



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
CURSO DE DIREITO**

KLECIANO RODRIGUES DE SOUZA

**DESAFIOS DA IMPLEMENTAÇÃO DE DECISÕES JUDICIAIS NA PARAÍBA:
ANÁLISE DAS AÇÕES JUDICIAIS RELATIVAS AO FORNECIMENTO DE
MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO NO CONTEXTO DO SUS**

SANTA RITA – PB

2024

KLECIANO RODRIGUES DE SOUZA

**DESAFIOS DA IMPLEMENTAÇÃO DE DECISÕES JUDICIAIS NA PARAÍBA:
ANÁLISE DAS AÇÕES JUDICIAIS RELATIVAS AO FORNECIMENTO DE
MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO NO CONTEXTO DO SUS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Direito da Unidade Santa Rita, do Centro de Ciências Jurídicas da Universidade Federal da Paraíba, como exigência parcial para a obtenção do título de Bacharel(a) em Ciências Jurídicas.

Orientador(a): Prof. Dr. Paulo de Vieira Moura

SANTA RITA – PB

2024

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

S729d Souza, Kleciano Rodrigues de.

Desafios da implementação de decisões judiciais na Paraíba: análise das ações judiciais relativas ao fornecimento de medicamentos de alto custo no contexto do SUS. / Kleciano Rodrigues de Souza. - Santa Rita, 2024.

66 f.

Orientação: Paulo Vieira De Moura.
TCC (Graduação) - UFPB/CCJ/DCJ.

1. Medicamentos de alto custo. 2. Judicialização da saúde. 3. Direito à saúde. 4. SUS. I. Moura, Paulo Vieira de. II. Título.

UFPB/DCJ/CCJ-SANTARITA

CDU 34



DISCIPLINA: TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO – TCC

**ATA DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA PÚBLICA DO TRABALHO DE
CONCLUSÃO DE CURSO**

Ao vigésimo oitavo dia do mês de Outubro do ano de dois mil e vinte quatro, realizou-se a sessão de Defesa Pública do Trabalho de Conclusão do Curso de Direito intitulado “Desafios da implementação de decisões judiciais na paraíba: análise das ações judiciais relativas ao fornecimento de medicamentos de alto custo no contexto do SUS”, sob orientação do(a) professor(a) Paulo Vieira de Moura que, após apresentação oral, foi arguido pelos integrantes da Banca Examinadora que se reuniram, reservadamente, e decidiram emitir parecer favorável à APROVAÇÃO, de acordo com o art. 33, da Resolução CCGD/02/2013, do(a) aluno(a) **Kleciano Rodrigues de Souza** com base na média final de 8,0 (oito). Após aprovada por todos os presentes, esta ata segue assinada pelos membros da Banca Examinadora.



Paulo Vieira de Moura

Demétrius Almeida Leão



Guthemberg Cardoso Agra de Castro

Somente por esquecimento pode o homem alguma vez chegar a supor que possui uma "verdade" [...]. Se ele não quiser contentar-se com a verdade na forma da tautologia, isto é, com os estojos vazios, comprará eternamente ilusões por verdades. (NIETZSCHE, Friedrich)

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha espiritualidade, em conexão com o divino, que, de maneira intuitiva, me guiou por estes caminhos tortuosos, iluminou meus passos e me permitiu prosperar.

Agradeço aos meus pais, Alessandra Rodrigues de Lima e José Luiz de Souza Filho, pelo apoio incondicional ao longo de minha trajetória, e ao meu irmão, Kaio Rodrigues de Souza, cuja generosidade, admiração e amor diários me impulsionaram até aqui.

Agradeço ao meu parceiro, Luã Diniz de Menezes, por estar ao meu lado em todos os momentos, oferecendo encorajamento e ajuda inestimável.

Gostaria de dedicar um espaço especial para agradecer à memória de Maria de Fátima Rodrigues de Souza. Embora não esteja mais presente fisicamente, seus ensinamentos e valores continuam a se perpetuar.

Aos lugares por onde passei, especialmente aos escritórios de advocacia onde atuei, e aos amigos que lá fiz, agradeço por suas palavras de incentivo e pelos momentos de descontração.

De forma especial, agradeço à minha querida amiga Luciana Mendonça, colega de graduação, cujo companheirismo demonstrou uma fraternidade verdadeira.

Concomitantemente, expresso minha profunda gratidão ao Programa de Estágio do Ministério Público Federal, onde estive nos últimos dois anos de minha graduação. Agradeço a todos os meus supervisores e colegas que me acolheram e compartilharam seus conhecimentos, contribuindo para um ambiente de aprendizado enriquecedor.

Agradeço à minha querida amiga Ana Laura Pires de Sá Espínola, cuja presença enriqueceu minha trajetória e da qual floresceu uma amizade pura e sincera.

Agradeço também ao meu orientador, Prof. Dr. Paulo de Viera Moura, pelas valiosas orientações.

Por fim, agradeço a todos aqueles que, por sua própria natureza numeral, não puderam ser citados ou lembrados, mas que, direta ou indiretamente,

possibilitaram uma sequência de acontecimentos que facilitaram minha vida. A esses também sou grato.

Kleciano Rodrigues de Souza.

RESUMO

Esta pesquisa tem como objeto a análise das ações judiciais que visam o fornecimento de medicamentos de alto custo por usuários do SUS contra a União que foram distribuídas na Justiça Federal da Paraíba. O objetivo é contribuir para o debate sobre a intervenção do Poder Judiciário nas políticas públicas, especialmente na área da saúde, fenômeno conhecido como judicialização. Trata-se de uma investigação documental realizada a partir da análise de decisões judiciais com a temática. Baseando-se em um referencial teórico que aborda a eficácia do direito à saúde e a judicialização, foram examinados cinco processos judiciais. O estudo procurou aprofundar a visualização de aspectos das ações judiciais, como os tipos de medicamentos solicitados, o conteúdo das decisões e os principais argumentos utilizados pelos juízes para embasamento de suas respectivas decisões. Os resultados da análise revelaram que uma proporção significativa dos medicamentos solicitados nas ações judiciais não consta na lista padronizada pelo Ministério da Saúde. A inclusão de medicamentos fora dessa lista pode indicar uma possível judicialização da saúde que não necessariamente está alinhada com as políticas públicas vigentes.

Palavras-chave: Medicamentos de alto custo. Judicialização da saúde. Direito à saúde. SUS.

LISTA DE SIGLAS

ANS – Agência Nacional de Saúde
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CID - Código de Doenças
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
CPC - Código de Processo Civil
DAF - Departamento de Assistência Farmacêutica
ERN - Elenco de Referência Nacional
FTN - Formulário Terapêutico Nacional
IAFAB - Incentivo à Assistência Farmacêutica na Atenção Básica
IBAMA - Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis
INPI – Instituto Nacional de Propriedade Industrial
JFPB - Justiça Federal na Paraíba
LOS - Lei Orgânica da Saúde
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
PJE – Processo Judicial Eletrônico
PNM - Política Nacional de Medicamentos
RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SCTIE - Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos
STF - Supremo Tribunal Federal
STJ - Superior Tribunal de Justiça
SINITOX - Sistema Nacional de Informações Toxicológicas
SUS – Sistema Único de Saúde
TRF-5 - Tribunal Regional Federal da Quinta Região

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 O DIREITO À SAÚDE	4
2.1 As diretrizes balizadoras do Direito à Saúde	4
2.2 O processo de construção do direito à saúde e sua consagração constitucional.....	6
2.3 A saúde e sua consagração enquanto serviço de relevante importância social.....	12
2.4 A subjetividade do Direito à Saúde e os desafios da Judicialização da temática.....	13
2.5 A necessária compreensão das múltiplas dimensões legais decorrentes do direito fundamental à saúde e as dificuldades enfrentadas para sua efetivação, considerando a teoria da "reserva do possível".....	15
2.6 Óbices infra-legais no contexto de plena eficácia do direito à saúde.....	20
3 A ATUAL POLÍTICA DE MEDICAMENTOS E SUAS DIRETRIZES.....	24
3.1 A Igualdade como Base: Explorando Gratuidade, Universalidade e Acesso Integral na Realização do Direito à Saúde no Contexto Jurídico Brasileiro	24
3.2 Dos Aspectos Legais e da conjuntura organizacional da Política de Aquisição de Medicamentos no Brasil.....	26
4 JUDICIALIZAÇÃO DE DEMANDAS RELACIONADAS A SAÚDE.....	32
4.1 Da análise dos aspectos sociais e das circunstâncias jurídicas da judicialização de demandas focadas em saúde no Brasil.....	32
4.2 Da Responsabilidade Civil Objetiva em matéria de Saúde.....	36
5 A JUSTIÇA FEDERAL NA PARAÍBA E AS DEMANDAS SOBRE FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS.....	40
5.1 Dos medicamentos pleiteados nas ações analisadas	43
5.2 Possíveis significados dos dados colhidos	44
CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS	51

1 INTRODUÇÃO

O aumento das ações judiciais movidas por usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) em busca de medicamentos têm gerado preocupações significativas entre os gestores de saúde em diferentes níveis de governo. Essa tendência emergiu após a promulgação da Constituição Federal de 1988, que consagrou o direito à saúde como um direito fundamental no artigo 196, estabelecendo que “A saúde é direito de todos e dever do Estado”.

Desde então, houve um crescimento notável nas demandas judiciais relacionadas ao fornecimento de medicamentos.

O aumento nas ações, somado ao fato de que muitas delas são decididas a favor dos autores, tem causado um impacto negativo significativo nas finanças do sistema de saúde. As decisões judiciais podem comprometer severamente os orçamentos dos Municípios e Estados, uma vez que o custo dos medicamentos autorizados em juízo pode reduzir consideravelmente os recursos destinados à assistência farmacêutica.

Além disso, a variedade de medicamentos solicitados muitas vezes inclui aqueles que não estão padronizados pelo Ministério da Saúde. Isso implica uma interferência do Judiciário na formulação das políticas de saúde, onde decisões que deveriam ser tomadas por gestores de saúde estão sendo transferidas para a esfera judicial, transformando o Judiciário em um canal alternativo para a distribuição de medicamentos.

A judicialização da saúde, um fenômeno comum nas democracias atuais, reflete uma crescente interferência do Judiciário nas questões políticas. No entanto, essa intervenção difere das formas convencionais de judicialização, já que o Judiciário assume a responsabilidade de decidir sobre quais medicamentos devem ser fornecidos, com base na interpretação do direito à saúde previsto na Constituição.

A Constituição de 1988 introduziu uma nova estrutura social, reconhecendo diversos direitos ligados à cidadania, entre eles o direito à saúde, que impõe ao Estado a obrigação de assegurar acesso a serviços de saúde e implementar políticas públicas adequadas. O Brasil optou por um sistema de saúde público e

universal, mas isso não implica que todos os tratamentos e medicamentos sejam necessariamente oferecidos, dada a limitação dos recursos.

O legislador constitucional delegou a regulamentação do direito à saúde à legislação infraconstitucional. No entanto, ainda não há leis federais que definam claramente os limites da responsabilidade estatal nessa área. As normas técnicas emitidas pelo Executivo, embora importantes, não substituem a necessidade de uma regulamentação mais abrangente.

As decisões judiciais sobre o fornecimento de medicamentos levantam questões cruciais: quais são os limites da intervenção do Judiciário e como se efetiva o direito à saúde. Essa complexidade envolve diversos atores – gestores do SUS, magistrados, profissionais de saúde e cidadãos – e se estende além das políticas de saúde para incluir decisões sobre a incorporação de novas tecnologias.

Dessa forma, o Judiciário não só se envolve na política de saúde, mas frequentemente toma decisões sem o devido conhecimento técnico. É essencial que, ao julgar ações relacionadas a medicamentos, o Judiciário considere os aspectos técnicos pertinentes, como a padronização do Ministério da Saúde e a real necessidade do medicamento para o paciente, além de avaliar os recursos disponíveis.

Diante do expressivo crescimento das ações judiciais nos últimos anos, é fundamental investigar se essa tendência é um reflexo de falhas do Estado na prestação de serviços de saúde, levando os cidadãos a buscar na justiça o acesso a medicamentos negados, ou se existe uma propensão do Judiciário em decidir favoravelmente aos requerentes, baseando-se apenas no princípio do direito à saúde, sem atentar para as normas técnicas existentes.

A relevância dessa investigação transcende as questões orçamentárias que as ações judiciais podem gerar para o sistema de saúde. É crucial para que o Judiciário compreenda um tema que, embora diverso dos conflitos que geralmente enfrenta, é uma questão urgente que não pode ser negligenciada. Para abordar esses aspectos, o estudo será estruturado em dois eixos: um teórico e outro de análise de dados.

Necessário fomentar que os dados integrais a respeito dos processos objeto da presente pesquisa foram suprimidos com o fito de proteger os dados médicos dos requerentes, conforme preconiza a Lei Geral de Proteções de Dados - LGPD - (Lei

13.709/18), lei sancionada em agosto de 2018, com vigência integral em 2020. Feito o recorte acima deduzido, passamos a analisar os aspectos das decisões.

O primeiro capítulo apresentará a base teórica, focando na eficácia do direito à saúde e na judicialização das políticas. No segundo, descreveremos o método utilizado na pesquisa e na análise dos dados, além de delinear os objetivos da investigação. O terceiro capítulo apresentará os resultados obtidos com a análise, enquanto o quarto trará nossas considerações finais sobre o estudo.

2 O DIREITO À SAÚDE

Dado que nosso estudo visa investigar as ações judiciais que envolvem a concessão de medicamentos, o direito à saúde – que abrange o acesso a esses remédios – torna-se um tema central. Portanto, neste capítulo, iremos examinar a dimensão jurídica desse direito, começando pela sua afirmação como um direito humano em convenções internacionais.

Entretanto, a efetivação desse direito enfrenta diversos desafios, especialmente no que diz respeito à disponibilização de medicamentos essenciais para a população.

A judicialização da saúde, fenômeno em que cidadãos recorrem ao Poder Judiciário para garantir o acesso a tratamentos e medicamentos, tem sido uma realidade crescente no Brasil. Esse movimento evidencia tanto a consciência dos cidadãos sobre seus direitos quanto as dificuldades enfrentadas na obtenção de medicamentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste capítulo, analisaremos a dimensão jurídica do direito à saúde, abordando sua afirmação em convenções internacionais e sua consagração no ordenamento jurídico brasileiro.

2.1 As diretrizes balizadoras do Direito à saúde

A consagração do direito à saúde como um direito fundamental na Constituição de 1988 representa um marco significativo no avanço da proteção social no Brasil, conforme mencionando em seu artigo 6º: “ São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.” Essa Constituição não apenas reconhece a saúde como um direito básico, mas também está alinhada a uma tradição de constitucionalismo democrático e social que emergiu especialmente após a Segunda Guerra Mundial.

Antes de 1988, a proteção à saúde se resumia a dispositivos dispersos e fragmentados. A Constituição de 1824 mencionava a garantia de "socorros públicos", enquanto a de 1934 abordava a inviolabilidade do direito à subsistência. Contudo, essas menções não constituíam uma proteção efetiva da saúde; em vez disso, a

saúde era tratada como um aspecto das normas que regulavam competências legislativas e executivas, ou como parte das garantias voltadas para os direitos dos trabalhadores e a assistência social (Silva, 2003).

Além disso, é relevante notar que não havia diretrizes sobre o papel da iniciativa privada na oferta de serviços de saúde. Esse cenário reflete a realidade da época, quando os planos de saúde começaram a se tornar mais relevantes socialmente apenas no final dos anos 1990, em um contexto bastante diferente das instituições de assistência social e das caixas de pensões da época anterior. (Baia; Viana, 2002).

A consagração do direito à saúde como um direito humano em nível internacional desempenhou um papel crucial para que diversos países o incorporassem em suas legislações. Nesse sentido, Bobbio (2004, p. 355) destaca que:

As exigências apresentadas em todos os tempos e em todos os ambientes sociais pela melhoria da condição do homem terminaram na reivindicação de liberdade e de direitos sinteticamente qualificados de Direitos Humanos. O modo e os limites em que estas reivindicações conseguiram triunfar nas diversas comunidades onde passou a ter lugar a convivência humana estão estreitamente ligados à força e ao conteúdo dos ideais humanitários que nelas entraram, na qualidade de princípios de ação política, e também ao grau em que as mesmas puderam ou souberam encontrar apoio num conjunto de forças sociais capazes de as promover e de lhes assegurar de fato um respeito normal.

Conforme Salazar (2005), a definição do direito fundamental à saúde, que é correlacionado, mas não completamente integrado à assistência social, representa um dos principais avanços da Constituição Federal de 1988. Essa mudança rompeu com as tradições legislativas e constitucionais anteriores e atendeu às demandas do Movimento de Reforma Sanitária, especialmente consolidadas nas conclusões da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986). A inclusão do direito à saúde na Constituição, assim como a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), resulta da evolução dos sistemas de proteção anteriormente estabelecidos.

Entre as características do regime jurídico-constitucional do direito à saúde que refletem esse processo, destacam-se: a) a definição do conceito de saúde em consonância com a visão da Organização Mundial da Saúde (OMS), que a entende

como um estado de completo bem-estar físico, mental e social; b) a ampliação do escopo de proteção, que vai além da mera cura, incorporando aspectos de prevenção e promoção; c) a criação de um sistema único, caracterizado pela descentralização e regionalização das ações e serviços de saúde; d) a garantia de acesso universal aos serviços de saúde, que antes eram limitados a trabalhadores com vínculos formais e seus dependentes; e) a afirmação da natureza pública das ações e serviços de saúde; f) a obrigatoriedade de que o setor privado atue conforme as normas do sistema público de saúde.

Adicionalmente, é importante ressaltar que a estrutura constitucional do direito à saúde mantém uma relação contínua com o Direito Internacional. Exemplos relevantes incluem a Declaração Universal de Direitos Humanos da ONU de 1948, que nos artigos 22 e 25 trata do direito à segurança social e a um padrão de vida que assegure saúde e bem-estar; o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, que no artigo 12 reconhece o direito ao mais alto nível possível de saúde; e a Convenção Americana de Direitos Humanos, que em seus artigos 4º e 5º aborda os direitos à vida e à integridade física. O Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos, conhecido como Protocolo de São Salvador, no artigo 10, reafirma o direito à saúde, assim como a Declaração de Alma-Ata de 1978, que enfatiza que a realização do mais alto nível de saúde requer a colaboração de diversos setores sociais e econômicos, além do setor de saúde.

2.2 O processo de construção do direito à saúde e sua consagração no contexto constitucional brasileiro

Antes de abordar o regime jurídico-constitucional do direito fundamental à saúde, é essencial reconhecer as interconexões que existem entre a proteção da saúde, tanto individual quanto coletiva, e uma variedade de outros direitos e interesses assegurados pela constituição.

Nesse contexto, é fundamental entender que a proteção do direito à saúde está entrelaçada com a salvaguarda de outros direitos essenciais, que compartilham áreas de convergência e até mesmo de intersecção (direitos e deveres). Isso reforça a ideia de que todos os direitos humanos e fundamentais são interdependentes e se moldam mutuamente.

Entre os direitos constitucionais relacionados, podemos mencionar, como exemplos, o direito à vida, à dignidade humana, ao meio ambiente saudável, à moradia, à privacidade, ao trabalho, à propriedade, à seguridade social, e a proteção de grupos vulneráveis como crianças, adolescentes e idosos. Essa inter-relação é ainda mais enfatizada pelo conceito de “intersetorialidade” mencionado na Declaração de Alma-Ata, de 1978. Essa ideia ressalta que a realização do direito à saúde não é responsabilidade exclusiva do setor da saúde.

Pelo contrário, enquanto promotora de uma qualidade mínima de vida, a saúde depende da implementação de políticas públicas abrangentes, focadas em reduzir desigualdades sociais e promover o pleno desenvolvimento da personalidade, incluindo um compromisso com as futuras gerações.

De maneira análoga destaca Norberto Bobbio (2004, p. 86):

É supérfluo acrescentar que o reconhecimento dos direitos sociais suscita, além do problema da proliferação dos direitos do homem, problemas bem mais difíceis de resolver no que concerne àquela “prática” de que falei no início: é que a proteção destes últimos requer uma intervenção ativa do Estado, que não é requerida pela proteção dos direitos de liberdade, produzindo aquela organização dos serviços públicos de onde nasceu até mesmo uma nova forma de Estado, o Estado social.

Essas observações evidenciam que qualquer discussão sobre a concretização do direito à saúde, especialmente no que diz respeito ao planejamento de políticas públicas e à implementação de ações que visem alcançar níveis satisfatórios de proteção e promoção, deve necessariamente adotar uma abordagem intersetorial. Essa abordagem precisa reconhecer a transversalidade e a interdisciplinaridade que caracterizam esse direito fundamental (Sarlet, 2006).

Nesse contexto, é importante ressaltar que a ideia de deveres fundamentais está intrinsecamente ligada ao princípio da solidariedade, que implica que a sociedade como um todo tem a responsabilidade de garantir e proteger o direito à saúde de cada indivíduo. Isso se alinha ao que (Canotilho, 1993, p.180-181) se refere como responsabilidade compartilhada, cujas repercussões se estendem tanto ao presente quanto às gerações futuras, conceito já reconhecido na área do direito ambiental.

É crucial observar que os deveres fundamentais não devem ser confundidos com limitações ou restrições aos direitos fundamentais; no entanto, podem justificar

essas limitações em determinadas situações, desde que respeitem o núcleo essencial dos direitos e a parte de conteúdo que assegura a dignidade humana e o mínimo existencial. Isso, por sua vez, delinea o âmbito de proteção do direito fundamental em questão em cada caso específico.

O direito à saúde, no contexto jurídico-constitucional brasileiro, possui uma dupla fundamentalidade, tanto formal quanto material, que é característica dos direitos e garantias fundamentais em geral. Essa estrutura decorre do regime privilegiado que a Constituição de 1988 conferiu a esses direitos. A fundamentalidade material está associada à importância do bem jurídico protegido pela Constituição, sendo a saúde essencial para a manutenção da vida digna e de qualidade (Raefray, 2005, p. 260-262). Ela também é crucial para garantir as condições necessárias ao exercício de outros direitos, fundamentais ou não, permitindo o pleno desenvolvimento da pessoa e sua individualidade.

Nesse sentido, (Sarlet, 2008) assevera que a fundamentalidade formal se origina do direito constitucional positivo e se manifesta em três aspectos principais. Primeiro, como parte da Constituição escrita, os direitos fundamentais, incluindo o direito à saúde, ocupam uma posição de destaque na hierarquia do ordenamento jurídico, sendo normas de alta relevância formal e axiológica.

Em segundo lugar, essas normas estão sujeitas a limites formais, que incluem procedimentos rigorosos para sua alteração, bem como a cláusulas materiais que protegem certos princípios constitucionais. (Sarmiento, 2008, p. 723-726)

Por fim, conforme estabelecido no § 1º do artigo 5º da Constituição, as normas que definem direitos e garantias fundamentais são de aplicação direta, obrigando tanto o Estado quanto os indivíduos, o que se estende a outros dispositivos relacionados à proteção da saúde, devido à cláusula inclusiva presente no § 2º do mesmo artigo.

O direito à saúde não se limita a ser um direito fundamental, mas também se configura como um dever fundamental, conforme estipulado no artigo 196 da Constituição Federal: "a saúde é direito de todos e dever do Estado." Isso caracteriza uma relação de direito-dever, onde os deveres associados emergem da definição constitucional do direito à saúde. Assim, as obrigações que decorrem

desse direito estão diretamente ligadas às diversas maneiras pelas quais ele pode ser concretizado.

Entre as formas de efetivação do direito à saúde, podemos identificar uma dimensão defensiva, que envolve a proteção da saúde por meio de normas penais relacionadas à vida, à integridade física, ao meio ambiente e à saúde pública. (Sarlet, 2012, p. 240 e ss).

Além disso, há um conjunto de normas administrativas voltadas à vigilância sanitária, que regulam aspectos desde a produção até a comercialização de produtos, assim como o controle sanitário nas fronteiras.

Outra dimensão relevante é a prestacional, que diz respeito ao dever de promoção da saúde. Isso se manifesta em políticas públicas e normas que organizam e regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS), facilitando o acesso ao sistema, promovendo a participação da sociedade nas decisões e incentivando a adesão a programas de saúde pública. (Nunes, 2007).

Esses deveres fundamentais não se restringem apenas às relações individuais. Eles também geram responsabilidades políticas, como a formulação e execução de políticas públicas que visem realizar o direito à saúde e garantir a adequação dos recursos orçamentários aos níveis mínimos exigidos constitucionalmente.

Ademais, englobam deveres sociais, culturais e ambientais, que incluem a regulação do mercado de saúde, a intervenção do Estado nos planos de saúde privados e a implementação de programas voltados para grupos vulneráveis.

Os deveres vinculados ao direito à saúde podem ser de natureza originária, como a execução das políticas do SUS, ou de natureza derivada, que dependem de legislação infraconstitucional. Essa última categoria é evidente nas normas sanitárias que abrangem áreas como penal, administrativa e ambiental. Embora o Estado seja o principal destinatário desses deveres, isso não exclui a responsabilidade dos indivíduos. (Sarlet, 2012, p. 228 e ss.)

A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 1990) destaca que "*o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade*", enfatizando a importância da colaboração do setor privado na promoção e proteção da saúde, sob os mesmos princípios e diretrizes estabelecidos pela Constituição e pelas leis.

De qualquer forma, a Constituição de 1988 adotou uma visão mais abrangente do direito à saúde, alinhando-se à perspectiva proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Assim, esse direito vai além de uma abordagem meramente curativa, incorporando também as dimensões preventiva e promocional. Juntas, essas dimensões configuram o objeto e a base da proteção jusfundamental à saúde. (Sarlet, 2012).

Nesse contexto, é mais adequado referir-se não apenas ao direito à saúde, mas sim ao direito à proteção e promoção da saúde, entendendo este último como um ideal a ser alcançado. De acordo com o artigo 196 da Constituição, a "recuperação" remete à ideia de saúde curativa, que garante aos indivíduos o acesso aos recursos necessários para tratar doenças ou, ao menos, melhorar sua qualidade de vida, especialmente em casos de tratamentos prolongados. (Sarlet, 2012, p. 374-375).

Por outro lado, as expressões "*redução do risco de doença*" e "*proteção*" estão ligadas à saúde preventiva, englobando ações e políticas de saúde destinadas a evitar o aparecimento de doenças ou danos à saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Isso implica a imposição de deveres específicos de proteção, fundamentados nos princípios da precaução e da prevenção. (Figueiredo, 2007, p. 45-46).

Por fim, o conceito de "*promoção*" relaciona-se à busca por melhores condições de vida e saúde, evidenciando a consonância entre o texto constitucional e a necessidade de progressividade na implementação do direito à saúde. (Figueiredo, 2007, p. 96-102).

O artigo 196 da Constituição destaca a universalidade do direito à saúde, reconhecendo-o como um direito de todos, em consonância com o disposto no caput do artigo 5º. Esse princípio estabelece que o direito à saúde deve ser assegurado a todas as pessoas, independentemente de nacionalidade, embora a aplicação prática da norma possa ser diferenciada, especialmente quando considerada em relação ao princípio da igualdade. Isso evidencia que, apesar de estarem interligados, esses princípios possuem nuances distintas.

A partir dessa premissa, é possível afirmar que a titularidade do direito à saúde é universal, ligada intimamente aos direitos à vida e à integridade física. Além disso, as políticas públicas atuais tendem a ser inclusivas, como demonstram

programas de saúde destinados a grupos específicos, como povos indígenas, e à população estrangeira que utiliza serviços públicos nas cidades fronteiriças do Brasil. Isso reforça a ideia de que a exclusão não é o caminho a ser seguido.

Entretanto, é fundamental não confundir a titularidade universal do direito à saúde com a universalidade de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS). A assistência pública à saúde pode, em determinadas situações, enfrentar limitações, especialmente quando busca garantir a equidade do sistema como um todo. Isso implica na concretização do princípio da igualdade em sua dimensão material, o que pode justificar a adoção de medidas positivas para reduzir desigualdades regionais e sociais, promovendo a justiça social. (Sarlet, 2012, p. 228 e ss.)

A dimensão objetiva do direito à saúde, além de suas implicações protetivas e de eficácia nas relações entre particulares, se concretiza de maneira significativa por meio da institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS). Este sistema é reconhecido, no contexto jurídico e constitucional brasileiro, como uma verdadeira garantia institucional fundamental. (Figueiredo, 2007, p. 45-46)

O SUS criado em 1990 e regulamentado pela Constituição de 1988, reflete não apenas os princípios que o estruturam e os objetivos que deve alcançar, mas também é resultado de experiências anteriores que não obtiveram sucesso, além de ser uma demanda da sociedade civil, especialmente do Movimento de Reforma Sanitária que precedeu a elaboração da Constituição. (Brasil, 1990)

Assim, o SUS pode ser visto como uma garantia institucional fundamental, sujeita à mesma proteção destinada às normas jusfundamentais. Isso inclui sua inclusão nos limites materiais para a reforma constitucional, garantindo que não esteja vulnerável a medidas que busquem seu enfraquecimento ou abolição, seja de forma formal ou substancial. (Figueiredo, 2007, p. 45-46.)

Portanto, quaisquer tentativas de dismantelar ou esvaziar o SUS, especialmente no que se refere aos princípios que o sustentam, devem ser consideradas inconstitucionais. O direito à saúde, assim como o próprio SUS, são resguardados pela tutela constitucional. A consolidação do SUS como uma garantia institucional fundamental implica que a realização do direito à saúde deve estar alinhada aos princípios e diretrizes que o definem, os quais estão estabelecidos principalmente nos artigos 198 a 200 da Constituição. Dentre esses princípios, destacam-se a unidade, descentralização, regionalização, hierarquização,

integralidade e a participação da comunidade, sempre ressaltando a relevância pública das ações e serviços de saúde. (Raefray, p. 285).

Apesar dessa base teórica, é importante notar que a compreensão completa do regime jurídico da fundamentalidade nem sempre é aceita de forma unânime. Existem debates significativos sobre diversos aspectos desse regime, o que será analisado em seções posteriores.

2.3 A saúde e sua consagração enquanto serviço de relevante importância social.

A afirmação constitucional de que as ações e serviços de saúde têm "relevância pública" resulta, assim como várias outras disposições sobre o SUS, das demandas do Movimento de Reforma Sanitária, que buscava superar um modelo que era visto como "desestatizante, curante e centralizador". (Sarlet, 2012)

O texto constitucional ressalta o caráter indisponível da saúde, que é tutelada de forma constitucional, manifestando-se tanto como um direito subjetivo, individual e coletivo, quanto como uma garantia institucional representada pelo SUS. (Brasil, 2002, p. 07)

Essa relevância pública permite uma interpretação ampliada pela jurisprudência, legitimando a atuação do Ministério Público na defesa do direito à saúde. Isso inclui a possibilidade de propor ações judiciais em defesa de indivíduos ou coletividades, tanto frente ao Poder Público quanto a atores privados, o que pode ser sustentado por outros direitos fundamentais relacionados.

É importante destacar que a relevância pública das ações e serviços de saúde decorre do caráter indisponível do direito fundamental, que visa proteger valores essenciais como a vida, a dignidade, a integridade física e psíquica, e um ambiente saudável. Essa característica serve como um parâmetro para moldar e ajustar as relações privadas, incluindo a exploração de recursos naturais e a produção de bens, e também afeta diretamente as atividades no setor de saúde, especialmente no que diz respeito aos planos de saúde. (Figueiredo, 2007, p. 87 e ss.)

A importância pública dos serviços e ações de saúde é um tema central na discussão sobre direitos fundamentais e desenvolvimento social. A saúde é

reconhecida como um direito essencial, não apenas como a ausência de doenças, mas como um estado de bem-estar físico, mental e social. No Brasil, a Constituição de 1988 consagra a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, evidenciando a responsabilidade governamental em garantir condições adequadas para o bem-estar da população. (Brasil, 2003.)

O Sistema Único de Saúde (SUS) é a principal ferramenta para a implementação desse direito, fundamentando-se nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Esses princípios asseguram que todos os cidadãos, independentemente de sua condição socioeconômica, tenham acesso a serviços de saúde de qualidade, refletindo a importância pública desse sistema. (Brasil, 1990.)

A relevância dos serviços de saúde vai além do acesso ao tratamento. Uma população saudável é um indicativo de qualidade de vida, produtividade e justiça social. A saúde pública impacta diretamente o desenvolvimento econômico, pois cidadãos saudáveis são mais produtivos e contribuem para o crescimento do país. Por outro lado, a falta de acesso a serviços de saúde pode resultar em um aumento da mortalidade, disseminação de doenças e agravamento das desigualdades sociais. Além disso, a saúde é um determinante que influencia outros aspectos, como educação e renda, criando um ciclo virtuoso onde investir em saúde significa investir no futuro. (Paim, 1997)

Desta feita, a importância pública dos serviços e ações de saúde é indiscutível, servindo como base para o exercício do direito à saúde e promovendo o bem-estar social e econômico. Diante dos desafios que persistem, é essencial um comprometimento renovado com o fortalecimento do SUS e a promoção de políticas que assegurem o acesso equitativo a serviços de saúde de qualidade.

2.4 A subjetividade do Direito à Saúde e os desafios da Judicialização da temática

Conforme abordado no artigo de Ingo Wolfgang Sarlet e Mariana Filchtiner Figueiredo (2007), o direito à saúde deve ser compreendido em suas dimensões de proteção e promoção. Essa visão destaca a necessidade de uma variedade de posições jurídicas que vão além do simples acesso a serviços de saúde, envolvendo também o fomento a condições que garantam o bem-estar da população. Assim, fica

evidente que a efetividade desse direito depende de um entendimento abrangente das suas implicações sociais e legais, conforme se destaca:

Nos 20 anos transcorridos desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 não deixou de ser polêmica a discussão em torno dos limites e das possibilidades de exigibilidade do direito à saúde, em nível administrativo ou judicial, mas especialmente na condição de direito subjetivo oponível, individual e coletivamente, ao Estado e aos particulares. Tal fato decorre de muitas circunstâncias. O caráter aberto, e, de certa forma, programático, dos artigos 6º e 196 da CF, se permite a abertura e permanente atualização do conteúdo e, portanto, da tutela oferecida pelas normas constitucionais e legais, também gera conflitos nesse processo de integração prática e tópica, especialmente no que concerne à definição concreta do objeto que estaria albergado pela proteção ou pelo dever de prestação jusfundamental.

Ademais, a dimensão econômica dos direitos fundamentais, particularmente nos direitos sociais, e sua manifestação em direitos a prestações materiais, traz à tona a necessidade de discutir critérios para a alocação de recursos públicos. Essa situação demanda a ponderação entre diferentes direitos, interesses e bens, além de envolver a análise de princípios constitucionais, tanto explícitos quanto implícitos, que estruturam o Sistema Único de Saúde (SUS). Esse panorama frequentemente resulta em debates sobre os limites do direito à saúde. (Mello, 2004, p. 105-138.)

Por outro lado, essa importância econômica reforça a necessidade de cumprir deveres de informação e transparência, permitindo a avaliação da distribuição e aplicação dos recursos públicos em conformidade com as diretrizes do SUS e os objetivos fundamentais da República. O controle social e político do orçamento é crucial, sendo necessário aplicar critérios de racionalidade e proporcionalidade, que abrangem tanto a proibição de excessos quanto de insuficiências. Além disso, é vital garantir um mínimo existencial que assegure condições materiais para uma vida digna, permitindo o pleno desenvolvimento pessoal e a fruição de outros direitos fundamentais. (Torres, 2008.)

Nesse contexto, o Judiciário tem sido cada vez mais acionado para resolver conflitos relacionados ao direito à saúde. Diante da impossibilidade de se abster de decisões, os tribunais expandiram suas possibilidades de intervenção, incluindo o controle sobre políticas públicas. Em situações mais extremas, isso poderia ser visto como uma hipertrofia jurisdicional, embora atualmente haja uma tendência em busca

de critérios práticos e objetivos para avaliar as demandas apresentadas. Esse movimento implica um resgate da ideia de jurisprudência, com ênfase no diálogo interdisciplinar, como a incorporação de princípios da bioética, medicina baseada em evidências e critérios para uso racional de medicamentos. Iniciativas pioneiras de criação de mecanismos de conciliação pré-judicial também exemplificam essa abordagem interinstitucional. (Barzotto, 2005, p. 47-88).

2.5 A necessária compreensão das múltiplas dimensões legais decorrentes do direito fundamental à saúde e as dificuldades enfrentadas para sua efetivação, considerando a teoria da "reserva do possível".

O direito fundamental à saúde é um dos pilares de uma sociedade justa e equitativa, abrangendo diversas dimensões legais que vão além do simples acesso a serviços de saúde. Este direito é reconhecido em várias constituições e tratados internacionais, mas sua efetivação enfrenta desafios significativos.

Conforme estabelecido no artigo de Ingo Wolfgang Sarlet e Mariana Filchtiner Figueiredo (2007), o direito à saúde deve ser compreendido em suas dimensões de proteção e promoção, ressaltando-se uma abrangente variedade de posições jurídicas, conforme se destaca:

o direito à (proteção e promoção da) saúde engloba uma gama de posições jurídico-subjetivas de natureza diversa (direitos de defesa, direitos à proteção, direitos a organização e procedimento, direitos a prestações materiais), cujas peculiaridades repercutem sobre a efetividade que se lhes pode reconhecer. Nesse contexto, vale lembrar a distinção entre direitos originários e direitos derivados a prestações, centrada na possibilidade de exigibilidade do objeto assegurado pela norma de direito fundamental a partir da aplicação direta da norma constitucional (direitos originários), ou mediada pela legislação ordinária e/ou por um sistema de políticas públicas já implementado, como direito de (igual) acesso às prestações já disponibilizadas, quer dizer, a prestações cujo fornecimento já está previsto na esfera infraconstitucional (direitos derivados).

Essas diferentes naturezas impactam diretamente na efetividade do direito à saúde. É importante destacar a distinção entre direitos originários e direitos derivados a prestações. Os direitos originários são aqueles que podem ser exigidos diretamente da norma constitucional, enquanto os direitos derivados dependem da

legislação infraconstitucional e de políticas públicas já implementadas, assegurando acesso a serviços já disponíveis (Sarlet; Figueiredo, 2007)

O direito à saúde no Brasil é um tema complexo e multifacetado, que envolve uma série de dimensões jurídicas, sociais e econômicas. Para compreender sua efetividade, é essencial distinguir entre direitos originários e direitos derivados. Os direitos originários são aqueles que podem ser exigidos diretamente da norma constitucional, garantindo um acesso imediato a serviços e proteções. Por outro lado, os direitos derivados dependem da criação de legislações infraconstitucionais e da implementação de políticas públicas, o que pode dificultar a concretização do direito à saúde, uma vez que a efetivação desses direitos muitas vezes esbarra em limitações normativas e financeiras.

A eficácia do direito à saúde é geralmente reconhecida na doutrina e na jurisprudência como um direito de defesa. Essa abordagem destaca a proteção da saúde individual e coletiva contra interferências indevidas, enfatizando a responsabilidade do Estado e dos particulares em respeitar e proteger a saúde pública. A Constituição estabelece não apenas a necessidade de um acesso amplo aos serviços de saúde, mas também impõe um dever de uso razoável dos recursos orçamentários. Essa responsabilidade, no entanto, é frequentemente desafiada pela escassez de recursos e pela necessidade de priorização nas alocações orçamentárias.

A realização da dimensão prestacional do direito à saúde é particularmente complicada, pois envolve a organização de instituições e procedimentos que garantam o acesso efetivo. A efetivação desse direito requer normas específicas que regulem a prestação de serviços de saúde, o que frequentemente leva a discussões sobre omissões inconstitucionais. O Supremo Tribunal Federal (STF) desempenha um papel crucial nesse contexto, atuando em ações diretas de inconstitucionalidade por omissão e mandados de injunção para assegurar que as lacunas legais sejam preenchidas, garantindo assim o cumprimento do direito à saúde.

Entretanto, a indefinição em relação às prestações normativas do direito à saúde gera controvérsias. As referências constitucionais que falam sobre cura, prevenção e promoção não oferecem uma definição clara do que essas obrigações devem incluir. Essa falta de clareza se reflete em situações extremas, onde decisões judiciais que garantem direitos frequentemente favorecem apenas aqueles que

conseguem acessar o Judiciário. Isso levanta preocupações sobre a equidade no acesso à saúde e a necessidade de abordar as desigualdades que permeiam o sistema de saúde.

Nesse sentido, a discussão sobre ações coletivas torna-se particularmente relevante. Muitos autores argumentam que as ações coletivas, frequentemente associadas a políticas públicas, devem prevalecer sobre processos individuais. Isso ocorre porque as ações individuais podem ser inadequadas para reivindicar prestações materiais e, além disso, podem dificultar a realização de uma justiça mais ampla, que atenda às necessidades de grupos vulneráveis.

A "reserva do possível" é um conceito que traz à tona a tensão entre a capacidade financeira do Estado e a garantia de direitos. Esse princípio envolve aspectos econômicos relacionados à disponibilidade e à alocação de recursos de saúde, como profissionais especializados, leitos em unidades de terapia intensiva e equipamentos para tratamentos complexos. Ao mesmo tempo, a questão jurídica refere-se à capacidade de dispor sobre esses recursos, incluindo a interpretação das normas constitucionais que distribuem competências entre os diferentes níveis de governo. Essa interdependência destaca a necessidade de ponderar princípios constitucionais de hierarquia equivalente, como o direito à saúde e a separação dos Poderes.

Ademais, a noção de reserva do possível se relaciona com o princípio federativo, que demanda uma descentralização e regionalização das ações e serviços de saúde. A Constituição, em seu artigo 198, delinea essa estrutura, distribuindo competências legislativas e executivas entre os diferentes entes federativos. A priorização de soluções que respeitem os princípios da subsidiariedade, eficiência e proporcionalidade é crucial para atribuir responsabilidades de maneira adequada, garantindo que os entes públicos ou privados mais capacitados possam efetivar o direito à saúde.

Nos últimos anos, a jurisprudência brasileira tem demonstrado uma tendência crescente em reconhecer posições subjetivas, inclusive originárias, relacionadas ao mínimo existencial, que se refere à garantia de condições mínimas de vida digna. Um exemplo significativo é o precedente estabelecido pelo Supremo Tribunal Federal no julgamento do RE-AgR nº 271.286/RS, que, apesar de algumas decisões anteriores isoladas, solidificou a possibilidade de reconhecer direitos

subjetivos originários em diversas prestações materiais voltadas à efetivação do direito à saúde. Além disso, a relação entre o direito à saúde e a proteção do mínimo existencial foi reafirmada em julgados que enfatizam a necessidade de garantir esse direito, especialmente em situações de risco iminente à vida humana.

A Audiência Pública realizada pelo STF em 2009 e as decisões subsequentes refletem uma crescente preocupação com a efetividade do direito à saúde, incluindo aspectos judiciais. O acórdão no julgamento da STA-AgRg (DJe 29-04-2010) estabeleceu parâmetros importantes para essa efetividade, reconhecendo que o acesso à justiça é um direito fundamental que não pode ser ignorado. Isso implica que, mesmo quando se discute a alocação de recursos públicos e a separação dos Poderes, o Judiciário não pode se abster de decidir, especialmente em casos que envolvem a proteção do mínimo existencial.

Em suma, a efetivação do direito à saúde no Brasil é um desafio complexo que requer uma compreensão profunda de suas múltiplas dimensões. A interação entre direitos originários e derivados, a necessidade de normas claras e específicas, a relevância das ações coletivas e o papel do Judiciário são elementos fundamentais para garantir não apenas o acesso ao sistema de saúde, mas também a equidade e a efetividade desse direito. O fortalecimento das dimensões organizacionais e procedimentais, em conjunto com a promoção de políticas públicas inclusivas, é essencial para avançar na concretização do direito à saúde, respeitando a dignidade humana e os princípios constitucionais que sustentam uma sociedade justa e equitativa.

O acórdão reafirma, entre outros pontos relevantes: a) a competência do Judiciário para fiscalizar as políticas públicas, uma vez que frequentemente a questão reside no descumprimento de diretrizes legais já existentes; b) o reconhecimento de um direito subjetivo sempre que houver omissão do Estado em cumprir uma política pública de saúde previamente estabelecida; c) a natureza coletiva e individual do direito à saúde; d) a solidariedade entre os entes federativos das três esferas, baseada nas competências constitucionais comuns e no princípio da lealdade à Federação, promovendo um modelo cooperativo com definição clara de responsabilidades, especialmente em relação ao financiamento; e) a presunção a favor dos tratamentos disponibilizados pelo SUS, respaldados pela Medicina Baseada em Evidências, embora isso não impeça a contestação judicial, seja pela

ineficácia da política existente ou pela omissão em incluir novos tratamentos, desde que haja ampla produção de provas; f) a necessidade de análise individualizada dos casos, que pode justificar a intervenção do Judiciário ou da Administração para fornecer tratamento diferente do usualmente custeado pelo SUS, quando este não se mostrar eficaz nas condições específicas do paciente; g) a impossibilidade de o Estado ser condenado a fornecer tratamentos experimentais; h) a importância de que os medicamentos solicitados judicialmente tenham registro na ANVISA, embora isso não seja uma barreira intransponível; i) a natureza programática do direito à saúde, que está aberta à evolução da medicina.

Além da jurisprudência vigente sobre a concretização do direito à saúde, tanto por parte do Poder Público quanto de particulares, especialmente no que diz respeito aos planos de saúde, sobressaem os processos que tratam de demandas específicas.

Esses processos especiais visam esclarecer questões como as do REsp nº 1.069.210/RS, sobre o fornecimento de medicamentos necessários ao tratamento de saúde, podendo resultar em bloqueio de verbas do Estado; REsp nº 1.102.457/RJ, que discute a obrigação do Estado de fornecer medicamentos não previstos na Portaria nº 2.577/2006 do Ministério da Saúde; REsp nº 1.110.552/CE, sobre a legitimidade do Ministério Público para solicitar medicamentos essenciais para pacientes, e a inclusão da União Federal como litisconsorte passiva necessária; e REsp nº 1.101.725/RS, que analisa a possibilidade de aplicação de multa ao ente estatal em casos de descumprimento da obrigação de fornecer medicamentos.

A seleção dessas questões reflete a recorrência de ações sobre essas controvérsias, que, de uma forma ou de outra, abordam os limites da efetivação do direito à saúde, havendo uma forte tendência para o estabelecimento de uma orientação jurisprudencial definitiva sobre os aspectos discutidos.

Em suma, a efetivação do direito à saúde no Brasil é um desafio complexo que requer uma compreensão profunda de suas múltiplas dimensões. A interação entre direitos originários e derivados, a necessidade de normas claras e específicas, a relevância das ações coletivas e o papel do Judiciário são elementos fundamentais para garantir não apenas o acesso ao sistema de saúde, mas também a equidade e a efetividade desse direito. O fortalecimento das dimensões organizacionais e procedimentais, em conjunto com a promoção de políticas públicas inclusivas, é

essencial para avançar na concretização do direito à saúde, respeitando a dignidade humana e os princípios constitucionais que sustentam uma sociedade justa e equitativa.

2.6 Óbices infra-legais no contexto de plena eficácia do direito à saúde

Um aspecto crucial para garantir a proteção efetiva do direito à saúde está relacionado ao financiamento e, especialmente, à criação de mecanismos que garantam um fluxo contínuo de recursos entre os entes federativos. As tensões entre a centralização de recursos e a idealização de um federalismo cooperativo abrem um novo campo de debate, que não pode ser completamente abordado neste trabalho, assim como a importância de assegurar a aplicação dos percentuais mínimos definidos pela Constituição para as ações e serviços de saúde.

A implementação da Emenda Constitucional nº 29/2000 enfrenta desafios, exacerbados pela Desvinculação das Receitas da União (DRU), representando ameaças significativas às políticas de saúde e gerando apreensão quanto ao êxito dos programas de saúde. A falta de infraestrutura em diversos níveis do sistema de saúde, embora mitigada por iniciativas estatais, ainda afeta muitos brasileiros, especialmente os mais vulneráveis, que não têm acesso aos serviços privados de saúde.

No âmbito jurídico, a especialização dos magistrados, por meio da criação de Varas Especializadas em saúde e do aprimoramento técnico dos juízes, pode ser uma alternativa promissora para uma compreensão mais profunda do tema. Ações recentes do Conselho Nacional de Justiça, como a inclusão do "direito à saúde" no conteúdo dos concursos para magistratura e a divulgação de orientações para facilitar a resolução de ações judiciais relacionadas a medicamentos, conforme a Recomendação nº 31 (DJe 07-04-2010), caminham nessa direção.

Além disso, a formação de profissionais especializados, livres de conflitos de interesse, é essencial para garantir um debate qualificado, possibilitando a colaboração de entidades de classe e especialistas na área da saúde. Isso também reflete os princípios constitucionais de subsidiariedade, eficiência, solidariedade e cooperação, promovendo a busca por informações de fontes competentes.

A discussão sobre os critérios de alocação dos recursos financeiros e sanitários em programas de saúde e outras políticas públicas traz à tona questões sobre os limites e as possibilidades do controle judicial. A solução não está em extremos, mas em um esforço conjunto dos operadores do Direito para estabelecer mecanismos adequados de discussão, reforçando o princípio da separação dos Poderes como um espaço de harmonização e colaboração. A elaboração de diretrizes objetivas que ajudem os magistrados na tomada de decisões concretas é um avanço a ser celebrado, contanto que não desconsiderem a individualidade dos casos e não reduzam a dignidade de cada pessoa em nome de um interesse coletivo absoluto. (Figueiredo, 2007, p. 170 e ss).

Por fim, é importante ressaltar a discussão entre doutrinadores sobre ações coletivas relacionadas ao direito à saúde. Novos instrumentos, como a participação de *amicus curiae*, podem enriquecer a análise e ajudar na resolução das questões, além de fomentar acordos pré-judiciais ou o desenvolvimento de competências normativas semelhantes às do direito do trabalho. (Sarmiento, ano, p. 997).

O direito à saúde como um direito social prestacional de caráter fundamental, na sua perspectiva subjetiva, levanta o problema de saber qual o limite da prestação a ser reclamada pelo cidadão perante o Estado, ou seja, é o poder público devedor de toda e qualquer prestação na área da saúde? Além disso, pode-se questionar se os serviços prestados devem atender a padrões mínimos ou se serão serviços da melhor qualidade. Na opinião de Torres (2001, p. 287)

o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, assegurado no art. 196 da Constituição, transformado em gratuito pela legislação infraconstitucional é utópico e gera expectativas inalcançáveis para os cidadãos. As prestações de medicina curativa, compreendidas no âmbito dos direitos sociais (art. 6º da Constituição), devem ser analisadas a partir dos critérios elaborados pela teoria da justiça. Dependem de escolhas orçamentárias, sempre dramáticas num ambiente de escassez de recursos financeiros, que conduzem inexoravelmente à exclusão de alguns – a depender das opções por investimentos em hospitais, sanatórios ou postos médicos que atendam à população segundo as condições de idade, sexo, ou domicílio. Qual é o cardíaco brasileiro que tem o direito de ser operado pelo Dr. Jatene? Qual o critério de justiça que deve presidir as opções fundamentais em torno da saúde?

No que tange ao fornecimento de medicamentos, que é o foco deste estudo, surge a questão sobre se o Estado deve fornecer todos os medicamentos

indiscriminadamente ou se há necessidade de estabelecer critérios para tal. Essa delimitação sobre o que deve ser disponibilizado pelo poder público está intimamente relacionada à efetividade do direito à saúde, ou, em termos mais precisos, à sua eficácia jurídica. Como observa Silva (1982, p. 48)

designa a qualidade de produzir, em maior ou menor grau, efeitos jurídicos, ao regular, desde logo, as situações, relações e comportamentos nela indicados; nesse sentido, a eficácia diz respeito à aplicabilidade, exigibilidade ou executoriedade da norma como possibilidade de sua aplicação jurídica.

No final das contas, as dúvidas e contradições que encontramos são reflexo das limitações do sistema de proteção dos direitos sociais, exacerbadas pelas desigualdades sociais e regionais que caracterizam o Brasil.

Em resumo, essas circunstâncias indicam que a questão da gratuidade no acesso e na assistência à saúde — que não é necessariamente a norma em outros países — precisa ser mais aprofundada e analisada. Isso é essencial para uma distribuição mais justa das responsabilidades e encargos, tanto visando aumentar o número de pessoas atendidas pelo sistema público de saúde quanto para uma melhor alocação dos recursos disponíveis, o que pode, por sua vez, elevar a qualidade do atendimento prestado. Esses aspectos estão diretamente ligados aos objetivos fundamentais da República, conforme estabelecido no artigo 3º da Constituição. Ao contrário do que muitos estudiosos podem argumentar, a universalidade dos serviços de saúde não implica automaticamente que todas as prestações materiais sejam gratuitas para todos os cidadãos, assim como a integralidade do atendimento não deve ser interpretada como a obrigação de atender a todas as demandas de forma ideal.

A ideia de uma igualdade substancial, que reconhece as diferenças, poderia permitir, garantindo acesso universal a serviços de qualidade, uma limitação da gratuidade — pelo menos no sentido de uma gratuidade tendencial, conforme o que foi revisado na Constituição Portuguesa nesse aspecto. Isso já foi observado em algumas políticas públicas e é também apoiado por parte da literatura especializada e jurisprudência. Figueiredo (2007, p. 170 e ss.)

Esse cenário também é impactado pela desorganização da assistência farmacêutica nos serviços de saúde. Como resultado, nota-se, por exemplo, a

ausência de prioridades na escolha de produtos padronizados que constam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

Além disso, a irregularidade no fornecimento de medicamentos em nível ambulatorial compromete significativamente a eficácia das ações governamentais na área da saúde.

A prática de uso inadequado e desnecessário de medicamentos, juntamente com a automedicação, são comuns na sociedade brasileira e contribuem para um aumento da demanda por medicamentos. Isso torna essencial a promoção do uso racional, que deve incluir a reorientação dessas práticas e a implementação de processos educativos voltados tanto para profissionais de saúde quanto para usuários. (Sergipe, 2024)

A produção e comercialização de medicamentos devem seguir um conjunto de leis e regulamentos que assegurem a eficácia, segurança e qualidade dos produtos. Também é importante considerar aspectos relacionados a custos e preços de venda, em defesa dos consumidores e em suporte a programas institucionais de subsídios, como compras de medicamentos, reembolsos especiais e planos de saúde.

3 A ATUAL POLÍTICA DE MEDICAMENTOS E SUAS DIRETRIZES

A atual política de medicamentos e suas diretrizes desempenha um papel essencial na promoção da saúde pública e no acesso a tratamentos eficazes, com um foco especial nas decisões judiciais. Em um cenário repleto de avanços científicos e desafios sociais, essa política procura equilibrar a disponibilidade de medicamentos com a necessidade de garantir qualidade, segurança e eficácia.

As decisões judiciais têm um papel crucial na interpretação e aplicação dessas diretrizes, influenciando diretamente a atuação de gestores, profissionais de saúde e da indústria farmacêutica. Assim, compreender como as diretrizes moldam essas decisões é fundamental para avaliar seu impacto na saúde coletiva e a eficácia das medidas adotadas.

3.1 A Igualdade como Base: Explorando Gratuidade, Universalidade e Acesso Integral na Realização do Direito à Saúde no Contexto Jurídico Brasileiro.

A garantia de "*acesso universal e igualitário*" às ações e serviços de saúde, conforme o artigo 196 da Constituição, é especialmente relevante em países com profundas desigualdades sociais, como o Brasil. Isso implica a necessidade de avaliar a relação entre a demanda por serviços e as reais capacidades do indivíduo e da sociedade para atendê-la, o que levanta questões sobre a equivalência entre universalidade e gratuidade no atendimento. (Novais, 2010, p. 109.) No que se refere aos direitos sociais básicos, a necessidade real deve ser um critério fundamental na análise da solicitação de gratuidade no atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS).

Essa análise deve levar em conta princípios como solidariedade, subsidiariedade e proporcionalidade. Assim, é razoável afirmar que o acesso universal deve ser entendido dentro de uma perspectiva substancial do princípio da isonomia, que exige tratamentos diferenciados para situações desiguais, e que não garante prestações idênticas a todos. Essa abordagem deve estar associada à ideia de equidade no acesso e na distribuição dos recursos de saúde, assim como ao princípio da proporcionalidade, permitindo uma avaliação ponderada dos direitos envolvidos. (Figueiredo, 2007, p. 170 e ss)

O princípio da igualdade, consagrado na Constituição Federal de 1988, é fundamental para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Ele estabelece que todos os cidadãos devem ter acesso igualitário a serviços e benefícios de saúde, independentemente de suas condições socioeconômicas. Esse princípio é essencial para a promoção de uma saúde pública que respeite a dignidade humana e elimine disparidades no acesso ao atendimento.

A gratuidade, um dos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS), garante que os serviços de saúde sejam oferecidos sem custos diretos ao usuário. Isso se alinha ao princípio da igualdade, pois permite que indivíduos de diferentes classes sociais tenham acesso aos mesmos serviços de saúde, contribuindo para a equidade no sistema.

A universalidade é outro conceito central, que estabelece que todos os cidadãos têm direito à saúde, sem discriminação. Esse princípio é a base do SUS, que busca atender a toda a população brasileira. A universalidade implica que não apenas os serviços básicos devem ser acessíveis, mas também tratamentos especializados e medicamentos, conforme as necessidades de cada cidadão.

O conceito de atendimento integral se refere à abordagem holística da saúde, que considera não apenas as doenças, mas também as condições sociais, econômicas e ambientais que afetam a vida das pessoas. A integralidade busca proporcionar um cuidado que abranja a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Isso é fundamental para garantir que o direito à saúde seja efetivamente concretizado, já que aborda as múltiplas dimensões que influenciam o bem-estar do indivíduo. (Figueiredo, 2007, p. 44-45)

A intersecção desses conceitos — igualdade, gratuidade, universalidade e atendimento integral — é crucial para a efetivação do direito à saúde no Brasil. No âmbito legal, a Constituição e leis complementares buscam assegurar que essas diretrizes sejam respeitadas, mas a implementação prática enfrenta desafios significativos, como a escassez de recursos, a falta de infraestrutura adequada e a desigualdade regional. Portanto, é essencial que haja um comprometimento contínuo do Estado e da sociedade para garantir que esses princípios sejam não apenas normativos, mas também realidade na vida dos cidadãos, promovendo uma saúde digna e acessível para todos.

3.2 Dos Aspectos Legais e da conjuntura organizacional da Política de Aquisição de Medicamentos no Brasil

Na Constituição, os artigos que reconhecem a saúde como um direito social a ser garantido pelo Estado são o 6º, 196, 197 e 198. Já mencionamos os artigos 6º e 196 anteriormente. Agora, é importante abordar os demais dispositivos para entender como esse tema é tratado em nossa Constituição. O artigo 197, que trata das ações e serviços de saúde, estabelece o seguinte:

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

O artigo 198 aborda as diretrizes do sistema de saúde e seu financiamento. Nesta ocasião, iremos focar apenas na seção relacionada às diretrizes do sistema, uma vez que a questão do financiamento não será explorada neste estudo.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade.

A Lei nº 8.080/90, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, foi criada para regulamentar os dispositivos constitucionais referentes ao sistema de saúde. Ela estabelece, de forma geral, as condições necessárias para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além de definir a organização e funcionamento dos serviços relacionados, bem como os objetivos, atribuições, diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Um dos principais fundamentos dessa lei é a descentralização, conforme previsto no artigo 198, inciso I, da Constituição Federal, que também orienta a política de medicamentos, tema que será discutido adiante. No que diz respeito a medicamentos, a Lei nº 8.080/90 contém dois dispositivos que fazem referência direta a esse assunto, ambos localizados no artigo 6º, que aborda as ações no

âmbito de atuação do SUS. O inciso I, letra “d”, do referido artigo estabelece o seguinte: "Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS): I – a execução de ações: (...) d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica”.

Esse dispositivo assegura, assim, a assistência farmacêutica dentro do SUS, estabelecendo claramente que o cidadão tem o direito ao fornecimento de medicamentos pelo Estado, o qual está formalmente incluído na legislação como parte da assistência à saúde a ser oferecida. Já o inciso VI do mesmo artigo 6º, dispõe que:

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

(omissis)

VI – a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção.

A Constituição Federal de 1988 representa um marco significativo nas transformações da saúde no Brasil. No capítulo referente à seguridade social, estabelece a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), definindo seus princípios e diretrizes com base em um conceito ampliado de saúde. O artigo 196 afirma que

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doença e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Brasil, 1988)

A Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990) complementa esses preceitos constitucionais, incluindo em suas atribuições a execução da "assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica" e a formulação de políticas de medicamentos de interesse para a saúde. Segundo o artigo 18, é responsabilidade da direção municipal do SUS implementar a política de insumos e equipamentos para a saúde.

Entretanto, a desarticulação da assistência farmacêutica no Brasil, em descompasso com as reformas na saúde e a descentralização do SUS, levou à elaboração de novas diretrizes, como a Política Nacional de Medicamentos (PNM), publicada em outubro de 1998. Essa política visa reforçar os princípios constitucionais do SUS, buscando garantir a segurança, eficácia e qualidade dos

medicamentos, além de promover o uso racional e o acesso da população a medicamentos essenciais.

A PNM também propõe uma reorientação da assistência farmacêutica, que envolve um conjunto de atividades relacionadas ao medicamento para apoiar as ações de saúde de uma comunidade. Isso inclui desde o abastecimento de medicamentos até a educação contínua de profissionais de saúde e da população sobre o uso racional dos mesmos.

Entre os desafios da reorientação da assistência farmacêutica estão a necessidade de planejar ações específicas, a implementação de estratégias eficientes e a consolidação da relação entre os serviços de saúde e a população. O foco está na descentralização da gestão, na promoção do uso racional de medicamentos e na otimização das atividades relacionadas. (Brasil, 2005)

A PNM estipula que as secretarias municipais de saúde devem coordenar a assistência farmacêutica, promover o uso racional de medicamentos, capacitar recursos humanos e assegurar o abastecimento adequado. Isso requer uma gestão eficaz e integrada, envolvendo também a padronização de medicamentos e a definição de responsabilidades em diferentes níveis de governo.

Portanto, o papel dos gestores municipais é fundamental para garantir que a assistência farmacêutica, componente essencial da saúde, seja efetivamente implementada dentro do SUS.

A promoção do uso racional de medicamentos é um dos principais objetivos da Política Nacional de Medicamentos e é uma obrigação expressa para os gestores de saúde nos diversos documentos de pactuação das ações de saúde. Essa necessidade é evidenciada pelos dados do Sistema Nacional de Informações Toxicológicas (SINITOX), que indicam que os medicamentos são a principal causa de intoxicações no Brasil.

Em resposta a essa realidade, o Conselho Nacional de Saúde, seguindo as diretrizes da 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, estabeleceu, através da Resolução MS/CNS 338 de 6 de maio de 2004, uma série de eixos estratégicos, entre os quais se destacam:

A Garantia de acesso equitativo às ações de saúde; incluindo a assistência farmacêutica, Manutenção da assistência farmacêutica na rede pública de saúde, considerando as prioridades regionais; Qualificação dos serviços de assistência farmacêutica existentes, em

colaboração com gestores estaduais e municipais; Desenvolvimento e capacitação de profissionais de saúde; Promoção do uso racional de medicamentos, com ações que regulamentem a prescrição, a dispensação e o consumo. Brasil (2004)

Para incentivar o uso racional de medicamentos, são importantes a implementação da Relação de Medicamentos Essenciais, do Formulário Terapêutico e dos Protocolos Clínicos e Terapêuticos constantes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

A RENAME é fundamental para o planejamento do Ciclo da Assistência Farmacêutica, ajudando na seleção e organização da assistência farmacêutica dentro do SUS. Ela deve guiar a elaboração das Relações de Medicamentos em níveis estadual e municipal, servindo como uma ferramenta para equipes de saúde e prescritores na escolha dos tratamentos mais adequados. A RENAME reflete um compromisso com a disponibilidade de medicamentos que atendem às prioridades de saúde da população.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define medicamentos essenciais como aqueles que atendem às necessidades de saúde prioritárias, devendo estar sempre acessíveis à população em doses apropriadas.

Por sua vez, os estados e municípios devem criar suas Relações Estaduais e Municipais de Medicamentos Essenciais, que devem ser atualizadas regularmente e aprovadas pelos Conselhos de Saúde.

Não obstante, o Formulário Terapêutico Nacional (FTN) também se manifesta como coadjuvante neste cenário, contendo informações científicas e baseadas em evidências sobre os medicamentos da RENAME, ajudando os profissionais de saúde na prescrição, dispensação e uso dos medicamentos essenciais. Segundo a OMS (2020), a criação de formulários nacionais de medicamentos é uma decisão política importante para promover o uso racional dos medicamentos.

O FTN abrange indicações, contraindicações, precauções, efeitos adversos, interações, esquemas de administração e orientações ao paciente, contribuindo para uma terapia eficaz, segura e acessível, além de melhorar o padrão de atendimento e reduzir custos. (Brasil, 2009)

Embora os medicamentos sejam insumos fundamentais na atenção à saúde, seu uso inadequado pode representar riscos. Assim, a promoção do uso racional e

seguro é essencial. As demandas por medicamentos no SUS são variadas e muitas vezes não podem ser atendidas imediatamente devido a limitações operacionais e orçamentárias. (Sergipe, 2024)

A Assistência Farmacêutica Básica é financiada por todas as esferas do SUS e é acordada nas Comissões Intergestores, tanto Tripartite quanto Bipartite. Em 1998, após a publicação da Política Nacional de Medicamentos (PNM), iniciou-se o processo de descentralização da assistência farmacêutica com a implementação do Incentivo à Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (IAFAB), cujos valores foram pactuados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Em 2009, o Ministério da Saúde ampliou o Elenco de Referência Nacional (ERN) na Atenção Básica, utilizando a 6ª edição da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que definiu os medicamentos essenciais a serem utilizados na Atenção Básica e que poderiam ser financiados com recursos tripartites do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. O ERN passou a incluir também medicamentos fitoterápicos, que aumentaram de dois para oito, além de medicamentos homeopáticos, conforme a Farmacopeia Homeopática Brasileira.

A Portaria GM n. 176/1999 estabeleceu critérios para a habilitação de Estados e Municípios para receber esse incentivo financeiro. O Ministério da Saúde ficou responsável pela aquisição e distribuição de medicamentos estratégicos, como aqueles para tuberculose, hanseníase, diabetes e hipertensão, além de financiar medicamentos de alto custo, com contrapartidas dos Estados regulamentadas por diversas portarias. (Brasil, 1999)

As Portarias nº 176/99 GM/MS e 2.084/2005 GM/MS foram substituídas pela Portaria 3.237, de 24 de dezembro de 2007, que, por sua vez, foi revogada pela Portaria GM nº 2.982, de dezembro de 2009. Esta última atualizou os valores, as listas de medicamentos e as transferências de recursos para a Assistência Farmacêutica Básica.

Além disso, a Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007, regulamentou o financiamento e a transferência de recursos federais para ações e serviços de saúde, estabelecendo blocos de financiamento e seus respectivos mecanismos de monitoramento e controle.

Ademais, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), estabelecida pela Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, regula a

assistência terapêutica e a incorporação de novas tecnologias no Sistema Único de Saúde (SUS). Este órgão colegiado, de caráter permanente, faz parte da estrutura do Ministério da Saúde e tem a missão de orientar a incorporação, exclusão ou modificação de tecnologias em saúde, além de participar na elaboração ou revisão de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.

A CONITEC está ligada à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde, que é responsável por integrar tecnologias ao SUS, contando com o apoio do Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS).

Embora a implementação do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica tenha ampliado a oferta de medicamentos para a população, em muitos casos esse acesso não foi acompanhado de ações que garantissem um uso qualificado, como a promoção do uso racional de medicamentos.

4 JUDICIALIZAÇÃO DE DEMANDAS RELACIONADAS À SAÚDE

Nos últimos anos, a judicialização das demandas relacionadas à saúde tem se tornado um fenômeno cada vez mais presente no sistema jurídico. Esse crescimento das ações judiciais reflete, em grande parte, a busca da população por acesso a tratamentos e medicamentos que muitas vezes não estão disponíveis pelo sistema público de saúde.

A judicialização surge como uma resposta às lacunas e limitações enfrentadas pelos pacientes, revelando a complexidade das relações entre direito à saúde, políticas públicas e a efetividade do atendimento médico. Nesse contexto, as demandas judiciais se concentram principalmente na obtenção de medicamentos, destacando a necessidade de uma análise cuidadosa sobre as implicações legais e sociais desse processo.

4.1 Da análise dos aspectos sociais e das circunstâncias jurídicas da judicialização de demandas focadas em saúde no Brasil.

O sistema de assistência à saúde no Brasil é vasto e complexo, envolvendo uma ampla gama de atores tanto na esfera pública quanto na privada, além de diversas entidades regulatórias e uma série de normas legais que regulam as interações entre esses agentes. Na Constituição Federal, a saúde é não apenas parte de um conjunto de direitos sociais claramente definidos, mas também é um direito que é abordado em quatro artigos extensos, que delineiam as diretrizes para a política pública e a oferta privada de serviços de saúde. Além disso, a palavra "saúde" aparece mais 62 vezes no texto constitucional.

O tema gera frequentemente conflitos políticos e judiciais, dado que a prestação de serviços de saúde envolve a distribuição de recursos limitados em uma sociedade complexa, onde os padrões epidemiológicos do Brasil refletem características de países desenvolvidos e em desenvolvimento. Isso torna a definição de prioridades um tema suscetível a disputas.

A chamada "judicialização da saúde" é um reflexo dessas disputas por recursos; Como a saúde é um bem oferecido pelo Estado por meio de recursos públicos, os litígios judiciais que a envolvem estão relacionados a questões de

justiça distributiva. Em outras palavras, tratam-se de disputas sobre as normas que regulam a distribuição individual de bens comuns e sua prevalência é superior ao que seria esperado considerando a importância do tema nas relações socioeconômicas.

Um exemplo emblemático é o caso da Fosfoetanolamina, popularmente conhecida como "pílula do câncer", que gerou cerca de 13 mil liminares em apenas oito meses, solicitando que a Universidade de São Paulo fornecesse um medicamento ainda não aprovado pela ANVISA e cuja eficácia não havia sido validada por estudos técnicos. (Gallo Netto, 2018)

Tradicionalmente, o Poder Judiciário lida com conflitos de natureza retributiva ou bipolares, onde uma das partes sairá vencedora e a outra perdedora. Nesses casos, o juiz decide sobre a legalidade de um delito, contrato ou indenização. No entanto, hoje em dia, questões distributivas, como aquelas relacionadas ao direito à saúde, têm sido apresentadas ao Judiciário no mesmo formato que os conflitos retributivos.

A diferença é que os conflitos que envolvem bens fornecidos pelo Estado com recursos públicos não são bilaterais, mas policêntricos ou plurilaterais. Isso ocorre porque as decisões afetam toda a sociedade, implicando em ganhos ou perdas coletivas. Nesses casos, o desafio está na alocação de recursos escassos entre várias partes, em vez de uma simples retribuição ou compensação entre dois lados.

Esse fenômeno não se limita a casos isolados; entre 2008 e 2024, as ações judiciais relacionadas à saúde cresceram, enquanto o total de processos judiciais aumentou, é o que diz o CNJ (2024).

Ademais, de acordo com o Ministério da Saúde (2017), houve um aumento aproximado de 13 vezes nos gastos com litígios ao longo de sete anos, alcançando R\$ 1,6 bilhão em 2016. Embora esse montante seja relativamente pequeno em comparação com o orçamento total da saúde, representa uma parte significativa dos recursos disponíveis para a alocação discricionária pelo governo, afetando diretamente a política de aquisição de medicamentos, um dos principais temas das demandas judiciais.

A judicialização da saúde também impacta, de maneira direta ou indireta, as relações contratuais entre milhões de beneficiários de planos de saúde, operadoras

e prestadores de serviços. Sua abrangência fez com que esse fenômeno se tornasse significativo não apenas para o sistema de assistência, mas também para o Judiciário, que enfrenta centenas de milhares de processos, muitos deles abordando questões recorrentes e frequentemente contendo pedidos de liminares ou tutelas de urgência.

As discordâncias também se estendem aos princípios normativos que fundamentam os conflitos, como os critérios de justiça e a definição de quem possui a competência para decidir.

Nesse contexto, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) tem liderado iniciativas para estabelecer uma política judiciária voltada à saúde, promovendo uma atuação mais coordenada nos últimos cinco anos.

As ações resultantes dessa política incluem a criação do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde, bem como a formação de Comitês Estaduais de Saúde e recomendações para os juízes sobre como lidar com as demandas que surgem em seus tribunais. Desde então, o CNJ tem promovido e implementado diversas iniciativas que visam oferecer diretrizes e parâmetros para a atuação judicial nessa área.

No Brasil, a realização do direito à saúde tem gerado um debate crescente em diferentes espaços. Sob a liderança do CNJ, está sendo desenvolvida uma política judiciária da saúde que abrange não apenas as instituições jurídicas, mas também sua interação com entidades políticas e sociais. A urgência nas decisões, a relação direta com o direito à vida e a complexidade dos tratamentos e da prevenção são fatores que tornam o direito à saúde distinto de outros direitos sociais, e essa política busca levar esses aspectos em consideração.

A crescente influência do Judiciário nas políticas públicas de saúde não ocorre sem contradições e desafios, levantando questões sobre os limites e as possibilidades do CNJ em promover a efetivação desse direito. De fato, uma intervenção judicial mais contínua pode impactar significativamente as políticas públicas em termos de orçamento, planejamento e gestão.

Como consequência, a atuação constante do Judiciário exigiu uma reconfiguração de suas estratégias, levando a uma reflexão sobre formas de atuar tanto judicial quanto extrajudicialmente em prol da saúde. Isso também trouxe desafios diários para os magistrados. Os espaços institucionais, como o CNJ, o

Fórum Nacional do Judiciário e os Comitês Estaduais, têm funcionado como catalisadores para anseios e discussões em todo o país.

As dificuldades em descrever o fenômeno vão de mãos dadas com os desafios em estabelecer relações de causa e efeito. No contexto da saúde privada, por exemplo, o elevado número de ações judiciais pode ser resultado de falhas nas relações entre beneficiários e operadoras, fazendo do Judiciário um espaço crucial para assegurar o cumprimento dos contratos e normas pertinentes. Por outro lado, as demandas podem incluir solicitações que não estão cobertas pelos contratos, impactando custos e a segurança jurídica.

A inadequação e a falta de recursos no SUS por sua vez também geram insatisfação entre os usuários, que frequentemente não conseguem acessar serviços essenciais. Essa insatisfação leva à busca de soluções por meio do Judiciário, onde os cidadãos esperam obter decisões favoráveis que garantam tratamentos, medicamentos e procedimentos não disponibilizados pelo sistema público.

A ausência de normas claras sobre quais serviços e medicamentos devem ser fornecidos pelo SUS e a dificuldade em definir critérios para a prioridade de atendimentos aumentam a incerteza. Isso resulta em um número crescente de ações judiciais que questionam a negativa de fornecimento de tratamentos ou medicamentos. Além disso, a cobertura midiática sobre casos de pessoas que conseguiram acesso a tratamentos via judicialização contribui para a disseminação dessa prática.

O aumento das demandas judiciais tem gerado uma carga excessiva para o sistema judiciário, que já enfrenta problemas de morosidade. A judicialização da saúde é um dos setores mais litigiosos, com um aumento de processos relacionados a medicamentos e tratamentos que frequentemente demandam decisões rápidas e eficazes.

As decisões judiciais favoráveis aos requerentes podem acarretar significativos impactos orçamentários. Muitas vezes, o Estado é obrigado a custear tratamentos de alto custo, o que pode desviar recursos de outras áreas da saúde e impactar negativamente o planejamento orçamentário.

Por sua vez, a judicialização pode criar um sistema em que aqueles com maior acesso à informação e recursos financeiros têm vantagens sobre os mais

vulneráveis. Isso contribui para uma desigualdade no acesso à saúde, pois nem todos conseguem levar suas demandas ao Judiciário.

Não obstante, a judicialização de medicamentos que não têm eficácia comprovada no meio científico ou que não estão incluídos nas diretrizes de saúde pode levar a uma utilização inadequada de recursos e a tratamentos que não são benéficos, colocando em risco a saúde da população.

Nesse contexto, a judicialização da saúde no Brasil é um fenômeno complexo que reflete as falhas e desafios do sistema de saúde. Embora a busca por justiça e acesso a tratamentos seja legítima, a crescente dependência do Judiciário para resolver questões de saúde levanta questões sobre a equidade e a sustentabilidade do sistema. É imperativo que o país busque soluções que garantam o direito à saúde de forma justa e equitativa, minimizando a necessidade de judicialização e promovendo um sistema de saúde mais eficiente e inclusivo.

A conclusão principal é que não se trata de um fenômeno único de judicialização da saúde, mas de uma ampla gama de questões, motivos para litígios e efeitos nas políticas de saúde pública e suplementar, na oferta de serviços e na sociedade como um todo. Essa diversidade de temas reflete a complexidade do assunto, já evidenciada na literatura. Assim, é essencial identificar e, na medida do possível, categorizar os tipos de judicialização para uma compreensão mais aprofundada do fenômeno, o que poderá fundamentar a proposição de ações para os diversos envolvidos (Vianna, 1999, p. 22).

4.2 Da Responsabilidade Civil Objetiva do Estado em matéria de Saúde.

A responsabilidade civil do Estado é um tema de grande relevância no direito brasileiro, especialmente à luz da Constituição Federal de 1988, que consagrou a teoria da responsabilidade objetiva. Essa teoria é fundamental porque dispensa a necessidade de se comprovar a culpa por parte do agente estatal para que haja a obrigação de indenizar, bastando, para tanto, a demonstração do nexo causal entre a ação do Estado e o dano experimentado pelo cidadão.

No âmbito do direito a saúde a responsabilidade civil do Estado tem sido invocada nas ações que versam sobre o tema.

Por sua vez, a Constituição, em seu artigo 37, § 6º, estabelece que a Administração Pública deve indenizar os danos causados por seus agentes no

exercício de suas funções. Essa previsão legal reflete a adoção da teoria do risco administrativo, que implica que o Estado deve suportar os riscos inerentes à sua atividade, independentemente da existência de culpa. Isso significa que, quando uma ação administrativa resulta em um dano ao particular, a responsabilização do Estado é automática, desde que se comprove o dano e a relação causal com a conduta estatal (Brasil, 2015).

Um exemplo claro da aplicação da responsabilidade objetiva do Estado é a situação em que um cidadão sofre efeitos adversos decorrentes da falta de um medicamento específico. Nesse caso, para que o cidadão tenha direito à reparação, é necessário apenas que ele prove a ocorrência do dano, a ação da Administração e o nexo de causalidade entre ambas.

É importante ressaltar que, em se tratando de responsabilidade objetiva, a Administração Pública só poderá se eximir do dever de indenizar em situações excepcionais. O ordenamento jurídico brasileiro prevê que, para afastar a responsabilidade estatal, a União deve demonstrar a culpa da vítima (total ou parcial) ou a ocorrência de força maior ou caso fortuito.

A responsabilização do Estado tem um forte fundamento no princípio da proteção ao cidadão. O Estado, ao exercer suas funções, deve garantir a segurança e a integridade de seus administrados. Ao adotar a responsabilidade objetiva, a Constituição não apenas promove a justiça social, mas também assegura que o Estado seja um agente de proteção e não uma fonte de riscos adicionais à população.

Em suma, a responsabilidade civil do Estado, especialmente em casos de danos decorrentes de ações administrativas como a vacinação, é um mecanismo essencial para a defesa dos direitos dos cidadãos. A adoção da teoria da responsabilidade objetiva pelo ordenamento jurídico brasileiro garante que o Estado assuma suas responsabilidades e indenize aqueles que sofrerem danos em decorrência de suas atividades.

Dessa forma, reforça-se a ideia de que a Administração Pública deve agir com diligência e cuidado, promovendo a segurança e o bem-estar da sociedade. A efetivação desse princípio é crucial para a construção de uma relação de confiança entre o Estado e os cidadãos, fundamental para a estabilidade social e a promoção dos direitos humanos.

Importa salientar que a questão da legitimidade passiva da União em ações relacionadas ao fornecimento de medicamentos não incluídos no SUS já foi analisada pelo STF no julgamento do RE 855.178. Em 16 de abril de 2020, o Tema nº 793 foi decidido, estabelecendo que “os entes federativos são solidariamente responsáveis nas ações de prestação de serviços na área da saúde, cabendo ao Judiciário definir o cumprimento das normas de repartição de competências e o ressarcimento à parte que arcar com os custos”.

Nesse cenário, o RE nº 1.366.243 aborda a divisão de responsabilidades entre o Estado de Santa Catarina e a União quanto ao fornecimento de medicamentos não incorporados ao SUS. O Tema nº 1234, também de repercussão geral, determina que:

A Justiça Federal é responsável pelo fornecimento de medicamentos não incluídos no SUS quando o custo do tratamento anual for igual ou superior a 210 salários mínimos, cabendo à União arcar integralmente com esses custos. Se os Estados ou o Distrito Federal forem condenados, a União deverá ressarcir esses entes por meio de repasses do Fundo a Fundo.

Para medicamentos que já estão incorporados no SUS, a competência judicial e o processo de ressarcimento seguirão as diretrizes estabelecidas por acordos entre os Entes Federativos.

Para facilitar a gestão e o controle, será criada uma plataforma nacional que reunirá informações sobre ações administrativas e judiciais referentes ao acesso a medicamentos, tanto incorporados quanto não incorporados ao SUS.

Vale ressaltar que o Tema nº 1234 não incluiu na discussão o fornecimento de produtos de saúde, como órteses, próteses e equipamentos médicos, nem procedimentos terapêuticos realizados em casa, em ambulatórios ou hospitais.

O Recurso Extraordinário nº 566.471 (Tema nº 6) inicialmente tratou da obrigação do Estado em fornecer medicamentos de alto custo a pacientes com doenças graves que não podem arcar com esses custos. Contudo, o escopo da discussão foi ampliado para incluir a responsabilidade do Estado em fornecer medicamentos não incorporados ao SUS, independentemente do valor.

Em relação a essa questão, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) já havia decidido, em 4 de maio de 2018, através do Tema Repetitivo nº 106, que a concessão de medicamentos não incluídos no SUS depende do cumprimento de três requisitos:

Laudo médico que comprove a necessidade do medicamento e a ineficácia de tratamentos alternativos;

Comprovação da falta de condições financeiras do paciente;
Registro do medicamento na Anvisa.

No contexto do RE nº 566.471, o STF reafirmou, por meio do Tema nº 6, que é possível a concessão judicial de medicamentos não incorporados ao SUS, desde que sejam observadas, cumulativamente, as seguintes condições:

Negativa de fornecimento pela via administrativa;
Não haver pedido de incorporação ou atraso na análise pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec);
Inexistência de alternativa de tratamento disponível nas listas do SUS e nos protocolos clínicos;
Comprovação da eficácia e segurança do medicamento, fundamentada em evidências científicas;
Necessidade clínica do tratamento, validada por laudo médico;
A incapacidade financeira do paciente.

Em suma, a jurisprudência recente do STF e do STJ evidencia a complexidade da responsabilidade da União e dos Estados no fornecimento de medicamentos, especialmente os não incorporados ao SUS. As decisões destacam a importância de uma abordagem integrada e baseada em evidências, garantindo acesso a tratamentos essenciais para pacientes em situação de vulnerabilidade. A criação de plataformas nacionais para centralizar informações e o respeito às diretrizes estabelecidas nos acordos entre os entes federativos são passos fundamentais para a efetivação do direito à saúde no Brasil.

Essa dinâmica reforça a necessidade de um sistema de saúde que atenda adequadamente as demandas da população, respeitando as especificidades e as necessidades individuais dos pacientes.

5 A JUSTIÇA FEDERAL NA PARAÍBA E AS DEMANDAS SOBRE FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS

Nesta última parte do trabalho pretendemos apresentar os dados coletados junto ao banco de dados da Justiça Federal na Paraíba que está organicamente vinculada ao Tribunal Regional Federal da Quinta Região disponíveis em consulta ao PJE e a Jurisprudência do órgão disponível em seu sítio oficial, referentes às ações judiciais propostas por usuários do SUS contra a União distribuídas na comarca da Paraíba, tendo como objeto o fornecimento de medicamentos de alto custo, e as respectivas decisões proferidas pelos juízes de 1ª instância, incluindo decisões liminares e sentenças. Iniciaremos nossa análise apresentando os aspectos quantitativos da pesquisa para, posteriormente, apresentar a análise aprofundada dos dados.

As ações judiciais objeto da pesquisa foram as seguintes: Processo nº 0810935-93.2021.4.05.8200, Processo nº 0804467-45.2023.4.05.8200, Processo nº 0809435-89.2021.4.05.8200, Processo nº 0508588-73.2015.4.05.8200 e Processo nº 0500277-10.2020.4.05.9820.

Os autores das ações são indivíduos que buscam ter garantido o fornecimento de determinado medicamento que alegam não lhes ter sido entregue pelo órgão do Poder Executivo responsável pelas ações de saúde naquela localidade sob o fundamento legal do direito à saúde, previsto no artigo 196 e da Constituição Federal e regulamentado pela Lei nº 8.080/90. Em outras palavras, pode-se dizer que estas ações judiciais seriam medidas tomadas individualmente pelo cidadão na busca pela efetivação, através do Poder Judiciário, de um direito previsto constitucionalmente.

Normalmente os pedidos contêm uma providência em caráter de urgência (liminar ou pedido de antecipação de tutela), para que o medicamento pleiteado seja fornecido desde logo e não se tenha que aguardar o julgamento do processo. Com o deferimento da liminar, o Judiciário emite uma ordem, que consiste na determinação do fornecimento do medicamento pleiteado, e que deverá ser cumprida pelo Estado, de imediato.

Ao deferir o pedido logo de início, o juiz o faz por sua livre convicção, levando em consideração os documentos que instruíram o pedido do autor e o fato

de o direito à saúde estar garantido constitucionalmente, além do risco que a ausência daquele medicamento pode trazer para a saúde do indivíduo. Portanto, não há necessidade para o deferimento que o juiz consulte um órgão técnico ou perito médico, já que a demora poderia agravar o estado de saúde do autor da ação.

A decisão do juiz, que comporta a interpretação de um direito previsto na Constituição, é imperativa e deverá ser cumprida pelo Poder Executivo, através de seu órgão responsável pelas ações de saúde.

Observa-se, portanto, que nas amostras analisadas não existiram casos em que houve o indeferimento do pedido do autor, indicando que o Poder Judiciário tem manifestado tendência em favor do usuário quando se trata de pedidos sobre medicamentos, independentemente de ser aquele medicamento padronizado ou não pelo Ministério da Saúde, como veremos mais adiante.

No que se refere ao fundamento das decisões proferidas e às argumentações mais frequentes utilizadas pelos magistrados, observamos que a maior parte das decisões estão fundamentadas no art. 196 da Constituição Federal e na Lei nº 8.080/90, com argumentações no sentido de que é um direito constitucional do cidadão receber do Estado ações e serviços de saúde, incluindo-se nele o fornecimento de medicamentos.

Ainda de acordo com as decisões, os entes federativos são solidários no dever de fornecer medicamentos aos cidadãos e, ao decidir nesse sentido, a descentralização - um dos princípios do SUS e um dos eixos da Política Nacional de Medicamentos - não é reconhecida pelo Judiciário, uma vez que todos os entes federativos contra os quais foi proposta a ação judicial passam a ser igualmente responsáveis por qualquer medicamento pleiteado, seja ele da assistência básica, estratégico ou excepcional. Inclusive com relação a este tema, existe Súmula do STF, a qual é constantemente mencionada nas decisões e que possui o seguinte conteúdo:

O tratamento médico adequado aos necessitados se insere no rol dos deveres do Estado, porquanto responsabilidade solidária dos entes federados. O polo passivo pode ser composto por qualquer um deles, isoladamente, ou conjuntamente. (RE 855178 RG, Relator(a): Min. LUIZ FUX, julgado em 05/03/2015, PROCESSO ELETRÔNICO REPERCUSSÃO GERAL – MÉRITO DJe-050 DIVULG 13-03-2015 PUBLIC 16-03-2015).

Observamos também que as decisões analisadas ao rechaçarem as defesas apresentadas pela União destacam que a previsão orçamentária não pode ser óbice ao fornecimento de medicamentos.

Observa-se, ainda, que, em caso de cumprimento material por um dos entes, é devida, administrativamente, a compensação financeira entre os demais, conforme as regras estabelecidas pelo SUS.

Nesse sentido, as decisões analisadas fortificam o entendimento do STF (Tema 793):

Os entes da federação, em decorrência da competência comum, são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais na área da saúde, e diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, compete à autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro.

Além disso, algumas decisões, além de estarem fundamentadas no art. 196 da Constituição Federal, fazem menção ao princípio da dignidade da pessoa humana, previsto no art. 1º, inciso III, da mesma Carta Constitucional, argumentando que questões orçamentárias não podem ser postas à frente da dignidade humana, devendo o ser humano ser privilegiado. Em todas as decisões verificamos referência à jurisprudência de Tribunais Superiores e dos próprios Tribunais Estaduais, no sentido de concessão de pedidos de medicamentos. Aliás, já pudemos ilustrar jurisprudência nesse mesmo sentido no capítulo sobre o direito à saúde.

Todavia, o que nos chama atenção nas decisões é que não fazem referência à questão da padronização ou às próprias listas de medicamentos, tais como a RENAME ou a Portaria sobre medicamentos excepcionais, apesar de grande parte dos processos versarem sobre medicamentos não incluídos nestas listas, como será visto.

Na verdade, caso os magistrados levassem em consideração em suas decisões a existência das listagens do Ministério da Saúde e concedessem pedidos apenas referentes a itens previstos em tais relações, muitos pedidos deveriam ser indeferidos.

Este fato corrobora, portanto, a nossa argumentação apresentada no capítulo sobre o direito à saúde, no sentido de que o Poder Judiciário, especialmente

os juízes de 1ª instância, nos processos que versam sobre concessão de medicamentos, não tem considerado a produção normativa dos órgãos técnicos do Executivo encarregados de regulamentar a assistência farmacêutica no país.

5.1 Dos medicamentos pleiteados nas ações analisadas

No que se refere aos medicamentos pleiteados nos processos judiciais, objeto de nossa pesquisa, devemos esclarecer que em dois processos os remédios estavam padronizados, com exceção de três.

As listas de medicamentos estabelecidas pelo Ministério da Saúde também não foram observadas no deferimento dos pedidos, já que uma parte dos medicamentos e materiais pleiteados não estão padronizados pelo Ministério da Saúde e, mesmo assim, foram deferidos.

Devemos acrescentar à nossa análise, a questão das medidas liminares deferidas nas ações analisadas, que complementa a análise acima apresentada.¹

No caso dos medicamentos, o argumento dos autores para concessão das liminares, de forma geral, se refere ao risco do agravamento de sua condição de saúde. Observamos que em todos os processo houve requerimento e concessão de medidas liminares para fornecimento dos medicamentos.

Não houve, portanto, indeferimento de nenhum pedido, constatando-se em apenas em um dos processos que o deferimento da liminar foi parcial, uma vez que os pedidos englobavam materiais ou alimentos, além dos medicamentos, e a decisão concedeu a liminar apenas no tocante a estes últimos.

A decisão do juiz, que comporta a interpretação de um direito previsto na Constituição, é imperativa e deve ser cumprida de imediato pela Secretaria de Saúde, assim como posteriormente deverão o ser as sentenças. Importante destacar quanto às liminares, apesar de não termos vislumbrado esse tipo de situação na nossa análise, que o seu deferimento pelo juiz não significa que, posteriormente, no momento de proferir a sentença, o autor da ação terá o seu pedido deferido.

Pode ocorrer de o juiz chegar à conclusão, após melhor análise e instrução do processo (a realização de uma perícia médica que indique não ser aquele o

¹ A liminar constitui uma decisão provisória, proferida pelo juiz, que determina uma providência a ser tomada da discussão do conteúdo, normalmente, logo que recebido o processo pelo juiz, com a finalidade de resguardar direitos.

tratamento adequado, p. exemplo), que o autor da ação não deve ter deferido o seu pedido.

No entanto, durante o período compreendido entre a decisão que concedeu a liminar e a sentença, o cidadão terá ficado recebendo o medicamento do Estado e os recursos gastos com essa situação não retornarão aos cofres públicos.

Desta forma, pode-se dizer que as decisões liminares deferidas para o fornecimento de medicamento são irreversíveis, pois, ainda que na sentença o pedido venha a ser indeferido, o Estado não irá reaver os medicamentos ou os recursos investidos.

5.2 Possíveis significados dos dados colhidos

A situação apresentada com a análise dos dados nos sugere que o direito à saúde, no que se refere à assistência farmacêutica, não está sendo efetivado em sua plenitude - levando-se em consideração os princípios da integralidade e universalidade -, uma vez que a maior parte dos pedidos de medicamentos pleiteados nas ações judiciais se referem a produtos padronizados pelo Ministério da Saúde, sugerindo que os usuários tiveram que acessar o Poder Judiciário para obter o fornecimento de determinado medicamento, que deveria ter sido fornecido pelo Poder Executivo, através de sua Secretaria Estadual de Saúde.

Todavia, de outro lado, os dados também mostram que o Poder Judiciário não tem respeitado as normas técnicas sobre assistência farmacêutica no SUS e tem agido como verdadeiro órgão de dispensação de medicamentos, interferindo na política de saúde previamente planejada pelos órgãos do Poder Executivo, já que parte dos medicamentos requeridos não estão padronizados pelo Ministério da Saúde e, mesmo assim, tiveram seu fornecimento deferido pelo Poder Judiciário.

Esta situação pode levar a um desequilíbrio no SUS e também a uma violação ao princípio da isonomia, previsto no art. 5º, caput, da Constituição Federal, visto que o fornecimento de determinado medicamento não padronizado para um indivíduo pode representar a falta de outro para o restante da coletividade.

Além disso, o deferimento de medicamentos pelo Judiciário sem observância da padronização oficial, compromete outras diretrizes da Política Nacional de Medicamentos, traçadas na Portaria nº 3.916/98, tais como a garantia

da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos e a promoção de seu uso racional.

O cenário mostrado com os dados nos indica duas situações distintas: 1) problemas na efetivação do direito à saúde por parte do competente órgão do Executivo, no que se refere ao fornecimento de medicamentos; e, 2) excesso de intervenção do Poder Judiciário neste aspecto da política de saúde.

O que parece estar ocorrendo, de acordo com nossa interpretação, é que o Poder Judiciário, visando suprir as possíveis omissões do poder executivo na efetivação do direito à saúde, passou a deferir pedidos formulados nas ações judiciais.

Isso indica, de um lado, um Judiciário cada vez mais se sensibilizando com as questões sociais do país e, na sua esfera de atuação, dando efetividade aos direitos sociais previstos na Constituição Federal. Porém, de outro, vislumbramos uma espécie de “queda de braço” entre os Poderes, na medida em que atos normativos do Executivo não são reconhecidos (ou são desconhecidos) pelo Judiciário, que, além do mais, cobra regulamentação dos dispositivos constitucionais referentes à saúde por parte do Legislativo.

Entretanto, este posicionamento do Poder Judiciário, mormente dos juízes de 1ª instância no julgamento dessas ações, poderá trazer sérios problemas à assistência farmacêutica no SUS, como, aliás, já vem sendo manifestado pelos representantes do Executivo responsáveis pelas ações de saúde no país.

Isso porque, se admitirmos que a escassez de recursos é uma realidade do sistema, despesas com itens não previstos no SUS só sobrecarregariam mais o sistema.

Se examinarmos a questão sob o prisma do usuário do SUS, o crescimento das demandas judiciais nos indica uma difusão e absorção dos direitos e princípios constitucionais pela sociedade como um todo. Também indica que o acesso à justiça vem sendo facilitado no país.

Entretanto, quando falamos de um cenário mais amplo este entendimento mais regionalizado diverge daquele exaurido pelos tribunais superiores, neste ínterim, vale mencionar que em recente decisão no ano de 2024 o Plenário do Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu que o Estado não é obrigado a fornecer

medicamentos de alto custo solicitados judicialmente se não estiverem incluídos no Programa de Dispensação de Medicamentos em Caráter Excepcional do SUS.

Essa decisão, proferida durante o julgamento do Recurso Extraordinário (RE) 566471, afeta mais de 42 mil processos semelhantes.

O caso em questão envolveu a recusa do Estado do Rio Grande do Norte em fornecer citrato de sildenafila para uma idosa com cardiomiopatia isquêmica. O Tribunal de Justiça do Rio Grande do Norte em primeira instância havia determinado o fornecimento, mas a decisão foi revertida pelo STF. A maioria dos ministros votou pela não obrigatoriedade, enfatizando que o Estado pode ser compelido a fornecer medicamentos de alto custo apenas se comprovada a necessidade extrema e a incapacidade financeira do paciente.

O ministro Edson Fachin divergiu, argumentando que o medicamento foi registrado e deveria ser fornecido, enquanto o ministro Alexandre Moraes alertou sobre o excesso de judicialização da saúde, que pode comprometer o orçamento do SUS. As ministras Rosa Weber e Cármen Lúcia, e os ministros Ricardo Lewandowski, Gilmar Mendes e Luiz Fux também apoiaram a decisão do relator, destacando a necessidade de um equilíbrio entre direitos fundamentais e as limitações orçamentárias do Estado.

Entretanto, a tendência é que o Judiciário deve continuar a considerar os princípios constitucionais relacionados ao direito à saúde, como a dignidade da pessoa humana e o acesso universal e igualitário à saúde, ao decidir sobre casos similares, uma vez que o tema em comento define critérios para os fármacos de alto custo ainda não incorporados.

O Plenário do Supremo Tribunal Federal (STF) confirmou, por unanimidade, uma decisão liminar do ministro Gilmar Mendes, que estabeleceu diretrizes para o julgamento de ações judiciais relacionadas ao fornecimento de medicamentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Na sessão virtual extraordinária de terça-feira (18), a Corte também ratificou a suspensão de recursos ao STF e ao Superior Tribunal de Justiça (STJ) que abordam a responsabilidade solidária da União em ações movidas contra os estados.

Quanto a questão da solidariedade, o STJ decidiu, no Incidente de Assunção de Competência (IAC) 14, que, devido à responsabilidade solidária na saúde, o autor da ação pode escolher contra qual ente federado apresentar a demanda, mas a

inclusão da União é obrigatória. O Colégio Nacional de Procuradores Gerais dos Estados e do Distrito Federal (Conpeg) argumentou que esse entendimento contradiz a jurisprudência do STF sobre a solidariedade entre os entes federativos.

Dessa maneira, por mais que haja um esforço em delimitar o tema, parece ainda estar obscura a relação do judiciário e as demandas de saúde, sobretudo, a toda conjuntura existente entre estes dois entes, criando-se uma desconexão entre a repartição legislativa de competências no SUS e a judicialização da saúde.

Embora tenha havido um avanço na jurisprudência recente, definindo a não responsabilidade do Estado em fornecer medicamentos de alto custo não padronizados se conclui que a definição de responsabilidades no Judiciário não está alinhada com a complexidade da política pública de saúde.

Além disso, ainda é incerto que os tribunais regionais, como o caso do JFPB possam seguir este entendimento, uma vez que ainda pairam obscuridades acerca dos casos específicos ou extraordinários, que repisam na análise do caso concreto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos últimos anos, o Poder Judiciário tem se tornado cada vez mais influente em nossa sociedade, atuando tanto em questões políticas quanto nas relações sociais cotidianas. Este fenômeno, conhecido como judicialização, pode ser atribuído a diferentes fatores, que variam conforme o contexto histórico de cada país.

No Brasil, duas causas significativas para esse aumento da judicialização são o surgimento do Estado de Bem-Estar Social e a formalização dos direitos fundamentais na Constituição. Essas transformações permitiram uma nova dinâmica de judicialização, onde os cidadãos passam a buscar no Judiciário a efetivação de direitos sociais, como o direito à saúde, conforme estipulado nos artigos 196 e seguintes da Constituição Federal.

Observa-se um crescimento considerável nas demandas judiciais relacionadas ao direito à saúde, especialmente em relação ao fornecimento de medicamentos.

Uma questão central que emerge desse cenário é a definição dos limites do artigo 196 da Constituição, que estabelece que *"a saúde é direito de todos e dever do Estado"*. Este texto amplo gera incertezas sobre o que pode ser exigido do Estado em termos de ações e serviços de saúde, incluindo a disponibilização de medicamentos. O Ministério da Saúde regulamenta a assistência farmacêutica no Brasil, definindo, por meio de normas infra-legais, quais medicamentos são oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Para o fornecimento de medicamentos, é necessário seguir protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas que também são definidos pelo Ministério. Nas intervenções recentes do Judiciário relacionadas ao fornecimento de medicamentos, é possível observar duas realidades distintas: uma, em que os direitos dos usuários do SUS estão sendo comprometidos, e outra, onde o Judiciário ultrapassa seus limites ao não respeitar as diretrizes estabelecidas para a alocação de recursos.

A atuação do Judiciário é fundamental para prevenir abusos por parte das autoridades de saúde, devendo verificar a legalidade na aplicação de recursos, na execução dos serviços e na adequação das unidades de saúde. No entanto, muitas decisões judiciais relacionadas ao fornecimento de medicamentos vão além do

simples controle da legalidade, envolvendo questões políticas sobre a alocação de recursos públicos. Esses casos apresentam uma complexidade diferente, com implicações de justiça distributiva que afetam a coletividade.

A efetiva estruturação do SUS requer planejamento baseado em critérios epidemiológicos e orçamentários. Os órgãos do Ministério da Saúde elaboram políticas e planos que visam garantir a melhor prestação de serviços, respeitando os princípios da integralidade e universalidade, assim como a dignidade humana.

Embora o Judiciário não seja, em teoria, o espaço mais adequado para resolver disputas sobre a alocação de recursos em saúde, as ações judiciais relacionadas ao direito à saúde, especialmente sobre medicamentos, têm aumentado. Assim, o Judiciário precisa se preparar para lidar com esses conflitos, adaptando sua abordagem para superar os desafios que encontra.

Essa adaptação implica respeitar as normas técnicas do Executivo e fundamentar suas decisões não apenas em uma interpretação extensiva da Constituição, mas também em dados concretos sobre o acesso a medicamentos e suas distribuições. A recente decisão do STF, sob a relatoria da Ministra Ellen Gracie, indica que o Judiciário começa a reconhecer as limitações impostas pelo Ministério da Saúde.

Por parte do Executivo, é essencial garantir que os recursos para a saúde, estabelecidos pela Emenda Constitucional nº 29, sejam efetivamente aplicados, contribuindo para o desenvolvimento do SUS. O Legislativo também desempenha um papel crucial, com a necessidade de regulamentar a assistência farmacêutica de forma adequada, como demonstrado por projetos de lei que buscam melhorar a compreensão e decisão sobre o tema pelo Judiciário.

Atualmente, as normas do Ministério da Saúde sobre a padronização de medicamentos não estão centralizadas em um único documento, o que complica o trabalho dos profissionais que lidam com a questão. Consolidar essas normas em um único instrumento facilitará a atuação do Judiciário, que muitas vezes não possui o conhecimento técnico necessário.

Por último, é importante conscientizar os profissionais de saúde responsáveis pela prescrição de medicamentos sobre a necessidade de seguir as diretrizes estabelecidas e promover o uso racional de medicamentos. A pesquisa realizada enfrentou algumas limitações, como a dificuldade em coletar dados

abrangentes sobre medicamentos pleiteados em um maior número de processos, mas busca contribuir para uma melhor compreensão das questões envolvendo o direito à saúde no Brasil através da amostragem analisada.

REFERÊNCIAS

BAHIA, L. **Planos e Seguros Saúde: padrões e mudanças das relações entre o público e o privado no Brasil.** Tese (Doutorado em Saúde Pública) ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1999.

BAHIA, L.; VIANA. A. **Breve histórico do mercado de planos de saúde no Brasil.** 2002.

BARCELLOS, Ana Paula de. **A eficácia dos princípios constitucionais.** Dignidade da Pessoa Humana. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

BARROSO, L. R. **O Direito constitucional e a efetividade de suas normas:** limites e possibilidades da Constituição Brasileira. Rio de Janeiro/São Paulo: Renovar, 2003.

BARROSO, A. F. **O direito à saúde e a judicialização das políticas sociais:** alguns aspectos doutrinários. Texto elaborado no âmbito do Projeto “relações Público- Privado: o Caso da saúde Suplementar”, desenvolvida pelo Laboratório de Economia Política da Saúde - LEPS em 2004.

BARZOTTO, Luiz Fernando. **Os direitos humanos como direitos subjetivos:** da dogmática jurídica à ética. Revista do Ministério Público do Rio Grande do Sul, N. 56, p. 47-88, set./dez.2005.

BOBBIO. N. **Dicionário de política.** Volumes 1 e 2. 5ª ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília: São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2003.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988: atualizada até a Emenda Constitucional nº 42, de 19/12/2003. Rio de Janeiro: Lumen Juris Editora, 2003.

BRASIL. **Decreto nº 591, de 6 de julho de 1992.** Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Promulgação. Brasília: Presidência da República. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm Acesso em: 10 jul. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 3.321, de 30 de dezembro de 1999.** Promulga o Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais "Protocolo de São Salvador", concluído em 17 de novembro de 1988, em São Salvador, El Salvador. Brasília: Presidência da República. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3321.htm. Acesso em: 10 jul. 2024.

BRASIL. **Relação nacional de medicamentos essenciais Rename 2022.** Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://>

www.conass.org.br/wp-content/uploads/2022/01/RENAME-2022.pdf. Acesso em: 3 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Evolução e desafios da regulação do setor de saúde suplementar**, Rio de Janeiro: ANS, n. 4, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. **“A Política de Saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites”**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, p. 07. Disponível in: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/genero/livros.htm>, acesso 25.08.2024).

BRASIL. Lei nº 9.656. **Dispõe sobre os Planos de Assistência à Saúde**. Brasília, 1998.

BRASIL. Lei n.º 9.961/2000. **Dispõe sobre a criação da ANS**. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Saúde Suplementar**. Brasília: CONASS, 2007. Acesso em 02.08.2006.

BRASIL. ADPF-MC nº 45. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental – Medida Cautelar nº 45**, Supremo Tribunal Federal, Brasília, DF.

BRASIL. Constituição de 1824. **Constituição Política do Império do Brasil, de 25 de março de 1824**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao24.htm. Acesso em: 18 ago. 2024.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 29/2000. Modifica os artigos 34, 35, 156, 160, 167, 198 e 200 da Constituição Federal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 set. 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em: 18 ago. 2024.

BRASIL. 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 União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 18 ago. 2024.

BRASIL. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 abr. 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm. Acesso em: 18 ago. 2024.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 2.084, de 26 de outubro de 2005. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 out. 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2084_26_10_2005.html. Acesso em: 23 ago. 2024.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 3.237, de 24 de dezembro de 2007. Aprova a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Diário Oficial da União**, Brasília,

DF, 26 dez. 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt3237_24_12_2007.html. Acesso em: 23 ago. 2024.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 176, de 8 de março de 1999. Estabelece o Plano Nacional de Direitos Humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 mar. 1999. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt0176_08_03_1999.html. Acesso em: 23 ago. 2024.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 2.982, de 26 de novembro de 2009. Aprova o Elenco Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 nov. 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2982_26_11_2009.html. Acesso em: 23 ago. 2024.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o Pacto pela Saúde no SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 jan. 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007.html. Acesso em: 18 set. 2024

BRASIL. Portaria GM/MS nº 2.577, de 27 de outubro de 2006. Estabelece a Política Nacional de Atenção à Saúde Mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 out. 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2577_27_10_2006.html. Acesso em: 18 set. 2024

BRASIL. Recomendação nº 31, de 7 de abril de 2010. Conselho Nacional de Justiça. **Diário da Justiça Eletrônico**, Brasília, DF, 7 abr. 2010.

BRASIL. Resolução MS/CNS nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 7 maio 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html. Acesso em: 18 set. 2024

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **REsp nº 1.101.725/RS**. Recurso Especial, Relator Min. Herman Benjamin, 2010.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **REsp nº 1.110.552/CE**. Recurso Especial, Relator Min. Benedito Gonçalves, 2009.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **STA-AgRg**, de 29 de abril de 2010. Agravo Regimental em Suspensão de Tutela Antecipada, Relator Min. Gilmar Mendes.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **RE-AgR nº 271.286/RS**. Recurso Extraordinário, Relator Min. Ellen Gracie.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário nº 566.471**. Relator Min. Marco Aurélio, 2011.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **RE nº 1.366.243**. Relator Min. Dias Toffoli, 2019.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **RE 855.178**. Relator Min. Luiz Fux, 2014.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Constituição dirigente e vinculação do legislador**. Coimbra: Coimbra Editora, 1982.

- CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito constitucional e teoria da constituição**. 7 ed. (reimp.) Coimbra: Almedina, 2003.
- CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Estudos sobre direitos fundamentais**. Coimbra: Coimbra Editora, 2004.
- CASTRO, M. F. **O Supremo Tribunal Federal e a judicialização da política**. Revista Brasileira de Ciências Sociais. São Paulo, v. 12, n34, julho, 1997.
- DALLARI, S. G. Organização jurídica da Administração Pública em saúde. In: ROZENFELD, S. (Org.). **Fundamentos da vigilância sanitária**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
- DWORKIN, R. **O império do direito**. 1. ed., 2. tiragem. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
- FARIA, José Eduardo. O judiciário e os direitos humanos e sociais: notas para uma avaliação da justiça brasileira. In: FARIA, José Eduardo. **Direitos humanos, direitos sociais e justiça**. São Paulo: Malheiros, 2010.
- FIGUEIREDO, Mariana Filchtner. **Direito fundamental a saúde: parâmetros para sua eficácia e efetividade**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.
- GALLO NETTO, Carmo. Fosfoetanolamina, de 'pílula do câncer' a caso de polícia. **Jornal da UNICAMP**, 3 abr. 2018. Disponível em: <https://unicamp.br/unicamp/ju/noticias/2018/04/03/fosfoetanolamina-de-pilula-do-cancer-caso-de-policia/>. Acesso em: 12 set. 2024.
- MELLO, Cláudio Ari. **Democracia constitucional e direitos fundamentais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004
- MORAES, A. **Direito constitucional**. 11. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- NABAIS, J. C. **Por uma liberdade com responsabilidade. Estudos sobre direitos e deveres fundamentais**. Coimbra: Coimbra Editora, 2007, p. 197.
- NOVAES, Jorge Reis. Direitos Sociais. **Teoria jurídica dos direitos fundamentais**. Coimbra: Wolters Kluwer e Coimbra Editora, 2010.
- NIETZSCHE, Friedrich. **Acerca da verdade e da mentira no sentido extra-moral**. Tradução de Paulo Osório de Castro. Lisboa: Relógio D'agua, 1997.
- NUNES, Analise Coelho. **A titularidade dos direitos fundamentais na constituição Federal de 1988**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.
- ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Protocolo de San Salvador: Protocolo Adicional à Convenção Interamericana sobre Direitos Humanos em**

matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Assinado em San Salvador, El Salvador, em 17 de novembro de 1998, no 18 período Ordinário de sessões da Assembléia Geral. Disponível em <http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/oea/protsalv.htm>. Acesso em 02 ago. 2024.

PAIM, J.S. **Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde**: notas para reflexão e Ação, pp. 7-30. In Barata RB (org.). *Condições de Vida e Situação de Saúde Saúde e Movimento* 4. Abrasco, Rio de Janeiro, 1997.

PONTES JUNIOR, D.M. **A seleção de medicamentos para o monitoramento da qualidade laboratorial no Brasil**: articulação entre a vigilância sanitária e a Política Nacional de Medicamentos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. Disponível em: http://www.ensp.fiocruz.br/visa/publicacoes/_arquivos/DissertacaoDurval.pdf. Acesso em 10 jul. 2024.

ROCHA, J. **Estudos sobre o poder judiciário**. São Paulo: Malheiros, 1995.

RAEFFRAY, A.P.O. De. **Direito da saúde de acordo com a constituição federal**. São Paulo: Quartier Latin, 2005.

SARLET, I. W. **A eficácia dos direitos fundamentais**: Uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 11. ed., rev., atual. e ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012.

SARLET, I. W., & FIGUEIREDO, M.F. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. **Revista Brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça**, 1(1), 171–213, 2007.

SARMENTO, Daniel. **Direitos fundamentais e relações privadas**. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2003.

SARMENTO, Daniel. **Direitos sociais**: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie. Rio de Janeiro: Lumen Júris, 2008.

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

SCHULMAN, G. **Planos de saúde**: saúde e contrato na contemporaneidade. Rio de Janeiro: Renovar, 2009.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social**: a trajetória da saúde pública. Porto Alegre: L&PM, 1987.

SERGIPE, **Secretaria da Saúde conscientiza a população sobre o uso racional de medicamentos**. Secretária de Saúde do Governo de Sergipe, 3 mai. 2024. Disponível em: <https://saude.se.gov.br/secretaria-da-saude-conscientiza-a-populacao-sobre-o-uso-racional-de-medicamentos/>. Acesso em 5 set. 2024.)

SILVA, José Afonso. **Curso de direito constitucional positivo**. 12. ed. São Paulo: Malheiros, 1982.

TORRES, Ricardo Lobo. **Direito constitucional financeiro e tributário**. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

WERNECK VIANNA, L. et al. **A judicialização da política e das relações sociais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 1999.