

FACULDADE DE TRÊS PONTAS – FATEPS

DIREITO

GILBERTO RABELLO

**ATIVISMO JUDICIAL NA SAÚDE PÚBLICA: cautela jurisdicional nas ações de
medicamentos**

**Três Pontas
2015**

GILBERTO RABELLO

**ATIVISMO JUDICIAL NA SAÚDE PÚBLICA: cautela jurisdicional nas ações de
medicamentos**

Monografia apresentada ao curso de Direito da Faculdade de Três Pontas – FATEPS, como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel em Direito, sob a orientação do Prof. Ms. Leiner Marchetti Pereira.

**Três Pontas
2015**

GILBERTO RABELLO

ATIVISMO JUDICIAL NA SAÚDE PÚBLICA: cautela jurisdicional nas ações de medicamentos

Monografia apresentada ao curso de Direito da Faculdade de Três Pontas – FATEPS, como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel em Direito, pela banca composta pelos membros:

Aprovada em: ____ de ____ de 2015.

Me. Leiner Marchetti Pereira
Prof. Orientador

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Prof. Convidado

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Prof. Convidado

Para Carol, Gabriela e Luana – meus três
amores.

Primeiramente a Deus pela vida concedida.

Aos meus pais, exemplos primários de amor e de conduta de vida.

A minha família pela compreensão dos momentos de ausência, dedicados ao estudo e à minha formação acadêmica.

Ao Prof.e Mestre Leiner, pela paciência com minhas limitações e humildade pelo compartilhar de saberes e conhecimento.

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

(BRASIL CF, 2014)

RESUMO

A realidade nacional é marcada pela impossibilidade do Estado em fornecer de medicamentos graças a finitude de seus recursos e pelo conflito de poderes ocasionado. De um lado está a imprescindibilidade da intervenção do Judiciário para efetivação do direito à saúde, de outro, o reflexo do risco perante a garantia de outros direitos, graças ao comprometimento orçamentário. Não se encontra, ainda, entre os doutrinadores o apontamento do problema e do conflito existente. Na atualidade, prevalece a proteção do mínimo existencial mediante análise de cada caso. Contudo, poderia se evitar o ajuizamento de inúmeras ações pleiteando o direito à saúde via processo judicial se houvesse, por parte do Poder Público, uma gestão mais eficaz das polícias públicas para saúde, bem como à dispensação de medicamentos. Enquanto da inexistência da mesma, o papel equânime do magistrado é deveras árduo, na medida em que pressupõe a ponderação de vários aspectos igualmente importantes para a manutenção da ordem social em consonância com os princípios descritos na Constituição Federal, cabendo ao mesmo reconsiderar o princípio da separação de poderes, o princípio da reserva do possível e do mínimo existencial, levando-os em consideração para que não denote em prejuízos de maior escala à população. Ao decidir uma ação judicial que envolva o fornecimento de medicamento, os magistrados brasileiros devem se ater aos autos, fundamentando suas decisões não só com argumentos jurídicos, mas fáticos, de modo a não causar à sociedade um dano maior.

Palavras-chave: Saúde Pública. Conflito de Poderes. Fornecimento de medicamentos. Ações judiciais. Política Nacional de Medicamentos.

ABSTRACT

The national reality is marked by the state's inability to provide medicines through the finitude of its resources and the conflict caused powers. On one side is the judicial intervention of indispensability for realization of the right to health, the other, a reflection of the risk before the guarantee of other rights, thanks to the budget commitment. Is not even among the scholars note of the problem and the existing conflict. Currently, prevailing protecting the existential minimum by analysis of each case. However, could prevent the filing of numerous actions claiming the right to health via lawsuit if any, by the government, more effective management of public police to health as well as the dispensing medicaments. While the absence thereof, the equal role of the judge is quite hard, in that it requires the consideration of several equally important aspects for maintaining social order in accordance with the principles outlined in the Constitution, being the same reconsider the principle of separation of powers, the principle of reservation is possible and existential minimum, taking them into consideration so as not denote a greater extent of damage to the population. When deciding a lawsuit involving the supply of medicine, Brazilian judges should stick to the file, basing their decisions not only on legal arguments, but factual, so as not to cause a greater harm to society.

Keywords: *Public Health. Conflict of powers. Supply of medicines. Judicial actions. National Drug Policy.*

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAF	Central de Abastecimento Farmacêutico
CF	Constituição Federal
CFF	Conselho Federal de Farmácia
CIB	Comissões Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COMARE	Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Rename
CONASS	Conselho Nacional de Secretarias de Saúde
CPF	Cadastro de Pessoa Física
DPVAT	Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres
EC	Emenda Constitucional
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
TEM	Ministério do Trabalho e Emprego
OMC	Organização Mundial de Saúde
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica a Saúde
PNM	Política Nacional de Medicamentos
REMUNE	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos
SAMU	Serviço Móvel de Urgência
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNTF	Saúde Não Tem Preço
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
UPAs	Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Apresentação do conteúdo monográfico.....	12
1.2 Metodologia de pesquisa	14
2 A SEGURIDADE SOCIAL SOB O ENFOQUE CONSTITUCIONAL	15
2.1 Conceito e objetivos	16
2.2 Formas de financiamento.....	17
2.3 A atuação estatal na saúde	19
2.4 O Sistema Único de Saúde (SUS)	20
2.5 A Previdência Social.....	22
2.6 A política de assistência social	24
3 DA COMPETÊNCIA COMUM DA POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA	26
3.1 Da solidariedade dos entes federados	26
3.2 Das diretrizes do Sistema Único de Saúde.....	28
3.3 O funcionamento do Sistema Único de Saúde – Os níveis de atenção à saúde	30
3.4 A Atuação complementar da iniciativa privada	32
4 DA POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS (PNM)	35
4.1 A responsabilidade do profissional e do estabelecimento farmacêutico.....	35
4.2 A descentralização da Política Nacional de Medicamentos	37
4.2.1A Farmácia Popular do Brasil na descentralização da PNM.....	41
4.3 A atuação dos entes federados	43
4.4 A assistência farmacêutica – A Relação Nacional de Medicamentos (RENAME)	46
5 O ATIVISMO JUDICIAL NA POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS	49
5.1 A efetividade do direito à saúde e o princípio da reserva do possível.....	51
5.2 A separação dos poderes no fornecimento de medicamentos.....	53
5.3 O controle judicial da Política Nacional de Medicamentos	56
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
6.1 Contribuições e limitações do estudo e sugestão para pesquisa futura	65
REFERÊNCIAS	67

1 INTRODUÇÃO

A presente monografia tem como tema o direito à saúde, constitucionalmente garantido. A dispensação de medicamentos é um dos objetos de garantia do mesmo, cabendo ao Estado sua obrigação. Entretanto, na falta deste cumprimento é que se encontra o ativismo judicial, delimitação do tema deste estudo, como garantia efetiva desse direito.

O surgimento do ativismo está atrelado à promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. A força das normas constitucionais, a previsão da saúde como direito de todos os cidadãos e dever do Estado brasileiro, a submissão de todos os Poderes à lei e a possibilidade conferida ao Poder Judiciário de analisar toda e qualquer ameaça ou lesão a direito fizeram aumentar o número de ações judiciais que tenham como objeto o fornecimento de medicamento ou tratamento médico.

Entretanto, a conjuntura transparece que, a escassez dos recursos públicos impossibilita que todas as necessidades da população na área da saúde sejam supridas – o que obriga o Poder Executivo a fazer escolhas, obedecendo a determinados critérios e prioridades. A partir do momento em que se estabelecem as prioridades, parte da população não é abrangida por essas políticas públicas e, com isso, o seu direito à saúde não é efetivamente observado, se considerado em seu aspecto individual, concreto.

Detectada à falha o cumprimento do dever, e objetivando-se efetivar o direito à saúde da parte da população que não tem tal direito observado, o Poder Judiciário impõe ao Executivo o cumprimento de seu dever constitucionalmente imposto, obrigando-o a fornecer o medicamento ou tratamento não previsto nas políticas públicas de saúde.

De modo consequente, ao intervir nessas políticas, o Poder Judiciário observa apenas o direito subjetivo à saúde daquele cidadão que o procurou, como se a sua decisão judicial criasse receita pública e não acarretasse um deslocamento de recursos públicos. Entretanto, a intervenção do Judiciário na saúde pública deveria levar em consideração a escassez de recursos públicos, a possibilidade de prejudicar a parcela da população que não se valeu da via judicial para pleitear o medicamento, o risco de ferir o princípio da isonomia e o impacto que as decisões judiciais causam no planejamento orçamentário dos estados-membros.

Em simples linhas, ao decidir uma ação judicial que envolva o fornecimento de medicamento, os magistrados brasileiros devem se ater aos autos, fundamentando suas decisões não só com argumentos jurídicos, mas principalmente fáticos, de modo a não causar à sociedade um dano maior do que aquele que ensejou a propositura da demanda pelo cidadão. Ou seja, o que se espera é cautela jurisdicional nas ações de medicamentos, na tentativa de manter

assegurar o direito à saúde, assim como também manter o equilíbrio dos orçamentos dos estados-membros.

Em relação a judicialização da saúde, especificamente ao fornecimento de medicamentos, é imperante o Superior Tribunal Federal na legitimação e concessão de substâncias pela via judicial por ser considerado um objeto que compõe o mínimo essencial para a sobrevivência do indivíduo. Assim, sendo este um assunto em constante construção, diante da frequência com que é debatido pelo poder judiciário, o objetivo geral de pesquisa é identificar e conhecer as políticas públicas nacionais propostas com vistas ao cumprimento do direito à saúde, especificamente, em relação ao fornecimento de medicamentos.

Contudo, escancarada é também a confirmação de que, em muitas ocasiões, o poder judiciário, perante a garantia da tutela do direito à saúde, extrapola em suas funções constitucionais de fornecimento de medicamentos por parte do Estado – seja em sua esfera federal, estadual ou municipal. Desse modo, o objetivo específico emerge na tentativa de evidenciar as possíveis cautelas com as quais o Poder Judiciário deve agir para atender às necessidades da população, sem prejudicar ainda mais a frágil organização da saúde pública brasileira.

A quantidade de ações judiciais que têm por objeto o fornecimento de medicamentos ou de tratamentos médicos aumentou significativamente nos últimos anos.

Esse papel mais ativo do Judiciário provoca tensão entre as funções do Poder Executivo e do Judiciário – o Executivo tenta implementar políticas públicas que promovam e recuperem a saúde, voltadas para a população em geral; o Judiciário busca atender aos anseios dos cidadãos que o procuram, de forma individualizada.

Se de um lado está a imprescindibilidade da intervenção do Judiciário devido à necessidade de se efetivar o direito à saúde – uma garantia constitucional intrinsecamente relacionada à vida –, de outro, o reflexo do risco que essa atuação pode causar para a estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante da análise da conjuntura, a situação problema de pesquisa reside na evidenciação de ações que minorem esses impactos, e que garantam que o cumprimento de um direito individual não comprometa a concretização do direito coletivo.

A motivação da pesquisa se deu por pressupostos norteadores, sendo eles que:

- a) A previsão constitucional do direito à saúde e o seu desrespeito por parte do Poder Executivo fizeram crescer a quantidade de ações judiciais que buscam a imposição de fornecimento de medicamentos;

- b) Em dados momentos, o ativismo judicial se faz esperança do cumprimento do direito à saúde, em se tratando da garantia de acesso aos medicamentos;
- c) Quando couber ao Poder Judiciário impor ao Executivo o fornecimento de medicamentos, deve ele estar atento às peculiaridades que envolvem os órgãos e entidades públicas;
- d) As cautelas necessárias nas ações de intervenção do judiciário não restringirão o cumprimento do dever de assegurar o direito à saúde, mas sim, que este direito se efetive da melhor conduta possível.

A escolha do tema desta monografia justifica-se na realidade político-jurídica brasileira, que na sua atualidade, verifica a legitimidade e efetividade do direito à saúde pela via judicial, considerando ainda suas implicações no estado democrático de direito.

Sua relevância se encontra na ocasião de que o termo ativismo judicial é ainda impreciso, mas, certamente decorre da atuação do poder judiciário, seja quando provocado ou não, sobre a área de competência dos poderes executivo e legislativo. Esta atuação tornou-se sensível diante das recentes decisões do Supremo Tribunal Federal (STF) em questões de grande relevância que pendiam de solução pelo poder legislativo.

Esta possibilidade de efetivação dos direitos fundamentais através do poder judiciário está, atualmente, tomando contornos barulhentos; contudo, ainda não é de conhecimento geral, mas, que contribui para a majoração do descaso do poder público com os menos favorecidos em detrimento de outras classes sociais.

Desde a introdução deste comportamento no judiciário brasileiro muito se discute acerca da legitimidade e efetividade desta atuação – ou seja, há grande divergência quanto a sua legalidade, questiona-se a conservação do princípio da separação de poderes, do princípio da reserva do possível, princípio do mínimo existencial, bem como se o judiciário é o meio eficaz para concretização destas políticas e; contudo, se perante as mesmas há garantia de cautela das ações.

1.1 Apresentação do conteúdo monográfico

Contextualizado e delimitado o tema, passa-se ao seu desenvolvimento nas próximas páginas, sendo o mesmo organizado em capítulos distintos, que sequencialmente, vão fundamentando o propósito do estudo.

A começar, dedica-se ao apontamento da seguridade social sob enfoque constitucional, abordando sobre seus conceitos e objetivos, estendendo-se à suas formas de financiamentos.

Prossegue com a explicação de como se a atuação estatal na saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) é conceituado e seu funcionamento é explicado e sua caracterização é realizada amparada nos princípios que os direciona. Ao mesmo passo, brevemente explica-se a Previdência Social, estendendo-se às explicações acerca da política de assistência social, embasada nos artigos 203 e 204 da Constituição Federal.

Na sequência, um capítulo se encarrega da explanação sobre a competência comum da Política de Saúde Pública, abrangendo à caracterização de como ocorre a solidariedade dos entes federados, passando para a explicação das diretrizes do SUS – Regionalização, a Hierarquização, Participação Social –, considerado este um tópico de extrema importância, pois a Descentralização, um propósito fundamental para o cumprimento da seguridade da saúde, é aí explicada e conhecida. Ainda no mesmo capítulo, o funcionamento do SUS é ponderado a considerar todos os seus níveis de atenção à saúde, caracterizando as competências de cada um destes. Termina-se pelo conhecimento de como se dá a atuação complementar da iniciativa privada, como ferramenta auxiliar para o SUS, em sua tentativa de cumprimento do seu propósito inicial – a garantia da saúde dos seus cidadãos.

Outro capítulo incumbiu-se da Política Nacional de Medicamentos (PNM) estendendo-se à sua explicação de política de funcionamento, caracterizando a responsabilidade de do profissional farmacêutico e do estabelecimento farmacêutico na mesma. Explicou-se, ainda, como ocorre a descentralização da PNM, por meio da abordagem acerca do financiamento tripartite dos Governos Federal, Estadual e Municipal através de seu repasse conforme a referida Portaria nº 4.217/10. Já, abordando sobre o funcionamento tripartite, prosseguiu-se para o conhecimento da atuação destes entes federados. Finalizou-se o mesmo com a assistência farmacêutica, tangendo à Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) – uma lista de medicamentos destinados às pessoas de direito do recebimento de auxílio por parte do Poder Público, isentos da necessidade de contraprestação imediata.

O ativismo judicial na PNM é abordado no capítulo considerado como central desta monografia. Este pode ser melhor entendido após a construção de todos os demais que o subsidiaram. Foi dividido em três momentos essenciais para compreensão de como o mesmo se dá, sendo eles: a efetividade do direito à saúde e o princípio da reserva do possível, a separação dos poderes e a ocasionalidade do ativismo judicial no fornecimento de medicamentos e o controle judicial da PNM.

Por fim, em um capítulo especial, as considerações finais do estudo são organizadas e, no mesmo, uma breve síntese conclusiva acerca do todo edificado no estudo é produzida, na tentativa de se responder aos objetivos de pesquisa nesta introdução apresentados, bem como

às suas hipóteses. Ainda neste, foram identificadas as contribuições perante a monografia findada, bem como as limitações encontradas ao longo de sua proposição. Ressalta-se que, pelas significativas descobertas produzidas pelo estudo realizado, o mesmo deixou brecha para extensão de sua pesquisa, deixando possibilidades de amplitudes para abordagens futuras.

1.2 Metodologia de pesquisa

Em relação à metodologia de pesquisa, quanto à abordagem, o método adotado é o dedutivo, haja vista que não se pretende a produção de novos conhecimentos, mas sim, concluir com respostas embasadas nos conhecimentos já existentes e que estavam implícitos (MATTAR NETO, 2002) – ou seja, pretende-se identificar a necessidade de cautela perante o ativismo judicial na saúde pública, nas ações de dispensação de medicamentos.

Quanto à tipologia, é mista – bibliográfica, documental e descritiva. Bibliográfica, por se desenvolver por meio de um estudo sistematizado com base em material publicado, caracterizando como instrumento analítico – por meio de doutrinas, legislações específicas e artigos científicos. Documental, pois, é realizada em documentos não literários, mas com validade de comprovação de pesquisa–especificamente para a produção científica da área de direito, necessário se faz o apoio nos pareceres jurisprudenciais. E descritiva, pois, visa gerar dados e informações, a partir de objetivos definidos relacionados a um determinado problema (MATTAR NETO, 2002).

Ressalta-se que, considerando a contemporaneidade do tema de pesquisa, necessário que a pesquisa se desenvolva não só perante as publicações de legislações e doutrinas disponíveis, mas sim, embasando-se em artigos específicos e pareceres jurisprudenciais publicados, recentemente, na literatura disponível. Para tanto, considera-se que a pesquisa não se prenderá em um referencial teórico, mas sim em uma revisão literária, dada a riqueza das informações nesta contidas.

2 A SEGURIDADE SOCIAL SOB O ENFOQUE CONSTITUCIONAL

2.1 Conceito e objetivos

“A seguridade social é o conjunto de ações e instrumentos por meio do qual se pretende alcançar uma sociedade livre, justa e solidária, erradicar a pobreza e a marginalização, reduzir as desigualdades sociais e promover o bem de todos” (TORRES, 2012, p.1).

É, sobretudo, um campo de luta e de formação de consciências críticas em relação à desigualdade social no Brasil, quanto à organização dos trabalhadores; um terreno de embate que requer competência teórica, política e técnica, exigindo rigorosa análise crítica da correlação de forças entre classes e segmentos de classe, que interferem nas decisões em cada conjuntura (SILVA, 2012, p. 1).

O conceito de seguridade social foi ampliado no Brasil a partir do marco da Constituição Cidadã – Constituição Federal (CF) de 1988 (BRASIL, 2010) –, cujo cunho preconiza o direito de todos aos benefícios proclamados por ela. Assim, na mesma se define em seu artigo 194:

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Parágrafo único. Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

I - universalidade da cobertura e do atendimento;

II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;

III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;

IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;

V - equidade na forma de participação no custeio;

VI - diversidade da base de financiamento;

VII - caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados.

VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados (RIBAS, 2013, p. 1, *grifo nosso*).

A própria definição constitucional citada possibilita a interpretação de que a Seguridade Social permeia assegurar tanto a saúde, quanto a previdência e a assistência – subentendendo-se assim, a mesma enquanto gênero, sendo ainda a Saúde, a Previdência e a Assistência Social consideradas enquanto suas espécies.

A seguridade social foi constitucionalmente subdividida em normas sobre a saúde, a previdência e assistência social, “regendo-se pelos princípios da universalidade da cobertura e do atendimento, da igualdade ou equivalência dos benefícios, da unidade de organização do Poder Público e pela solidariedade financeira, uma vez que é financiada por toda a sociedade” (MORAES, 2008, p. 806).

Tais princípios “são compostos por um conjunto de normas programáticas que trazem objetivos orientadores para elaboração das leis e um conjunto de garantias a serem observadas pela administração pública na execução de programas de seguridade social” (ROCHA; BALTAZAR JUNIOR, 2002, p. 35).

Princípio da universalidade de cobertura e do atendimento: A seguridade social [...] abrange todos os residentes de um país que, diante de uma contingência terão direito aos benefícios. Contudo, na prática, só terão direito aos benefícios e às prestações da seguridade social de acordo com o disposto na lei. Só tem direito aos benefícios da previdência social (art. 201) a pessoa que contribui. Já as prestações nas áreas da saúde e da assistência social (arts. 196 e 203) são destinadas ao cidadão, independentemente de sua contribuição [...]. A seguridade deve abranger a todos que dela necessitam e atender a cobertura dos riscos sociais da forma mais ampla possível.

Princípio da uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais: uma vez que existiam diferenças entre os direitos do trabalhador urbano e rural, as prestações da seguridade social são divididas em benefícios e serviços. Os benefícios são prestações em dinheiro, tais como a aposentadoria e a pensão. Já os serviços são bens imateriais colocados à disposição da pessoa, como assistência médica, reabilitação profissional, serviço social, etc.

Princípio da seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços: A seleção das prestações vai ser feita de acordo com as condições econômico-financeiras do sistema que custeia a seguridade social, atendendo as necessidades de benefícios e serviços mais relevantes [...]. A seguridade social visa garantir a sobrevivência digna da população de baixa renda e um dos mecanismos utilizados é a distribuição de renda [...]

Princípio da irredutibilidade dos benefícios: Os benefícios da previdência social devem ter o seu valor real preservado, assegurando ao constituinte a irredutibilidade dos benefícios da seguridade social [...]

Princípio da equidade na forma da participação no custeio: Este princípio desdobra os princípios da igualdade e da capacidade contributiva. Os contribuintes que se encontram em condições contributivas iguais deverão ser tributados da mesma forma. Assim, a contribuição da empresa será distinta à do trabalhador, que não possui iguais condições financeiras.

Princípio da diversidade na base de financiamento: As fontes de financiamento devem ser diversificadas para garantir a manutenção do sistema de seguridade social. Além das fontes previstas nos incisos I a IV do art. 195 da Carta Magna, instituem-se outras fontes de custeio, desde que por lei complementar, não tendo fato gerador ou base de cálculo de imposto previsto na Constituição, nem sendo cumulativo, conforme art. 195, § 4º c/c art. 154, I do Texto Constitucional [...]

Caráter democrático e descentralizado da administração: A gestão da seguridade social tem a participação de todos os envolvidos [...]. Essa gestão é feita com a participação da: sociedade civil; aposentados e pensionistas; trabalhadores em atividade; governo federal; empregadores [...] (SILVA, 2012, p. 1, grifo do autor).

Assim, de acordo com os estudiosos já citados, o direito social apresenta-se como expectativa ligada à satisfação de alguma necessidade básica de um cidadão em âmbitos como o trabalho, a saúde, dentre outros. Desse modo, a seguridade social, em seu sistema, objetiva: a garantia de que o cidadão sinta-se seguro e em proteção ao longo de sua vida; a promoção de recursos necessários e assistência para ocasiões infortunas; a segurança, em um todo, do cidadão enquanto indivíduo, como parte integrante da sociedade.

O conceito de seguridade social [...] constitui grande avanço no processo de redemocratização da sociedade brasileira [...]. Culminou na Constituinte, ainda que tenha se mantido restrita à previdência, saúde e assistência social. Assim, iniciou-se maior socialização da política, por meio dos mecanismos de gestão e controle social com participação popular – Conselhos e Conferências nos três níveis de governo, viabilizando-se a implementação cotidiana das políticas de seguridade que se politizaram mais, tornando-se ambiente relevante de disputa de projetos societários [...]. Apontou-se também para uma alocação mais democrática dos recursos públicos, a partir do orçamento da seguridade social, na perspectiva de ampliação da cobertura, visando à universalidade do acesso a direitos sociais legalmente definidos. Portanto, a seguridade social constitui espaço de disputa política que expressa projetos societários, onde se movem os interesses das maiorias, mas estão presentes as marcas históricas da cultura política autoritária no Brasil, que se expressa, teoricamente, pela pouca distinção entre público e privado, pelo clientelismo e pelo patrimonialismo. O resultado desse embate tem forte impacto sobre uma parcela enorme da população que conta com as políticas de seguridade para sua sobrevivência (SILVA, 2012, p. 1).

Em simples linhas, é um sistema que objetiva proteção social abrangente em três programas sociais de maior relevância: a previdência social, a assistência social e a saúde. Por tal fato – por constituir-se um avanço na tentativa de redução de desigualdade social – a luta pelo seu aperfeiçoamento se faz obrigação de todos que almejam por uma nação justa e solidária. Como enaltece a literatura especializada, em consenso, a luta por esse cumprimento é de cada cidadão brasileiro, haja vista que a Previdência Social não é propriedade do governo, mas sim da sociedade.

2.2 Formas de financiamento

A manutenção do sistema de seguridade social obedece ao modelo constitucional vigente: modelo misto de financiamento, na qual prescreve-se em seu artigo 195, que a mesma será subsidiada pela sua sociedade, pautada em recursos providos tanto do orçamento fiscal das pessoas físicas, quanto das imposições das contribuições sociais (SILVA, 2012).

Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais:

I - do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre:

a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício;

b) a receita ou o faturamento;

c) o lucro; (BRASIL, 2010, p. 72).

De acordo com Torres (2012), a análise do sistema de seguridade social, em todo seu âmbito, respeitando-se as particularidades de cada um de seus espectros de atuação, permite a compreensão acerca dos programas para quais estão voltadas suas ações, tendo por finalidade a proteção do trabalhador, bem como de seus dependentes, e como a assistência aos que necessitam, por meio da contribuição de toda a sociedade – trabalhadores, empresários, empresas –, estando de acordo com o poder econômico de seus cidadãos.

“A seguridade social será financiada por toda a sociedade, direta ou indiretamente” (MORAES, 2008, p. 807). Assim, o custeio direto da seguridade social é realizado resultando-se das cobranças de cada trabalhador e de seu empregador ou empresa, de acordo com sua receita acerca dos concursos de prognósticos e a importação de bens e serviços – Emenda Constitucional (EC) n. 42/03 – estando o custeio indireto por conta das dotações orçamentárias da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, reservando, ainda, à União, a competência residual para a regulamentação de novas fontes de custeio (ARAÚJO, 2006 *apud* SILVA, 2012).

No ano de 2003, a previdência social promoveu reforma através da EC nº 41/2003, alterando algumas regras do seu próprio regime de previdência social dos servidores públicos, em prol da paridade e integralidade para os futuros servidores, a contribuição dos inativos/pensionistas, redutor da pensão, base de cálculo da aposentadoria com base da média contributiva, abono permanência, criação de tetos e subtetos, dentre outros (BRASIL, 2003). Não se equidistando desta, logo dois anos depois, a EC nº 47/05 – ou Proposta de Emenda à Constituição (PEC), PEC Paralela como ficou conhecida – emergiu na tentativa de redução dos prejuízos causados aos servidores públicos pela EC nº 41/2003 (BRASIL, 2005).

Destarte, ressalta-se que, a seguridade social constitui-se obrigação constitucional do Estado Brasileiro, não significando que outros órgãos – filantrópicos ou lucro/iniciativa privada – não possam e devam atuar nas áreas previdenciárias – previdência privada –, saúde pública – planos particulares – e assistência social – entidades religiosas. Nessas ocasiões, órgãos podem

firmar convênios com entes públicos, seguindo leis gerais para que possam atuar com uniformidade e responsabilidade. Entretanto, O que constitui o desejo de elucidar a problemática que envolve tais funções é que, esse amparo previsto em lei, não se equipara com a realidade vivenciada pelos brasileiros – principalmente os doentes e idosos (SILVA, 2012).

2.3 A atuação estatal na saúde

“A saúde, juntamente com a previdência e a assistência social, compõe o sistema da Seguridade Social no Brasil, vigente na atualidade por conta de expressa disposição na Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988” (COSTA, 2011, p. 3).

O direito à saúde foi inserido na Constituição Federal de 1988 no título destinado à ordem social, que tem como objetivo o bem-estar e a justiça social. Sendo assim contempla, em seu art. 6º, os direitos sociais fundamentais à educação, à saúde, ao trabalho, ao lazer, à segurança, à previdência social, proteção à maternidade e à infância; e também, em seu art. 196, o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (MOURA, 2013).

A saúde é concebida como direito de todos e dever do Estado, que a deve garantir mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos. O direito à saúde rege-se pelos princípios da universalidade e da igualdade de acesso às ações e serviços que a promovem, protegem e recuperam (SILVA, 2011, p.1b).

De acordo com Martins e Dimoulis (2010), dentre os direitos sociais, o direito à saúde foi destacado pelo constituinte como de peculiar importância, haja vista o fino trato recebido em capítulo próprio, justificando-se por atrelar-se ao direito à vida respaldado pelo princípio da dignidade da pessoa humana.

A saúde, destacada na Constituição Federal de 1988 como direito social fundamental, recebe proteção jurídica diferenciada na ordem jurídico-constitucional brasileira [...]. Ao reconhecer a saúde como direito social fundamental, o Estado obrigou-se a prestações positivas – ou seja, à formulação de políticas públicas sociais e econômicas destinadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde (MARTINS; DIMOULIS, 2010, p. 41).

Na atualidade, esbarra-se em um conceito de saúde evoluído onde percebe-se que esta não é mais considerada como ausência de doença e sim como o completo bem-estar físico, mental e social do homem. “O conceito de saúde, conforme estabeleceu a Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMC) contempla um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doenças ou enfermidades” (RIBAS, 2013, p. 1). Contudo, o debate sobre o direito à saúde ainda segue no sentido do combate às enfermidades e conseqüentemente ao acesso aos medicamentos (MOURA, 2013).

“Ademais, o Poder Constituinte compreendeu a saúde como uma das ações dos poderes públicos e da sociedade que compõe a seguridade social, o que permite que esse direito seja amparado pelos princípios da universalidade e da cobertura de atendimento” (RIBAS, 2013, p. 1). Apesar da Constituição Federal de 1988 dar garantia à saúde, esta não delimitou objeto desse direito fundamental, não especificando o direito à saúde como direito a qualquer tipo de prestação relacionada à saúde humana (PENNA; SALVADOR, 2014).

2.4 O Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser compreendido enquanto ‘Política de Estado’ – materialização de uma decisão adotada em 1988 pelo Congresso Nacional, na chamada Constituição cidadã, considerando a saúde como um ‘Direito de Cidadania e um dever do Estado’ (TEIXEIRA, 2011).

A política nacional de saúde é regulada pelas leis nº8.080/90 – que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências – e nº8.142/90 – que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Assim, seu executor é o SUS, que é constituído por órgãos federais, estaduais e municipais (TORRES, 2012). É financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e também dos Municípios, além de outras fontes. De acordo com Paulo e Alexandrino (2012, p 1051), “a CF determina que essas entidades públicas apliquem, anualmente, em ações e serviços de saúde pública recursos do produto de suas arrecadações tributárias e de transferências de mesma natureza em percentagens e critérios estabelecidos em lei complementar.”

É uma rede que reúne postos de saúde, ambulatórios, hospitais, laboratórios, enfim, todos os estabelecimentos públicos de saúde responsáveis por garantir o direito dos

cidadãos a consultas, exames, internações e tratamentos. Os serviços prestados (...) são destinados a todos os cidadãos e são financiados com recursos arrecadados por meio de impostos e contribuições pagos pela população. Diferentemente do que acontece com planos de saúde comerciais, no SUS todos têm direito aos serviços que são gratuitos e oferecidos de maneira integral (sem restrições, carência, etc). O atendimento oferecido deve ser igual para todos, sem discriminação, independentemente de contribuição ou trabalho com carteira assinada (BRASIL, 2015, p.1).

Atualmente, Lei Complementar nº141/2012 – novo marco das transferências interfederativas no SUS – regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo (BRASIL, 2012).

Todos os recursos da saúde deverão ser movimentados por meio de fundos de saúde e para os entes federativos receberem recursos transferidos por outro ente deverão contar com fundo, plano e conselho de saúde em funcionamento. As transferências da União para os estados, Distrito Federal e municípios devem observar os critérios da lei complementar, os do art. 35 da lei nº8080, cabendo à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) definir a metodologia de cálculo, que deverá ser aprovada no Conselho Nacional de Saúde (CNS). Os valores dos recursos das transferências da União devem ser publicados anualmente (BRASIL, 2012).

Retomando, a competência do SUS estende-se à: execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica, e as da saúde do trabalhador; participação da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho; melhoria em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; fiscalização e inspeção de alimentos, bem como bebidas e águas para o consumo humano; participação da produção de medicamentos, equipamentos e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde (TORRES, 2012).

É universal porque deve atender a todos, sem distinções, de acordo com suas necessidades; e sem cobrar nada, sem levar em conta o poder aquisitivo ou se a pessoa contribui ou não com a Previdência Social;

É integral, pois a saúde da pessoa não pode ser dividida e, sim, deve ser tratada como um todo. Isso quer dizer que as ações de saúde devem estar voltadas, ao mesmo tempo, para a pessoa e para a comunidade, para a prevenção e para o tratamento, sempre respeitando a dignidade humana;

Garante equidade, pois deve oferecer os recursos de saúde de acordo com as necessidades de cada um; dar mais para quem mais precisa;

É descentralizado, pois quem está próximo dos cidadãos tem mais chances de acertar na solução dos problemas de saúde. Assim, todas as ações e serviços que atendem a população de um município devem ser municipais; as que servem e alcançam vários

municípios devem ser estaduais e aquelas que são dirigidas a todo o território nacional devem ser federais. O SUS tem um gestor único em cada esfera de governo. A Secretaria Municipal de Saúde, por exemplo, tem que ser responsável por todos os serviços localizados na cidade;

É regionalizado e hierarquizado: as questões menos complexas devem ser atendidas nas unidades básicas de saúde, passando pelas unidades especializadas, pelo hospital geral até chegar ao hospital especializado (BRASIL, 2015, p.1).

Nesse sentido, representa um projeto dotado de princípios, consagrado, principalmente, pela Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde, concebendo uma ‘imagem-objeto’ de uma reforma de uma ‘herança’, na busca da garantia de um sistema acessível para bens e serviços demandados pela sua população, para a garantia da sua saúde equitativa e bem-estar integral. Ainda, presentes são os conhecidos princípios ‘finalísticos’ – ou estratégicos –, condizentes com as diretrizes políticas organizacionais e operacionais – Descentralização, Regionalização, Hierarquização e Participação Social –, cujo objetivo reside em apontar como o sistema deve ser institucionalmente construído (TEIXEIRA, 2011).

Deste modo, é perceptível a extensão das ações e dos serviços de saúde, perpassando da ação médica remediativa, para a proposta de medidas preventivas que buscam e prezam o bem-estar dos cidadãos (TORRES, 2012).

2.5 A Previdência Social

A previdência social resume-se em um seguro coletivo, público e, também, compulsório com vistas ao estabelecimento de mecanismos de proteção social, em ocasiões de contribuição, objetivando a promoção de meios indispensáveis de subsistência ao segurado e à sua família, em ocorrência de contingências legalmente previstas em lei (PAULO; ALEXANDRINO, 2012). Em simples linhas, preocupa-se, com exclusividade, com os cidadãos trabalhadores, estendendo-se aos seus dependentes econômicos (TORRES, 2012).

Deste modo, assegura ao cidadão pautada no princípio da solidariedade. Utiliza-se do modelo de repartição simples, na qual os ativos contribuem para os inativos. Logo, existe uma solidariedade entre os participantes no custeio do sistema, cujos valores arrecadados destinam-se aos benefícios futuros (MORAES, 2008).

O art. 201 da Constituição Federal de 1988 dispõe que a previdência social será organizada sob a forma de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória, observados os critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial, nos termos da lei, e atenderá a:

I - cobertura de eventos de doença, invalidez, morte e idade avançada;

- II - proteção à maternidade, especialmente à gestante;
- III - proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário;
- IV - salário-família e auxílio-reclusão para os dependentes dos segurados de baixa renda;
- V - pensão por morte do segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiros e dependentes (TORRES, 2012, p.1).

A EC nº 47/05, atribuiu nova redação ao primeiro parágrafo do referido art. 201, vedando adoção de critérios diferenciados para concessão de aposentadoria aos beneficiários do regime geral de previdência social, exceto os casos em que as atividades são exercidas sob circunstâncias que ofereçam danos ou danifiquem a saúde ou integridade física do cidadão (MORAES, 2008).

A seguridade social no Brasil, quanto à gestão do Regime Geral da Previdência, se organiza pelo Ministério da Previdência Social, devendo ser executada pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), auxiliada pelas secretarias estaduais de assistência social, estando envolvidos, ainda, o Ministério da Saúde (MS) – as secretarias dos estados da federação – e o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE). Há ainda os Regimes Próprios de Previdência, sob a gestão dos entes federativos – Estados, Municípios, Distrito Federal – que os criarem, sendo que a Saúde e a Assistência Social podem ser assumidas pelos entes federativos (ARAÚJO, 2006 *apud* SILVA, 2012).

Há significativa semelhança entre previdência social e contrato de seguro, uma vez que a pessoa contribui e tem cobertura de certos eventos, sendo que outros estudiosos chegam a concluir que aquela é uma espécie deste. Contudo, alguns juristas afirmam haver somente a semelhança, havendo diferença entre as espécies, haja vista que seguro imputa ideia de contrato privado, enquanto previdência é eminente de ação social pública. Nesse sentido, compreende-se que a previdência privada, denominada de previdência complementar, prevista no art. 202 da Carta de 1988, caracteriza-se por ser um sistema de seguro complementar ao regime oficial, de caráter facultativo, e de natureza contratual. A Lei Complementar n. 109/01 dispõe sobre o regime de previdência complementar ao benefício pago pelo INSS (SILVA, 2012).

2.6 A política de assistência social

Inserida nos artigos 203 e 204 da CF e regulamentada pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) – Lei nº 8.742/93 – que atende às necessidades básicas dos indivíduos, tais como proteção à família, à infância, à adolescência, à maternidade, à velhice e à pessoa portadora de deficiência (TAVARES, 2004). Destina-se a qualquer indivíduo impróprio da condição de

sustento permanente ou provisório, independente de contribuição à seguridade social (MORAES, 2008).

Art. 203. A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:

I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;

II - o amparo às crianças e adolescentes carentes;

III - a promoção da integração ao mercado de trabalho;

IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;

V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.

Art. 204. As ações governamentais na área da assistência social serão realizadas com recursos do orçamento da seguridade social, previstos no art. 195, além de outras fontes, e organizadas com base nas seguintes diretrizes:

I - descentralização político-administrativa, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e a execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social;

II - participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis.

Parágrafo único. É facultado aos Estados e ao Distrito Federal vincular a programa de apoio à inclusão e promoção social até cinco décimos por cento de sua receita tributária líquida, vedada a aplicação desses recursos no pagamento de: (Incluído pela EC n.42/03)

I - despesas com pessoal e encargos sociais; (Incluído pela EC n.42/03)

II - serviço da dívida; (Incluído pela EC n.42/03)

III - qualquer outra despesa corrente não vinculada diretamente aos investimentos ou ações apoiadas (Incluído pela EC n.42/03) (BRASIL, 2010, p. 123).

Pode ser definida pelas palavras de Martins (2003), ao visionar a assistência social enquanto atividades particulares ou estatais organizadas em conjunto com fins para atendimento aos hipossuficientes, em suas necessidades de pequenos valores monetários, assistência à saúde e assistência de nutrição; passa a completar, assim, o serviço da previdência social, entretanto, em amplitude, em razão da natureza da clientela e das necessidades providas.

As ações governamentais na área da assistência social serão realizadas com os recursos dos orçamentos dos entes federativos e mediante o recolhimento das contribuições previstas no art. 195 da Constituição – além de outras fontes – em observância às suas diretrizes de descentralização político-administrativa das ações e participação da população (SILVA, 2012).

A assistência social, assim, não se constitui seguro social, haja vistas que se faz independente da contribuição de seu beneficiário, sendo financiada com recursos do orçamento da seguridade social e de outras fontes (MORAES, 2008).

Normalmente, a assistência social é confundida com a previdência social; tal aparato pode ser desfeito, ao considerar que cada uma das áreas da seguridade social tem princípios próprios e diferentes objetivos (TAVARES, 2004).

Entre as atividades da saúde e da assistência social uma grande diferença é que a saúde tem o caráter de universalidade mais amplo do que o previsto para a assistência social, pois ela visa garantir meios de subsistência às pessoas sem condições de suprir o próprio sustento, dando especial atenção às crianças, velhos e deficientes, independentemente de contribuição à seguridade social. A principal forma de assistência social, prevista no art. 203, V da Constituição Federal, garante o valor de um salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não ter meios de prover a própria subsistência, ou tê-la provida por sua família.

Já à Previdência Social (...) compete assegurar aos seus beneficiários meios indispensáveis de manutenção, por motivo de incapacidade, idade avançada, tempo de serviço, desemprego involuntário, encargos de família e reclusão ou morte daqueles de quem dependiam economicamente (SILVA, 2012, p.1).

De um modo simplista, a assistência social e a saúde independem de contribuição, e a previdência pressupõe contribuição (TAVARES, 2004).

3 DA COMPETÊNCIA COMUM DA POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA

3.1 Da solidariedade dos entes federados

A Constituição Federal, em seu texto normativo, assegurou direitos fundamentais a serem cumpridos com vistas à garantia do mínimo existencial aos seus cidadãos. Em tempo, entende-se por mínimo existencial, “condições elementares de educação, saúde e renda que permitam, em uma determinada sociedade, o acesso aos valores civilizatórios e a participação esclarecida no processo político e no debate público” (BARROSO, 2010, p. 9).

Voltando ao texto constitucional, os artigos 196, 197 e 198 quando analisados, interpreta-se que cabe à União, junto aos Estados e Municípios, a responsabilidade solidária em relação à seguridade da saúde de todos:

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

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

Art. 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;

I - Participação da comunidade (BRASIL, 2010, p.1).

De acordo com Ribas (2013), positivados tais direitos fundamentais, caberá aos três poderes – Executivo, Legislativo e Judiciário – a efetivação do princípio do mínimo existencial, por meio de uma prática eficaz e concreta, sendo que cabe: (1) ao Legislativo definir as metas prioritárias no que se refere às políticas públicas para concretizar os preceitos fundamentais; (2) ao Executivo, por sua vez, implementá-las e executá-las e; (3) ao Judiciário exercer o controle judicial, pelo próprio princípio da universalidade da jurisdição. A fundamentação doutrinária do princípio da solidariedade entre os entes federados

Respeita-se, contudo, em princípio, a liberdade de conformação do legislador, a quem se reconhece discricionariedade na opção normativa tida como mais oportuna para a proteção dos direitos fundamentais. Cabe aos órgãos políticos, e não ao Judiciário, indicar qual a medida a ser adotada para proteger os bens jurídicos abrigados pelas normas definidoras de direitos fundamentais. A dimensão objetiva cria um direito a prestação associado a direito de defesa, e esse direito a prestação há de se sujeitar à liberdade de conformação dos órgãos políticos e ao condicionamento da reserva do possível (MENDES; COELHO; BRANCO, 2009, p. 301).

Entretanto, em relação à garantia dos direitos fundamentais que envolvem políticas públicas de saúde na atualidade, frequentes são as controvérsias envolvendo, principalmente, os poderes Executivo e Judiciário – uma vez que muitas vezes o primeiro se mostra incapaz de garantir o cumprimento dos respectivos preceitos constitucionais, seja por falta de recursos públicos, seja ineficiência na prestação dos serviços básicos. De acordo com Almeida (2013), o que ocorre é que, perante à imposição de se fazer valer o princípio da solidariedade entre os entes federados, a tentativa de se eximirem de tais responsabilidades é grande.

Contudo, tais arguições não têm encontrado acolhida nos tribunais, de modo geral. Particularmente, em relação a tal fato fixou entendimento de que a obrigação dos entes da federação no que tange ao dever fundamental de prestação de saúde é solidária, assim se posicionou em voto proferido, o Ministro Gilmar Mendes nos autos da Suspensão da Tutela Antecipada 175-AgR/CE:

AGRAVO REGIMENTAL NA SUSPENSÃO DE TUTELA ANTECIPADA nº 175-CE. Agravante: União. Agravados: Ministério Público Federal, Clarice Abreu de Castro Neves, Município de Fortaleza e Estado do Ceará. Relator: Min. Gilmar Mendes (Presidente). Tribunal Pleno. Julgamento: 17/03/2010. Publicação: DJ 30/04/2010.

(...) O dispositivo constitucional deixa claro que, para além do direito fundamental à saúde, há o dever fundamental de prestação de saúde por parte do Estado (União, Estados, Distrito Federal de Municípios).

O dever de desenvolver políticas públicas que visem à redução de doenças, à promoção, à proteção e à recuperação da saúde está expresso no art. 196.

A competência comum dos entes da Federação para cuidar da saúde consta do art. 23, II, da Constituição. União, Estados, Distrito Federal e Municípios são responsáveis pela Saúde, tanto do indivíduo quanto da coletividade e, dessa forma, são legitimados passivos nas demandas cuja causa de pedir é a negativa, pelo SUS (seja pelo gestor municipal, estadual ou federal), de prestação na área de saúde.

O fato de o Sistema Único de Saúde ter descentralizado os serviços e conjugado os recursos financeiros dos entes da Federação, com o objetivo de aumentar a qualidade e o acesso aos serviços de saúde, apenas reforça a obrigação solidária e subsidiária entre eles (BRASIL, STF, 2010b, p.1, *grifo nosso*).

Assim, diante da impossibilidade do cumprimento de medidas de garantia à saúde por parte do SUS, demanda-se a prestação das mesmas por todos os entes envolvidos em conjunto

ou de um deles, conforme ocasião e conveniência para que se faça valer o princípio da solidariedade entre os entes. Em simples linhas, a solidariedade representa, assim, para quem depende da prestação do Estado, verdadeira garantia da concretização do direito fundamental à saúde.

3.2 Das diretrizes do Sistema Único de Saúde

De acordo com Teixeira (2011), as diretrizes do SUS – ou também conhecidos enquanto princípios estratégicos – dizem respeito às diretrizes políticas, organizativas e operacionais, que apontam ‘como’ deve vir a ser construído o ‘sistema’ que se quer conformar, institucionalizar, sendo as mesmas: Descentralização, a Regionalização, a Hierarquização e a Participação Social.

De modo geral, a descentralização pode ser compreendida enquanto uma tentativa de redistribuição de poder e responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da ideia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, maior a possibilidade do acerto.

A descentralização da gestão do sistema implica na transferência de poder de decisão sobre a política de saúde do nível federal (Ministério da Saúde – MS) para os estados (Secretaria Estadual de Saúde – SES) e municípios (Secretaria Municipal de Saúde – SMS). Esta transferência ocorre a partir da redefinição das funções e responsabilidades de cada nível de governo com relação à condução político-administrativa do sistema de saúde em seu respectivo território (nacional, estadual, municipal), com a transferência, concomitante, de recursos financeiros, humanos e materiais para o controle das instâncias governamentais correspondentes (TEIXEIRA, 2011, p. 6).

De acordo com o citado, no entendimento objetivo da descentralização da saúde, transfere-se ao Município a execução da maioria das ações na promoção de saúde diretamente voltadas aos seus cidadãos, principalmente a responsabilidade política pela sua saúde. Isso significa dotar o Município de condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. O que abrange um Estado ou uma região estadual deve estar sob responsabilidade estadual e o que for de abrangência nacional será de responsabilidade federal. A essa profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo com um nítido reforço do poder municipal sobre a saúde é o que se chama municipalização da saúde.

Segundo Ribeiro (2015), para fazer valer o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único. Cada esfera de governo é autônoma e soberana em suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.

Já a regionalização e a hierarquização dos serviços, dizem respeito à forma de organização dos estabelecimentos (unidades de unidades) entre si e com a população usuárias.

A regionalização dos serviços implica a delimitação de uma base territorial para o sistema de saúde, que leva em conta a divisão político-administrativa do país, mas também contempla a delimitação de espaços territoriais específicos para a organização das ações de saúde, subdivisões ou agregações do espaço político-administrativo (TEIXEIRA, 2011, p. 6).

Em síntese, o objetivo da regionalização é ajudar na melhor e mais racional distribuição dos recursos entre as regiões, seguindo a distribuição da população pelo território nacional.

A hierarquização dos serviços, por sua vez, diz respeito à possibilidade de organização das unidades segundo grau de complexidade tecnológica dos serviços, isto é, o estabelecimento de uma rede que articula as unidades mais simples às unidades mais complexas, através de um sistema de referência e contra referência de usuários e de informações. O processo de estabelecimento de redes hierarquizadas pode também implicar o estabelecimento de vínculos específicos entre unidades (de distintos graus de complexidade tecnológica) que prestam serviços de determinada natureza, como por exemplo, a rede de atendimento a urgências/emergências, ou a rede de atenção à saúde mental (TEIXEIRA, 2011, p. 7).

Com relação à hierarquização, o que se almeja é ordenar o sistema por níveis de atenção e estabelecer fluxos assistenciais entre os serviços de modo que regule o acesso aos mais especializados, considerando que os serviços básicos de saúde são os que ofertam o contato com a população e são os de uso mais frequente.

Em relação à Participação Social, conceitua-se esta como a garantia constitucional de que a população, por meio de suas entidades representativas, participará do processo de formulação e avaliação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local. Essa participação ocorre por meio dos conselhos de saúde que têm poder deliberativo, de caráter permanente, compostos com a representatividade de toda a sociedade.

Outra diretriz muito importante ao SUS e que, certamente, está ligada também a uma mesma raiz democrática pertinente ao sistema é a participação comunitária e a criação dos conselhos. A participação comunitária foi assegurada por lei (8.142/1990), o que valoriza a ideia de democracia participativa. Neste mesmo sentido da valorização do SUS como um patrimônio e responsabilidade de todos, foram criados em 2006 três pactos: o Pacto pela vida, o Pacto em defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS. Do ponto de vista da concepção das políticas para saúde, todos devem ser considerados (RIBEIRO, 2015, p.1).

Acrescenta-se que, a composição dos conselhos se dá por vias paritárias, sendo metade da mesma composta de membros representando os usuários, e a outra metade, o conjunto composto por governo, profissionais de saúde e prestadores privados de serviços. Os mesmos são criados por lei do respectivo âmbito de governo, em que estão definidas a composição do colegiado e outras normas de seu funcionamento.

3.3 O funcionamento do Sistema Único de Saúde – Os níveis de atenção à saúde

A proposta de descentralização se deu, em síntese, para a oferta de uma atenção em saúde mais específica e para melhor triar os casos e desafogar centros especializados de alta complexidade de casos de menor urgência ou de fácil resolução. Assim, o funcionamento do SUS pode ser compreendido de acordo com os seus níveis de atenção à saúde da população brasileira, regidos pela Política Nacional de Atenção Básica a Saúde (PNAB) – é resultado da experiência acumulada por conjunto de atores envolvidos historicamente – esferas – com o desenvolvimento e a consolidação do SUS, com Quadro 1.

Nível Primário – Unidades Básicas de Saúde, ou Postos de Saúde, onde se configura a porta de entrada do Sistema Único de Saúde. Nesse nível de atenção são marcados exames e consultas além da realização de procedimentos básicos como troca de curativos;

Nível Secundário – as Clínicas e Unidades de Pronto Atendimento, bem como Hospitais Escolas. Nesses são realizados procedimentos de intervenção bem como tratamentos a casos crônicos e agudos de doenças;

Níveis Terciário – Hospitais de Grande Porte, sejam mantidos pelo estado seja pela rede privada, onde são realizadas manobras mais invasivas e de maior risco à vida, bem como são realizadas condutas de manutenção dos sinais vitais, como suporte básico à vida. Nesses hospitais, também podem funcionar serviços ‘*Quaternários*’ – de transplante de tecidos, como pulmão, coração, fígado, rins, dentre outros (SOUZA, 2013, p. 1).

Quadro 1 – Principais competências das esferas envolvidas na PNAB

<i>Compete ao Ministério da Saúde (MS)</i>	Garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento da atenção básica; Prestar apoio institucional aos gestores dos Estados, ao Distrito Federal e aos municípios no processo de qualificação e de consolidação da atenção básica; Definir, de forma tripartite, estratégias de articulação com as gestões estaduais e municipais do SUS, com vistas à institucionalização da avaliação e qualificação da atenção básica; Estabelecer, de forma tripartite, diretrizes nacionais e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de gestão, formação e educação permanente dos gestores e profissionais da atenção básica.
<i>Compete às Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e ao Distrito Federal</i>	Destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da atenção básica prevendo, entre outras, formas de repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços; Ser corresponsável pelo monitoramento da utilização dos recursos federais da atenção básica transferidos aos municípios; Submeter à CIB, para resolução acerca das irregularidades constatadas na execução dos recursos do Bloco de Atenção Básica, conforme regulamentação nacional; Analisar os dados de interesse estadual gerados pelos sistemas de informação, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos; Verificar a qualidade e a consistência dos dados enviados pelos municípios por meio dos sistemas informatizados, retornando informações aos gestores municipais; Consolidar, analisar e transferir para o Ministério da Saúde os arquivos dos sistemas de informação enviados pelos municípios de acordo com os fluxos e prazos estabelecidos para cada sistema; Prestar apoio institucional aos municípios no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da atenção básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família; Definir estratégias de articulação com as gestões municipais do SUS com vistas à institucionalização da avaliação da atenção básica.
<i>Compete às Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e ao Distrito Federal</i>	Destinar recursos municipais para compor o financiamento tripartite da atenção básica; Ser corresponsável, junto ao Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde, pelo monitoramento da utilização dos recursos da atenção básica transferidos aos municípios; Inserir a Estratégia Saúde da Família em sua rede de serviços como tática prioritária de organização da atenção básica; Organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de atenção básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo Estado e pela União; Definir estratégias de institucionalização da avaliação da atenção básica; Garantir a estrutura física necessária para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas, podendo contar com apoio técnico e/ou financeiro das Secretarias de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde; Garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas; Alimentar, analisar e verificar a qualidade e a consistência dos dados alimentados nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos; Organizar o fluxo de usuários visando à garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da atenção básica e de acordo com as necessidades de saúde dos usuários.

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de Brasil (2012b, p. 27-34).

No Brasil, a Atenção Básica (em seu nível primário) é regida pela Política Nacional de Atenção Básica a Saúde (PNAB) é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, com vistas a sanar a demanda dos cidadãos.

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2012b, p.21).

A atenção básica é fundamenta pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (TEIXEIRA, 2011).

3.4 A Atuação complementar da iniciativa privada

De acordo com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, compete ao Município e, supletivamente, ao Estado, gerir e executar serviços públicos de atendimento à saúde da população, podendo ambos recorrer, de maneira complementar, aos serviços ofertados pela iniciativa privada, quando os serviços de saúde da rede pública forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial necessária:

TITULO II - DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - DISPOSIÇÃO PRELIMINAR
Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).
§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.
§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.
(...)

CAPÍTULO II - DA PARTICIPAÇÃO COMPLEMENTAR

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

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

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

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato (...) (BRASIL, 1990, p. 1, *grifo nosso*).

Em simples linhas, desde que insuficiente a oferta do setor público, considera-se lícita a contratação de serviços privados, desde que condicionados a: prevalência do interesse público sobre o particular; obediência das normas técnicas do SUS, como se o serviço privado fosse público e; a integração dos serviços aprovados à lógica organizativa do SUS.

Ainda, de acordo com a Portaria 1.034, de 05 de maio de 2010, do Ministério da Saúde, a participação de forma complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito SUS é ressaltada:

Art. 2º Quando as disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o gestor estadual ou municipal poderá complementar a oferta com serviços privados de assistência à saúde, desde que:

I - comprovada a necessidade de complementação dos serviços públicos de saúde e,
II - haja a impossibilidade de ampliação dos serviços públicos de saúde (...) (BRASIL, 2010c, p. 1).

É necessário apontar que, a contratação de gestão e operacionalização junto a uma determinada unidade do SUS, além de manter suas características de flexibilidade, autonomia e transparência, deverá também estar pautada em seus princípios e diretrizes, sendo que dentre os princípios, destacam-se o da Integralidade, da Resolutividade e do Controle Social.

Integralidade– para garantir o atendimento integral do usuário, a organização gestora da Unidade de Pronto Atendimento 24 horas deve ser capaz de mobilizar recursos e parceiros internos e externos à unidade. Desta forma, o cumprimento deste princípio

revelará, principalmente, a capacidade de gestão da organização nas dimensões organizacional e operacional;

Resolutividade– para ser resolutiva, a organização gestora da Unidade de Pronto Atendimento 24 horas, além de estabelecer parcerias e de mobilizar recursos, deve ser capaz de manter os resultados obtidos no processo de gestão. Assim, a dimensão da sustentabilidade da gestão será contemplada ao observamos o quanto o serviço consegue sustentar as decisões tomadas;

Controle Social – Este princípio guarda relação com todas as dimensões da gestão adotadas no modelo de avaliação, já que a participação popular é um dos eixos para a implementação do SUS, de acordo com a Lei 8.142/90 (MAIA, 2015, p. 1).

Registra-se, ainda que, dentre os fatores que motivam a administração, gerenciamento e operacionalização por organização social do SUS, levam-se os motivos da sazonalidade do Município, manejo de profissionais, a insuficiência da prestação estatal, o melhoramento da atenção básica de saúde, e o custo financeiro – o maior diferenciador.

Considerando o citado, na concepção de Ribeiro (2015), mesmo ainda diante de inúmeros problemas que a saúde pública enfrenta, a concepção e um SUS e sua institucionalização por meio da Constituição foram um dos maiores avanços na luta pela construção de um país mais justo e menos desigual, uma vez que o direito ao atendimento à saúde é um importantíssimo direito social.

4 DA POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS (PNM)

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) foi aprovada em 30 de outubro de 1998 pela Portaria do Ministério da saúde nº 3.916 com o propósito de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade do medicamento, além da promoção do uso racional e do acesso da população aos medicamentos considerados essenciais (Secretaria de Políticas Públicas de Saúde, 2000).

De acordo com a PNM, para o alcance do propósito nela estabelecido, os gestores do SUS, nas três esferas de Governo, devem atuar em estreita parceria e na conformidade das oito diretrizes fixadas, a saber: adoção de relação de medicamentos essenciais; regulamentação sanitária de medicamentos; reorientação da assistência farmacêutica; promoção do uso racional de medicamentos; desenvolvimento científico e tecnológico; promoção da produção de medicamentos; e desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

4.1 A responsabilidade do profissional farmacêutico e do estabelecimento farmacêutico

A assistência farmacêutica tem caráter sistêmico, multidisciplinar e envolve o acesso a todos os medicamentos considerados essenciais. Representa, hoje, um dos setores de maior impacto financeiro no quadro nacional, sendo que a demanda de medicamentos por parte da população é crescente. Desse modo, como já previsto anteriormente pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2007), a ausência de um gerenciamento efetivo por parte de do profissional farmacêutico, pode vir a acarretar grandes desperdícios e prejuízos aos cofres públicos.

A reorientação da assistência farmacêutica no SUS não se restringe às questões atinentes à aquisição e à distribuição de medicamentos, englobando também as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, controle da qualidade e utilização - nesta compreendida a prescrição e a dispensação -, de modo a favorecer a disponibilidade dos produtos segundo as necessidades da população.

As ações incluídas nessa assistência devem ter por objetivo implementar, no âmbito das três esferas do SUS, todas as atividades relacionadas à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais. A reorientação do modelo de assistência farmacêutica fundamenta-se: na descentralização da gestão; na promoção do uso racional; na otimização e na eficácia do sistema de distribuição no setor público; no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos, viabilizando, inclusive, o acesso da população aos produtos no âmbito do setor privado (SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE, 2000, p. 206).

A Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014, publicada recentemente, veio propor mudanças acerca dos conceitos de farmácia e assistência farmacêutica no país. A farmácia ganha caráter de unidade de prestação de assistência farmacêutica, assistência à saúde e orientação sanitária individual e coletiva, enaltecendo que, a partir do referido momento, somente o farmacêutico poderá exercer, nestes estabelecimentos, a responsabilidade técnica (Conselho Federal de Farmácia, 2014).

Ainda, a referida lei, dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas, estende-se à responsabilidade do profissional farmacêutico e do estabelecimento farmacêutico no que tocante da Política Nacional de Medicamentos, por meio dos destaques na mesma pertinentes:

CAPÍTULO I - DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

(...)

Art. 2 Entende-se por assistência farmacêutica o conjunto de ações e de serviços que visem a assegurar a assistência terapêutica integral e a promoção, a proteção e a recuperação da saúde nos estabelecimentos públicos e privados que desempenhem atividades farmacêuticas, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao seu acesso e ao seu uso racional.

(...)

Art. 4 É responsabilidade do poder público assegurar a assistência farmacêutica, segundo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, de universalidade, equidade e integralidade.

(...)

CAPÍTULO III - DOS ESTABELECIMENTOS FARMACÊUTICOS

Seção I - Das Farmácias

(...)

Art. 7 Poderão as farmácias de qualquer natureza dispor, para atendimento imediato à população, de medicamentos, vacinas e soros que atendam o perfil epidemiológico de sua região demográfica.

Seção II - Das Responsabilidades

Art. 10. O farmacêutico e o proprietário dos estabelecimentos farmacêuticos agirão sempre solidariamente, realizando todos os esforços para promover o uso racional de medicamentos.

Art. 11. O proprietário da farmácia não poderá desautorizar ou desconsiderar as orientações técnicas emitidas pelo farmacêutico.

Parágrafo único. É responsabilidade do estabelecimento farmacêutico fornecer condições adequadas ao perfeito desenvolvimento das atividades profissionais do farmacêutico.

(...)

Art. 13. Obriga-se o farmacêutico, no exercício de suas atividades, a:

I - notificar os profissionais de saúde e os órgãos sanitários competentes, bem como o laboratório industrial, dos efeitos colaterais, das reações adversas, das intoxicações, voluntárias ou não, e da farmacodependência observados e registrados na prática da farmacovigilância;

(...)

IV - estabelecer protocolos de vigilância farmacológica de medicamentos, produtos farmacêuticos e correlatos, visando a assegurar o seu uso racionalizado, a sua segurança e a sua eficácia terapêutica;
(...)

Art. 14. Cabe ao farmacêutico, na dispensação de medicamentos, visando a garantir a eficácia e a segurança da terapêutica prescrita, observar os aspectos técnicos e legais do receituário (BRASIL, 2014b, p.1, grifo nosso).

Retomando as diretrizes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2007), a qualificação da gestão da assistência farmacêutica dar-se-á por meio de articulações de ações – planejamento, organização e estruturação do conjunto das atividades desenvolvidas – visando aperfeiçoar os serviços ofertados à população por parte do farmacêutico. A respeito da estruturação de tais ações, considera-se que elas dependem da necessidade e da situação de cada Estado e de cada região específica em que o farmacêutico atua. Deste modo, as atividades podem se estruturar, tanto por meio de núcleos de atividades – aquisição, programação, distribuição, capacitação de recursos humanos, dispensação, entre outros–, quanto por meio de grupos de medicamentos –básicos, estratégicos, excepcionais, imunobiológicos.

Deste modo, na atualidade, a assistência farmacêutica é primordial aos programas de atenção à saúde em todos os níveis, na busca da garantia da segurança no processo de aquisição e utilização de medicamentos e para as ações relacionadas à qualidade de vida dos usuários da saúde pública.

4.2 A descentralização da Política Nacional de Medicamentos (PNM)

A descentralização da Política Nacional de Medicamentos (PNM) pode ser, brevemente, explicada, havendo necessidade de elencar alguns acontecimentos cronológicos para compreender como esse processo se deu.

Os artigos 6º e 198º da CF, conferem, respectivamente, alguns direitos sociais aos cidadãos como a assistência à saúde que orienta a descentralização, integralidade e participação da comunidade nas ações no SUS. A assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica passou a ser responsabilidade do SUS a partir da Lei Orgânica da Saúde (LOS) 8.080/90, remetendo à necessidade da implantação de uma PNM (SOUZA, 2013).

No ano de 2006, a Portaria nº 698 do Ministério da Saúde redefiniu o financiamento do SUS em blocos e que passou a englobar o da Assistência Farmacêutica onde define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, operando nos seguintes eixos: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e

Hospitalar, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS. Tal iniciativa impulsionou a qualificação dos serviços públicos farmacêuticos ofertados aos cidadãos (BRASIL, 2006).

Recentemente, a Portaria nº 4.217 do Ministério da Saúde passa a promover a disponibilidade de medicamentos gratuitos da atenção básica a nível municipal, por meio legislação específica, que garante financiamento tripartite para aquisição pelo município de mais de 200 medicamentos em diversas apresentações farmacêuticas e formas farmacêuticas (BRASIL, 2010d).

Embora, e acordo com a CF não exista observância facultativa para se fazer cumprir os direitos sociais, faz-se necessário cautela perante a cobrança dos mesmos, a considerar que os recursos entre seus entes são finitos e necessitam aplicar-se corretamente. A forma estruturada para o atendimento à população, de forma eficaz e igualitária, foi a promoção de políticas públicas. Nestas, afirmou-se o papel e as obrigações de cada um de seus entes federados, impostas pelas legislações em vigor.

Na atualidade, os municípios são os que mais sofrem em relação às finanças que se destinam à assistência à saúde, sendo que o mesmo é, ao mesmo tempo, aquele que está mais próximo aos anseios do cidadão e, também, aquele que, relativamente, possui condições financeiras menores para tanto. Em simples palavras, as exigências do município são maiores em números, ao passo que os recursos que o mesmo dispõe são na mesma proporção menores.

Para o financiamento da Assistência Farmacêutica, a responsabilidade é das três esferas de gestão, por meio da aplicação de um valor mínimo por habitante, para cada uma das esferas. Somados os recursos das esferas, 15% das contrapartidas Estadual e Municipal, podem ser utilizados pelos municípios para a estruturação da Assistência Farmacêutica a cada ano. Somando os valores anuais a serem investidos pela Assistência Farmacêutica, um valor mensal é dispensado para a compra de mais de 200 medicamentos em várias apresentações e formas farmacêuticas, entre os quais, que poderia ser distribuído para tratar patologias crônicas e que comprometem o bem-estar dos cidadãos (SOUZA, 2013).

No tocante aos agravos e doenças cuja transcendência, magnitude e ou vulnerabilidade tenham repercussão na saúde pública, buscar-se-á a contínua atualização e padronização de protocolos de intervenção terapêutica e dos respectivos esquemas de tratamento. Dessa forma, o processo de descentralização contemplará a padronização dos produtos, o planejamento adequado e oportuno e a redefinição das atribuições das três instâncias de gestão.

Essas responsabilidades ficam, dessa forma, inseridas na ação governamental, o que deverá assegurar o acesso da população a esses produtos. Para o Ministério da Saúde, a premissa básica será a descentralização da aquisição e distribuição de medicamentos

essenciais. Esse processo, no entanto, não exime os gestores federal e estadual da responsabilidade relativa à aquisição e distribuição de medicamentos em situações especiais, cuja decisão, adotada por ocasião das programações anuais, deverá ser precedida da análise de critérios técnicos e administrativos.

Inicialmente, a definição de produtos a serem adquiridos e distribuídos de forma centralizada deverá considerar três pressupostos básicos, de ordem epidemiológica, a saber: doenças que configuram problemas de saúde pública, que atingem ou põem em risco as coletividades, e cuja estratégia de controle concentra-se no tratamento de seus portadores; doenças consideradas de caráter individual que, a despeito de atingir número reduzido de pessoas, requerem tratamento longo ou até permanente, com o uso de medicamentos de custos elevados; doenças cujo tratamento envolve o uso de medicamentos não disponíveis no mercado.

Após essa análise, a decisão observará ainda critérios mais específicos, de que são exemplos: o financiamento da aquisição e da distribuição dos produtos, sobretudo no tocante à disponibilidade de recursos financeiros; o custo-benefício e o custo-efetividade da aquisição e distribuição dos produtos em relação ao conjunto das demandas e necessidades de saúde da população; a repercussão do fornecimento e uso dos produtos sobre a prevalência ou a incidência de doenças e agravos relacionados aos medicamentos fornecidos; a necessidade de garantir apresentações de medicamentos, em formas farmacêuticas e dosagens adequadas, considerando a sua utilização por grupos populacionais específicos, como crianças e idosos (Secretaria de Políticas Públicas De Saúde, 2000, p. 207, *grifo nosso*).

Entretanto, Barcelos (2005), enaltece em seus estudos as vantagens da descentralização do mesmo modo que evidencia as desvantagens. Para o mesmo, por um lado, a descentralização significou maior autonomia para os municípios na gestão do sistema de saúde, dando mais eficácia ao SUS, mas, por outro, criou um problema para os Municípios tendo em vista que, em sua grande maioria, apresentam uma população pequena para permitir compras com mais vantagens de escala. A abrupta descentralização, provocou uma forte diluição das compras e a ausência de mecanismos de articulação e coordenação entre gestores. Ainda, o estudioso, considerou em ocasião que no início da descentralização outros fatores foram considerados como agravantes no sistema, sendo eles: a falta de padronização dos medicamentos; a inexistência de protocolos de tratamento de medicamentos; o cadastro de fornecedores inadequados; falta de medicamentos e a fragilidade dos mecanismos de controle de qualidade.

Deste modo, para a promoção do o enfrentamento estratégico da falta de medicamentos na atenção básica, inicialmente, faz-se necessário que haja regularidade do financiamento tripartite dos Governos Federal, Estadual e Municipal através de seu repasse conforme a referida Portaria nº 4.217/10 e aplicação dos mesmos na aquisição dos medicamentos pactuados para o acesso à população. Assim, a garantia da disponibilidade dos medicamentos nas unidades de saúde, por meio da descentralização dos medicamentos para as mesmas, modifica a atual política de dispensação centralizada em farmácias básicas, com o intuito de aumentar a adesão aos tratamentos e a resolutividade das intervenções de saúde na atenção básica.

Registra-se que, a efetividade da descentralização demanda a estruturação de uma Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), bem como das unidades de saúde para o correto armazenamento dos medicamentos, e normatização de boas práticas de dispensação de medicamentos, contando com a presença de um profissional qualificado para tal, que é o farmacêutico. Demanda, ainda, a padronização dos medicamentos através da definição de uma Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) – embasada na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) – para a melhoria dos processos de programação e planejamento para disponibilidade dos medicamentos e regularidade no abastecimento, através da estruturação de um sistema de logística para a Assistência Farmacêutica (TIMM, 2010).

A menção da adoção de um Sistema Informatizado através de um *Software* por parte do Ministério da Saúde é imprescindível para a caracterização da descentralização da PNM para o controle de todo o processo, inclusive para a validação dos medicamentos e controle das perdas e dispensação inadequada, bem como para o controle de compras. Escolha adequada do fornecedor, que se responsabiliza pela garantia da medicação, bem como cumpre as políticas de preços e prazos dos editais, é fundamental para o processo da descentralização (TIMM, 2010).

Também a participação do Núcleo Estadual de Assistência Farmacêutica da Secretaria Estadual de Saúde, de forma a dar apoio aos municípios nos seus processos de estruturação e formulação da Política de Assistência Farmacêutica nos Municípios é fator positivo a considerar em todo o processo de descentralização para contribuir com as ações dos serviços de saúde e a garantia da atenção integral à saúde da população. É necessário que os Governos Municipais adotem uma postura para a garantia dos interesses públicos e da coletividade através do controle das ações (*Accountability*)¹, em detrimento dos interesses privados e de benefício do mercado acessíveis (SOUZA, 2013).

¹*Accountability* é um termo da língua inglesa, sem tradução exata para o português, que remete à obrigação de membros de um órgão administrativo ou representativo de prestar contas a instâncias controladoras ou a seus representados. Outro termo usado numa possível versão portuguesa é responsabilização. Pode ser atribuído a um sinônimo de ‘prestar contas’. Ainda, subentende-se por uma atribuição ou obrigação da explicação por parte daquele que desempenha funções de importância na sociedade cabendo ao mesmo a tarefa de, regularmente, explicar o que faz, como faz, por que faz, quanto gasta e o que vai fazer a seguir. Não se trata, portanto, apenas de prestar contas em termos quantitativos, mas de auto avaliar a obra feita, de dar a conhecer o que se conseguiu e de justificar aquilo em que se falhou. A obrigação de prestar contas, neste sentido amplo, é tanto maior quanto a função é pública, ou seja, quando se trata do desempenho de cargos pagos pelo dinheiro dos contribuintes.

4.2.1 A Farmácia Popular do Brasil na descentralização da PNM

Ainda, em relação à descentralização da PNM, registra-se que, o município recebe mensalmente um valor fixo para a manutenção da Farmácia Popular do Brasil, que vende medicamentos com valores até 90% mais barato que o mercado, subsidiado pelo Ministério da Saúde, a qual, o cidadão paga apenas uma pequena contrapartida (SOUZA, 2013).

O Programa Farmácia Popular do Brasil vem a ser uma iniciativa do Governo Federal que cumpre uma das principais diretrizes da Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Foi implantado por meio da Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, que autoriza a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) a disponibilizar medicamentos mediante ressarcimento, e pelo Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004, que regulamenta a Lei 10.858 e institui o Programa Farmácia Popular do Brasil (BRASIL, 2015b, p.1).

As farmácias próprias formam-se a partir de 112 itens listados, compreendidos entre medicamentos e preservativo, dispensados pelos seus valores de custo, chegando até uma redução de 90% do valor praticado em mercado. Os usuários precisam apresentar documento de registro com foto e o cartão do Cadastro de Pessoa Física (CPF), junto ao receituário médico.

Em 09 de março de 2006, por meio da Portaria nº 491, o Ministério da Saúde expandiu o Programa Farmácia Popular do Brasil, aproveitando a rede instalada do comércio varejista de produtos farmacêuticos, bem como a cadeia do medicamento. Esta expansão foi denominada “Aqui Tem Farmácia Popular” e funciona mediante o credenciamento da rede privada de farmácias e drogarias comerciais, com o intuito de levar o benefício da aquisição de medicamentos essenciais a baixo custo a mais lugares e mais pessoas, aproveitando a dinâmica da cadeia farmacêutica (produção x distribuição x varejo), por meio da parceria entre o Governo Federal e o setor privado varejista farmacêutico (BRASIL, 2015b, p.1).

O Governo Federal mantém convênio com drogarias privadas através do ‘Programa Aqui tem Farmácia Popular’, onde os cidadãos podem receber gratuitamente medicamentos para Hipertensão e Diabetes, e ainda adquirir medicamentos para Asma/Rinite, Anticoncepcionais e Dislipidemias com preços subsidiados e com valores bem acessíveis (SOUZA, 2013).

No início, regrado pela Portaria nº 491/06, o programa determinava valores de referência para cinco princípios ativos prescritos para tratamento de hipertensão e mais quatro para o tratamento de diabetes, com base na RENAME. Em junho de 2007, os medicamentos elencados no programa ‘Aqui Tem Farmácia Popular’ foram ampliados e, junto, os contraceptivos foram

incluídos. Mais tarde, em 2010, pelo advento do combate à Gripe A (H1N1), o Fosfato de Oseltamivir foi incluído no elenco. Junto, se deu a inclusão da Insulina Regular, ampliando o elenco de medicamentos indicados para o diabetes, bem como o atendimento da dislipidemia, com a incorporação da Sinvastatina. Também, no mesmo ano, ampliou-se o elenco dos medicamentos destinados à hipertensão, assim como demais para tratamentos específicos diversos, tais como: osteoporose, rinite, asma, Parkinson e glaucoma. Um marco neste ano foi o atendimento à incontinência urinária de idosos mediante inclusão das fraldas geriátricas no programa (BRASIL, 2015b).

A partir de 2011, o Programa passou a disponibilizar os medicamentos indicados para o tratamento da hipertensão e do diabetes sem custos para os usuários. Esta campanha foi denominada ‘Saúde Não Tem Preço’ (SNTP). A Portaria 184/2011, assinada em 03 de fevereiro de 2011, determinou que, a partir do dia 14 de fevereiro, todas as farmácias da Rede Própria, bem como as farmácias e drogarias credenciadas do ‘Aqui Tem Farmácia Popular’ ficassem obrigadas a praticar os preços de dispensação e os valores de referência até o dia 14 de fevereiro de 2011, garantindo, assim, a gratuidade para estes medicamentos. A partir de 04 de junho, o Ministério da Saúde também passou a disponibilizar para a população, por meio do SNTP, três medicamentos para o tratamento da asma, disponíveis em oito apresentações de forma totalmente gratuita. Os medicamentos disponíveis para asma são: Brometo de Ipratrópio, Dipropriionato de Beclometasona e Sulfato de Salbutamol. Nas unidades da Rede Própria, está disponível somente o medicamento Sulfato de Salbutamol em três apresentações (BRASIL, 2015b, p.1).

Diante do explanado, percebe-se que a Farmácia Popular do Brasil, mediante seus dois programas públicos - Aqui Tem Farmácia Popular e Programa Saúde Não Tem Preço (SNTP) – apura-se mais uma tentativa, mediante política de descentralização, tanto de manutenção do princípio constitucional de garantia ao direito à saúde, quanto de redução de ações judiciais específicas sobre a dispensação e o fornecimento de medicamentos.

Entretanto, em relação a tais tentativas, a saúde pública no Brasil não deixa de passar por conflitos, sendo que muito deles provém de mudanças – políticas-econômicas – impostas pelo Poder Executivo, como é o caso de um acontecimento recente, datado no mês de outubro deste ano corrente (2015), perante o anúncio em âmbito nacional, da necessidade de redução de verbas e do orçamento para o Programa Saúde Não Tem Preço (SNTP) (FORMENTI, 2015).

(...) em 2016, não haverá dinheiro suficiente para manter importantes serviços gratuitos de saúde no país: o programa Farmácia Popular e os procedimentos de alta e média complexidades. O Ministério da Saúde vai acabar, já no início de 2016, com o ‘Aqui tem Farmácia Popular’–

uma parceria com grandes redes de drogarias, que oferece descontos de até 90% em remédios. Além disso, avisou que, no último trimestre do ano que vem, não terá mais dinheiro para fazer repasses a estados e municípios.

Na prática, a União terá verbas para repassar às Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e ao Serviço Móvel de Urgência (SAMU) somente até setembro. O corte de R\$ 3,8 bilhões afetará ainda cirurgias eletivas, internações, hemodiálises — em centros médicos conveniados ao Serviço Único de Saúde (SUS), hospitais universitários e unidades da Santa Casa.

No caso do Farmácia Popular, apenas as 460 unidades próprias do governo, que distribuem remédios de graça, serão mantidas. Neste caso, o corte será de R\$578 milhões. O programa foi criado em 2006 para a compra de remédios contra colesterol, Parkinson, diabetes, glaucoma e osteoporose, além de anticoncepcional.

O corte do governo federal se materializou na proposta de Orçamento enviada ao Congresso Nacional. Mas o Executivo aposta em emendas parlamentares para tentar recompor, em parte, o rombo na Saúde. A ideia é pretende pressionar os parlamentares a aprovar à medida que destinaria ao setor recursos oriundos do Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT)

Por enquanto, foram preservados os gastos com a compra de vacinas e medicamentos. Até 2015, o total destinado à Saúde era equivalente ao que foi desembolsado no ano anterior, mais a variação do Produto Interno Bruto (PIB), isto é, R\$ 103,7 bilhões. Agora, o governo terá de reservar 13,5% das receitas correntes líquidas, ou seja, R\$ 100,2 bilhões (BRÊTAS, 2015, p.1).

Diante da medida anunciada, ainda a ser votada, percebe-se a gravidade da conjuntura a que passa o país e, mais preocupante é o fato de que, provavelmente, tal medida impactará, ainda, no aumento do número de ações judiciais em busca de se fazer valer o direito à saúde, por meio de fornecimento de medicamentos.

4.3 A atuação dos entes federados

A promoção de acesso aos medicamentos para os usuários do SUS encontra-se atrelada aos financiamentos sustentados. Em simples linhas, definidas as políticas de assistência farmacêutica, bem como a lista dos medicamentos pertinentes aos programas de saúde estruturados – independente da instância geradora do SUS – passa-se, então, à seguridade de que os recursos financeiros demandados serão viabilizados. Tal viabilidade está condicionada ao chamado financiamento da assistência farmacêutica, sendo a mesma de responsabilidade dos entes federados – ou das três esferas da gestão do SUS –, bem como pactuado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

A Portaria nº 204/07 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), estabelece que os recursos federais devem ser repassados de acordo com os blocos de financiamentos, de onde está o bloco de financiamento da assistência farmacêutica no SUS. O mesmo é edificado mediante três componentes.

O primeiro deles é o componente básico da assistência farmacêutica, dedicado à aquisição de medicamentos pertinentes à atenção básica em saúde, bem como aos relacionados a agravos ou programas específicos de saúde. Geralmente, este componente insere-se na rede por meio de: (1) uma parte financeira fixa, onde um valor fixo, baseado no número dos usuários do sistema destinado – é transferido dos Estados aos seus Municípios, cumprindo-se, assim, o pactuado nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e; (2) uma parte financeira variável, baseado em valores estipulados pelo número de usuários inscritos em programas específicos de atendimento – Hipertensão e Diabetes, Asma e Rinite, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo. Deste modo, o atendimento pode ser centralizado ou descentralizado, conforme apontamentos dos pactos da CIB e TIB no que diz respeito à forma de como os referidos programas estão previstos na organização dos serviços.

O segundo componente é o estratégico da assistência farmacêutica, estando atrelado ao financiamento ao custeio de ações de assistência farmacêutica em programas específicos destinados ao controle de endemias em geral - tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional. Também aos programas específicos de DST/Aids, Sangue e Hemoderivados e Imunobiológicos.

Por fim, o terceiro componente é pertinente aos medicamentos de Dispensação Excepcional, e se referem aos financiamentos necessários para a aquisição, bem como para a distribuição dos medicamentos pertencentes à tabela de procedimentos dos serviços ambulatoriais.

Independente da decisão por centralizar ou descentralizar a aquisição e distribuição de medicamentos, deverá ser implementada a cooperação técnica e financeira intergestores. Essa cooperação envolverá a aquisição direta e a transferência de recursos, bem como a orientação e o assessoramento aos processos de aquisição, os quais devem ser efetivados em conformidade com a realidade epidemiológica, visando assegurar o abastecimento de forma oportuna, regular e com menor custo, priorizando os medicamentos essenciais e os de denominação genérica. Nesse âmbito, o gestor federal, em articulação com a área econômica, deverá identificar medidas com vistas ao acompanhamento das variações e índices de custo dos medicamentos. No tocante ainda à articulação, a atuação conjunta com o Ministério da Justiça buscará coibir eventuais abusos econômicos (Secretaria de Políticas Públicas de Saúde, 2000, p. 208).

Na CF não existe embasamento de distinção entre os entes federado, sendo assim, atribuindo aos mesmos a responsabilidade da solidariedade equânime.

O entendimento dos Tribunais e da doutrina é unânime no sentido de que a União, os Estados e Municípios são solidariamente responsáveis pelo fornecimento gratuito de medicamentos, assim como pela realização dos procedimentos cirúrgicos, em virtude de preceito constitucional, já que o artigo 196 da Constituição Federal prevê a saúde como dever do Estado, não havendo qualquer especificação quanto ao Ente da Federação que deveria arcar com tal obrigação (SANTOS, 2011, p. 1).

Entretanto, Silva e Machado (2010), apontaram em seus estudos que, a responsabilidade solidária dos entes federados não se mostra viável ao considerar que, sendo as obrigações inúmeras, e para tanto, necessária a medida de separar deveres na tentativa de prevenção de prejuízos. Justamente, visando a redução de prejuízos, que se originaram algumas leis e normas relativas as subdivisões das obrigações perante o fornecimento de medicamentos.

Contudo, tais leis e normas relativas não revogam a Lei Maior, nem tampouco eximem seus entes federados de suas obrigações, enquanto solidários. A premissa é de que, compete às mesmas, suavizar ou evitar prejuízos à sociedade. Faz-se necessário, observar e analisar os casos, quando apontados, para a correta determinação de cumprimento de dever, sendo atribuídos aos devidos, quando da necessidade de se fazer por outrem. Em tempo, assim não se dispensa a responsabilidade, mas sim, imputa-lhe ao ente federado responsável para tanto.

A premissa de que, cabe ao Poder Público, a satisfação das necessidades coletivas, especificamente na área da saúde, no que tange o fornecimento e o financiamento de medicamentos, é utópica. As limitações do Estado são, tanto de origem financeira para os recursos, quanto de origem de ordem pessoal. Na concepção de Dauve (2009), o cenário nacional encontra-se caótico e os conflitos nele contidos são de toda a ordem, acarretando ao Judiciário a decisão acerca de determinar a quem compete a obrigação. Deste modo, estando o Estado limitado, necessária é a observância das normas legais para a prática do ato específico.

As demandas judiciais corriqueiras estão construindo novos paradigmas acerca da responsabilidade do Estado nas prestações de saúde, visto que está havendo uma verdadeira judicialização do direito à saúde e da prestação da mesma. Desta forma, ainda que haja uma divisão organizada no âmbito interno do Sistema Único de Saúde e entre os Entes da Federação, para o Judiciário tal repartição é irrelevante, uma vez que há previsão na Constituição Federal de que a responsabilidade no fornecimento dos medicamentos é solidária, sendo assim de competência comum entre as três esferas (SANTOS, 2011, p. 1).

Sob a ótica orçamentaria, a responsabilidade solidária representa um obstáculo à efetivação das políticas públicas – o que, automaticamente, vem causar desperdício de recursos, perante a imputação da responsabilidade de pagamento simultâneo, por ambas as esferas

públicas. Registra-se, aqui, que o critério de ressarcimento ou de compensação, inexistente até o momento. Deste modo, na ‘ponta’ do problema, está aquele que espera pelo medicamento – na maioria dos casos, de custo exacerbado em valores –servir-se-ia por parte da responsabilidade solidária enquanto garantia de cumprimento da prestação de saúde devida.

Deste modo, a proposta de relativização de normas e princípios de responsabilidade comum e solidária, às respectivas esferas públicas, urge com demasia, considerando que, a indecisão reativa à prestação de serviços de saúde não pode comprometer seus usuários

4.4 A assistência farmacêutica – A Relação Nacional de Medicamentos (RENAME)

A Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) existe desde 1978, data em que passou a ser adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), permanecendo enquanto norte da política de medicamentos de diversos países, inclusive no Brasil.

De acordo com Portela et al. (2010), a referida relação representa para o país uma estratégia desde o seu surgimento.

A oferta e o fornecimento de medicamentos guiam-se pela Portaria nº 3.916/98. Sendo assim, os medicamentos elencados na RENAME destinam-se às pessoas de direito do recebimento de auxílio por parte do Poder Público, isentos da necessidade de contraprestação imediata (MELLO, 2010).

A adoção de relação de medicamentos essenciais assim entendidos aqueles produtos essenciais e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população compreende o estabelecimento de mecanismos que permitam a sistemática atualização desta relação. Os produtos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) devem estar continuamente disponíveis aos segmentos da sociedade que deles necessitem, nas formas farmacêuticas apropriadas. No processo de atualização, será dada ênfase ao conjunto dos medicamentos voltados para a assistência ambulatorial, ajustado, no nível local, às doenças mais comuns, definidas segundo prévio critério epidemiológico.

Essa relação nacional de referência servirá de base para o direcionamento da produção farmacêutica e para o desenvolvimento científico e tecnológico, bem como para a definição de listas de medicamentos essenciais nos âmbitos estadual e municipal, estabelecidas com o apoio do gestor federal e segundo a situação epidemiológica respectiva. Além disso, a RENAME constituirá meio fundamental para orientar a padronização, quer da prescrição, quer do abastecimento de medicamentos, principalmente no âmbito do SUS, configurando, assim, um mecanismo para a redução dos custos dos produtos. Nesse sentido, será continuamente divulgada, de modo a possibilitar, entre outros aspectos, a aquisição de medicamentos a preços menores, tanto por parte do consumidor em geral, quanto por parte dos gestores do Sistema (SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE, 2000, p. 209).

Frisa-se que, os medicamentos da referida relação são elencados pela União e, compete aos Municípios suas aquisições, contudo, os de alto-custos ficam a cargo da responsabilidade do Estado. Ou seja, os medicamentos essenciais devem ser fornecidos pelos Municípios, assim como os de dispensação em caráter excepcional, devem ser dispensados pelos Estados (SANTOS, 2012).

Esta Relação é constantemente revisada e atualizada pela Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da RENAME (COMARE), instituída pela Portaria n. 1.254/2005, e composta por órgãos do governo, incluindo instâncias gestoras do SUS, universidades, entidades de representação de profissionais da saúde. O Conselho Federal de Farmácia (CFF) é uma das entidades-membro desta Comissão, sendo representado por técnicos do Cebrim/CFF, o qual participa ativamente do processo de revisão da RENAME desde 2001. A última atualização da RENAME foi publicada em 2010 (CONSELHO FEDERAL DE FARMACIA, 2014b, p. 1).

A constante atualização da RENAME deve considerar a priorização dos medicamentos destinados à assistência ambulatorial, devendo ajustar-se a mesma no nível local ao considerar o acometimento das doenças mais comuns da referida população; ou seja, de acordo com o critério epidemiológico local. Tais medicamentos, encontram-se disponíveis aos segmentos da sociedade que dos mesmos necessitem.

O fato de que a RENAME [...] deverá ser a base para a organização das listas estaduais e municipais e favorecerá o processo de descentralização da gestão, visto que estas instâncias são, com a participação financeira e técnica do Ministério da Saúde, responsáveis pelo suprimento de suas redes de serviços. Trata-se, portanto, de meio fundamental para orientar a padronização, quer da prescrição, quer do abastecimento de medicamentos, principalmente no âmbito do SUS, constituindo, assim, um mecanismo para a redução dos custos dos produtos. Visando a sua maior veiculação, a RENAME deverá ser continuamente divulgada por diferentes meios, como a Internet, por exemplo, possibilitando, entre outros aspectos, a aquisição de medicamentos a preços menores, tanto por parte do consumidor em geral, quanto por parte dos gestores do Sistema (BRASIL, 2001, p. 13).

Deste modo, cabe ao Município a elaboração – a partir da RENAME e com base ao perfil de sua população – de uma relação de medicamentos essenciais, contudo, em âmbito municipal.

“Ainda que o cidadão seja detentor de elevada riqueza e possa pagar pela aquisição do medicamento, se constante da relação municipal de medicamentos essenciais, o medicamento deverá ser fornecido, independentemente de contraprestação imediata” (MELLO, 2010, p. 143).

Não existe critério seletivo para e fazer cumprir um direito, ao passo que o mesmo é considerado universal e igualitário, o acesso aos serviços de saúde por todos os sujeitos locais que necessitem da medicação deverá ser atendido, independente da posse que os mesmos detêm.

5 O ATIVISMO JUDICIAL NA POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS

A realidade atual da saúde pública é complexa, onde, dentro desse quadro, o acesso a medicamentos e a tratamentos terapêuticos e preventivos, apesar de garantido aos brasileiros, é precário. Todavia, diante de uma análise superficial da história brasileira, evidencia-se que o Estado tem demonstrado avanço inquestionável na materialização efetiva deste direito, através da implementação de políticas públicas, econômicas e sociais (SOUZA, 2015).

Diversas são as ações fixadas pelo Ministério da Saúde em busca do desenvolvimento social do país, dentre as quais atem-se à Política de Medicamentos, embasada nos princípios e diretrizes do Serviço Único de Saúde (SUS), disponibilizando à população uma relação nacional de medicamentos oferecidos, conforme previstos na Portaria do RENAME (SOUZA, 2015).

Na ausência de determinado medicamento nas listas federal, estaduais ou municipais, o cidadão pode requerer a sua inclusão através de procedimento administrativo em que deve ser avaliada a real eficácia do medicamento para o tratamento da moléstia, sendo realizadas consultas públicas e, quando necessário, audiências públicas (BUENO, 2014).

Diante desse ocasionado, emerge o ativismo judicial, com um papel extremamente significativo no que se refere à garantia do direito à saúde (SOUZA, 2015).

O ativismo, portanto, no direito à saúde é uma realidade que se traduz nas determinações quanto à entrega de medicamentos não constantes das listas oficiais, a realização de cirurgias e outros tratamentos médicos desorganizando a estrutura administrativa montada para atender a saúde (MEDEIROS, 2011, p.113).

A doutrina diverge, porém, sobre a aplicabilidade da concretização desse direito a partir de demandas judiciais. Parte da doutrina defende que essa atuação do Poder Judiciário se afigura como essencial para garantir a concretização dos direitos fundamentais, especialmente a saúde, desde que obedecidos alguns parâmetros. Entretanto, outra entende que a atuação do judiciário de fato pode comprometer o orçamento público, contudo, acaba contribuindo para que os responsáveis pela realização das políticas públicas – os políticos – modifiquem e focalizem suas ações a fim de suprir as carências da população (MOURA, 2013; BUENO, 2014; SOUZA, 2015).

Em exemplo, destaca-se Barroso (2010), que elenca em seus ensinamentos diversas críticas ao fenômeno, a saber:

A - O artigo 196 da Constituição Federal que trata do direito à saúde é uma norma programática que deve ser concretizada a partir da promoção de políticas públicas e não de decisões judiciais;

B - O Poder Executivo, por possuir uma visão mais ampla das necessidades públicas, detém, de acordo com a Constituição Federal, a competência para estabelecê-las. A atuação do judiciário violaria, portanto, o arranjo institucional;

C - As políticas públicas são realizadas a partir de verbas recolhidas do povo mediante o pagamento de tributos. Cabe, então, à sociedade decidir quais áreas são prioritárias para a aplicação das verbas e essa ação social acontece através dos representantes legais eleitos democraticamente;

D - A realização das políticas públicas pelo Estado deve estar baseada no princípio da reserva do possível, tendo em vista que os recursos são escassos e diversas são as áreas que necessitam de uma ação estatal;

E - A judicialização da saúde desorganiza a administração pública na medida em que o estado passa atuar apenas para atender à necessidade individual e imediata, impedindo uma organização no sentido de promoção do direito à saúde em sentido amplo;

F - Os gastos com a judicialização da saúde são menos benéficos do que se os mesmos recursos fossem aplicados para a realização de políticas que amparem toda a coletividade;

G - A concessão de serviços/produtos a partir de decisões judiciais acaba restringindo essa proteção àqueles que têm acesso à justiça, pelo fato de conhecerem seus direitos;

H - O Poder Judiciário não detém os conhecimentos técnicos necessários que o auxiliam na percepção sobre a eficácia e garantia do serviço/produto para o tratamento de determinadas doenças (BARROSO, 2010, p.39).

De acordo com Bueno (2014), em que pesem as respeitáveis opiniões contrárias, não há como não se reconhecer a relevância do ativismo judicial nos dias atuais, principalmente em razão da omissão parlamentar na busca pelo aperfeiçoamento da legislação, notadamente no alcance da efetivação de direitos fundamentais. Assim, enquanto se aguarda a reestruturação das funções democráticas como constitucionalmente delineadas, acredita-se que a interferência do Poder Judiciário é essencial para a garantia dos direitos fundamentais, entretanto, não se descarta, também a necessidade, de se atribuir cautela nas análises de suas ações.

Apresentado este panorama geral da conjuntura, passar-se-á, na sequência à explanação, mais detalhada, do assunto. O mesmo separou-se em tópicos, sendo os mesmos a tratar: da efetividade do direito à saúde e o princípio da reserva do possível; da separação dos poderes e o ativismo judicial no fornecimento de medicamentos e; do controle judicial da Política Nacional de Medicamentos.

Ressalta-se, ainda, que tais abordagens não seguirão uma só linha em favor. Não se pretende um ‘achismo’ em favor ao cumprimento dos direitos sociais mediante a participação do judiciário nas decisões de se fazer cumprir o direito aos medicamentos devidos; nem tampouco em favor de se mostrar que o exacerbado número de interferências do mesmo nas decisões não deve proceder, haja vista o desequilíbrio econômico que vem provocando nos cofres públicos. Não se pretende, ainda, conferir a afirmativa sobre a quem compete as decisões,

quer seja ao Poder Público, quer seja ao Poder Judiciário. O que se pretende, é sim, mostrar como a doutrina e as jurisprudências vêm se posicionando e atuando em ambos os sentidos.

5.1 A efetividade do direito à saúde e o princípio da reserva do possível

De acordo com Canotilho (2003), a teorização da reserva do possível originou nos anos 70, na Alemanha. Tal princípio implica na cautela em se observar a disponibilidade financeira, assim bem como a capacidade jurídica daquele à qual é imputado o dever de assegurar a garantia e efetivação do direito fundamental – quer seja da União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

Deste modo, de acordo com o mesmo, a efetivação dos direitos sociais – no caso, da garantia da saúde – atrela-se e se faz dependente à reserva do possível. Assim, a garantia da saúde encontra-se atrelada à existência, ou não, de recursos financeiros do Estado. Quando inexistentes tais recursos se considera em estado de limite fático à efetivação da prestação dos direitos sociais devidos.

O recebimento de medicamentos pelo Estado é direito fundamental, podendo o requerente pleiteá-los de qualquer um dos entes federativos, desde que demonstrada sua necessidade e a impossibilidade de custeá-los com recursos próprios. Isso por que, uma vez satisfeitos tais requisitos, o ente federativo deve se pautar no espírito de solidariedade para conferir efetividade ao direito garantido pela Constituição, e não criar entraves jurídicos para postergar a devida prestação jurisdicional. (RE 607.381-AgR, rel. min. Luiz Fux, julgamento em 31-5-2011, Primeira Turma, DJE de 17-6-2011.) No mesmo sentido: ARE 774.391-AgR, rel. min. Marco Aurélio, julgamento em 18-2-2014, Primeira Turma, DJE de 19-3-2014 (BRASIL, STF, 2015c, p.1, *grifo nosso*).

Segundo Barros (2006) a alegação de falta de recursos enquanto alegação para a falta de implementação de políticas públicas é fato que consta no cotidiano da sociedade. Em sua visão, a doutrina e a jurisprudência vem superando, com exceções, a consideração dos direitos sociais enquanto normas programáticas. Tais exceções podem ser caracterizadas com a ação do Poder Jurídico, fazendo valer de imediato os recursos sociais.

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

Consolidou-se a jurisprudência desta Corte no sentido de que, embora o art. 196 da Constituição de 1988 traga norma de caráter programático, o Município não pode

furtar-se do dever de propiciar os meios necessários ao gozo do direito à saúde por todos os cidadãos. Se uma pessoa necessita, para garantir o seu direito à saúde, de tratamento médico adequado, é dever solidário da União, do Estado e do Município providenciá-lo. (AI 550.530-AgR, rel. min. Joaquim Barbosa, julgamento em 26-6-2012, Segunda Turma, DJE de 16-8-2012.) (BRASIL, STF, 2015c, p.1, *grifo nosso*).

A ação do judiciário pela aplicabilidade da norma imediata é entendida, por muitos doutrinadores, como garantia do mínimo existencial – ou seja, a garantia de um direito social considerado relevante perante a manutenção da dignidade da pessoa humana. Deste modo, os mesmos doutrinadores acreditam que, na ocasião da necessidade de se fazer cumprir os direitos sociais, o mínimo existencial sobrepõe-se sobre o princípio da reserva do possível.

Sobre tal consideração, Costa (2011) registrou em seus estudos uma transcrição literal do Ministro Celso de Mello, a saber:

Ministro Celso de Mello na medida cautelar 1246/SC, citado no Acórdão do Superior Tribunal de Justiça no Recurso Especial 325.337/RJ, Primeira Turma, Ministro Relator José Delgado, julgado por unanimidade, em 21 de junho de 2001, publicado no DJ em 3 de setembro de 2001, página 159.

[...] Entre proteger a inviolabilidade do direito à vida, que se qualifica como direito subjetivo inalienável assegurado pela própria Constituição da República (art. 5º, caput), ou fazer prevalecer, contra essa prerrogativa fundamental, um interesse financeiro e secundário do Estado, entendo – uma vez configurado esse dilema – que razões de ordem ético-jurídicas impõem ao julgador uma só e possível opção: o respeito indeclinável à vida.

Em conclusão, atuando como limitação da atuação do Poder Judiciário há o argumento da reserva do possível - cujo ônus da prova de insuficiência material é do Estado – e, afastando a reserva do possível, temos a obrigatoriedade de preservação do mínimo existencial (COSTA, 2011, p.1).

Para Sarlet e Figueiredo (2010), a reserva do possível não impede o Poder Judiciário na sua concretização dos direitos sociais, entretanto, há de se considerar que para tanto seja validada a ação perante cautela na escassez dos recursos e advertem para uma correta sustentação baseada em uma dimensão tríplice deste princípio, sendo ela:

1. A efetiva disponibilidade fática dos recursos para efetivação dos direitos fundamentais;
2. A disponibilidade jurídica dos recursos materiais e humanos, intimamente ligados à distribuição das receitas e competências tributárias, orçamentárias, legislativas e administrativas.
3. Problema da proporcionalidade da prestação, especialmente no tocante à exigibilidade e da sua razoabilidade (SARLET; FIGUEIREDO, 2010, p. 20).

Deste modo, de acordo com Neto (2012), o princípio da reserva do possível não deve ser usado indiscriminadamente, em sentido de negação à efetivação dos direitos sociais, prescritos na constituição. Entretanto, os mesmos direitos estarão sujeitos ao princípio em ocasiões em que o usuário do sistema de saúde – que no caso, dos medicamentos prescritos – puder, racionalmente, esperar pelo direito. Para tanto, o questionamento não se dá perante o poder e o dever do Judiciário para o cumprimento dos preceitos constitucionais, mas sim, para as observações acerca das limítrofes materiais e financeiras para o adimplir tais direitos.

5.2 A separação dos poderes e o ativismo judicial no fornecimento de medicamentos

De um lado o Poder Público – Ministério Público de Saúde/Políticas Públicas – e de outro o judiciário – é este o cenário que o cumprimento do fornecimento de medicamentos à população vem enfrentando. Entretanto, necessário contestar que, tal contexto não é devido à postura inerte do Poder Público em efetivar o direito à saúde, mas sim, da superioridade das demandas em relação as possibilidades dos recursos financeiros destinados para tanto – o que justifica o aumento excessivo do número de demandas judiciais ajuizadas com base no cumprimento da Carta Maior, deixando de considerar, em alguns casos, os decretos, as portarias e as resoluções do Ministério da Saúde, nem tampouco as suas políticas públicas formuladas.

Para Costa (2011) emerge, nos dias de hoje, a necessidade de mudança de concepção e da postura de que todos os problemas de ordem social possam e devam ser resolvidos pelo Poder Judiciário. Entretanto, esta mesma estudiosa encontra nas lacunas do Poder Público e de suas políticas públicas a explicação de tal tendência.

A legitimidade política do Poder Judiciário surge da crítica à insuficiência democrática dos poderes políticos – pois o que move a classe política são interesses distantes daqueles que os prenderam ao voto dos governados – e da expectativa de que o palco judicial possa tornar-se um mecanismo de efetivação dos direitos sociais de uma sociedade civil hipossuficiente, quando a esfera político-representativa vem se mostrando ineficiente para tal mister (COSTA, 2011, p. 1).

É dentro de todo esse âmbito que surgem as discussões sobre o fazer valer os direitos dos cidadãos – no caso dos usuários do SUS --; é dentro do mesmo que a judicialização das políticas públicas, bem como as limitações das ações do Poder Judiciário, passou a coexistir na esfera do direito. A judicialização à efetivação das políticas públicas vem acarretando no cenário jurídico discussões acerca de sua legitimidade.

Alguns doutrinadores adotam o Princípio da Separação dos Poderes enquanto limite para a intervenção judicial nas políticas públicas, de acordo com o art. 2º da CF, considerando que tanto o legislativo, quanto o judiciário e o executivo são poderes independentes e harmônicos entre si.

De acordo com Appio (2007), este princípio da separação se aplica à definição de funções e atribuições comuns para cada um dos poderes e, ao mesmo tempo, não impede tais exercícios desde que executada por órgãos especializados. Há de se considerar, ainda que, naturalmente, o Poder Judiciário interfere o exercício dos demais poderes, na medida em que é constitucionalmente responsável pela função de verificar a compatibilidade da atuação com os preceitos constitucionais.

Costa (2011), baseando-se na concepção de Appio (2007), elencou, em seus estudos, três motivos explicativos pela não legitimação da substituição do legislador/administrador das políticas públicas pelo juiz, sendo eles:

(1) porque o administrador e o legislador foram eleitos para estabelecer uma pauta de prioridades, no que tange às políticas sociais; (2) o judiciário não possui condições técnicas para aferir as reais prioridades sociais, devendo contar com as informações prestadas pela própria administração pública; (3) estabelecer uma pauta de prioridades na execução das políticas públicas é atividade-fim do Poder Executivo – de reserva especial de administração (COSTA, 2011, p. 1).

Entretanto, se faz necessário a correta definição sobre o determinado alcance da tutela jurisdicional, ao considerar a separação dos poderes, ao considerar que não haveria legitimidade do Poder Judiciário na disposição de políticas sociais que pressuponham gastos orçamentários. Grande parte da doutrina acredita que a judicialização da atuação do Poder Executivo é dispendiosa ao ordenamento democrático, haja vista o esquecimento sobre a tripartição dos poderes, deixando assim obsoleta a ordem social-democrática. Ao inferir na discricionariedade da administração pública, como no caso da dispensação de medicamentos, o Judiciário acaba por ferir a autonomia do Poder Executivo (APPIO, 2007).

Neste curto período de tempo (o que são dois séculos para a história?), surgiu uma fecunda polêmica, talvez mais fértil hoje pelo crescimento da importância do papel institucional dos tribunais, no campo político-constitucional, cujas raízes deitam, exatamente, sobre o livro de Montesquieu e a mitológica separação de poderes. Como conciliar um Estado democrático (guiado fundamentalmente pelas determinações da maioria) e o Estado de direito (guiado por normas e princípios às vezes colidentes com a vontade da maioria)? Como assegurar que a fórmula Estado democrático de direito seja mais que uma fórmula acadêmica? O que fazer para contornar os episódios

absolutamente previsíveis de instabilidade institucional? (SOUZA JÚNIOR, 2004, p. 53).

De acordo com Machado (2007), nos últimos anos a atuação do Poder Judiciário em relação ao fornecimento de medicamentos caminha para o cumprimento da redução das desigualdades sociais em âmbito nacional.

O crescente número de ações judiciais propostas com o fim de garantir o fornecimento de medicamentos pelo Poder Público tem sido motivo de preocupação para os gestores de saúde em todos os níveis federativos. Assim, segundo pesquisas, o gasto com medicamentos em 2007 foi 3,2 vezes o de 2002 e a participação do gasto com medicamentos no gasto total aumentou de 5,4% em 2002 para 10,7% em 2007. O gasto com os medicamentos da atenção básica teve aumento de 75% e com medicamentos dos programas estratégicos, de 124%. Salienta-se na pesquisa que o aumento mais expressivo do gasto foi observado com os medicamentos de dispensação em caráter excepcional, 252% de 2003 a 2007 (MATTOS; SOUZA FILHO, 2010, p. 1).

Em contrapartida, Costa (2011) registra que a atuação interventiva do poder judicial, especificamente no que tange dispensação de medicamentos, afasta-se do cumprimento da erradicação das desigualdades, haja vista que, deste modo, a prescrição do medicamento por parte do Judiciário passa a acontecer sem a devida cautela com a finitude dos recursos e, deste modo, passa-se a comprometer os recursos de demais programas que podem privilegiar a coletividade como um todo.

No parecer de Mello (2010) é nítido seu reconhecimento positivo nas ações de concessões de medicamentos pelo do Poder Público, sendo as mesmas amplas e em acordo ao fazer cumprir as decisões judiciais. Entretanto, em concomitância, estabelece críticas sobre a excessiva judicialização, classificando o fato como um problema.

Para exposição de tal posição, Mello (2010) se apoia nos dizeres de Barroso (2010, p.1):

O sistema, no entanto, começa a apresentar sintomas graves de que pode morrer da cura, vítima do excesso de ambição, da falta de critérios e de voluntarismos diversos. Por um lado, proliferam decisões extravagantes ou emocionais, que condenam a Administração ao custeio de tratamentos irrazoáveis – seja porque inacessíveis, seja porque destituídos de essencialidade –, bem como de medicamentos experimentais ou de eficácia duvidosa, associados a terapias alternativas.

Por outro lado, não há um critério firme para a aferição de qual entidade estatal – União, Estados e Municípios – deve ser responsabilizada pela entrega de cada tipo de medicamento. Diante disso, os processos terminam por acarretar superposição de esforços e de defesas, envolvendo diferentes entidades federativas e mobilizando grande quantidade de agentes públicos, aí incluídos procuradores e servidores

administrativos. Desnecessário enfatizar que tudo isso representa gastos, imprevisibilidade e desfuncionalidade da prestação jurisdicional.

Tais excessos e inconsistências não são apenas problemáticos em si. Eles põem em risco a própria continuidade das políticas de saúde pública, desorganizando a atividade administrativa e impedindo a alocação racional dos escassos recursos públicos. No limite, o casuísmo da jurisprudência brasileira pode impedir que políticas coletivas, dirigidas à promoção da saúde pública, sejam devidamente implementadas. Trata-se de hipótese típica em que o excesso de judicialização das decisões políticas pode levar à não realização prática da Constituição Federal.

Em muitos casos, o que se revela é a concessão de privilégios a alguns jurisdicionados. [...]

Aqui se chega ao ponto crucial do debate. Alguém poderia supor, a um primeiro lance de vista, que se está diante de uma colisão de valores ou de interesses que contrapõe, de um lado, o direito à vida e à saúde e, de outro, a separação de Poderes, os princípios orçamentários e a reserva do possível. A realidade, contudo, é mais dramática. O que está em jogo, na complexa ponderação aqui analisada, é o direito à vida e à saúde de uns versus o direito à vida e à saúde de outros. Não há solução juridicamente fácil nem moralmente simples nessa questão.

Assim, perante o julgamento da obrigação de fornecer medicamentos, por parte do Poder Judiciário, ante ao mesmo, há de se prevalecer observações e possíveis reflexos do parecer na coletividade. Não se pode esquecer da premissa de que o SUS, é dentro da área dos direitos sociais constitucionalmente previstos, o maior modelo descentralizado concebido e, sendo assim, deve-se prevalecer a intenção de efetivação do direito fundamental à saúde.

5.3 O controle judicial da Política Nacional de Medicamentos

A jurisprudência, recentemente, vem se manifestando de maneira efetiva e recorrente sobre a questão das políticas públicas na área da saúde – que engloba a política nacional de medicamentos.

De acordo com Bueno (2014), segundo pesquisa elaborada pelo Conselho Nacional de Justiça, a quantidade de ações judiciais em matéria de saúde poderia chegar a quinhentas mil, isso no ano de 2010. Isso faz que o Poder Judiciário intervenha na saúde pública de modo tão significativo que ele acaba por assumir responsabilidades na condução das políticas públicas relacionadas à saúde.

Considerado tal apontamento, esbarra-se, aqui, tanto na doutrina quanto na jurisprudência para a explanação de como o supremo tem conduzido tal excessiva politização judicial, na tentativa de compreender, até que ponto, o Judiciário vem intervindo nas discricões das políticas públicas, tarefa tanto do Poder Legislativo, quanto do Poder Executivo.

De acordo com Ribas (2013), mesmo com a proposta conferida pela LC nº 141/12 – que reserva percentual à efetivação do direito da saúde – ainda não foi possível, por parte das esferas

do governo – um atendimento eficaz, e demandado, das necessidades sociais. A ineficiência é explicada pelo contexto atual das ações individuais ajuizadas, desfavorecendo o Ministério da Saúde, principalmente quando do pleito de medicações cujo valor exacerbam os percentuais determinados.

Deste modo, fica fácil o entendimento de que, mesmo que a Administração Pública ordene corretamente seus orçamentos, ainda se tornam insuficientes para a garantia do mínimo possível. Os recursos para a garantia das decisões judiciais, em ocasião de fornecimento de medicamento, não são suficientes para o financiamento e cumprimento das mesmas.

É nesta ocasião que, segundo Barroso (2008), a Administração Pública vem aparando-se na reserva do possível para suprir às necessidades sociais. Este quadro retrata as diversas medidas, na tentativa de suprir a falta de recurso, pressupondo, assim, uma “difícil decisão política de ratear os poucos recursos disponíveis de modo a poder dispensar um mínimo de atendimento aos mais necessitados” (MENDES, COELHO, BRANCO, 2009, p. 1420).

[...] cláusula da ‘reserva do possível’, ao processo de concretização dos direitos de segunda geração – de implantação sempre onerosa –, traduzem-se em um binômio que compreende, de um lado, (1) a razoabilidade da pretensão individual/social deduzida em face do Poder Público e, de outro, (2) a existência de disponibilidade financeira do Estado para tornar efetivas as prestações positivas dele reclamadas (MINISTRO CELSO DE MELLO; APRECIACÃO À ADPF 45) (BRASIL, 2004, p. 1).

Mediante desconsideração da cláusula citada, é grande o número de decisões judiciais a favor do fornecimento de medicamentos, incluindo os de alto custo, interferindo significativamente no planejamento do Estado e impactando demais direitos sociais.

Inúmeras decisões não acatam a argumentação da reserva do possível – enquanto cláusula –, embora reconheçam que, mediante comprobatória da ausência de recursos orçamentários para o cumprimento da tutela, impossível seria o acesso do Judiciário à esfera das políticas públicas, na caracterização da violação do princípio da separação de poderes.

Cumprir advertir, desse modo, que a cláusula da ‘reserva do possível’ - ressalvada a ocorrência de justo motivo objetivamente aferível – não pode ser invocada, pelo Estado, com a finalidade de exonerar-se do cumprimento de suas obrigações constitucionais, notadamente quando, dessa conduta governamental negativa, puder resultar nulificação ou, até mesmo, aniquilação de direitos constitucionais impregnados de um sentido de essencial fundamentalidade (MINISTRO CELSO DE MELLO; APRECIACÃO À ADPF 45) (BRASIL, 2004, p. 1).

Deste modo, demanda-se o esclarecimento de que, embora considerada em muitas ações a referida cláusula, a Administração Pública não se faz convincente, ou lhe faltam provas comprobatórias, acerca da falta de recursos, abrindo brecha, assim, para que o Judiciário faça-se cumprir sua função enquanto garantia da justiça. O cumprimento de tal função, conseqüentemente, imputa à Administração Pública a obrigatoriedade de providencias devidas, colocando o Estado em situação obrigatória ao cumprimento. O não cumprimento acarreta em multas, ao passo de que o cumprimento – gasto dos recursos financeiros – resulta em comprometimentos futuros com demais políticas públicas coletivas.

Nesse contexto, dentro do âmbito da saúde, das políticas públicas, da Administração Pública, bem como do jurídico, é polêmica a discussão sobre a legitimação das decisões judiciais, perpassando pelas esferas do Poder Público, bem como pelos limites orçamentários da Administração Pública.

Para uma elucidação mais clara acerca do controle judicial nas políticas nacionais de medicamentos, passa-se a partir deste ponto, aos pareceres e procedimentos utilizando-se a categoria dos medicamentos de alto custo para tanto. A partir deste critério, torna-se possível a compreensão da extensão em que a polêmica se encontra, assim como da tentativa de vivência das dificuldades providas das práticas – ou tentativas das práticas – em relação à harmonização do direito à saúde com as reservas orçamentárias. Ressalta-se que, esta organização, apoiou-se nos estudos de Ribas (2013), que tanto discorre sobre a temática, em caso elucidados.

O primeiro deles assim, brevemente, se caracteriza: pedido de suspensão da execução de liminar (nº. 3205) proposta pelo Estado do Amazonas, concedida pelo Relator do pertinente mandato (2007.001334-5), determinando à Secretaria de Estado da Saúde (SES) a imediata aquisição do medicamento (Diazóxido) e a manutenção de fornecimento contínuo, enquanto perdure sua prescrição (BRASIL, 2007b)

O medicamento é fabricado no Canadá e, por conseqüências, não faz parte da RENAME. Este foi o primeiro fator de alegação do Estado requerente, destacando que, mesmo dotado de planejamento para prover serviços de saúde à sua população, seu recurso público é limitado, impedindo ao seu gestor a adoção de uma política que atenda à economicidade das ações, bem como da avaliação do custo-benefício de muitos tratamentos.

A partir de então, a SES salientou que sua responsabilidade perante a aquisição de medicamentos isentos das suas atribuições, compromete, por certo suas demais ações à coletividade. Ou seja, o atendimento à individualidade desfavorece o equilíbrio dos recursos para o atendimento da coletividade. Ainda a mesma secretaria, em completude, destacou que decisões judiciais relacionadas ao caráter mandamental do fornecimento do medicamento, por

parte do ente federado, principalmente para as medicações de alto custo, inviabilizam todo o planejamento estatal.

Neste caso apresentado, em ocasião, a Ministra Presidente Ellen Gracie, democraticamente anunciou a decisão pelo indeferimento do pedido da liminar, baseando-se no entendimento de que, fornecer o medicamento se faz ação prioritária frente ao orçamento público. Sua decisão ainda considerou a incapacidade econômica da família do usuário para arcar com os devidos custos, junto o comprovatório do laudo médico sobre os danos irreparáveis a causar, a partir da interrupção do uso da medicação

No caso retratado, evidenciou-se a atuação do Poder Judiciário da garantia da saúde, frente à inércia do Poder Executivo perante a necessidade de assegurar tal tutela de direito. Considerou-se, ainda, a valoração da garantia da dignidade da pessoa humana, do direito constitucional à vida e à saúde.

O segundo caso, assim se retratou: suspensão de segurança (3158), interposto pelo Estado do Rio Grande do Norte, objetivando a suspensão da execução do acórdão proferido pelo Tribunal de Justiça nos autos do Mandado de Segurança (2006.005996-0) determinando ao Estado o fornecer, continuamente, os medicamentos Pentoxifilina 400mg e Ticlopidina 250mg, para portadora de doença vascular encefálica isquêmica (BRASIL, 2007c).

A ação alega a impossibilidade do referido Estado no cumprimento com os custos necessários ao fornecimento dos postulados medicamentos, sob a alegação de grave lesão à ordem pública econômica, considerando ainda que, a já existência de *déficit* em seu orçamento.

O pedido foi indeferido pela Ministra Ellen Gracie, sob arguição de que a manutenção da decisão não ocasionaria lesão ao orçamento público, e pelo desprovimento econômico da requerente da medicação, assim como pelos danos graves se interrupto o uso dos medicamentos prescritos. No mesmo, ainda se alegou que, perante necessidade e impossibilidade de se fazer valer o direito, cabe aos entes federado assumir o princípio da solidariedade e, deste modo, calou-se o discurso acerca da sobreposição do direito à saúde, a considerar o art. 196 da CF.

Outra narrativa, prende-se às Audiências Públicas no Supremo Tribunal Federal (STF), realizadas nos meses de maio e abril de 2009, objetivando resolução do debate em torno das controvérsias e da harmonização entre o Poder Judiciário e o Poder Executivo, no que tange ao processo de judicialização e políticas públicas.

A realização das audiências públicas demonstra a repercussão da problemática da 'judicialização do direito à saúde', tanto no campo teórico quanto prático, envolvendo, além dos operadores de direito, os gestores públicos, os profissionais da área de saúde, bem como a coletividade (RIBAS, 2013, p.1, *grifo nosso*).

Diante da urgência de uma definição sobre o papel do STF, enquanto gestor das políticas públicas, foi fator gerador da imposição de tais debates, escolhendo-se a oitiva de magistrados, promotores de justiça, defensores públicos, usuários, médicos, doutrinadores, bem como de gestores do sistema único de saúde (BRASIL, 2009).

A começar pela caracterização de um cenário em conflito de ideais constitucionais entre a realidade da desigualdade de uma país continental, é emergente o desafio de aproximação do ideal ao real, a considerar as situações de ordem orçamentária, científica, tecnológica, ética e muitas vezes, econômica.

Destacou, em ocasião, o Secretário de Atenção da Saúde do Ministério da Saúde, Alberto Beltrame, a tarefa da Administração Pública na formulação e implementação das políticas sociais com vistas à garantia do Direito, não deixando de reconhecer que a execução das mesmas, por parte do Executivo encontram-se na inércia de concretização, e reconhecendo, ainda, a crescente demanda pelo Poder Judiciário em fazer vale a efetivação das normas constitucionais.

Contudo, o notado excesso em judicializações, trouxe à tona algumas outras discussões, assim elencadas:

(1) legitimidade da via judicial para determinar prestações estatais positivas no campo das políticas públicas; (2) o acesso à justiça para a obtenção de medicamentos se restringe à classe média, o que provoca desigualdades econômicas e sócias; (3) falta de domínio e de conhecimentos específicos e técnicos do Judiciário sobre a matéria de políticas de saúde; (4) limitação orçamentária da Administração Pública (RIBAS, 2013, p.1).

‘Quanto à legitimidade do Judiciário’, muito se questionou sobre a ofensa aos princípios democráticos, sob argumentação de que se elegeu, por votação, o Poder Executivo e, por conseguinte, caber-se-á ao mesmo efetuar política pública, onde, a partir de então, a intervenção jurisdicional passar-se-ia a violar a democracia, a considerar que o Poder Judiciário não fora eleito pelo povo. Entretanto, a considerar que o bem maior é a saúde tutelada e, em concomitância com o texto constitucional e, ainda sendo a assembleia constituinte eleita pelo povo, constata-se a não violação da democracia, bem como a ocorrência de legitimação dos juízes.

‘Quanto à concessão do direito à saúde na via judicial’, o debate se deu pela afirmativa de que à classe média é concedido tal direito, graças às facilidades de acesso da mesma o judiciário, quer seja pelo conhecimento de seus direitos, quer seja pela possibilidade de arcar

com custos do processo. Se confirmada tal premissa, em hipótese dar-se-ia a afirmativa de desigualdade econômica e social, ao considerar também que, os recursos destinados à tutela desses indivíduos seriam gastos, abrindo mão do favorecimento de outras demandas sociais da classe mais baixa. Entretanto, tal debate não se procedeu mediante a comprobatória que as classes não favorecidas contam com a Defensoria Pública para o devido acesso à justiça, bem como perante a arguição de que ao Ministério Público cabe o papel de consolidar e fiscalizar os exercícios que garantam o regime democrático.

‘Quanto à falta de domínio do Judiciário sobre a matéria de políticas públicas’, o debate se deu em torno da alegação de que falta ao julgador ferramentas técnicas e informacionais, acerca da amplitude do Estado, estreitando assim sua visão ao microsistema, mediante decisões que envolvem as políticas públicas. Alegou-se que, não pode um juiz, avaliar a realidade da ação do Estado como um todo, devendo-se além da apreciação do caso concreto, requerer subsídios que fundamentem a coerência sua decisão – como no caso, mediante apresentação da defesa de que um medicamento, de mesmo princípio, é mais barato e possa ser substituído pelo postulado em ação, ou até mesmo de um medicamento produzido no exterior, podendo ser substituído por outro alternativo de produção nacional.

‘Quanto à limitação orçamentária da Administração Pública’, enquanto argumento de forte teor apelativo, fazendo-se valer da principal causa do desentendimento entre as funções administrativas e jurisdicional. Abordou-se, assim, o inoportuno ‘esquecimento’ de que os recursos públicos são finitos e o gasto, fora do orçamento, com medicamentos de alto custo, acarretam verdadeiro desequilíbrio no planejamento do Estado. Do mesmo modo, foi enaltecida a necessidade do ônus da prova por parte do ente federativo, pois, mediante sua comprovação concreta, não poder-se-á valer a exigência do mesmo a imediata prestação jurisdicional pleiteada, considerada a limitação material referida. Entretanto, registrou-se, ainda, que em muitos casos não se consegue tal comprobatório, esquivando-se da alegação de se fazer cumprir o princípio da reserva do possível. A ausência de comprovações vem dificultar a decisão judicial em caso concreto, e por consequência, impede a aplicação do princípio da proporcionalidade para a tentativa de se demonstrar se, em caso concreto, o direito à vida vai ser ou não mais importante do que a finança pública.

Pelo todo abordado durante o período das audiências públicas, considerando a argumentação, tanto da Administração Pública, quanto do Judiciário, percebe-se que o controle das políticas públicas ainda se faz divergente entre a doutrina e a jurisprudência.

As audiências públicas promovidas vieram, a partir de então, colaborar para a tomada de decisões dos juízes acerca das políticas públicas para o fornecimento de medicamentos,

principalmente aquelas de alto custo, auxiliando os mesmos quanto ao uso do critério do equilíbrio referente aos pareceres que envolvem o orçamento estatal previsto em lei orçamentária – como, por exemplo, no terceiro caso a se retratar.

De acordo com Ribas (2013), o mesmo, assim se caracteriza: suspensão de tutela antecipada (175/2010) formulada pela União contra acórdão proferido pelo TRF da 5ª Região referente à determinação de fornecer Zavesca (miglustat), para uma portadora de patologia rara (Niemann-pick tipo C – neurodegenerativa rara, que causa uma série de distúrbios neuropsiquiátricos), de 21 anos de idade.

Argumentou a União que a concessão da tutela poder-se-ia acarretar em desembolso considerável para a aquisição deste tipo de medicamento de alto custo, havendo desequilíbrio no planejamento, deslocando recursos estatais e descontinuando demais serviços de saúde com efeitos multiplicadores. Argumentou, também, que o referido medicamento não está registrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e, sendo assim, proibida seria sua comercialização no país.

Em ocasião, o Ministro Celso de Mello, considerou que: independente do custo do medicamento, cabe ao Poder Público o seu fornecimento; devem ser solidários todos os entes federados para a garantia à saúde e cumprimento do direito constitucional de assegurar fornecimento de medicamento para tanto; que a ausência do medicamento nas listas do SUS não procede, haja vista que as mesmas vêm sendo modificadas de acordo com as doenças e epidemias registradas por pesquisas realizadas e; que cada medida é particular, considerando o caso por suas particularidades, não acatando então, que a concessão do medicamento possa descontinuar os efeitos multiplicadores.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sendo o direito à saúde universal, precisa ser garantido e não pode ser dificultado e, nem tampouco excluído da sociedade. Apoia-se na Constituição Federal e permeia-se por meio das políticas públicas formuladas na tentativa de se fazer cumprir princípios fundamentais, sendo eles: da vida, da dignidade da pessoa humana, da integridade. Ainda, o direito a saúde, deve ser cumprido preventivamente, rapidamente e de forma continuada.

Diante de tal imposição, não se pode contestar o dever do Estado em prestar tal garantia de direito, funcionando de modo descentralizado, na busca da repartição de forma solidária entre seus entes federados a responsabilidade de se fazer cumprir. Daí a afirmativa de que o direito de todos à saúde cabe à União, aos Estados e aos Municípios.

Contudo, a realidade nacional é conturbada, quer seja pela extensa dimensão territorial, pelo número grande populacional, quer seja pelas dificuldades econômicas e limitações do orçamento, quer seja pela ineficácia ou defasagem das políticas públicas que tanto limitam o Sistema Único de Saúde nos dias de hoje.

O fornecimento de medicamentos à população faz parte dos problemas existentes neste cenário descrito. Nem sempre a Administração Pública consegue ofertar as demandas por parte da necessidade de tratamentos médicos que prescrevem alguns medicamentos. Mesmo diante de inúmeras políticas públicas, este cumprimento, por força maior, se faz inerte. O planejamento orçamentário encontra-se nos limites dos gastos públicos previstos em lei orçamentária, haja vista a finitude dos recursos.

Tal inércia, por parte do Poder Executivo, caracteriza-se como descumprimento ou violação do texto constitucional. Ocorrido o fato, faz-se brecha, imprescindível, para atuação efetiva do Poder Judiciário, por meio da intervenção realizada perante as ações judiciais que se movimentam para a busca do cumprimento do dever constitucional.

Em todo o território nacional, o número de ações judiciais em busca do fornecimento de medicamentos para tratamentos de saúde cresce, significativamente. Nas mesmas, tendencialmente ajuíza-se o cumprimento do direito, imputando a responsabilidade do Estado de se fazer cumprir. Neste contexto, evidencia-se o conflito existente entre o Poder Público e o Poder Judiciário.

Registros apontam que a frequente ocorrência a via jurisdicional ocasiona excesso e gerência do Poder Judiciário para com o Poder Executivo, pois por meio das decisões tomadas, passa a interferir na discricionariedade em matéria de políticas públicas e no planejamento estatal. Ou seja, a excessiva judicialização acerca das políticas públicas para fornecimento de

medicação permeia as grandes decisões doutrinárias e jurisprudenciais, a considerar que, de um lado encontra-se o Judiciário, efetivando direitos sociais e, de outro, a administração executando políticas públicas conforme previsões no seu planejamento orçamentário.

Da existência de tal conflito – entre entes federados e Poder Judiciário –, o melhor a se considerar seria cautela, não somente pela observância do princípio da separação de poderes, mas também, pela observância do princípio da reserva do possível e do mínimo existencial, levando tudo isso em consideração para que não denote em prejuízos de maior escala à população.

A proposta de promoção de audiências públicas, no ano de 2009, foi uma tentativa de amenizar as controvérsias e os conflitos emergidos entre os poderes, reunindo interessados de todas as esferas, objetivando a proposição de uma metodologia que auxiliasse os magistrados das ações de fornecimento de medicamentos. A priori, pretendeu-se a coibição da excessiva judicialização e, por consequência, interferências que conturbem os orçamentos estatais relativos as políticas públicas.

Mesmo perante o todo discutido nas respectivas audiências, percebe-se que a polêmica ainda habita entre as ocorrências do não cumprimento do fornecimento de medicamentos por parte do Estado, onde os juízes, constitucionalmente respaldados, continuam a proferir decisões que oneram, expressamente, o poder público – principalmente ao se tratar da ordem do fornecimento de medicamentos de alto custo.

Entretanto, a medida para a cessão desta excessiva interferência, imputaria ao Poder Executivo a gestão mais eficaz das polícias públicas destinadas à área da saúde, bem como à dispensação de medicamentos. Tal fato poderia evitar o ajuizamento de inúmeras ações pleiteando o direito à saúde via processo judicial.

Ressalta-se que, em relação às considerações e posição doutrinária, não se encontra entre os doutrinadores o apontamento de uma razoável solução do problema e do conflito existente. O que tem prevalecido é a proteção do mínimo existencial mediante análise de cada caso.

Diante do todo abordado, considera-se cumpridos os objetivos de pesquisa, bem como confirmadas as hipóteses norteadoras da mesma, afirmando-se que, o papel equânime do magistrado é deveras árduo, na medida em que pressupõe a ponderação de vários aspectos igualmente importantes para a manutenção da ordem social e em consonância com os princípios descritos na Constituição Federal– Cabe ao mesmo reconsiderar, o princípio da separação de poderes, o princípio da reserva do possível e do mínimo existencial, levando tudo isso em consideração para que não denote em prejuízos de maior escala à população.

Deste modo, finda-se o abordado sobre da temática do ativismo judicial na saúde pública, tratando-se da cautela jurisdicional nas ações de medicamentos

6.1 Contribuições e limitações do estudo e sugestão para pesquisa futura

Contudo, considera-se que a pesquisa realizada e o estudo aqui edificado, podem contribuir tanto para o conhecimento particular da autoria deste, como para a comunidade acadêmica e científica, haja vista a reunião de informações importantes acerca de um assunto de demanda, dentro do atual quadro de demandas por direitos sociais em âmbito nacional. Acredita-se, ainda, que o mesmo também venha crescer para a comunidade jurídica, bem como para a comunidade da saúde pública – aos profissionais do Direito, da Farmácia, da Saúde Pública e do Sistema Único e Saúde –, ao apresentar o mapeamento de uma conjuntura pertinente ao Direito à Saúde e à realidade do fornecimento de medicamentos, tanto por meio da leitura literária realizada, quanto por meio da sondagem jurisprudencial atualizada.

Ressalta-se que, foram dois os obstáculos enfrentados durante o período de pesquisa e de estruturação deste estudo, sendo eles: (1) a vasta bibliografia e literatura atualizada, disponível para pesquisa e consulta; contudo extremamente repetitiva, reportando as mesmas informações – o que dificultou a extensão do assunto, pois fala-se sobre a mesma coisa, sendo raros os trabalhos consultados que apresentaram visões contrárias ou conteúdo diferenciado à acrescentar e; (2) no momento da escrita monográfica propriamente dita, pois, dadas as circunstâncias que este estudo se prende em leis, em bases jurisprudenciais e em definições de artigos, grande parte dos achados necessitou ser reproduzida em forma de citação direta e literal, não havendo maneira de como parafrasear ou estruturar um pensamento de referência à concepção das autorias consultadas. Sendo assim, esta monografia, por força maior, estruturou-se em forma de recortes literários, contudo, pautada na ética de pesquisa, sendo as devidas citações realizadas e referenciadas.

Na intenção de dar continuidade sobre o assunto, buscando desenvolvê-lo em nível de especialização à graduação realizada, bem como por interesse pessoal desta autoria, pretende-se um estudo que destaque a farmácia popular dentro desse âmbito de fornecimento de medicamentos, enaltecendo seu funcionamento, suas ações, bem como todos os direitos e deveres deste estabelecimento privado, ‘contratado’ pela saúde pública, enquanto atuação complementar.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Adriano Ferreira de. Responsabilidade solidária dos entes federados pela concretização do direito fundamental à saúde. **Conteúdo Jurídico**, Brasília, 7 mar. 2013. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.42332&seo=1>>. Acesso: 2 nov. 2015.

APPIO, Eduardo. **Controle Judicial das Políticas Públicas no Brasil**. 4. ed. Curitiba: Juruá, 2007.

BARCELOS, Ricardo Antônio. **O acesso aos medicamentos essenciais no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Porto Alegre: UFRGS, 2005. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/7048/000494584.pdf?sequence=1>>. Acesso: 2 nov. 2015.

BARROS, Wellington Pacheco. **Elementos de direito da saúde**. Porto Alegre: TJRS/ Departamento de Artes Gráficas, 2006.

BARROSO, Luís Roberto. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial**. 2008. Disponível em: <http://www.migalhas.com.br/mostra_noticia_articuladas.aspx?cod=52582>. Acesso: 18 set. 2015.

BARROSO, Luís Roberto. Judicialização, Ativismo Judicial e Legitimidade Democrática. **Revista Eletrônica do Conselho Federal da OAB**. Jan./Fev, 2009. Disponível em: <<http://www.oab.org.br/oabeditora/users/revista/1235066670174218181901.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2012.

BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamento e parâmetros para a atuação judicial. In: NETO, Cláudio de Souza; SARMENTO, Daniel (coord.). **Direitos Sociais: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Lei n. 8080/90**. 1990. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080.htm>>. Acesso: 2 nov. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica, 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf>. Acesso: 12 set. 2015.

BRASIL, Planalto do Governo. **Emenda Constitucional n.41/03**. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc41.htm>. Acesso: 5 abr. 2015.

BRASIL, Supremo Tribunal Federal. Políticas Públicas: Intervenção Judicial e Reserva do Possível. **Informativo n. 345**, Brasília, 26-30 abr. 2004. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo345.htm>>. Acesso: 12 out. 2015.

BRASIL, Planalto do Governo. **Emenda Constitucional n.47/05**. 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc47.htm>. Acesso: 5 abr. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n. 698/06**. Define que o custeio das ações é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS e cria os blocos de financiamento do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n. 204/07**. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL, Supremo Tribunal Federal. Direito à Saúde e Reserva do Possível: Escolhas Trágicas e Omissões Inconstitucionais. **Informativo n. 582**, Brasília, jun. 2007b - A. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo582.htm>>. Acesso: 12 out. 2015.

BRASIL, Supremo Tribunal Federal. Dever do Estado de Fornecer Medicamentos: Direito à Saúde e Análise do Caso Concreto. **Informativo n. 470**, Brasília, jun. 2007c. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo470.htm>>. Acesso: 12 out. 2015.

BRASIL, Supremo Tribunal Federal. **Audiência Pública**. 2009. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/vertexto.asp?servico=processoaudienciapublicasaude>>. Acesso: 12 out. 2015.

BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil de 1998. *In: Vade Mecum*. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

BRASIL, Supremo Tribunal Federal. **Agravo Regimental na Suspensão de Tutela Antecipada n. 175**. Ceará, 17/03/2010. 2010b. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.42332&seo=1>>. Acesso em: 2 nov. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n. 1034/10**. 2010c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1034_05_05_2010_rep.html>. Acesso em: 2 nov. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n. 4.217/10**. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010d.

BRASIL, Planalto do Governo. **Lei Complementar n.141/12**. 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso: 5 out. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 2012b. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso: 10 set. 2015.

BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil. **Constituição Federal**. Texto consolidado até a Emenda Constitucional nº 83 de 05 de agosto de 2014. 2014. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.08.2014/art_196_.shtm>. Acesso: 5 abr. 2015.

BRASIL, Planalto do Governo. **Lei n.13.021/14**. 2014b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13021.htm>. Acesso: 10 set. 2015.

BRASIL, Guia de Direitos. **Sistema Único de Saúde SUS**. 2015. Disponível em: <http://www.guiadedireitos.org/index.php?option=com_content&view=article&id=11&Itemid=32>. Acesso: 10 set. 2015.

BRASIL, Portal da Saúde. Programa Farmácia Popular. **Detalhes**, 9 jun. 2015b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/346-sctie-raiz/daf-raiz/farmacia-popular/11-farmacia-popular/18008-programa-farmacia-popular-do-brasil>>. Acesso: 29 out. 2015.

BRASIL, Supremo Tribunal Federal. **A Constituição e do Supremo**: art. 196. 2015c. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/constituicao/artigobd.asp?item=%201814>>. Acesso: 15 out. 2015.

BRÊTTAS, Pollyana. Governo vai cortar Programa Farmácia Popular e tirar dinheiro de UPAs e Samu. **Extra.Globo**, 29 set. 2015. Disponível em: <<http://extra.globo.com/noticias/economia/governo-vai-cortar-programa-farmacia-popular-tirar-dinheiro-de-upas-samu-17634372.html#ixzz3qdfB4iY>>. Acesso: 3 nov. 2015.

BUENO, Ana Clara Noletto dos Santos. O ativismo judicial na saúde pública - cautelas a serem observadas. **Conteúdo Jurídico**, Brasília, 28 fev. 2014. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.47203&seo=1>>. Acesso: 5 abr. 2015.

CANOTILHO, José. Joaquim Gomes. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição**. 7 ed. Coimbra: Almedina, 2003.

CARVALHO, Kildare Gonçalves. **Direito constitucional**. 14.ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Notícias do CFF**, 11 ago. 2014. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/noticia.php?id=2129>>. Acesso: 10 set. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE FARMACIA. **Sobre o Rename**. 2014b. Disponível em: <<tp://www.cff.org.br/pagina.php?id=140>>. Acesso: 10 set. 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Assistência Farmacêutica no SUS**. 1. ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2007. Disponível em: <<http://www.foa.unesp.br/include/arquivos/foa/pos/files/livro-7-assistencia-farmaceutica-no-sus.pdf>>. Acesso: 10 set. 2015.

COSTA, Mônica Cristina da. **A tutela jurisdicional do direito à saúde, consubstanciada na determinação de fornecimento gratuito de medicamentos e tratamentos médicohospitares pelo estado**. 2011. Disponível em: <<http://crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/arquivos/article/download/77/80>>. Acesso: 10 set. 2015.

DAUVE, Ana Carolina. **Responsabilidade do Estado no fornecimento de medicamentos e a intervenção judicial**. Disponível em: <http://www.pucrs.br/direito/graduacao/tc/tccII/trabalhos2009_1/ana_dauve.pdf>. Acesso: 3 mar. 2011.

FORMENTI, Lígia. Governo Federal zera repasse para a farmácia popular em 2006. **O Estado de São Paulo**, 28 set. 2015. Disponível em: <<http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,governo-zera-repasse-de-recursos-para-farmacia-popular-em-2016,1770428>>. Acesso: 3 nov. 2015.

GOMES, Luiz Flávio. O STF está assumindo um ativismo judicial sem precedentes? **Revista Jus Navigandi**, Teresina, n. 2164, 4 jun. 2009. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/12921>>. Acesso: 5 abr. 2015. Acesso: 5 abr. 2015.

LENZA, Pedro. **Direito constitucional esquematizado**. 12 ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

MACHADO, Janaína Cassol. **A Concretização do Direito a Saúde sob o Viés do Fornecimento de Medicamentos não Inclusos na Relação Nacional de Medicamentos Especiais**. 2007. Disponível em: <http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/indices/Materias/Direito_Constitucional.htm>. Acesso: 26 mai.2015

MAIA, Vinícius. Terceirização de unidade de saúde no Sistema Único de Saúde por organização social. **Jus Navigandi**, jun. 2015. Disponível em:

<<http://jus.com.br/artigos/41148/terceirizacao-de-unidade-de-saude-no-sistema-unico-de-saude-por-organizacao-social>>. Acesso: 10 set. 2015.

MARTINS, Sérgio Pinto. **Direito da seguridade social**. 19. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARTINS, Leonardo; DIMOULIS, Dimitri. **Teoria Geral dos Direitos Fundamentais**. 2. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2010.

MATTAR NETO, João Augusto. **Metodologia científica na era da informática**. São Paulo: Saraiva, 2002.

MATTOS, Karina Denari Gomes de; SOUZA FILHO, Gelson Amaro de. Ativismo judicial e direito à saúde: uma análise da tutela jurisdicional nas ações de medicamentos.

Revista do Encontro de Iniciação Científica, v. 6, n. 6, 2010. Disponível em:

<<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/view/2396/1920>>. Acesso: 10 set. 2015.

MEDEIROS, Fabrício Juliano Mendes. **O ativismo Judicial e o Direito à saúde**. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2011.

MELLO, Rodrigo Gaspar de. O fornecimento de medicamentos pelo Poder Público e a competência da Justiça Federal. **Revista da SJRJ**, Rio de Janeiro, n. 27, p. 139-150, 2010.

Disponível em: <http://www4.jfrj.jus.br/seer/index.php/revista_sjrj/article/viewFile/127/129>. Acesso: 5 set. 2014.

MENDES, Gilmar Ferreira; COELHO, Inocêncio Mártires; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de direito constitucional**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 23. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 24 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MOURA, Elisangela Santos de. Direito à saúde na Constituição. **Revista Jus Navigandi**, Teresina, ano 18, n. 3730, 17 set. 2013. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/25309>>. Acesso: 5 abr. 2015.

NETO, Cláudio de Souza; SARMENTO, Daniel. **Direitos Sociais: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

NETO, Othoniel Pinheiro. As políticas públicas de saúde e o ativismo judicial. **Revista Eletrônica Direito e Política**, Itajaí, v.7, n.2, 2012. Disponível em: <www.univali.br/direitoepolitica>. Acesso: 10 out. 2015.

PAULO, Vicente; ALEXANDRINO, Marcelo. **Direito Constitucional Descomplicado**. 9. ed. São Paulo: Método, 2012.

PENNA, Bernardo Schmidt; SALVADOR, Cássio. Ativismo judicial: tutela do direito à saúde e políticas públicas. **Revista Jus Navigandi**, Teresina, ano 17, n. 3720, 20nov. 2014. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/27790/ativismo-judicial-tutela-do-direito-a-saude-e-politicas-publicas/1>>. Acesso: 5 abr. 2015.

PORTELA, A.S.; LEAL, A.A.F.; WERNER, R.P.B.; SIMÕES, M.O.S.; MEDEIROS, A.C.D. Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios **Revista de Ciências Farmacêuticas Básicas e Aplicadas**, 20 abr. 2010.

RAMOS, Elival da Silva. **Ativismo judicial: parâmetros dogmáticos**. São Paulo: Saraiva, 2010.

RIBAS, Carolline Leal. O controle do judiciário nas políticas públicas na área da saúde. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, n. 119, dez. 2013. Disponível em: <http://ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=14001&revista_caderno=4>. Acesso: 10 set. 2015.

RIBEIRO, Diego Coelho Antunes. O ativismo judicial como mecanismo de garantia do direito à saúde. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, n. 113, mai. 2013. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13281&revista_caderno=9>. Acesso: 5 abr. 2015.

RIBEIRO, Paulo Silvino. Mas o que seria o SUS? Quais suas diretrizes e princípios gerais? 2015. **Brasil Escola**. Disponível em <<http://www.brasilecola.com/sociologia/mas-que-seria-sus-quais-suas-diretrizes-principios-gerais.htm>>. Acesso: 5 abr. 2015.

ROCHA, Daniel Machado da; BALTAZAR Junior, José Paulo. **Comentários à Lei de Benefícios da Previdência Social**. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2002.

SANTOS, Mayara Araujo dos. Fornecimento de medicamentos: um conflito entre os entes federativos e o poder judiciário. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, n. 92, set. 2011. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=10193&revista_caderno=9>. Acesso: 27out. 2015.

SANTOS, Mayara Araujo dos. Direito fundamental à saúde e a responsabilidade solidária entre os entes federativos. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, n. 106, nov. 2012. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=12431>. Acesso em nov 2015.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. In: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti. **Direitos fundamentais: orçamento e reserva do possível**. 2010.

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE. Política Nacional de Medicamentos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 206-209, Abr. 2000 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200018&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 20 out. 2015.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 19 ed. São Paulo: Malheiros, 2001.

SILVA, Nívia Moninca. Considerações sobre a exigibilidade dos direitos fundamentais do Estado Democrático do Direito. **Revista Jurídica do Ministério Público do Estado de Minas Gerais De Jure**, p. 363-399, jan./jun., 2011.

SILVA, Rodrigo Zouain da. O direito constitucional à saúde pública e a integralidade de assistência: colisão-ponderação entre o princípio da proibição do retrocesso social e o princípio da reserva do possível. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, n. 95, dez. 2011b. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=10912>. Acesso: 5 abr. 2015.

SILVA, Luzia Gomes da. Seguridade Social: Das origens e conceito aos princípios que sustentam o Estado Democrático do Direito. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, n. 99, abr. 2012. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=11417>. Acesso: 7 set. 2015.

SILVA, Jerusa Rode da; MACHADO, Natália Gaspar. Fornecimento de medicamentos: um conflito de competência no Poder Judiciário. **Jus Navegandi**, Teresina, n. 2477, 13 abr. 2010. Disponível em: <<http://jus.uol.com.br/revista/texto/14678>>. Acesso: 5 abr. 2015.

SOUZA, Francicleber Medeiros de. **A descentralização do acesso a medicamentos para as USF's: Estratégia para o SUS**. 2013. Disponível em: <<https://www.portaleducacao.com.br/Artigo/Imprimir/47736>>. Acesso: 10 set. 2015.

SOUZA, Tamiris Veiga de. O ativismo judicial e a garantia do direito à saúde. **JusBrasil**, jan 2015. Disponível em: <<http://mirisveiga1.jusbrasil.com.br/artigos/151841281/o-ativismo-judicial-e-a-garantia-do-direito-a-saude>>. Acesso: 5 abr. 2015.

SOUZA JUNIOR, Antonio Umberto de. **O Supremo Tribunal Federal e as Questões Políticas: o dilema brasileiro entre o ativismo e a autocontenção no exame judicial das questões políticas**. Porto Alegre: Síntese, 2004.

TAVARES, Marcelo Leonardo. **Previdência e assistência social: legitimação e fundamentação constitucional brasileira**. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2004.

TEIXEIRA, Carmem. Os Princípios do Sistema Único de Saúde. **Conferências Municipal e Estadual de Saúde**. Salvador, jun., 2011. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf>. Acesso: 25 set. 2015.

TIMM, Luciano Benetti. **Qual a maneira mais eficiente de prover direitos fundamentais: uma perspectiva de direito e economia**. Direitos fundamentais: orçamento e reserva do possível. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010.

TORRES, Fabio Camacho Dell'Amore. Seguridade social: conceito constitucional e aspectos gerais. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, n. 98, mar. 2012. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=11212>. Acesso: 7 set. 2015.

VALLE, Vanice Regina Lírio do. **Ativismo Jurisprudencial e o Supremo Tribunal Federal**—Laboratório de Análise Jurisprudencial do STF. Curitiba: Juruá, 2009.