual deverá elaborar políticas públicas com a elaboração de um forte sistema de informações, com o uso da informática a favor do Estado.

Isto porque, com a utilização de um sistema ágil, que detivesse das necessidades dos comorbitados, o poder público poderia melhor gerenciar a aquisição de medicamentos de alto custo em larga escala, fazendo com que o preço, negociado diretamente com os fornecedores de medicamentos, fosse reduzido em situação mais

favorável do que a aquisição diretamente em farmácias particulares, ou similares, como acontece habitualmente, em casos que a contestação do Estado em não custeá-lo ultrapassa os cofres públicos.

Ademais, com a aplicação desta medida, poder-se-iam reduzir as demandas judiciais que assolam o judiciário brasileiro, uma vez que com a aquisição organizada pelo Estado, de forma conjunta com empresas de produção de medicamentos, a aplicação direta e administrativa resolveria grande parte dos litígios, retirando o interesse de agir de diversos pacientes que demandam ações judiciais.

Dessa forma, é preciso esclarecer que, de fato, o argumento efetivado pela reserva do possível pode sim ser invocado para limitar alguns direitos fundamentais no que diz respeito a limitação normativa, o que de certa forma já é realizado com a elaboração de normas administrativas que enumeram determinados medicamentos (RENAME, PCDT's). O fato do Poder Público deixar de ter recursos para custear as pretensões jurídicas perfeitamente encaixadas pelo sistema normativo é cristalino e factível ao passo das circunstâncias atuais, não existindo outra alternativa senão a deixa, sem executar a obrigação, o que continua sendo antijurídico, embora não seja culpável (HACHEM, 2014).

Contudo, tratando-se de pretensões jurídicas jusfundamentais, presentes no corpo de direitos fundamentais da Constituição Federal, nas leis federais, atos normativos e resoluções, não se está mais a tratar isoladamente do fato, pois, para sua conclusão houvera tratamento deliberativo e democrático suficiente para garantir sua existência no mundo jurídico, fato que traz embasamento para afirmar que a concessão de medicamentos de alto custo pelo Estado, encontra total amparo legal e constitucional, por mais que as políticas públicas reservadas a saúde sejam insuficientes ou mal planejadas, o que poderia ser assunto, inclusive, para outra pesquisa.

5 CONCLUSÃO

Apresentado o propósito da monografia, passa-se ao momento de exprimir, concisamente, as principais ideias permeadas na sua elaboração, no intuito de elucidar premissas e contribuir na evolução do estudo quanto à possibilidade jurídica da concessão de medicamentos que envolvem altas cifras, dispendiosos para o erário público, com o envolvimento de temas referidos durante a produção bibliográfica e todo o envolvimento teórico provocado.

Do primeiro capítulo, com o estudo da saúde como direito fundamental na Constituição Federal, a estruturação de um direito posto como cláusula pétrea faz entender porquanto são necessárias longas sessões de julgamento e demasiada preocupação no seu tratamento. O direito à saúde, consubstanciado na CF/88 traz longo paradigma nos dias de hoje, visto que desde sua concepção, como uma das principais garantias no Estado Democrático de Direito, possui larga extensão quanto atividade pública garantidora de preceitos fundamentais.

Aliás, isto só é possível através do forte movimento sanitário, assunto trazido também ao início do trabalho, o qual teve suma importância para que houvesse a inclusão de tantos direitos que garantem preceitos fundamentais na Carta Magna. A participação da comunidade através das comissões, conselhos, audiências e demais atividades fora fundamental para que hoje existam diversas organizações públicas preocupadas com a efetiva saúde aplicada em todo o território nacional, de forma igualitária e universal.

Vê-se, portanto, que a mudança ocorrera mesmo com a Constituição de 1988, pois, se percebe a luta dos movimentos sanitários, que apesar de terem iniciado entre a década de 1960 e 1970, como fórmula contrária ao produzido teórico do Sistema Nacional de Saúde imposto à época, foi apenas em 1988, através da Constituição Federal, que com acesso universal e igualitário, a participação da comunidade tomou voz, principalmente com a disposição nos artigos 6º e 196 a 200, bem como no artigo 198, em que houve menção específica no inciso III da Carta Magna, destinando à comunidade o direito de, em conjunto com o legislador, construir as bases do direito à saúde que ela mesma é destinatária.

Não menos importante, é necessário ressaltar a pesquisa de âmbito legislativo, com a procura de legislações que tiveram a participação efetiva na regulamentação do atual sistema de saúde do Brasil. A aplicação de políticas públicas de ordem

nacional, estadual, distrital e municipal com enfoque nas medidas que financiam o acesso universal à saúde em suas competências exclusivas e concorrentes, tudo isto ligado a uma conjuntura de âmbito constitucional com as normas relativas a toda federação, como também de incumbência infraconstitucional, principalmente no que toca a regulamentações práticas do direito à saúde, aplicação, gestão e delegação de setores de fiscalização e organização de produtos, como no caso da criação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) e da Lei que regulamenta a ANVISA (Lei nº 9.782/99).

O mesmo é feito através da divisão de competências administrativas dos entes federativos, os quais têm determinada autonomia na gestão de recursos públicos para o financiamento de medidas contudentes pela reserva e produção de serviços relacionados a aplicação da saúde no dia a dia dos indivíduos, principalmente após a regulamentação do Sistema Único de Saúde, órgão responsável pela disponibilização de tratamentos médicos, consultas, medicamentos e até terapias intensivas, na forma prevista na Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990).

Não obstante, reserva-se espaço também a competência legislativa, com a disposição de matérias pelos municípios dentro dos interesses locais de sua jurisdição, enquanto a União atua no âmbito federal e os estados-membros com toda a matéria delegada ou concorrente deixada pela União, abrangendo assim todos com poderes legiferantes nos limites estabelecidos pela Constituição Federal.

Já no segundo capítulo, a normatização do Sistema Único de Saúde (SUS), toma espaço como órgão concretizador do insculpido nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal, tendo características trazidas pela Lei Orgânica da Saúde, em consonância ao corolário técnico capaz de atender inclusive os medicamentos de alto custo, utilizando de seus princípios básicos que norteiam as relações interpessoais de custeio, para a aplicação e gestão de finanças públicas relacionadas a disponibilização de medidas públicas de saúde aos indivíduos.

O estudo pormenorizado do SUS começa por todos os precedentes de sua constituição, desde a necessidade dos planos de saúde pelos empregadores de empresas privadas, passando pelos diversos meios de saúde comunitária e também dos planos particulares até chegarmos ao INPS e, depois ao INAMPS, que incorporado ao Sistema de Saúde, deu forma ao Sistema Único de Saúde, através da Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990).

A adoção dos princípios da universalização, da equidade e da integralidade,

norteia e organiza a gestão do SUS, fazendo parte da sustentabilidade do Sistema, atuando como norteadores de equilíbrio entre todos os organismos de participação direta do Sistema de Saúde no Brasil, bem como o dever do Estado em realizar políticas públicas de enriquecimento da saúde.

Esta situação, que inclusive está prevista no seguir do segundo capítulo, tem menção com a organização e o planejamento de políticas públicas para um sistema forte e vigoroso à luz de um país democrático, o qual detém da regulamentação de uma saúde igualitária e de acesso universal aos seus populares.

Aliás, quanto as medidas públicas de saúde, o texto da monografia preocupou-se em mostrar as medidas efetivadas através da Emenda Constitucional nº 29 e da Lei Complementar nº 141, ambas criadas no intuito de regulamentar percentuais mínimos na ótica de gestão pública à saúde. Contudo, como crítica realizada, viu-se que tais percentuais mínimos, além de ainda possuírem disposição para a atualização quinquenal – conforme expresso no texto da Emenda 29 – deixam de apresentar requisitos de ampliação da forma em que crescente nossa população, erro inescusável do legislador que desconsiderou, ainda, o aumento populacional brasileiro nos últimos 30 anos.

Por fim, o terceiro capítulo traz o coração da monografia: A possibilidade jurídica do fornecimento de medicamentos de alto custo. O referencial teórico produzido elenca as decisões paradigmas do Supremo Tribunal Federal e os votos dos Ministros da Corte para estabelecer parâmetros e condições especiais no fornecimento de medicamentos que ultrapassam as listagens dos órgãos de saúde, bem como, na maioria das vezes, o orçamento previsto para a conotação do direito à saúde nos entes federativos.

Sob a ótica do princípio da separação dos poderes, o início da terceira parte do trabalho vem insculpido de maneira em que os Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário realizam a divisão de suas competências no mesmo patamar de igualdade conferido na teoria da tripartição de funções. A diversidade de situações que abarcam a sempre acalorada intromissão de atribuições, vem atrelada a realização de fiscalização de um poder ao outro, no mecanismo chamado de freios e contrapesos, o que dificulta o autoritarismo de um dos poderes, bem como a exigência de fazer cumprir a lei, independentemente de quem estiver a frente de sua decisão.

Assim, como dito, a necessidade de quem necessita socorrer-se ao Poder judiciário após negado serviço pelo Poder Executivo é reservado através do inegável

acesso à justiça, conferido constitucionalmente através do artigo 5º, inciso XXXV da Constituição Federal, pondo a salvo a análise pelo judiciário de questão que gera controvérsia jurídica, principalmente no caso do fornecimento de medicamentos de alto custo, pelo qual torna-se forçosa a prestação do Estado.

As considerações feitas através do argumento do mínimo existencial, fazem revelar o sentido de necessidade absoluta do ser humano, em deter, no mínimo, condições dignas de viver em sociedade, podendo dar sustento a si e sua família, com a utilização dos recursos públicos que razoavelmente pode-se exigir, dentro do que lhe é permitido na Constituição Federal. No mesmo interregno, é preservado como antagonista do mínimo existencial, a figura da reserva do possível, comumente utilizada para a justificação de fundamentação teórica do poder público em pleitos que envolvem medicamentos não listados na saúde pública, os tratados como medicamentos excepcionais.

Importante destacar que esta hipótese é concluída de forma que a ponderação dos argumentos fica atrelada a consubstanciação dos fatos que geram ao indivíduo o direito subjetivo de postular contra o órgão público, a concretização de um direito social, posto como norma constitucional, ao passo que aquele não dispõe de recursos financeiros para custeá-lo, bem como, o dito medicamento é o único capaz de atender as necessidades do enfermo, aumentando sua qualidade de vida, ou é necessário para sua subsistência, sendo o Estado compelido a custeá-lo, de forma similar ao que preza o Código Civil, na seara cível da seção de alimentos.

Ainda assim, vale concluir que existindo os pressupostos admitidos, o *decisum* de pleito individual de medicamentos, em que pese a quebra da ordem cronológica estabelecida pelo Sistema Único de Saúde, não ultrapassa os limites da segurança jurídica ou da igualdade material, tendo o respaldo legal e constitucional ao ponto que estão em consonância com o entendimento oposto pelos Ministros no julgamento de demandas que versam sobre os medicamentos de alto custo, dispensados através do Estado, como figura realizadora subsidiária do direito à saúde.

Não se pode olvidar que, no futuro, com a mudança desse paradigma, poderão ser executadas medidas diversas, como a hipótese da coletivização de demandas públicas, a fim de atender o mesmo propósito de conceder determinado medicamento, o que por si só já diminuiria o acerbado volume de processos judicializados que tratam unicamente da uniformização de jurisprudência para a concessão de medicamentos excepcionais.

Acontece que para sua ocorrência, depende-se de uma disposição virtual efetiva, que permitiria uma facilitação e a celeridade no processo de cadastramento e conclusão de pedidos para a concretização das demandas individuais, uma vez que se tratando de direito à saúde, a demora na prestação poderá ocasionar na perda da condição de vida do necessitado, caindo por terra o objeto principal e a motivação do ingresso de lide para a concessão de medicamento de alto custo: a vida.

Assim, tendo a existência de um sistema sólido informatizado, com vinculação de pacientes por todas as Secretarias de Saúde do território nacional, teríamos uma concentração de pleitos coletivos que permitiriam, inclusive, uma queda substancial do preço dos medicamentos, que adquiridos em massa, diretamente dos fornecedores, trariam vantagens para quem está a adquiri-los.

Chegado ao fim do proposto, combatendo o desafio de estudar o liame de situações que abarcar o direito à saúde e o fornecimento de medicamentos de alto custo pelo Estado, espera-se que os argumentos aqui deduzidos possam, de alguma maneira, contribuir para o estudo e a efetivação do direito social à saúde e a sua concretização final como direito de possuir as mínimas condições de vida, uma vez que a vida sem saúde, é como uma nuvem sem o céu.

REFERÊNCIAS:

ABREU, Alzira Alves de. Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). *FGV CPDOC*, [s.l.], [2009-2019]. Disponível em: <<http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/instituto-nacional-de-previdencia-social-inps>>. Acesso em: 20 out. 2019.

BARCELLOS, Ana Paula de. *A eficácia jurídica dos princípios constitucionais: o princípio da dignidade da pessoa humana*. 2. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2008. p. 288.

BOBBIO, Norberto. *A Era dos Direitos*. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BONAVIDES, Paulo. *Curso de Direito Constitucional*. 27. ed. São Paulo: Malheiros, 2011.

BITENCOURT, Caroline Müller; RECK, Janriê Rodrigues. Democracia Deliberativa, Teoria da Decisão e Suas Repercussões no Controle Social das Despesas em Saúde. In: BITENCOURT, Caroline Müller; RECK, Janriê Rodrigues. *Abordagens epistemológicas sobre democracia, políticas públicas e controle social*. Santa Cruz do Sul: Essere Nel Mondo, 2018, p.133-136.

BITENCOURT, Caroline Müller. *O controle jurisdicional de políticas públicas a partir das contribuições da teoria discursiva e democrática com base na dogmática e na realidade brasileira*. 2012. Tese de doutoramento (Pós-graduação em Direito) – Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2012.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 10 jan. 2018.

_____. Decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990. Vincula o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS ao Ministério da Saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 7 mar. 1990. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1990/decreto-99060-7-marco-1990-328511-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 20 out. 2019.

_____. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 13 jan. 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm>. Acesso em: 11 abr. 2020.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 20 out. 2019.

_____. Lei nº 8.142, 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] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 28 dez. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 20 out. 2019.

_____. Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 27 jul. 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8689.htm>. Acesso em: 20 out. 2019.

_____. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 26 jan. 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9782.htm>. Acesso em: 06 abr. 2020.

_____. Supremo Tribunal Federal. *Recurso Extraordinário 566471*. Relator: Ministro Marco Aurélio. Brasília, DF, 07 dez. 2007. Disponível em:

<<http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=2565078&numeroProcesso=566471&classeProcesso=RE&numeroTema=6>>. Acesso em: 05 mar. 2020.

_____. _____. *Recurso Extraordinário 566471*. Relator: Ministro Marco Aurélio. Brasília, DF, 11 mar. 2020. Disponível em:

<<http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=2565078&numeroProcesso=566471&classeProcesso=RE&numeroTema=6>>. Acesso em: 11 maio 2020.

_____. _____. *Recurso Extraordinário 657718*. Relator: Ministro Marco Aurélio. Brasília, DF, 22 maio 2019. Disponível em:

<<https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=4143144>>. Acesso em: 05 mar. 2020.

_____. Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Norte. *Apelação Cível nº 2007.003192-7*. 2ª Câmara Cível. Relator Des. Anderson Silvino. Unânime. Natal, RN, 10.07.2007. Disponível em:

<<http://esaj.tjrn.jus.br/cposg/pcpoResultadoConsProcesso2Grau.jsp?nuProcesso=20070031927&CDP=010001H7N0010&tpClasse=J&Ordenacao=AJBCDEFGHIKQS&poupu=false>>. Acesso em: 11 maio 2020.

BUCCI, Maria Paula Dallari. *Direito Administrativo e Políticas Públicas*. São Paulo: Saraiva, 2006.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7., 1980, Brasília. *Anais [...]*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1980.

DALLARI, S. A construção do direito à saúde no Brasil. *Revista de Direito Sanitário*, v. 9, n. 3, p. 9-34, 1 nov. 2008.

DWORKIN, Ronald. *A virtude soberana: a teoria e a prática da igualdade*. São Paulo: Martins Fontes, 2012.

FREITAS, Daniel Castanha de. *Direito fundamental à Saúde e medicamentos de alto custo: entre a administração pública e poder judiciário*. 2016. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Direito Econômico e Desenvolvimento) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2016.

FIGUEIREDO NETO, Manoel Valente *et al.* O processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde brasileiro e as novas perspectivas. *Âmbito jurídico*, [s.l.], maio 2019. Disponível em: <<https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-76/o-processo-historico-de-construcao-do-sistema-unico-de-saude-brasileiro-e-as-novas-perspectivas/>>. Acesso em: 20 out. 2019.

FLEURY, Sônia; DE CARVALHO, Antônio Ivo. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). *FGV CPDOC*, [online]. Disponível em: <<http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/instituto-nacional-de-assistencia-medica-da-previdencia-social-inamps>>. Acesso em: 20 out. 2019.

GIACOMONI, James. *Orçamento Público*. 13. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

GUIDINI, Cristiane. *Abordagem histórica da evolução do sistema único de saúde brasileiro: conquistas e desafios*. 2012. Monografia de Conclusão de Curso (Pós-graduação em direito) – Universidade Federal de Santa Maria, Tio Hugo, 2012.

HACHEM, Daniel Wunder. Mínimo existencial e direitos fundamentais econômicos e sociais: distinções e pontos de contato à luz da doutrina e jurisprudência brasileiras. *In: BACELLAR FILHO, Romeu Felipe; HACHEM, Daniel Wunder (Coord.). Direito público no Mercosul: intervenção estatal, direitos fundamentais e sustentabilidade*. Belo Horizonte: Fórum, 2013. p. 205-240.

HACHEM, Daniel Wunder. *Tutela administrativa efetiva dos direitos fundamentais sociais: Por uma implementação espontânea, integral e igualitária*. 2014. Tese de doutoramento (Pós-graduação em Direito) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.

LEITE, Harrison Ferreira. *Autoridade da Lei Orçamentária*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2011.

LEMONS JUNIOR, Erildo Simeão Camargo. *A tutela à efetivação do direito fundamental à saúde no fornecimento de alimentos especiais pelo Estado por via*

judicial. 2018. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Direito) – Fundação Escola Superior do Ministério Público, Porto Alegre, 2018.

MÂNICA, Fernando Borges. Teoria da Reserva do Possível: Direitos Fundamentais a Prestações e a Intervenção do Poder Judiciário na Implementação de Políticas Públicas. *Revista Brasileira de Direito Público*, Belo Horizonte, ano 5, n. 18, p. 169-186, jul./set. 2007.

_____. Saúde: um direito fundamental social individual. *Revista Brasileira de Direito da Saúde*, Belo Horizonte, v. 1. p. 21-34. jul./dez. 2011.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. *Eficácia das normas constitucionais e direitos sociais*. 1ª ed., 3ª tir. São Paulo: Malheiros, 2011.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. *História, Ciências, Saúde*, Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 21. Disponível em <<https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00077.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2020.

MORAES, Alexandre de. *Direito Constitucional*. 15. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

MOREYRA, Sandra. Rio era uma cidade quase oriental em 1808: As mulheres se sentavam no chão, com as pernas cruzadas. Nas ruas o dinheiro corria no maior entreposto de escravos da colônia. *G1*, Rio de Janeiro, nov. 2007. Disponível em: <<http://g1.globo.com/Noticias/Brasil/0,,MUL196751-5598,00-RIO+ERA+UM+CIDADE+QUASE+ORIENTAL+EM.html>>. Acesso em: 20 out. 2019.

MULLER, Pierre; SUREL Yves. *A análise das Políticas Públicas*. Pelotas: Educat, 2002.

SOUZA NETO, Claudio Pereira de; SARMENTO, Daniel. *Direito Constitucional*. 2. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2014.

NOVAIS, Jorge Reis. *Direitos sociais: teoria jurídica dos direitos sociais enquanto direitos fundamentais*. Coimbra: Coimbra, 2010.

NUNES JUNIOR, Flávio Martins Alves. *Curso de Direito Constitucional*. 2. ed. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2018. E-book. Disponível em: <<https://proview.thomsonreuters.com/title.html?redirect=true&titleKey=rt%2Fmonografias%2F121533435%2Fv2.6&titleStage=F&titleAcct=i0ace3e350000156b493c5c0e65dfcd9#sl=0&eid=dfc0d8f7a1c72d349b03f5b17a3ca7d0&eat=%5Bbid%3D%221%22%5D&pg=&psl=e&nvgS=false>>. Acesso em: 21 out. 2019.

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

PASCHE, Dário Frederico; VASCONCELOS, Cipriano Maia de. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. de S. *et al. Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 531-562.

PINTO, Flávia Cristina Morone; SOUZA, Vagner Pereira de. A vinda da Família Real para o Brasil e as Transformações na Saúde Pública no Rio de Janeiro. 1º Congresso de História das Ciências e das Técnicas e Epistemologia – UFRJ/HCTE – Rio de Janeiro, 22-23 set. 2008. Disponível em: <http://periodicos.unisanta.br/index.php/lss/article/download/1710/1407>>. Acesso em: 21 out. 2019.

PIVETTA, Saulo Lindorfer. *Direito Fundamental à saúde: Regime jurídico-constitucional, políticas públicas e controle judicial*. 2013. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Direito) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

PORTAL DO GOVERNO BRASILEIRO. Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona. *Ministério da Saúde [online]*. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>>. Acesso em: 20 out. 2019.

_____. Sobre o FNS. *Ministério da Saúde [online]*. Disponível em: <<https://portalfns.saude.gov.br/sobre-o-fns>>. Acesso em: 07 abr. 2020.

RIBEIRO, Wandy. *Nova lista de medicamentos da RENAME 2020 [online]*. Disponível em <<https://www.ictq.com.br/farmacia-hospitalar/1047-nova-lista-de-medicamentos-da-rename-2020>>. Acesso em: 06 maio 2020.

RIOS, Roger Raupp. Direito à saúde, universalidade, integralidade e políticas públicas: princípios e requisitos em demandas judiciais por medicamentos. *Revista Doutrina da 4ª Região*, Porto Alegre, n. 31, agosto, 2009. Disponível em: <http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao031/roger_rios.html>. Acesso em: 08 abr. 2020.

SARLET, Ingo Wolfgang. *A eficácia dos direitos fundamentais*. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. In: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti (Coord.). *Direitos fundamentais: orçamento e “reserva do possível”*. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2013. p. 13-50.

SARMENTO, Daniel; TELLES, Cristina. Judicialização da saúde e responsabilidade federativa: solidariedade ou subsidiariedade? In: ASENSI, Felipe Dutra; PINHEIRO, Roseni (Orgs.). *Direito sanitário*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

SCHIER, Adriana da Costa Ricardo; SCHIER, Paulo Ricardo. O serviço público adequado e a cláusula de proibição de retrocesso social. In: CONPEDI/UFS (Org.). VITA, Jonathan Barros; CARDIN, Valéria Silva Galdino; SILVA, Lucas Gonçalves da. (Coords.). *Direitos fundamentais*. Florianópolis: CONPEDI, 2015. p. 532-555.

SOUZA, Simone Letícia Severo e. *Direito à saúde e políticas públicas: do ressarcimento entre os gestores públicos e privados da saúde*. Belo Horizonte: Del Rey, 2015.

SOUZA, Mauro Luís Silva De. *Participação social e controle social na conformação*

do direito à saúde: Crítica à atuação judicial e inversão da lógica constitucional e propostas de harmonização para a gestão de saúde no Brasil. 2020. Tese de Pós-graduação (Pós-graduação em Direito) – Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2020.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Notícias. Estado não é obrigado a fornecer medicamentos de alto custo não registrados na lista do SUS (atualizada). *STF*, Brasília, DF, 11 mar. 2020. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=439095&caixaBusca=N>>. Acesso em: 11 maio 2020.

TORRES, Ricardo Logo. A cidadania multidimensional da era dos direitos. *In*: _____ (Org.). *Teoria dos direitos fundamentais*. Rio de Janeiro: Renovar, 1999. p. 262-263.