

FACULDADE EVANGÉLICA RAÍZES
JÚLIA ESTEVÃO JAIME DE MELO

A JUDICIALIZAÇÃO DOS MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO

Anápolis/GO

2021

JÚLIA ESTEVÃO JAIME DE MELO

A JUDICIALIZAÇÃO DOS MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Direito pela Faculdade Evangélica Raízes, sob orientação do Professor Lucas Santana de Lima.

Anápolis/GO

2021

FOLHA DE APROVAÇÃO

A JUDICIALIZAÇÃO DOS MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Faculdade Raízes, para
obtenção do título de Bacharel em Direito.

BANCA EXAMINADORA

MEMBROS COMPONENTES DA BANCA EXAMINADORA:

Presidente: Lucas Santana de Lima

Membro Titular:

Membro Titular:

RESUMO

O presente trabalho abordou a Judicialização dos Medicamentos de Alto Custo, analisando a evolução histórica do Direito à saúde e a crescente ocorrência de tal fenômeno jurídico na atualidade. Fez-se necessário entender o contexto em que o direito a saúde fora elencado como direito fundamental, as mudanças na abordagem do tema nas constituições brasileiras, os reflexos trazidos pela reforma sanitária brasileira e também os mecanismos utilizados na judicialização dos medicamentos cujo valor onera em excesso o paciente e os reflexos orçamentários das decisões favoráveis nesse sentido. Assim sendo, o trabalho busca apresentar a forma alternativa encontrada pelos pacientes que necessitam de medicamentos de alto custo para conseguir satisfazer um direito essencial, qual seja, a apreciação judicial.

PALAVRAS-CHAVE: Constituição Federal. Sistema Único de Saúde. Judicialização. Reserva do possível. Mandado de Segurança.

ABSTRACT

The present work addressed the Judicialization of High Cost Medicines, analyzing the historical evolution of the Right to Health and the increasing occurrence of such a legal phenomenon today. It was necessary to understand the context in which the right to health was listed as a fundamental right, the changes in the approach to the subject in Brazilian constitutions, the consequences brought by the Brazilian health reform and also the mechanisms used in the judicialization of medicines whose value is excessively charged the patient and the budgetary consequences of favorable decisions in this regard. Therefore, the work seeks to present the alternative way found by patients who need high-cost medications to be able to satisfy an essential right, namely, judicial review.

KEYWORDS: Federal Constitution. Unified Health System. Judicialization. Booking as possible. Writ of Mandamus.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
1. DIREITO A SAÚDE NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO	10
1.1 Saúde no Contexto dos Direitos Fundamentais	10
1.2 Proteção ao direito à Saúde no Brasil e a Reforma Sanitária Brasileira	12
1.3 Garantias ao direito à Saúde nas Constituições Federais.....	15
2- POLÍTICAS PÚBLICAS DE FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS.....	19
2.1 Distribuição de competência entre os Entes Federativos.....	19
2.2 Sistema único de saúde -SUS.....	22
2.3 Políticas públicas de saúde	24
3. O FENÔMENO DA JUDICIALIZAÇÃO DOS MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO	28
3.1 Judicialização como garantia da efetividade do Direito à saúde	28
3.2 Princípio da Reserva do Possível.....	31
3.3 Mandado de Segurança – medida cabível para a obtenção dos medicamentos de alto custo	33
CONCLUSÃO.....	37
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39

INTRODUÇÃO

O presente estudo traz, primeiramente o conceito de saúde, que em suma, é considerado de forma ampla, como a totalidade de bem-estar do ser humano que tem direito a ser saudável física, mental e emocionalmente.

O direito à saúde, em um contexto global, não encontrava tanto respaldo jurídico, até ser elencado à categoria de Direito Fundamental a partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, que, atrelada ao repúdio aos horrores da Segunda Guerra Mundial, instituiu o Direito à saúde como direito essencial à dignidade.

No Brasil, um grande marco para um olhar mais atencioso à saúde, foi a Reforma Sanitária Brasileira, cujo início se deu em um cenário pós ditadura militar, onde havia grande preocupação com a individualidade do ser humano e também com as doenças que se alastravam pelo território nacional. A partir desse movimento, a saúde ganhou novas previsões nas constituições Federais, ganhando mais enfoque na Carta Magna de 1988, na qual passou a ser um direito de todos e dever do Estado.

Sendo considerado um Direito de todos em face do Estado, faz-se necessário falar sobre a competência do fornecimento de tal prestação. Trata-se de competência solidária entre os entes da federação, que são coobrigados a garantir a efetividade do Direito à saúde. Entretanto, mesmo estando nas mãos da Administração pública o dever de prestação, foi necessária a descentralização e possibilidade de delegação do serviço à particulares como forma de garantir a especialização e maior acesso à saúde pelos usuários e conseqüentemente, o desafogamento do sistema público.

A principal ferramenta criada para facilitar o acesso à saúde é o Sistema Único de Saúde (SUS), que oferece gratuitamente centenas de procedimentos e medicamentos gratuitos, para tratamento e prevenção de doenças. É por meio do SUS que podemos perceber a divisão de tarefas entre os entes federados, pois, em sua constituição, temos os órgãos dos respectivos entes atuando em seus territórios.

Outro modo de se chegar a uma prestação efetiva do direito à saúde é por meio das políticas públicas de saúde, desenvolvidas para atender as necessidades específicas de determinado local ou comunidade. Elas são elaboradas levando em conta alguns fatores, tais como a viabilidade econômica e a especialização dos

agentes, por exemplo, analisados dentro das possibilidades do Ente que a desenvolver.

Entretanto, no exercício efetivo desse direito, o usuário muitas vezes se depara com alguns obstáculos à prestação, por esse motivo buscou-se reunir informações com o objetivo de responder aos problemas da presente pesquisa: Quais as barreiras enfrentadas pelo enfermo na satisfação do seu direito à saúde?

Referente ao problema de pesquisa, definiu-se pela seguinte formulação:

Objetivo geral: Analisar os motivos da crescente judicialização de medicamentos de alto custo e a problemática por trás desta prática.

Já quanto aos objetivos específicos, tem-se os seguintes: 1) analisar garantia do direito à saúde no mundo e no país; 2) entender os motivos que levam o indivíduo a se valer da judicialização do medicamento de que necessita; 3) estudar a problemática por trás das decisões judiciais no âmbito financeiro da administração pública em geral.

O tema é de grande relevância por trazer à tona os obstáculos enfrentados pelo paciente quando precisa se valer do sistema público de saúde. E também por instigar a reflexão sobre a efetividade das políticas públicas nesse âmbito e, sobretudo, entender o paralelo entre necessidade e possibilidade no tocante a obrigação do Estado em fornecer os serviços relacionados à saúde.

A escolha do tema foi pautada na relevância, do ponto de vista jurídico, dos assuntos relacionados à saúde, uma vez que se trata de direito fundamental garantido pela Constituição Federal, conforme redação do art. 196.

É importante destacar também a dificuldade de acesso aos medicamentos pelas sobrecarregadas vias judiciais que pode culminar na progressão da comorbidade ou até mesmo, em casos mais graves, na morte de quem aguarda seu recebimento.

Para concreta elaboração do artigo será utilizado o método de pesquisa bibliográfica para entender o crescente fenômeno da judicialização da saúde.

No que tange a abordagem do tema, o método utilizado será o de pesquisa descritiva e explicativa.

Por meios dessas técnicas de pesquisa, ao se basear em obras já publicadas sobre o assunto, o artigo vai conceituar e caracterizar o fenômeno da judicialização dos medicamentos de alto custo, bem como expor os fatores que ensejam a intervenção do Judiciário no fornecimento de medicamentos custosos, se

valendo principalmente das previsões normativas da Carta Magna e demais diplomas legais que contenham as referidas previsões. Ademais, optou-se pela contribuição de vários autores, dentre eles Sonia Fleury (2018); Helena Dias (2015); Duciran Van Marsen Farena (1997); Mariana Jansen (2019); Sergio Jund (2008); Patrícia T. R. Lucchese (2004), entre outros, cujos trabalhos contribuíram grandemente com a conclusão do presente estudo.

O trabalho se divide em três capítulos, cada um deles destinado a compreensão do tema abordado.

Apresentam-se no primeiro capítulo a conceituação de saúde, o momento histórico em que foi elencado à qualidade de direito fundamental e sua evolução histórica no que tange a abordagem pelas Constituições Federais ao longo da história.

O segundo capítulo se preocupa em trazer a competência dos entes federados quanto ao fornecimento de medicamentos e tratamentos, a organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde e o procedimento de criação de uma política pública de saúde e suas atribuições.

Por fim, o terceiro capítulo traz o fenômeno da judicialização dos medicamentos de alto custo em contraposição ao orçamento público, levando em consideração o princípio da Reserva do possível e o meio pelo qual se obtém essa prestação, qual seja: o Mandado de Segurança.

1. DIREITO A SAÚDE NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO

1.1 – Saúde no Contexto dos Direitos Fundamentais

Sobre o conceito de direito fundamental, é pacífico o entendimento de que se trata da garantia, por parte do Estado e da coletividade, do mínimo necessário para a sobrevivência de um indivíduo e manutenção de sua família. Compreendem desde o direito à vida até direitos políticos e os relacionados ao trabalho. Bastos (2018, online), entende:

Os direitos e garantias fundamentais, como o próprio nome já revela, são direitos garantidos, hoje, a todos os seres humanos, enquanto indivíduos de direito. Tratam-se, assim, de garantias formalizadas ao longo do tempo, inerentes aos indivíduos. E, em razão disso, costumam andar atrelados às concepções de direitos humanos.

Sabe-se que é de longa data a caminhada já percorrida na luta pela efetiva concretização desses direitos. Prova disto é seu surgimento, que está atrelado à concepção de Estado Constitucional, como entende Sarlet (2009, p.36):

[...] a história dos direitos fundamentais é também uma história que desemboca no surgimento do moderno Estado constitucional, cuja essência e razão de ser residem justamente no reconhecimento e na proteção da dignidade da pessoa humana e dos direitos fundamentais do homem. Neste contexto, há que dar razão aos que ponderam ser a história dos direitos fundamentais, de certa forma (e em parte, poderíamos acrescentar), também a história da limitação do poder.

Uma das principais garantias tuteladas pelos direitos fundamentais é a que se refere à saúde dos indivíduos. Houve crescente preocupação nesse sentido após os horrores enfrentados pelas vítimas da Segunda Guerra Mundial que fizeram com que o bem-estar da coletividade fosse visto como preceito de dignidade. Para Martins (2020, online):

[...] o conceito de saúde não pode ser visto apenas como a ausência de doença ou enfermidade. Ele envolve um estado completo de bem-estar físico, mental e social. Essa definição foi elaborada em 1947, mas ainda existem desafios para promover uma vida saudável focando esses diferentes aspectos. Afinal, para alcançar esse objetivo é preciso:

- preocupar-se com o equilíbrio orgânico do indivíduo;
- evitar situações que coloquem sua integridade em risco;
- garantir que tenha uma mente saudável, evitando estresse, baixa autoestima e depressão;
- promover uma boa convivência interpessoal privada e profissional.

Nesta Senda, a partir do direito fundamental à saúde, o indivíduo é considerado em sua totalidade e lhe é assegurado a possibilidade de ser saudável física, mental e socialmente. Pensando nisso, viu-se a necessidade de se criar institutos cuja finalidade fosse colaborar com os Estados na promoção desse direito e na fiscalização das políticas adotadas para esse fim.

Um dos principais órgãos criados com essa finalidade é a Organização Mundial da Saúde (OMS), fundada em 07 de abril de 1947 após assinatura dos 61 países membros da Organização das Nações Unidas. Jansen (2019, online), conceitua:

[..] é a agência da Organização das Nações Unidas (ONU) especializada nas questões médicas e de saúde. É, atualmente, um dos principais órgãos responsáveis pela definição da agenda internacional para assuntos relacionados a esses temas.

Atuando integralmente em assuntos relacionados à saúde, a OMS carrega importantes conquistas no cenário mundial como a participação no combate ao surto e controle de HIV na década de 80 e as inúmeras pesquisas a fim de erradicar a Pólio, cujo proveito foi a redução de 99% dos casos de poliomielite no mundo. Santos (2020, online) cita como as principais atribuições da OMS:

- Ajudar os Governos no fortalecimento dos serviços de saúde;
- Estimular trabalhos para erradicar doenças;
- Promover a melhoria da nutrição, habitação, saneamento, recreação, condições econômicas e de trabalho da população;
- Estimular a cooperação entre grupos científicos para que estudos na área de saúde avancem;
- Fornecer informações a respeito de saúde;
- Realizar a classificação internacional das doenças.

Outro marco relacionado à garantia de saúde foi instituído pela Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), de 1948 que elencou as diretrizes de proteção aos indivíduos a serem alcançadas por todos os povos e as discutiu em nível global. Segundo Ribeiro (2020, online):

A Declaração Universal dos Direitos Humanos é um documento que delimita os direitos fundamentais do ser humano. Foi estabelecida em 10 de dezembro de 1948 pela Organização das Nações Unidas (ONU), à época composta por 58 Estados-membros, entre eles o Brasil.

Fortemente ligada ao fim da segunda guerra mundial e visando assegurar que outro conflito dessa magnitude não voltasse a acontecer em razão do desprezo à dignidade da pessoa humana e a supremacia de uma raça em detrimento à outra, a DUDH possui em seu texto os princípios basilares dos direitos fundamentais, como pode-se observar em seus objetivos:

Agora, portanto, A ASSEMBLÉIA GERAL proclama ESTA DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS como um padrão comum de realização para todos os povos e todas as nações, a fim de que cada indivíduo e cada órgão da sociedade, mantendo esta Declaração constantemente em mente, se esforce ensinando e educando para promover o respeito por esses direitos e liberdades e por medidas progressivas, nacionais e internacionais, para assegurar seu reconhecimento e observância universal e efetiva, tanto entre os povos dos próprios Estados membros como entre os povos dos territórios sob sua jurisdição.

(Assembleia Geral da ONU, 1948, online)

Em seus artigos são reafirmados os direitos essenciais à dignidade, igualdade e saudável desenvolvimento da vida humana e entre eles o direito à saúde, elencado em seu artigo XXV:

Toda pessoa tem direito a um nível de vida adequado à sua saúde e bem-estar e ao de sua família, incluindo alimentação, roupas, moradia e cuidados médicos e serviços sociais necessários, e o direito à segurança em caso de desemprego, doença, deficiência, viuvez, velhice ou outra falta de sustento em circunstâncias fora de seu controle.

(Assembleia Geral da ONU, 1948, online):

Assim sendo, temos que a Saúde, a partir da ótica dos direitos humanos fundamentais, é preceito de dignidade e foi assim instituída como forma de assegurar à sociedade mecanismos de fiscalização e promoção de uma vida digna em todos os seus aspectos.

1.2 – Proteção ao direito à Saúde no Brasil e a Reforma Sanitária Brasileira

Diante de um cenário pós Ditadura Militar, inaugurou-se no país um movimento de reforma democrática cujo objetivo era eliminar as formas autoritárias de controle sobre a população. Neste contexto, a fim de incluir os populares na administração do Estado, deu-se o início de uma época de participação da sociedade

na tomada de decisões, principalmente nas de relevância social. No contexto do presente artigo, a exemplo, temos a participação dos usuários dos serviços de saúde na VIII Conferência Nacional de Saúde, presidida por Sérgio Arouca, em 1986 que fora motivada pela necessidade de redemocratização do Estado, bem como a crescente preocupação com os direitos fundamentais que percorria o país, dados os graves episódios de doenças contagiosas que se manifestavam no cenário mundial, como o surto de HIV, por exemplo, entre as décadas de 80 e 90.

Arouca (1985, p.35) como grande idealizador do movimento, abriu a VIII Conferência com o seguinte dizer:

Inicialmente eu também gostaria de dizer que, infelizmente por condições absolutamente arquitetônicas, existe um fosso entre a mesa e a plateia, quando na realidade toda a nossa intenção, ao contrário de colocar jacarés, crocodilos e demais espécies peçonhentas no fosso, sempre foi de conseguir uma integração bastante clara, transparente, objetiva na discussão das questões de política de saúde. Por isso, eu gostaria de solicitar que na realidade nós estivéssemos o mais próximo possível nessa discussão sobre políticas de saúde. Em segundo lugar, eu gostaria também de pedir desculpas aos sanitaristas, aos médicos, aos profissionais da área, aos pesquisadores, aos funcionários que trabalham no Ministério da Saúde, mas, na realidade, hoje, nesta 8ª Conferência Nacional de Saúde, acho que temos um convidado, um participante que conseguiu um lugar nesta Conferência, com bastante sacrifício, e que é a sociedade brasileira organizada. Eu acho que é muito para eles que eu gostaria, hoje, quase que dedicar estas palavras. Acho que o fato de estar aqui na 8ª Conferência Nacional da Saúde, a representação de confederações nacionais de trabalhadores, de estarem aqui representados e pedindo direito à voz e a voto o movimento popular da saúde de Recife, pelo fato de estarem aqui participando associações de bairro e outras entidades da sociedade brasileira como a CNBB, a ABI, a OAB, enfim o conjunto de entidades que conseguimos identificar num mapeamento quase que exaustivo da sociedade brasileira, eu gostaria de considerá-los como membros privilegiados desta 8ª Conferência Nacional da Saúde. E a eles quero dedicar a discussão sobre essa questão de 'Democracia é Saúde' que vamos enfrentar.

Criadas no governo Vargas, pela lei n. 378/1937, as CNS são órgãos que reformularam a sistemática dos ministérios da Saúde e também da educação de forma a garantir maior participação e fiscalização do Governo Nacional nesses âmbitos.

A VIII conferência, realizada entre os dias 17 e 21 de março de 1986, trouxe consigo mudanças significativas:

[...] foi a primeira conferência que contou com a participação de usuários. Antes dela, os debates se restringiam à presença de deputados, senadores e autoridades do setor. As conferências eram “intraministério”. O Ministério da Saúde convidava pessoas das secretarias e intelectuais, mas os eventos não tinham a dimensão atual. Arouca, que estava no núcleo do movimento sanitário e na época era presidente da Fiocruz, foi convidado a presidir a 8ª Conferência. (Conselho Nacional de Saúde, 2019, online).

Os principais temas discutidos na referida Conferência levaram a conclusão de que se fazia necessária, diante do contexto nacional, uma alteração legislativa para se ampliar o que se entendia por saúde e também os ideais do que posteriormente seria conhecido como a Reforma Sanitária Brasileira.

O relatório final aponta a importante conclusão de que as mudanças necessárias para a melhoria do sistema de saúde brasileiro não seriam alcançadas apenas com uma reforma administrativa e financeira. Era preciso que se ampliasse o conceito de saúde e se fizesse uma revisão da legislação. Em outras palavras, era preciso implantar uma Reforma Sanitária. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019, online)

O principal proveito da Conferência, que contou com a participação de aproximadamente quatro mil pessoas sendo, destas, 50% populares, foi o primeiro projeto de emenda constitucional que contou com a participação do povo e a iniciativa do movimento de Reforma Sanitária Brasileira.

Fleury (2018, p.15), entende a RSB como “conjunto diversificado de atores e forças sociais capazes de se organizar para derrubar a ditadura” e que durante sua elaboração, foi erguida a bandeira “saúde é democracia” como “força motriz”.

Entendida como um movimento e reforçando o significado da palavra como sendo um “processo” ou algo “inacabado”, a reforma Sanitária Brasileira é vista por Cohn (1989, p.129) como:

[...] “deslocamento do poder político em direção às camadas populares”, que implica a análise da natureza da transição democrática brasileira, bem como do real peso efetivo da “transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde”. Atentar para essas questões resulta, portanto, em entender a Reforma Sanitária como um fenômeno intrinsecamente político, que exige estreito suporte técnico”.

Dentre os desfechos da RSB, Sérgio Arouca, cita como sendo os principais:

[...] a universalização na Saúde (o princípio constitucional que estabelece que todo brasileiro tem direito à saúde), definindo com clareza o dever do Estado e a função complementar da saúde privada; a ideia de que a saúde deve ser planejada com base nas conferências; a formalização dos Conselhos de Saúde como parte do SUS, tendo 50% de usuários; e a formação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, que transformou o texto da constituinte na Lei Orgânica 8080. (CRUZ, online)

Em suma, podemos resumir a RSB como o movimento na área da saúde que instituiu a coragem de se buscar o novo, de se desmanchar o autoritarismo e marco da luta para a democratização de um Estado que, durante anos, conviveu com o fantasma da autoridade desenfreada e que agora, tentava se reerguer tendo como princípio a participação popular nas decisões do Estado.

1.3 - Garantias ao direito à Saúde nas Constituições Federais

Como mencionado a cima, sabemos que nem sempre a saúde pública foi considerada como um direito universal e nem sempre o Estado se colocou na posição de responsável pelo seu acesso. As primeiras noções dessa garantia como sendo papel do Governo datam do século XX e estão atreladas ao surgimento dos Estados Sociais. Somente na constituição de 1988, a chamada Constituição Cidadã, é que o tema fora abordado mais amplamente e alçado à categoria de direito social.

Antes da atual constituição, o cidadão, para ter acesso à saúde pública, precisava preencher alguns requisitos como contribuição para a previdência social, por exemplo. Quem não preenchesse os requisitos era obrigado a recorrer apenas à iniciativa privada.

Na primeira constituição, datada de 1824, a Constituição Imperial, não houve uma previsão detalhada acerca do tema saúde. O legislador constituinte apenas assegurou aos cidadãos o direito à “socorros públicos” em seu artigo 179, § 31:

Art. 179. A inviolabilidade dos direitos civis e políticos dos cidadãos brasileiros, que tem por base a liberdade, a segurança individual e a propriedade, é garantida pela Constituição do Império, pela maneira seguinte:

[...] 31) A Constituição também garante os socorros públicos.
(BRASIL, 1824)

Seguindo pelo histórico das constituições, chegamos ao ano de 1891 cuja constituição também não se preocupou com a saúde pública. O mais próximo do tema estava elencado no seu artigo 72 que assegurava a “segurança individual”:

Art.72 - A Constituição assegura a brasileiros e a estrangeiros residentes no país (sic) a inviolabilidade dos direitos concernentes à liberdade, à segurança individual e à propriedade, nos termos seguintes:
(BRASIL, 1981)

Em 16 de julho de 1934 foi promulgada a Constituição de menor duração até hoje, que fora invalidada em decorrência do Golpe de 1937. Marcada pelo populismo caracterizador do governo Vargas, a constituição de 34 foi a que mais abordou o tema saúde antes da constituição de 1988. Em seus artigos 10 e 121, estabeleceu as chamadas normas programáticas e conferiu à União e aos Estados a competência para cuidar da saúde e questões médicas e assistenciais:

Art 10. Compete concorrentemente à União e aos Estados:
(...)
II - Cuidar da saúde e assistência públicas;”
“Art 121. A lei promoverá o amparo da produção (sic) e estabelecerá as condições do trabalho, na cidade e nos campos, tendo em vista a proteção (sic) social do trabalhador e os interesses econômicos do país (sic).
§ 1.º A legislação do trabalho observará os seguintes preceitos, além de outros que collimem (sic) melhorar as condições do trabalhador:
(...)
h) assistência médica e sanitária ao trabalhador e à gestante, assegurado a esta descanso antes e depois do parto, sem prejuízo do salário e do emprego, e instituição de previdência, mediante contribuição igual da União, do empregador e do empregado, a favor da velhice, da invalidez, da maternidade e nos casos de accidentes (sic) de trabalho ou de morte;”

Com o golpe de 1937 a Carta Magna de 34 perdeu a validade e passou a vigorar no país a Constituição idealizada pelo então ministro da Justiça, Francisco Campos. Tendo o autoritarismo como norte e sem a interferência do Congresso Nacional, que se encontrava desativado, Vargas tinha agora o controle absoluto do Poder Executivo em suas mãos. No que tange a saúde, o texto da Constituição do Estado Novo se restringiu a assegurar a saúde dos trabalhadores e a competência para legislar sobre questões de saúde e assistência como sendo integralmente pertencente à União:

Art. 16. Compete privativamente à União o poder de legislar sobre as seguintes matérias:

(...)

XXVII - normas fundamentaes (sic) da defesa e protecção (sic) da saúde, especialmente da saúde da creança (sic).

Art. 137. A legislação do trabalho observará, além de outros, os seguintes preceitos:

(...)

I) assistência medica e hygienica (sic) ao trabalhador e a gestante, assegurado a esta, sem prejuízo do salário, um período de repouso antes e depois do parto;

(BRASIL, 1937)

Em 1945, com o enfraquecimento do regime ditatorial, chegava ao fim o Estado Novo, apesar das tentativas de continuidade por parte de Getúlio Vargas. Ainda no mesmo ano foram lançadas as eleições para a assembleia constituinte e para Presidente da República, sendo esta última vencida por Eurico Gaspar Dutra, com 55% dos votos. Em setembro de 1946 então, fora promulgada a quinta constituição do país, cujo texto trouxe, pela primeira vez, a proteção à vida em seu artigo 141. Em relação à saúde, conferiu mais uma vez à união a competência privativa para legislar:

Art 5º - Compete à União:

(...)

XV - Legislar sobre:

(...)

b) normas gerais de direito financeiro; de seguro e previdência social; de defesa e proteção da saúde; e de regime penitenciário;

Art 141. - A Constituição assegura aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade dos direitos concernentes à vida, à liberdade, a segurança individual e à propriedade, nos termos seguintes.

(...)

(BRASIL, 1945)

Em 1967, Artur da Costa e Silva, do partido Arena, assumia a presidência do País e de imediato, instituía o regime militar. Medidas ditatórias marcaram o período de seu governo como, por exemplo, a edição do AI-5 em 1968 que acabou com todas as liberdades constitucionais dos cidadãos. Na constituição do regime militar, a saúde fora delimitada como direito dos trabalhadores em forma de assistência preventiva e fora mantida a competência privativa da União para legislar sobre o assunto:

Art. 158 - A Constituição assegura aos trabalhadores os seguintes direitos, além de outros que, nos termos da lei, visem à melhoria, de sua condição social:

(...)
XV - Assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva;
(BRASIL, 1967)

Em 1985, após a morte do atual presidente, Tancredo Neves, que nem chegou a assumir o cargo, José Sarney, seu vice, assumia a presidência do país. Dois anos depois, em 87, estava formada a assembleia constituinte que elaboraria a Constituição que substituiu a carta Magna do Regime Militar.

Em outubro de 1988 foi promulgada a chamada, Constituição Cidadã, contendo em seu texto, novidades legislativas, como a criminalização do racismo e a igualdade de gênero. Essa época foi fortemente marcada pelo retorno da democracia no país e trouxe consigo a necessidade de retomada dos direitos fundamentais.

No que diz respeito à saúde, a constituição cidadã a elencou, juntamente com a educação, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social e a proteção à maternidade e à infância no rol dos direitos fundamentais.

Nesta constituição a saúde passou a ser considerada como direito de todos (não só dos trabalhadores como nas anteriores) e dever do Estado:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.
(BRASIL, 1988)

Assim sendo, podemos concluir que o direito à saúde a partir de 1988 foi observado a partir do prisma dos direitos universais e elevado à categoria de cláusula pétrea e, também, que o Estado agora se comprometia com a sua promoção, fiscalização e garantia do acesso a quem necessitar. É nesta época também que se inaugura no país a busca por medidas públicas de efetivação como forma de honrar o compromisso firmado pelos países membros das organizações unidas, da qual o Brasil é membro.

2- POLÍTICAS PÚBLICAS DE FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS

2.1 Distribuição de competência entre os Entes Federativos

O direito à saúde, sobretudo a partir da Carta Magna de 1988, foi reconhecido como direito fundamental de responsabilidade do Estado e cuja fiscalização de sua efetividade por parte do Poder Público também pode ser atribuída ao povo. Diante disso, como preconiza a Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, temos que a saúde garante de dois sentidos, um voltado para a sua defesa e outro para sua prestação.

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

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

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. (BRASIL, 1990)

Consiste em direito à saúde a prestação de assistência médica e ambulatorial para todas as idades, o fornecimento de medicamentos, a doação de próteses e órteses bem como acompanhamento psicológico de maneira gratuita, entre outros serviços. Em suma podemos dizer que é direito que assiste à população toda prestação do Estado destinada a prevenção ou tratamento de moléstias, âmbito este, em que o bem-estar do ser humano é integralmente considerado. Nesta senda, Santos (2011, online) entende:

O Estado tem o poder e o dever de sistematizar a forma como devem ser observados os princípios a fim de garantir os direitos. É certo que o ente público tem obrigação de obedecer ao princípio da legalidade e respeitar a previsão orçamentária, mas é imprescindível, também, que as atividades estatais estejam vinculadas ao princípio da dignidade da pessoa humana, devendo abster-se e ter condutas no sentido de efetivar e proteger a dignidade do indivíduo e da sociedade em geral.

No tocante a competência, quanto ao fornecimento das prestações a cima elencadas, é sabido que se trata de uma competência solidária, estando a União, os Estados, Municípios e o Distrito Federal coobrigados a garantia de acesso à saúde.

O próprio texto constitucional reforça a ideia de solidariedade entre os Entes federados, quando, em seu artigo 196 atribui a competência do dever de prestação ao Estado como um todo:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

Apesar de terem a mesma obrigação em relação a prestação dos serviços de saúde, a descentralização do serviço se mostrou necessária tendo em vista a dificuldade de se elaborar políticas públicas de maneira geral que alcançassem todos os indivíduos que dela necessitassem de maneira eficaz e individualizada na medida das carências apresentadas. Ademais a eficiência e qualidade são os principais objetivos da descentralização.

[...] essa responsabilidade solidária das três esferas de gestão não se mostrou viável, visto que as obrigações são inúmeras e há necessidade de separação de deveres, para que não haja qualquer tipo de prejuízo. Diante deste empecilho, viu-se a imprescindibilidade da criação de leis e normas que estabelecem subdivisões das obrigações de fornecimento de medicamentos. (SILVA e MACHADO, 2010, online).

Cumprе salientar que esta divisão não afasta a responsabilidade solidária, mas age no sentido de especialização do serviço e como maneira de garantir o acesso a todos e evitar que um dos Entes da administração Direta suporte sozinho tais despesas. Neste contexto, decidiu o Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais:

CONSTITUCIONAL – APELAÇÃO CÍVEL – FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO – LISTA DO SUS/RENAME – APLICAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DA DISTRUTIVIDADE E DA SELETIVIDADE. Para a concretização do direito à saúde, o Poder Público deve agir seletiva e distributivamente, não sendo possível ao magistrado determinar que o ente estatal suporte os custos de medicamentos que não foram previamente selecionados mediante critérios técnicos que indicam as necessidades mais preeminentes da população, sob pena de o Judiciário imiscuir-se na esfera de competência do Legislativo e do Executivo, interferindo no orçamento dos entes estatais e até mesmo na política de distribuição de saúde a todos os cidadãos, priorizando o direito de uns em detrimento do de muitos. (TJMG – 3ª Câmara Cível, Agravo de Instrumento nº 1.0024.08.135548-9/001 (1), Relator Silas Vieira, julgado em 24/09/2009, publicado 20/11/20). (MINAS GERAIS, 2009).

No caminho para a especialização dos serviços de saúde, a Constituição Federal, ainda, prevê a possibilidade de delegação dos serviços de saúde à iniciativa privada.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§1º. As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. (BRASIL, 1988)

Por meio da possibilidade de delegação dos serviços de saúde à iniciativa privada, o poder público complementa seus recursos e garante que sejam atendidos todos os que necessitarem de tais serviços. Neste sentido, ensina Santos, (2015, p. 817):

[...] Em um segundo momento, a rede regionalizada pública poderá ser complementada por serviços do setor privado, sempre que o poder público verificar que suas disponibilidades são insuficientes, com preferência para as entidades sem finalidades lucrativas, excetuando-se a atenção primária, como dito acima.

A participação privada na concessão de saúde também é regulamentada pela lei 8.080/90, em seus artigos 24 e 25, que também estabelece que, a complementariedade se dará em razão da insuficiência de recursos públicos e a preferência será das entidades filantrópicas e sem fins lucrativos:

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

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

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990).

É importante mencionar que a iniciativa privada atua de forma complementar e apenas no tocante à assistência. Não sendo a ela atribuído o dever de proteção à saúde cujo ônus é inteiramente do Poder Público, como explica Santos (2015, p. 817):

A própria CF, ao permitir que o setor privado nela atue, por não ser considerada como monopólio nem exclusividade pública, referiu-se à 'assistência à saúde' e não ao termo 'saúde' lato sensu. O setor privado não pode, por exemplo, atuar na proteção pública da saúde, atividade reservada à vigilância em saúde, privativa do poder público.

Com isso, percebe-se que, embora estejam os Entes Federados coobrigados ao dever de proteção ao direito à saúde e prestação dos serviços médico assistenciais e preventivos, a sua execução também pode ser transferida à iniciativa privada e “fracionada” de modo a atender as necessidades da população e não sobrecarregar apenas um dos entes.

2.2 - Sistema único de saúde -SUS

O Sistema único de Saúde, instituído por força da Constituição Federal de 1988 é a principal ferramenta de democratização da saúde pública, por oferecer a todo cidadão, de forma gratuita e universal, o acesso à serviços de saúde.

Sabe-se que o direito à saúde, por força do artigo 198 da Constituição Federal, se organiza por uma rede “hierarquizada” e “regionalizada” de prestação. Diante disso, o Sistema único de saúde, funciona a partir de um conjunto de normas tratadas em lei e decididas de forma geral pela União. É o entendimento de Fortuna (online):

[...] o SUS é concebido como um sistema, ou seja, como um conjunto, cujas partes encontram-se coordenadas entre si, funcionando segundo uma estrutura organizada, submetida a princípios e diretrizes fixados legalmente. Sendo um sistema, as partes que o compõem integram uma rede regionalizada e hierarquizada, sob o comando da União, a quem cabe definir as regras gerais sobre a matéria.

Regulamentado pela Lei nº 8.080 de 1990, o SUS é hoje um dos maiores sistemas de saúde do mundo, considerando que está disponível aos mais de duzentos milhões de habitantes do país.

Segundo Vaz Kruger (2018, online), os princípios que norteiam o SUS estão divididos entre “princípios doutrinários” e “princípios organizativos”. Os princípios doutrinários, Kruger classificou conforme a “universalidade”, “integralidade” e “equidade” pelos quais todo cidadão tem direito a saúde e acesso a todos os serviços sem distinção, de forma integral visando atender as necessidades básicas do ser humano do nascimento até a morte. Em relação aos princípios organizativos, Kruger os define como sendo a forma de operacionalizar as ações de saúde, estando divididos entre “descentralização”, “regionalização”, “hierarquização” e “participação social” que garantem a distribuição do poder entre os entes federados de acordo com uma articulação a prestações de saúde de determinada região, viabilizando a forma

de acesso aos serviços de baixa a alta complexidade dos quais a sociedade, por meio dos conselhos de saúde, juntamente com o poder público busca formular estratégias e fiscaliza a execução da política de saúde.

A atribuições do SUS estão elencadas no rol exemplificativo do artigo 200 da Carta Magna:

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - Participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - Incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - Fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1988).

Conforme determinação da própria Constituição Federal, o SUS é composto pelo Ministério da Saúde, Secretárias Estaduais e Municipais de Saúde e os Conselhos de Saúde.

O Ministério da Saúde, é o órgão destinado a normatização e fiscalização das atividades desenvolvidas no âmbito do SUS. Já a Secretaria Estadual de Saúde (SES) atua na formulação das prestações de saúde dentro dos estados e no suporte aos municípios. Por sua vez, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), tem como atribuição o planejamento e execução de serviços de saúde locais. Por fim, os Conselhos de Saúde, atuam como órgãos de apoio formulando estratégias, exercendo o controle das prestações, sobretudo em seu aspecto financeiro, dentro do ente respectivo. Suas decisões dependem da homologação do chefe do poder em que estiver constituído.

Convém lembrar que as atividades desenvolvidas pelo SUS podem ser também, desenvolvidas por particulares quando forem insuficientes seus recursos, afim de evitar que o serviço não seja fornecido em razão disso. Esta prestação ficará

sujeita aos moldes aprovados pelas normas gerais do serviço público, como entende Santos, (2015, p. 819):

É importante destacar que o prestador do serviço privado, em especial hospitais e laboratórios, na grande maioria das vezes, sempre contratualiza com o SUS 'parte' de seus serviços, coexistido no mesmo serviço, parcela de atendimento ao SUS, sujeita às suas diretrizes, e parcela sujeita aos regramentos do próprio prestador.

Assim sendo, por meio da organização e funcionamento do SUS, é possível enxergar a competência solidária do Estado sendo dividida entre seus Entes que, compondo sua estrutura, realizam cada qual a sua função nos limites de seus recursos. É possível também observar como se dão as prestações pelos particulares quando esgotados os recursos pela administração pública.

2.3 Políticas públicas de saúde

O termo "Políticas Públicas" pode ser traduzido como sendo os esforços da administração pública para resolver determinada questão problemática, principalmente na esfera social, após análise de diversos fatores como o orçamento público, a viabilidade dos recursos e a especialização dos agentes envolvidos. Conceitua Andrade (2016, online):

Conforme definição corrente, políticas públicas são conjuntos de programas, ações e decisões tomadas pelos governos (nacionais, estaduais ou municipais) com a participação, direta ou indireta, de entes públicos ou privados que visam assegurar determinado **direito** de cidadania para vários grupos da sociedade ou para determinado segmento social, cultural, étnico ou econômico. Ou seja, correspondem a direitos assegurados na Constituição.

A implantação das políticas públicas, passa por um ciclo com diversas fases. A primeira fase do ciclo é a formação da agenda, onde é definido o problema e a prioridade a ser adotada para sua realização. Nesta fase também é definido quem será beneficiado. Em outras palavras, trata-se da fase de conhecimento, planejamento e organização, como discorre Santos (2016, p. 77):

[...] alguns problemas ganham prevalência sobre outros; onde os beneficiários (e os não beneficiários) são definidos; e onde,

enfim, são colocados em marcha os próprios dispositivos do sistema político democrático.

O segundo estágio é o da formulação, no qual são discutidas as possíveis soluções ao problema suscitado na primeira fase. Aqui serão estudadas todas as possibilidades que levarão à melhor solução do problema e traçado o modo pelo qual se operará o plano de resolução. Segundo Santos, (2016, p. 80) a fase da formulação traduz-se na decisão do “processo de políticas públicas”.

Após os estágios de planejamento e decisão, é necessária a aplicação do que se apontou como resultado. Deste modo têm-se a terceira fase: o estágio da implementação, que é o momento de se executar as medidas de solução.

Na área da saúde as políticas públicas são organizadas de modo a atender as necessidades da população desenvolvendo-se regidas pelas normas gerais do SUS, que é a principal política pública de saúde do país. É a interpretação de Lucchese (2004, p.3):

[...] às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade.

O objetivo principal de uma política pública cujo tema é a saúde é, a partir de estudos e planos de ação, desenvolver métodos de satisfação da necessidade de determinado grupo social de modo a garantir o a efetividade desse direito nos moldes instituídos pela Constituição federal, garantindo a prestação que está diretamente ligada ao princípio da dignidade Humana. Para Lucchese, (2004, p. 15), a elaboração de políticas públicas de saúde deve possuir os seguintes objetivos:

A Constituição estabelece que compete ao poder público organizar sua atuação nas áreas de saúde, previdência e assistência social no âmbito da Seguridade Social, com base nos seguintes objetivos: universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; equidade na forma de participação no custeio; diversidade da base de financiamento; caráter democrático e descentralizado da administração.

Para a concretização das políticas públicas são necessários diversos procedimentos administrativos, principalmente referente à provisão orçamentária. Por meio da organização financeira são definidos os valores disponíveis para o financiamento do plano traçado.

O capital utilizado para o custeio de tais políticas é fornecido pelo próprio Poder Público, mediante verbas destinadas para esse fim específico. Cabe mencionar que é dever da União transferir recursos para os Estados e Municípios para que estes consigam realizar as próprias políticas públicas.

[...] Assim, o capital necessário advém do próprio poder público, que destina parte da sua verba para as políticas públicas.

A União possui o dever de transferir parte do seu capital aos Estados e Municípios, para que tais entes tenham condições de investir em políticas públicas. (DIAS, 2014, online).

Para a implementação de uma política pública local de saúde, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, por exemplo, a título de provisão orçamentária, as principais diretrizes a serem observadas são fornecidas pelo Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias, a Lei Orçamentária Anual, o Plano Municipal de Saúde e a Programação Anual de Saúde, como disciplina Silva et al. (2018, online):

Constatou-se nesse sentido que na SMS os documentos que norteavam a previsão de recursos para a implementação da Política de Atenção Básica era o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), a Lei Orçamentária Anual (LOA), além do Plano Municipal de Saúde (PMS) e a Programação Anual de Saúde (PAS). Os três primeiros instrumentos eram de competência do Poder Executivo e os dois últimos da SMS.

No plano plurianual, que é um documento formalizado por lei, estão contidos os planejamentos da administração a médio prazo. Nele são definidas as prioridades de governo bem como o capital a ser despendido e as demais despesas para a realização das metas da administração pública. É nele que estão definidas as ações a serem tomadas pela Secretária de Saúde nos quatro anos de governo quando da elaboração das suas políticas de saúde incluindo o capital, prioridades e etc.

A Lei de Diretrizes orçamentárias (LDO), é o elo de ligação entre o plano plurianual e a lei orçamentária anual, definindo as normas gerais acerca das despesas da administração a serem observadas no exercício referente. Nesse sentido leciona Jund (2008):

A LDO é uma ferramenta de ligação entre planejamento e orçamento. Sendo elaborada anualmente com a finalidade de assinalar as prioridades da gestão pública para o ano subsequente e nortear a elaboração da LOA, se baseando no que foi constituído no PPA, isto é, se trata do elo entre esses dois documentos.

Já a Lei Orçamentária Anual é a ferramenta que contém a parte prática discutida nos dois instrumentos anteriores. Nela está a forma pela qual se dará a implantação das políticas previstas no Plano Plurianual atendendo as diretrizes estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, como afirma Jund (2008):

[...] Já a Lei Orçamentária Anual, abrange o programa de ações a serem implementadas, tendo em vista viabilizar as diretrizes, as finalidades e metas delineadas no PPA, procurando a sua consolidação em conformidade com as diretrizes estabelecidas na LDO.

A respeito do PMS e da PAS, têm-se que o primeiro é o documento em que serão definidas as metas e prioridades regionais relacionadas a saúde, em conformidade com os instrumentos governamentais a cima elencados. O segundo, por sua vez, é o documento em que estarão explícitos os meios de se operacionalizar o que foi previsto no PMS. Explica Silva et al (2018, online):

Ambas ferramentas formalizam as decisões globais e trazem os desígnios, as ações e estratégias para implementar a Política de Atenção Básica. O Plano Municipal de Saúde é uma forma dinâmica e flexível do processo de planejamento dos atos e serviços de saúde e se compõe num documento formal da política de saúde do município. Já a PAS se constitui em um instrumento de gestão que demonstra a execução das metas expressas no PMS.

Deste modo, entende-se por política pública de saúde o processo desenvolvido a partir de estudos, planejamento e aplicação de métodos com o objetivo de levar os serviços de saúde à toda população. Sua implantação segue as determinações dos vários instrumentos administrativos de organização e orçamento das verbas públicas disponíveis para sua realização dentro do Ente Federado em que estiver sendo desenvolvida.

3. O FENÔMENO DA JUDICIALIZAÇÃO DOS MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO

3.1 Judicialização como garantia da efetividade do Direito à saúde

Como visto anteriormente, o direito à saúde se encontra na lista dos direitos fundamentais cuja proteção é encargo do Poder Público como um todo, devendo este, elaborar políticas públicas de saúde a fim de tornar eficaz a prestação dos serviços de saúde.

Entretanto, devido à inúmeros fatores, como as dimensões do país e a escassez de recursos financeiros, por exemplo, a efetivação desse direito tem ficado a cargo do Poder Judiciário, tendo em vista as negativas por parte do Sistema único de Saúde, que se nega, em alguns casos, fornecer medicamentos dispendiosos que não estejam na lista de medicamentos que disponibiliza ou que sejam recomendados para o tratamento de moléstias cujo o SUS ofereça um outro tratamento.

O direito à saúde é garantido pela Constituição Cidadã, tanto no seu artigo 6º, quando o consagra como direito social, como no artigo 196, em que esse direito é assegurado a todos, atribuindo-se ao Estado o dever de dispor de serviços para a sua promoção, de maneira universal e igualitária, por meio de políticas sociais e econômicas. Assim, cabe ao ente público a prestação de serviços essenciais à população, no entanto, é cada vez mais frequente a sociedade recorrer à prestação jurisdicional, para alcançar determinado socorro, haja vista a discrepância entre o que é garantido e o que realmente é experienciado. (SÁ, 2020, online).

Diante da ineficácia do fornecimento dos serviços de saúde, cada vez mais pessoas se veem obrigadas a recorrer ao judiciário para a obtenção dos insumos de que necessita. Prova disso é o aumento das demandas judiciais nesse sentido, como aponta Sá (2020, online):

Um estudo apresentado pelo Instituto de Ensino e Pesquisa (Insper) ao Conselho Nacional de Justiça (CNJ), aponta que as demandas judiciais relativas à saúde aumentaram 130% entre os anos de 2008 e 2017. Esse dado demonstra a ineficácia do sistema, por esse motivo, o pleito ao judiciário é usado como alternativa plausível diante de tal situação, gerando, por conseguinte, o ativismo judicial.

Cabe ressaltar que o fornecimento dos medicamentos é dever do Sistema único de Saúde, que os deve garantir de forma gratuita aos pacientes que estejam em

tratamento na rede pública, conforme preconiza o artigo 6º da lei nº 8.080/90 que regulamenta o SUS:

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):
I - a execução de ações:
a) de vigilância sanitária;
b) de vigilância epidemiológica;
c) de saúde do trabalhador; e
d) de assistência terapêutica integral, **inclusive farmacêutica**.
(BRASIL, 1990)

Além do fornecimento gratuito dos medicamentos para os pacientes da rede pública, foi criado pelo Estado, por meio do decreto 5.090/2004, o programa de “Farmácia Popular do Brasil”, com o objetivo de garantir medicamentos com menor custo à população carente do país.

Santos, (2018, online) diz que o fornecimento dos medicamentos pelo SUS ocorre por meio de três variantes, quais sejam: “Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF) e Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)”. No Componente básico, a preocupação seria com os medicamentos de “atenção básica” para a “prevenção” e “tratamento de doenças mais simples”. No componente estratégico prima-se pela “prevenção e tratamento de doenças endêmicas”, comuns de determinadas regiões. Já o componente especializado se preocupa com o acesso aos “medicamentos disponibilizados” pelo Sistema único de Saúde.

Em determinados casos, a prestação que se espera do Estado é o fornecimento de um medicamento cujo valor exceda as possibilidades do Sistema único de Saúde e diante da recusa administrativa, nasce o direito de apreciação judicial da causa, visto que, conforme Art. 5º, XXXV, da Constituição Federal, “a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito”. Esses medicamentos de alto custo estão inclusos no componente especializado cuja distribuição é excepcional.

Tais medicamento são definidos pela Portaria nº. 3.916/1998 da ANVISA como “medicamentos utilizados em doenças raras, geralmente de custo elevado, cuja dispensação atende a casos específicos”. Em razão disso, a dispensação desses medicamentos depende de processo mais rigoroso. (SANTOS, 2018, online).

Sendo assim, à vista de um possível agravamento no quadro clínico ou diante da possibilidade de morte em razão da falta do medicamento caro e excepcional de que precisa, e tendo em vista que se encontra em pleno direito de cobrança, a medida a ser tomada pelo indivíduo é a demanda judicial a fim de coagir o Poder público. Essa interferência do Judiciário nas questões relativas à saúde, segundo Mânica (2011, p.7) ocorre em três hipóteses:

- (i) no caso de inércia do Poder Legislativo em regulamentar determinada questão específica ligada ao direito em referência (omissão legislativa);
- (ii) no caso de descumprimento, pela Administração Pública, da legislação que regulamenta o referido direito (omissão administrativa); e
- (iii) no caso em que a regulamentação do direito à saúde (de)limite de modo não constitucionalmente fundamentado o direito originário à saúde (obscuridade, contradição ou excesso, tanto em sede legislativa quanto em sede administrativa).

A partir do momento em que o indivíduo leva ao judiciário uma questão relativa à saúde, o poder em questão começa a apreciar de forma individualizada uma contenda entre o direito atinente à saúde/sobrevivência de uma pessoa e os recursos financeiros do Poder Público, criando um paralelo entre necessidade e possibilidade. Como julga Santos (2018, online):

Nessa perspectiva, os operadores do Direito enfrentam, em suas decisões, um conflito entre a sobrevivência do paciente e o Poder Público com seus recursos financeiros, em geral, mal direcionados e sustentando a alegação de que a atuação do Poder Executivo se dá de maneira discricionária.

Desta forma temos que, embora o direito à saúde deva ser observado com vistas à coletividade e que os medicamentos de que trata esse artigo devam ser providos pelo Estado, casos excepcionais, que demandem o emprego de alta quantia em dinheiro, podem ser apreciados pelo judiciário de forma individualizada a fim de garantir o direito constitucional em tela.

Todavia, essa apreciação jurídica gera um conflito acerca da possibilidade de o Estado custear tais tratamentos e, como entende parte da doutrina, da polêmica “intromissão” do judiciário no orçamento dos Entes, confrontando o Princípio da Reserva do Possível, da maneira como é interpretado no país.

3.2 Princípio da Reserva do Possível

O princípio da Reserva do Possível foi invocado pela primeira vez na Alemanha, durante o julgamento conhecido como *numerus-clausus* quando um grupo de candidatos, apesar do êxito no vestibular de medicina, não conseguiu ingressar no curso devido às restrições no número de vagas e a partir daí, recorreram ao judiciário.

O tribunal então, invocando o princípio em tela, fez nascer a observância da razoabilidade das demandas contra o Estado, ou seja, a necessidade de se não se cobrar algo que exceda o limite do que se considera razoável, no que tange a atuação do Estado. Observa-se aqui, que em nenhum momento o princípio da reserva do possível foi atrelado a falta de recursos financeiros do Estado, mas sim à sensatez de não invocar o Estado em questões extremamente particulares. É o entendimento de Stiborski (2015, online):

Assim, importa salientar que a Corte não reconheceu a ausência orçamentária, mas sim que a questionada a razoabilidade - de alocar grande parte dos recursos para atender aquele pleito específico - ofenderia a proteção do bem-comum, da maioria e da sociedade.

Todavia, após o julgamento mencionado, a reserva do possível começou a ser invocada com diferentes interpretações, não havendo, até os dias atuais um pacífico entendimento sobre o que realmente significa.

No Brasil, nas questões relacionadas à obrigatoriedade de prestação do Estado, sobretudo no que tange o provimento de medicamentos de alto de custo, o princípio é sempre ligado ao orçamento público, mais precisamente sobre a escassez financeira.

Canotilho (2004, p. 481), criticou essa interpretação atrelada aos recursos financeiros como sendo o entendimento acerca da reserva dos “cofres cheios”:

Rapidamente se aderiu à construção dogmática da reserva do possível (*Vorbehalt des Möglichen*) para traduzir a ideia de que os direitos sociais só existem quando e enquanto existir dinheiro nos cofres públicos. Um direito social sob “reserva dos cofres cheios” equivale, na prática, a nenhuma vinculação jurídica.

Nesta senda, temos que, embora o princípio da reserva do possível tenha sido inaugurado sob à ótica da razoabilidade e discrepância entre pedido e necessidade de interferência do Estado em questões particulares, no Brasil houve

uma distorção de significado, ficando as decisões judiciais dessas questões limitadas aos recursos financeiros do Ente solicitado. Essa interpretação equivocada dá origem a diversas críticas, como discorre Stiborski (2015, online):

Além disso, a deturpação havida quando da importação da teoria é alvo de diversas críticas, não só pela perda do sentido autenticamente conferido à teoria, mas também pelas manobras que são feitas em terras nacionais usando-se da reserva do possível com o sentido orçamentário, a fim de torná-la um argumento jurídico válido. Significa que, se fosse levada em consideração a concepção real dada pelo Tribunal Constitucional alemão, proveniente dos anos 70, a reserva do possível muito provavelmente não teria sentido no Brasil, uma vez que os pleitos direcionados ao Estado são barrados de pronto na ausência de recursos, causada pela contração desenfreada de dívidas a serem pagas pelos entes federados, e não por questões de razoabilidade de pedido, sobremaneira quando se tratam de direitos prestacionais fundamentais.

Desta forma, sempre que o Estado é acionado, seja na esfera administrativa ou na esfera judicial a fim de que custeie um tratamento de alto custo, sua decisão a cerca disso deve se basear nas suas reservas financeiras disponíveis de acordo com a interpretação do princípio da Reserva do possível da forma como se dá em território nacional, como entende (SARLET, 2010, p. 180), que, diante dessa classificação fática do princípio, o Estado só responderá pelo provimento caso haja dinheiro suficiente em seus cofres.

A maior problemática em torno da visão nacional sobre o princípio da reserva do possível é o fato dela, por considerar a ausência de recursos financeiros o motivo determinante para o não fornecimento de um medicamento dispendioso, por exemplo, ir contra o direito constitucional de saúde, ou seja, não poderia o Estado se esquivar dessa responsabilidade de prestação sob a justificativa de não possuir recursos para tanto.

Apesar disso, não há como se aceitar que a reserva do possível seja válida, seja tida como uma justificativa a obstar a viabilidade da exigibilidade judicial dos mínimos existenciais, particularmente a saúde, pois como sobredito, com fulcro no artigo 196º da CRFB/1988, “a saúde é direito de todos e dever do Estado (...)”, sendo configurado como o mais importante direito previsto no artigo 6º da CRFB/1988. (ARAÚJO; RANGEL; SOARES, 2017, online).

Em suma, tendo em vista a proteção do direito constitucional à saúde, o ideal seria a observância do princípio da reserva do possível em relação a proporcionalidade das questões levadas à apreciação do Estado e não a ligação entre

esse princípio e a capacidade financeira do poder público em custear as despesas oriundas de um tratamento que é de sua responsabilidade absoluta e intimamente relacionado à dignidade da pessoa humana por ser um preceito fundamental de dignidade. Farena (1997, p 12) entende que:

Não basta simplesmente alegar que não há possibilidades financeiras de se cumprir a ordem judicial; é preciso demonstrá-la. O que não se pode a evocação da reserva do possível converte-se “em verdadeira razão de Estado econômica, num AI-5 econômico que opera, na verdade, como uma anti-Constituição, contra tudo o que a Carta consagrada em matéria de direitos sociais.

Com isso conclui-se que aquele que se encontra na iminência de lesão ao direito à saúde, não pode encontrar obstáculos no princípio da reserva do possível, pois este não deve ser invocado contra um preceito absoluto de dignidade e não deve o princípio afastar do poder executivo o dever de prestação, que embora negado no campo administrativo, pode ser levado à apreciação do judiciário pelas formas admitidas em direito.

3.3 Mandado de Segurança – medida cabível para a obtenção dos medicamentos de alto custo

Previsto no inciso LXIX do art. 5º da Constituição Federal, o Mandado de Segurança é o remédio constitucional destinado às questões em que haja lesão ou ameaça de lesão à direito líquido e certo provocada por agente público ou a quem, em seu nome, as cometa. Por essa função, é um dos meios pelos quais se pleiteia o provimento dos medicamentos de que trata esse artigo.

Por direito líquido e certo, temos que se trata de um direito previsto em lei e cujas provas de sua existência sejam claras e facilmente demonstradas de forma documental. Para fins de Mandado de Segurança, as provas de sua existência devem acompanhar o pedido na peça inaugural. Sobre o assunto, leciona Meirelles (2008, p. 36):

[...] Essa interpretação da expressão ‘direito líquido e certo’ relaciona-se intimamente ao procedimento célere, ágil, expedido e especial do mandado de segurança, em que, por inspiração direta do habeas corpus, não é admitida qualquer dilação probatória. É dizer: o impetrante deverá demonstrar, já com a petição inicial, no que consiste a ilegalidade ou a abusividade que pretende ver expungida do

ordenamento jurídico, não havendo espaço para que demonstre sua ocorrência no decorrer do procedimento”

Regulamentado pela Lei nº 12.016/09, o Mandado de Segurança é o recurso mais utilizado em casos de negativas de fornecimento de medicamentos caros, tendo em vista a celeridade do procedimento.

Ademais, diante da posição de Direito Fundamental, o direito à saúde, sobretudo no que diz respeito à assistência medicamentosa, quando lesionado, se encaixa nos requisitos do Mandado de segurança quando da proteção à direito líquido e certo. É o entendimento de Silva (online):

O direito à saúde é direito social, qualificado na ordem internacional como direito de 2ª geração, caracterizando-se pela necessidade de uma atuação positiva e programática do Estado. Não obstante, está intimamente ligado ao direito à vida, que consubstancia norma de aplicabilidade imediata. Nesse contexto, vem se dispensando ao direito à assistência farmacêutica o caráter de direito líquido e certo ou de norma constitucional de aplicabilidade imediata.

Entretanto, sobre o assunto não existe entendimento pacífico a respeito do cabimento do Mandado de Segurança nessas questões, por esse remédio constitucional não admitir produção de provas durante o curso da ação. Desta forma, as provas de existência do direito líquido e certo devem ser anexadas ao processo juntamente com a inicial.

Assim sendo, nas palavras de Schulze (2016, online), a parte deve demonstrar “eficácia, a segurança, a efetividade e o custo-efetividade” de acordo com os moldes dados pela lei 8.080/90 e também “a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas no SUS”.

Nesse sentido, o Mandado de Segurança pode ser impetrado para garantir a assistência farmacêutica de alto custo caso a parte, de forma documental e no primeiro momento processual demonstre a existência de lesão ou ameaça a direito líquido e certo.

Ainda no tocante ao cabimento do remédio, Schulze (2016, online) entende que só será viável sua impetração em duas situações:

- (1) quando já estejam incorporados no SUS, mas não foram fornecidos - nestas hipóteses o próprio ente público já concluiu que o produto preenche os requisitos da Lei 8080/90 ou
- (2) quando toda a comunidade científica mundial já concluiu pela eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade do medicamento.

Nessa linha, decidiu a Segunda Turma do Supremo Tribunal de Justiça:

ADMINISTRATIVO E PROCESSUAL CIVIL. RECURSO ORDINÁRIO EM MANDADO DE SEGURANÇA. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO. DIABETE MELLITUS. PRETENSÃO MANDAMENTAL APOIADA EM LAUDO MÉDICO PARTICULAR. AUSÊNCIA DE DIREITO LÍQUIDO E CERTO. NECESSIDADE DA PROVA SER SUBMETIDA AO CONTRADITÓRIO PARA FINS DE COMPROVAÇÃO DA INEFICÁCIA OU IMPROPRIEDADE DO TRATAMENTO FORNECIDO PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. INADEQUAÇÃO DA VIA ELEITA.

1. O recurso ordinário foi interposto contra acórdão do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, que denegou o mandado de segurança por meio do qual a impetrante objetiva compelir a autoridade indigitada coatora a fornecer-lhe medicamentos e insumos para o tratamento de Diabete Mellitus.

2. O Supremo Tribunal Federal, após realização de audiência pública sobre a matéria, no julgamento da SL N. 47/PE, ponderou que o reconhecimento do direito a determinados medicamentos deve ser analisado caso a caso, conforme as peculiaridades fático-probatórias, ressaltando que, "em geral, deverá ser privilegiado o tratamento fornecido pelo SUS em detrimento de opção diversa escolhida pelo paciente, sempre que não for comprovada a ineficácia ou a impropriedade da política de saúde existente".

3. Laudo médico particular não é indicativo de direito líquido e certo. Se não submetido ao crivo do contraditório, é apenas mais um elemento de prova, que pode ser ratificado, ou infirmado, por outras provas a serem produzidas no processo instrutório, dilação probatória incabível no mandado de segurança.

4. Nesse contexto, a impetrante deve procurar as vias ordinárias para o reconhecimento de seu alegado direito, já que o laudo médico que apresenta, atestado por profissional particular, sem o crivo do contraditório, não evidencia direito líquido e certo para o fim de impetração do mandado de segurança.

5. A alegativa da impetrante - de que o pedido ao SUS para que forneça seringas, lancetas e fitas reagentes impõe um longo processo burocrático incompatível com a gravidade da doença - demanda dilação probatória não admitida no rito do mandado de segurança, já que a autoridade coatora afirmou que fornece gratuitamente esses utensílios, mediante simples requerimento no posto credenciado.

6. Recurso ordinário não provido. (RMS 30.746/MG, Rel. Ministro CASTRO MEIRA, SEGUNDA TURMA, julgado em 27/11/2012, DJe 06/12/2012).

(BRASIL, 2012)

Desta forma, percebemos que, embora o direito a saúde seja um direito fundamental, e que o Estado possua dever de prestação, o indivíduo que necessita de um medicamento caro encontra diversos obstáculos caso precise recorrer ao judiciário, após uma negativa do Sistema único de Saúde, para ter o direito satisfeito. É necessário que comprove que se trata de um direito líquido e certo para se adequar

as exigências de cabimento do Mandado de Segurança e que em sede do Remédio Constitucional em questão, demonstre inicialmente as razões de existir de seu direito no momento da impetração, sem novas chances para produção de provas.

CONCLUSÃO

A pesquisa foi realizada com o objetivo de explicar as razões pelas quais um paciente, necessitando de um tratamento ou medicamento de alto custo para manutenção ou restauração de sua saúde, recorre ao poder judiciário, tendo em vista uma negativa por parte do Estado quanto ao fornecimento.

Primeiramente, foi necessário entender o conceito de saúde, cujo significado está atrelado ao bem-estar geral do indivíduo e passou a ser reconhecida como direito fundamental após os horrores vivenciados na Segunda Guerra Mundial, passando a ter status de garantia inerente à dignidade da pessoa humana, sobretudo com a criação da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), que a firmou como prerrogativa de todos e dever do Estado.

No Brasil, a saúde percorreu um longo caminho até ser tratada com mais enfoque, principalmente nas constituições federais, nas quais, a depender do cenário político, as concepções a seu respeito mudavam. A constituição que melhor se adequou aos preceitos da DUDH foi a de 1988 que trouxe maior previsão e proteção à saúde. Outro marco para a consolidação desse Direito no país, foi a Reforma Sanitária Brasileira, que surgiu num contexto pós ditadura militar, na década de 70, buscando a erradicação de diversas doenças que assolavam a nação e também facilitar o acesso à saúde pelas vias públicas, como por exemplo o fornecimento gratuito do coquetel de medicamentos para o controle do Vírus da Aids que se espalhava assustadoramente à época.

Entretanto, sendo um dever do Estado, nos coube delimitar de quem seria a competência para o fornecimento dessas prestações, qual dos Entes seria o responsável? Foi esclarecido que se trata de uma competência solidária e que, cada um dos Entes da Administração Direta, cada qual na sua jurisdição, teria uma obrigação. Obrigações essas que ficam claramente evidenciadas na estruturação do Sistema único de Saúde que é o maior veículo para a sua democratização, organizado de forma hierárquica, mas não atinente à subordinação, e sim referente às funções que cada Ente exerce por meio de seus respectivos órgãos.

Nesta senda, apesar dos diplomas normativos vigentes apontarem que a saúde é de competência do Estado, nem sempre essas prestações são por ele asseguradas. Nos deparamos então com o paralelo entre necessidade-possibilidade,

que nos revela que, embora esteja obrigado, nem sempre o Estado possui recursos para investir em um tratamento/medicamento específico, sob o risco de comprometer o direito de outros pacientes que também necessitem das verbas do sistema público. Daí, se extrai o princípio da Reserva do Possível, invocado pelo Estado diante dessas situações e que faz alusão aos orçamentos públicos.

Duas possíveis soluções são desenvolvidas a partir da insuficiência dos recursos públicos, a primeira é a criação de políticas públicas de saúde, visando atender determinadas necessidades de grupos específicos da população, as campanhas de vacinação são exemplos. Outra alternativa foi a descentralização aos particulares, cujo principal objetivo é garantir mais vagas e oportunidades e também a especialização do serviço.

Embora o Estado se esforce para sanar os problemas de ineficiência dos serviços de saúde, alguns casos não são atendidos, o que comumente acontece com os pacientes que necessitam de um medicamento de alto custo, e, diante da negativa do Estado, se veem obrigados a recorrer ao judiciário para obter uma decisão que obrigue o poder público ao fornecimento. Daí temos o fenômeno da intervenção de um poder sobre o outro para garantir um direito fundamental.

O instrumento utilizado para a obtenção dessa decisão é o Mandado de Segurança, remédio constitucional destinado a proteção de direito líquido e certo, que é o caso do fornecimento dos medicamentos por parte do Estado. Demonstrada a real necessidade do paciente têm-se a obrigação do poder público.

Desta forma, conclui-se que a Saúde é um direito fundamental, devendo ser garantido pelo Estado, seja por meio de suas políticas públicas ou se valendo da descentralização. Porém, quando essa prestação possuir excessivo valor, a partir da negativa do Estado, é possível ainda se valer do judiciário para efetivamente ser amparado por essa prerrogativa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Danilo. **Políticas Públicas: o que são e para que servem?**. Politize!. 2016. Disponível em: <https://www.politize.com.br/politicas-publicas/>. Acesso em: 22 de fev. 2021.

ARAÚJO, Cassiano Silva. Hebner Peres. RANGEL, Tauã Lima Verdán. **Teoria da reserva do possível versus direito à saúde: uma reflexão à luz do paradigma da dignidade da pessoa humana. Âmbito Jurídico**. 2017. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-administrativo/teoria-da-reserva-do-possivel-versus-direito-a-saude-uma-reflexao-a-luz-do-paradigma-da-dignidade-da-pessoa-humana/>. Acesso em 28 de mar. 2021.

AROUCA, Sérgio. Reforma Sanitária. **Fundação Oswaldo Cruz**. Disponível em <https://bvsarouca.icict.fiocruz.br/index.html>. Acesso em 28 de nov. 2020.

BASTOS, Athena. **Direitos e garantias fundamentais: o que são e quais as particularidades?**; Blog SAJADV. 2018. Disponível em <https://blog.sajadv.com.br/direitos-e-garantias-fundamentais/>. Acesso em 18 de nov. 2020.

BRASIL. **Constituição Política do Império do Brasil**, de 25 de março de 1824. Disponível em: <https://www.monarquia.org.br/PDFs/CONSTITUICAODOIMPERIO.pdf>. Acesso em 29 de nov. 2020.

_____. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**, de 24 de fevereiro de 1891. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao91.htm. Acesso em 29 de nov. 2020.

_____. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil**, de 10 de novembro de 1937. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao37.htm. Acesso em 29 de nov. 2020.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 24 de janeiro de 1967. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao67.htm. Acesso em 29 de nov. 2020.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 29 de nov. 2020.

_____. **LEI 8080, 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 06 de fev. 2021.

_____. Superior Tribunal de Justiça (segunda turma). **Recurso Ordinário em Mandado de Segurança nº 30746 MG 2009/0207569-0**. Relator Ministro Castro Meira. julgado em 27/11/2012, publicação DJe em 06/12/2012. Disponível em: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/23011924/recurso-ordinario-em-mandado-de-seguranca-rms-30746-mg-2009-0207569-0-stj/inteiro-teor-23011925>. Acesso em 28 de mar. 2021.

CANOTILHO, J. J. Gomes. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição**. 7ª ed. Coimbra: Edições Almedina, 2004.

COHN, Amélia. **Caminhos da Reforma Sanitária**. Lua Nova: Revista de Cultura e Política. 1989. Disponível em: https://books.google.com.br/books?id=F_wDARDZOPUC&pg=PA123&dq=reforma+sanit%C3%A1ria%5B&hl=pt-BR&sa=X&ved=2ahUKEwjv26iRpKbtAhWUILkGHfltBhYQ6AEwB3oECAgQAg#v=onepage&q=reforma%20sanit%C3%A1ria%5B&f=false. Acesso em 28 de nov. 2020.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. Assembleia Geral da ONU. (1948). "**Declaração Universal dos Direitos Humanos**". Paris. Retirado de <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>. Acesso em 18 de nov. 2020.

DIAS, Helena. Políticas públicas de saúde no Brasil. **JusBrasil**, 2015. Disponível em: <https://helenadmab.jusbrasil.com.br/artigos/190097706/politicas-publicas-de-saude-no-brasil>. Acesso em 21 de fev. 2021.

FARENA, Duciran Van Marsen. **A saúde na Constituição Federal**. In: Boletim do Instituto Brasileiro de Advocacia Pública, n. 4, 1997.

FLEURY, Sonia. **Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos / organizado por Sonia Fleury** - Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. Disponível em <https://books.google.com.br/books?id=DqEJEAAQBAJ&pg=PA142&dq=reforma+sanitaria&hl=pt-BR&sa=X&ved=2ahUKEwjA65KDIqbtAhUaHLkGHZqzCEIQ6AEwAHoECAYQAg#v=onepage&q=reforma%20sanitaria&f=false>. Acesso em 28 de nov. de 2020.

FORTUNA, Affonso de Aragão Peixoto. **As responsabilidades quanto à prestação de ações e serviços públicos de saúde**. Procuradoria do Município de Joinville. Disponível em: http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/As_responsabilidades_quanto_a_prestacao_de_acoes_e_servicos_de_saude_Procurador_iageral_do_Municipio_de_Joinville.pdf. Acesso em 22 de fev. 2021.

JANSEN, Mariana. **O que faz a Organização Mundial da Saúde?**. Politize. 2019. Disponível em <https://www.politize.com.br/organizacao-mundial-da-saude/mariana-jansen>. Acesso em 18 de nov. 2020.

JUND, Sérgio. AFO, **administração financeira e orçamentária**: teoria e 750 questões. 3º ed. Rio de Janeiro-RJ: Elsevier, 2008 (Coleção Provas e Concursos).

KRUGER, Hernani Vaz. Políticas de saúde: você conhece os princípios do SUS?. Blog IPOG. 2018. Disponível em: <https://blog.ipog.edu.br/saude/principios-do-sus/>. Acesso em 12 de fev. 2021.

LUCHESE, Patrícia T. R.. **Políticas públicas em Saúde Pública**. São Paulo, SP: BIREME/OPAS/OMS, 2004.

MARTINS, Carina. Afinal, o que é saúde e por que as organizações devem promovê-la?. Blog da Beecorp. 2020. Disponível em <https://beecorp.com.br/blog/saude/>. Acesso em 18 de nov. 2020.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Mandado de segurança: ação popular, ação civil pública, mandado de injunção, habeas data, ação direta de inconstitucionalidade**. São Paulo, Malheiros 31. Ed., 2008.

RIBEIRO, Amarolina. Declaração Universal dos Direitos Humanos; Brasil Escola. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/geografia/declaracao-universal-dos-direitos-humanos.htm>. Acesso em 18 de nov. de 2020.

REVISTA BRASILEIRA DE DIREITO DA SAÚDE. FEMIPA – Federação das Santas Casas de Misericórdia e Hospitais Benéficas do Estado do Paraná. 2011.

SÁ, Thais Carvalho de. Direito à Saúde Frente às Demandas Judiciais de Medicamentos de Alto Custo. **Âmbito Jurídico**. 2020. Disponível em <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-constitucional/direito-a-saude-frente-as-demandas-judiciais-de-medicamentos-de-alto-custo/>. Acesso em 27 de mar. 2021.

SANTOS, Lenir. A natureza jurídica pública dos serviços de saúde e o regime de complementaridade dos serviços privados à rede pública do Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 815-829, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00815.pdf>. Acesso em 11 de fev. 2021.

_____. MARCELLA LOBO ARRUDA DE OLIVEIRA. JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: o fornecimento de medicamentos de alto custo e a atuação do Poder Judiciário. Rio de Janeiro 2018. Disponível em: <http://www.unirio.br/ccjp/arquivos/tcc/2018-1-tcc-marcella-lobo-arruda-de-oliveira-santos>. Acesso em 27 de mar. 2021.

_____. Maria Paula Gomes dos. Políticas públicas e sociedade. 3ª ed. rev. atual. Florianópolis, SC: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2016.

_____. Mayara Araújo dos. **Fornecimento de medicamentos: um conflito entre os entes federativos e o Poder Judiciário**. **Âmbito Jurídico**, 2011. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-processual-civil/fornecimento-de-medicamentos-um-conflito-entre-os-entes-federativos-e-o-poder->

judiciario/#:~:text=O%20entendimento%20dos%20Tribunais%20e,artigo%20196%20da%20Constitui%C3%A7%C3%A3o%20Federal, acesso em 06 de fev. 2021.

_____. Vanessa Sardinha dos. "**Organização Mundial de Saúde (OMS)**"; Brasil Escola. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/curiosidades/organizacao-mundial-saude-oms.htm>. Acesso em 26 de nov. de 2020.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional**. 10.ed. rev. atual. ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009.

SAÚDE, Ministério da. **8ª Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma. Conselho Nacional de Saúde**. 2019. Disponível em <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>. Acesso em 23 de nov. 2020

SCHULZE, Clenio Jair. **Cabe mandado de segurança para pedir medicamento?**. Empório do Direito. 2016. Disponível em: <https://emporiododireito.com.br/leitura/cabe-mandado-de-seguranca-para-pedir-medicamento-por-clenio-jair-schulze>. Acesso em 28 de mar. 2021.

SILVA, Edileusa Soares da, et al. **A fase da implementação das Políticas Públicas de Saúde: Um estudo na Secretaria Municipal de Saúde, Cocalinho, Mato Grosso, Brasil**. Brasil Escola, Meu artigo. 2018. Disponível em: <https://meuartigo.brasilecola.uol.com.br/saude/a-fase-implementacao-das-politicas-publicas-saude-um-estudo.htm>. Acesso em 21 de fev. 2021.

_____. Jerusa Rode da; MACHADO, Natália Gaspar. **Fornecimento de medicamentos: Um conflito de competência no Poder Judiciário**. Teresina, ano 15, n. 2477, 13 de abril de 2010. Disponível em: <http://jus.uol.com.br/revista/texto/14678>. Acesso em 20 de fev. 2021.

_____. Leny Pereira da. **DIREITO À SAÚDE E O PRINCÍPIO DA RESERVA DO POSSÍVEL**. STF, online. Disponível em https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudiencaPublicaSaude/anexo/DIREITO_A_SAUDE_por_Leny.pdf. Acesso em 28 de mar. 2021.

STIBORSKI, Bruno Prange. Reserva do possível: Origem, conceito e ordens. **Jus Brasil**, 2015. Disponível em: <https://bstiborski.jusbrasil.com.br/artigos/197458820/reserva-do-possivel-origem-conceito-e-ordens>. Acesso em 28 de mar. 2021.