

REVISTA FAROL

FACULDADE ROLIM DE MOURA

ISSN Eletrônico: **2525-5908**

www.revistafarol.com.br

ISSN Impresso: **1807-9660**

Vol. 11, Nº 11. 2020 - Novembro

Contato: revista@farol.edu.br

DIREITO À SAÚDE:

Uma análise da concessão judicial de medicamentos pela administração municipal

Cleyton José Wolff

Vanderlei Casprechen

Janete Molina de Oliveira

DIREITO À SAÚDE:

Uma análise da concessão judicial de medicamentos pela administração municipal*

Cleyton José Wolff¹
Vanderlei Casprechen²
Janete Molina de Oliveira³

Resumo: O propósito do presente trabalho foi de analisar as possíveis consequências do crescente número de processos de Judicialização de medicamentos no município de Rolim de Moura - RO, bem como os impactos gerados pelas concessões judiciais de medicamentos. A presente pesquisa foi feita de forma descritiva, documental, de caráter retrospectivo com base nos processos de licitação de medicamentos da Prefeitura Municipal de Rolim de Moura no ano de 2018. A pesquisa apontou de falhas nos sistemas de políticas públicas de saúde, as principais consequências da judicialização com base na interferência do Judiciário na gestão da saúde, que fere o princípio da equidade e da universalidade, prejudicando assim a coletividade. É necessária uma maior aproximação entre o Judiciário e o Executivo, sua conscientização sobre os programas e políticas para que ocorra uma diminuição da demanda judicial sem comprometer o direito constitucional à saúde.

Palavras-chave: Direito Constitucional, Saúde, Judicialização, Processos.

RIGHT TO HEALTH:

an analysis of the judicial granting of medicines by the municipal administration

Abstract: The purpose of this work was to analyze the possible consequences of the growing number of drug judicialization processes in the municipality of Rolim de Moura - RO, as well as the impacts generated by judicial drug concessions. This research was done descriptively, documentary, retrospectively based on the processes of bidding for medicines of the Municipality of Rolim de Moura in 2018. The survey pointed to flaws in public health policy systems, the main consequences of judicialization based on the interference of the Judiciary in health management, which hurts the principle of equity and universality, thus harming the collectivity. A greater approximation between the Judiciary and the Executive is necessary, its awareness of programs and policies for a reduction in judicial demand without compromising the constitutional right to health.

Keywords: Constitutional Law, Health, Judicialization, Processes.

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 reconhece a saúde como um Direito social, portanto, um direito humano fundamental diretamente relacionado com a proteção da dignidade da pessoa humana, um dos fundamentos da República Federativa do Brasil. Sendo um direito social, deve ter aplicação imediata, obrigando o Estado a adotar políticas públicas e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos.

* Trabalho apresentado à Faculdade de Rolim de Moura – FAROL, como requisito final de avaliação para conclusão do curso de Graduação em Direito, dezembro 2019.

¹ Acadêmico do curso de Direito, FAROL – Faculdade de Rolim de Moura. E-mail: cleyton-wolff@outlook.com

² Professor orientador, graduado em Direito, Especialista em Processo Civil. E-mail: vanderlei.casprechen@farol.edu.br

³ Co-orientadora, graduada em Direito. E-mail: janethinha@hotmail.com.

O direito à saúde está consolidado, sobretudo nos dispositivos 196 a 200 da Constituição, os quais instituem uma estrutura complexa e abrangente para o sistema de saúde brasileiro com a organização do Sistema Único de Saúde (SUS).

A garantia do acesso à saúde, especialmente para aqueles mais frágeis do ponto de vista socioeconômico, deve ser feita por meio de políticas públicas, aplicadas de forma direta ou indiretamente pelo Estado. Tais ações dependem da atuação coordenada do poder público, que deve editar normas, definir metas e objetivos, estabelecer estruturas organizadas, planejar orçamento. Além disso, o Estado possui recursos limitados, constituindo a alocação de recursos um desafio para os gestores.

Quando o Judiciário é provocado por um interessado, e adentra nesta seara, enormes são os riscos às políticas públicas, esse tipo de atuação não é apenas potencialmente prejudicial para os cofres públicos, uma vez que os recursos para a saúde são limitados, e os gestores são forçados a restringir os valores disponíveis para o atendimento da população geral, limitando-o, pois precisam cumprir com as decisões judiciais.

Por outro lado, há previsão constitucional de invocação do Judiciário para que, frente à violação do direito social, atue para que este seja garantido.

Deste modo, entender o Direito Constitucional à saúde, bem como a organização do SUS é fundamental para o entendimento da interferência causada pelas sentenças concessivas de medicamentos. Este trabalho buscou analisar as principais causas da judicialização da saúde, demonstrando como o crescente número de ações interfere nas políticas públicas direcionadas à população em geral.

SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL – TEORIA DA CONSTITUIÇÃO

Apesar da existência de normas jurídicas relacionadas à proteção da saúde desde a Constituição de 1824, foi apenas por volta dos anos subsequentes a 1870 que o agora Brasil passou a realizar medidas no campo da saúde com maior efetividade, como a utilização da força policial no que ficou conhecido como modelo “campanhista”, que mesmo permeado de abusos contra a população, fez com que fosse possível obter relevantes resultados no controle de doenças epidêmicas, destacando-se a erradicação da febre amarela na capital do País, Rio de Janeiro (BARROSO, 2009).

Em meados da década de 30, com a estruturação básica do sistema público de saúde, iniciaram-se movimentos voltados para a medicina curativa, nessa mesma época foi criado o

Ministério da Educação e Saúde Pública, no mesmo período foram estabelecidos os institutos de previdência, conhecidos como Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's), que ofereciam serviços de saúde curativa, todavia, não eram universais, eram prestados apenas aos trabalhadores da categoria profissional a qual o instituto estava diretamente ligado (BATICH, 2004).

Foi somente com o advento da Carta Política de 1988, que o direito à saúde passou a ser reconhecido como um direito coletivo e universal, anuindo direitos ao indivíduo, sendo um grande marco histórico, uma vez que, elencaram direitos sociais à saúde dentro das políticas sociais, democratizando as prestações de saúde, constituindo um Estado Democrático de Direito justo e igualitário. Todavia, pode-se observar um descompasso entre o estabelecido e o praticado, entre o “dever ser” preconizado e o “ser efetivado” no dia a dia do cidadão (SILVA, 2005).

Os direitos sociais são como as liberdades públicas, são direitos subjetivos. Entretanto, não são meros poderes de agir – como são típicos das liberdades públicas de modo geral – mas sim poderes de exigir. Neste sentido, Agra (2010, p.515) afirma que “os direitos sociais tencionam incrementar a qualidade de vida dos cidadãos, munindo-os das condições necessárias para que eles possam livremente desenvolver suas potencialidades”.

Observa Silva (2005) o quanto demorou para que o direito à saúde obtivesse o status de norma constitucional, fato que ocorreu somente com a promulgação da Constituição de 1988. A partir disso, a saúde passou a ser tratada como um direito fundamental, porém a previsão constitucional não resolveu os problemas da institucionalização (ALEXY, 2011).

Como advento da Carta Magna, o país passou a possuir um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, o que pode ser observado claramente no Art. 6º:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 1988).

A partir do reconhecimento da saúde como um direito social, o Estado passou a ter o dever de elaborar prestações positivas em prol do cidadão.

Bulos (2011), define como a incumbência de realizar serviços para concretizar os direitos sociais a serem efetuados por meio de políticas públicas sociais e econômicas que busquem a promoção, a proteção e recuperação da saúde.

Do mesmo modo, a Carta Constitucional elenca no Art.196 [...] A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido através de políticas sociais e econômicas. Estabelece ainda no Art. 23, a responsabilidade solidária dos entes federados (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) para fornecimento dos serviços de saúde.

Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: [...] II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência (BRASIL, 1988).

Para os doutrinadores Castro, Lino e Vieira (2008, p. 104), o legislador utilizou “a palavra ESTADO no intuito de englobar tanto os Estados-membros, quanto a União e o Município, uma vez que todos os entes federados têm o dever promover o bem-estar social, garantindo educação, saúde e segurança a todos os cidadãos”.

Logo, entende-se que a competência para a promoção da saúde é solidária dos entes federativos, e buscam a garantia do direito constitucional ao acesso à saúde e subsidiariamente o fornecimento de medicamentos, assim descrito no Art. 200 importantes matrizes para a dimensão organizatória do SUS:

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

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

II – executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

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

IV – participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação;

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

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

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

O ordenamento jurídico brasileiro não se limitou a prever a criação de um “sistema”, mas também indicou como seria a atuação desse órgão administrativo, ditando os objetivos que seriam almejados, conferindo ainda um esboço do que seria o SUS.

DIREITO CONSTITUCIONAL À SAÚDE: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O texto constitucional de 1988 descreve claramente que o SUS tem o objetivo de sanar necessidades e proporcionar o bem-estar social definido no artigo 198, nos seguintes termos:

Art. 198 As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes.

I-Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II-Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – Participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do artigo 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (BRASIL, 1988).

A maturidade do sistema de saúde vigente no Brasil teve seu desenho iniciado antes mesmo da promulgação 1988, na realidade desde a década de 70, existia uma enorme insatisfação com o modelo adotado na época, pois como as prestações eram partidas, com uma atuação estatal desigual, o acesso era extremamente restrito e não igualitário, marcado pela concentração territorial, que muito prejudicava a população, além de significar desperdício dos recursos financeiros (WARGAS, 2004).

O principal destaque para a década de 80 foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, na qual se consagrou uma concepção mais ampla de saúde, entendida como resultante de condições de vida e de trabalho, e o entendimento de que a saúde é um direito social humano, a ser garantido pelo Estado. Cujos debates culminaram em relevantes contribuições que serviram como base para as discussões da Assembleia Nacional Constituinte de 1987-1988 (BARBOSA, 2010).

A partir da Conferência firmou-se, também, o consenso da necessidade de unificar os sistemas de saúde, com condução única em cada esfera de governo – no caso federal, a coordenação deveria caber ao Ministério da Saúde – com participação da comunidade na sua gestão e fiscalização (BRASIL, 1987).

Porém, mesmo com o advento da nova constituição, os procedimentos para o adequado funcionamento, bem como atribuições específicas só puderam ser concretizadas com a Lei Federal 8.080 de 19 de setembro de 1990.

LEI 8.080/90: LEI ORGÂNICA DA SAÚDE

A Lei Orgânica da Saúde, ou também conhecida como Lei do SUS, prevê, no caput do Art. 4º, como sendo o conjunto de ações e serviços de saúde, prestado por órgãos e instituições públicas, federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta (BRASIL, 1990).

Para Ohland (2010), o SUS consiste em um conjunto de ações e serviços que ao menos no plano teórico de sua concepção, tem como princípios garantir acesso universal, integral e igualitário à população brasileira, do simples atendimento ambulatorial até os complexos transplantes de órgãos.

Ainda sobre a mesma lei, o Art. 5º, traz os objetivos do SUS:

São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

- I – a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II – a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;
- III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas(BRASIL, 1990).

Nesta perspectiva, ressalta Heckler e Oliveira (2008), que a realização integrada pressupõe um olhar diferente aos diversos aspectos que formam o processo de produção de saúde. Basicamente, seria a busca por eliminar ou controlar as causas das doenças.

O MÍNIMO EXISTENCIAL

Quando o assunto trata de saúde, não há como deixar de abordar sobre o mínimo existencial que é definido por Barcellos (2008), como um elemento constitucional essencial, pelo qual se deve garantir um conjunto de necessidades básicas do indivíduo.

Assim sendo, presume-se que o mínimo existencial está vinculado à dignidade da pessoa humana e consiste num elenco de mínimas garantias conferidas ao cidadão, sem as quais, sua existência se extinguiria. O mínimo existencial não se limita à concessão de condições para a sobrevivência física do indivíduo, mas sim em elementos mínimos para valia dos direitos fundamentais (BARCELLOS, 2008).

À vista disso, o mínimo existencial serve como referencial para o administrador público planejar suas ações, visando garantir uma existência digna, logo o administrador deve

elaborar as políticas públicas e buscar mecanismos para a arrecadação de recursos suficientes para efetivação (OLIVEIRA; COSTA, 2007).

Entretanto, não se confunde com o mínimo para sobrevivência, pois este vincula apenas a obrigação de manutenção de condições biológicas aptas a garantir a existência física, sem, no entanto, implicar no reconhecimento da obrigatoriedade de se fincar as condições dignas. Conferir direitos a alimentos, moradia, prestações básicas de saúde é traço necessário para se garantir o mínimo existencial, porém, não são suficientes para atendimento a uma vida digna.

Ultrapassado a concepção de mínimo para a sobrevivência como sinônimo de ínfimo existencial, mesmo que o primeiro esteja intrinsecamente ligado ao segundo, a consideração de tal conceito não pode servir como mecanismo para impor ao Estado a obrigação de atender qualquer tipo de demanda revestida de um direito fundamental, sob pena de diminuir o campo de alcance dos direitos fundamentais.

Retornando a discussão para o tema em pauta:

- I) à relação entre o custo da prestação de saúde e o benefício que ela poderá proporcionar para o maior número de pessoas, tendo em vista a quantidade daqueles que necessitam dessa espécie de prestação; e,
- II) inclusão prioritária no mínimo existencial daquelas prestações de saúde de que todos os indivíduos necessitam, necessitam ou provavelmente não de necessitar. Barcellos então conclui que a Constituição estabelece quatro prioridades relativas ao direito à saúde, tidos como mínimo essencial:
 - a) prestação dos serviços de saneamento básico, como tratamento de água e esgoto;
 - b) atendimento materno-infantil; c) ações de medicina preventiva;
 - d) controle de epidemias (BARCELLOS, 2008).

Logo, dois são os parâmetros que podem servir de norte para diferenciar a prestação de saúde referente ao mínimo essencial daquilo relacionado diretamente ao conteúdo do direito à saúde.

RESERVA DO POSSÍVEL

A teoria da reserva do possível teve origem na Alemanha, no início da década de 70, Ohland (2010), diz que os direitos sociais podem sofrer limitações de acordo com a capacidade financeira do Estado. Como consequência, nas discussões a respeito da possibilidade de restringir direitos fundamentais, um ponto a ser observado é a reserva do possível.

Diante da insuficiência dos recursos orçamentários para efetivar o direito constitucional à saúde, o Estado passou a adotar como subterfúgio tal teoria, a disponibilidade orçamentária tem sido a constante mais utilizada para avocar a reserva do possível, independente da razoabilidade ou não do pleito. O argumento constantemente utilizado é de que "as necessidades humanas são infinitas e os recursos financeiros para atendê-las são escassos" (SCAFF, 2006, p. 148).

Para Lima (2008, p. 318), "o ideal seria que os Estados tivessem orçamento para atender a todos os objetivos e preceitos elencados na Constituição", entretantes, esta não é a realidade. Barcellos (2008) preceitua que a expressão reserva do possível procura identificar o fenômeno econômico da limitação dos recursos disponíveis diante das necessidades quase sempre infinitas a serem por eles supridas.

Também vale a pena trazer o entendimento do jurista alemão Alexy (2011, p.69):

[...] em uma constituição como a brasileira, que conhece direitos fundamentais numerosos, sociais generosamente formulados, nasce sobre esse fundamento uma forte pressão de declarar todas as normas não plenamente cumpríveis, simplesmente, como não vinculativas, portanto, como meras proposições programáticas. A teoria dos princípios pode, pelo contrário, levar a sério a constituição sem exigir o impossível. Ela declara as normas não plenamente cumpríveis como princípios que, contra outros princípios, devem ser ponderados e, assim, estão sob uma "reserva do possível no sentido daquilo que o indivíduo pode requerer de modo Razoável da sociedade".

Ainda sobre o mesmo tema, defende Mazza (2014), que é exagerada a concepção de que o Estado deve conceder a qualquer pessoa, qualquer prestação relacionada ao direito à saúde, pois isso não é atingido nem em países com condições financeiras melhores que o Brasil. De um lado, o reconhecimento de que os direitos fundamentais não são absolutos, e de outro a ideia de que o custo para a efetivação do viés prestacional de um determinado direito não pode servir como argumento intransponível para a sua implantação.

Entende-se que o argumento de que os direitos fundamentais somente podem ser efetivados a medida do possível, não pode servir como fundo para a reserva do possível e assim pondera Cunha Júnior (2008, p. 395), "a reserva do possível só se justifica na medida em que o Estado garanta a existência digna de todos. Fora desse quadro, tem-se a desconstrução do Estado Constitucional de Direito, com a total frustração das legítimas expectativas da sociedade".

JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

Apesar dos diversos apontamentos midiáticos sobre o tema judicialização, ainda existem muitos questionamentos existentes por detrás desses pleitos. Oportuno ressaltar as palavras utilizadas por Barroso ao comentar o fenômeno da judicialização:

Judicialização significa que questões relevantes do ponto de vista político, social ou moral estão sendo decididas, em caráter final, pelo Poder Judiciário. Trata-se, como intuitivo, de uma transferência de poder para as instituições judiciais, em detrimento das instâncias políticas tradicionais, que são o Legislativo e o Executivo. Essa expansão da jurisdição e do discurso jurídico constitui uma mudança drástica no modo de se pensar e de se praticar o direito no mundo romano-germânico. [...] (BARROSO, 2011 *apud* NOBRE, 2011, p. 356).

Logo, judicializar seria uma forma de transferência para o Judiciário de questões que originariamente deveriam ser tratadas pelo Legislativo e pelo Executivo. No mesmo sentido, Castro (1997) escreve:

A judicialização da política ocorre porque os tribunais são chamados a se pronunciar onde o funcionamento do Legislativo e do Executivo se mostra falho, insuficiente ou insatisfatório. Sob tais condições ocorre uma aproximação entre Direito e política e, em vários casos, torna-se difícil distinguir entre um “direito” e um “interesse político” (CASTRO, 1997, p. 147).

Em um sentido mais restrito, judicialização da saúde é o termo utilizado para designar a busca via esfera judicial de direitos constitucionalmente garantidos. Quanto à judicialização de políticas públicas de saúde, Figueiredo (2018), descreve o Poder Judiciário como capaz de conferir de forma ilimitada a efetivação dos direitos sociais. Embora não pareça ser a mais adequada, uma vez que traz o grave risco de pane no sistema financeiro, pois, as demandas serão sempre ilimitadas, e a fonte pagadora, os recursos, não se pode dizer o mesmo.

No entendimento de Barroso (2009), a individualização das demandas é um caminho perigoso, as políticas públicas devem ser voltadas a reduzir as desigualdades, porém quando esta atribuição passa ao Poder Judiciário, acaba por privilegiar os indivíduos com acesso a esta ferramenta em detrimento daqueles que não possuem acesso à justiça. Pois, enquanto o Poder Legislativo e o Executivo prezam pela adoção de medidas coletivas que, sob o ponto da eficiência, hão de beneficiar o maior número possível de cidadãos, o Poder Judiciário a individualiza.

Outro ponto que merece destaque, é que não é comum que o magistrado se atente ao afetamento econômico de sua decisão, dificilmente direciona atenção de que a retenção de

uma receita para o cumprimento de uma decisão será retirada de um evento que talvez beneficie o coletivo.

Esse pensamento deve-se em especial pela formação acadêmica do juiz, já que são poucas as instituições de ensino que tratam dos aspectos econômicos do direito, não raras vezes abordando-o apenas como ciência isolada, olvidando-se que, em mundo globalizado, tudo está conectado e interligado, sendo impossível o isolamento ao menos das ciências humanas, sociais e econômicas (FIGUEIREDO 2018, p.81).

Não se pode deixar de observar os reflexos econômicos sob pena de falência total do Estado, segundo informações em números o Governo Federal entre os anos de 2010 e 2015, através do Ministério da Saúde, desembolsou mais de R\$2,1 bilhões de reais a fim de cumprir determinações judiciais, no ano de 2015 o valor foi de R\$838,4 milhões de reais, em outro exemplo, apenas para atendimento de uma demanda, o estado de São Paulo gastou com um único paciente valor superior a R\$ 800 mil reais (BRASIL, 2015).

A saúde é um direito coletivo e deve ser atendido mediante políticas públicas, pois esta não é um direito público subjetivo, logo se torna dever do Estado promover ações para atendimento da coletividade, assegurando acesso universal. Torna-se temerária a eficiência da administração dada as constantes interferências do Poder Judiciário nas políticas públicas de saúde, haja vista que o administrador tem que despender recursos para cumprir ordens judiciais, prejudicando a coletividade e as políticas públicas passam a ser decididas pelo Poder Judiciário, (APPIO, 2008).

Para Barroso (2009), o excesso de judicialização pode acarretar o não cumprimento prático da Constituição Federal, uma vez que os outros poderes podem ser travados diante das decisões judiciais, os quais são obrigados a cumpri-las independentemente do planejamento político-econômico ou financeiro.

POLÍTICAS PÚBLICAS: O MEIO DE EFETIVAÇÃO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Efetivar o direito à saúde, conforme os preceitos constitucionais dependem da atuação direta do poder público por meio de políticas públicas, entendidas como o conjunto de planos e programas de ação governamental. Essas políticas são resultado da atuação do legislativo que discute leis, planos e orçamentos, e da administração pública, pois submetem ao regime jurídico administrativo, uma vez que, as funções de planejar, governar, gerir e direcionar os

recursos financeiros são próprias do gestor por meio dos fazeres administrativo (CRISTÓVAM; CATARINO, 2006).

Como já mencionado anteriormente, a aplicação de políticas públicas de saúde no Brasil se dá através do SUS, segundo a pesquisa realizada entre agosto de 2013 e fevereiro de 2014 pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), pesquisa esta considerada a mais completa em saúde no país, pois mesmo nos dias atuais é considerada como referência sobre a temática, aponta que 71,1% da população brasileira utiliza o SUS, deste número 33,2% que tiveram medicamentos receitados, obtiveram ao menos um deles recorrendo aos serviços públicos de saúde, outra parcela 21,9% os obtiveram mediante o programa Farmácia Popular, parceria do governo que tem por finalidade oferecer medicamentos a preço de custo (BRASIL, 2015).

De acordo com os preceitos legais, especificamente a Lei Orgânica do SUS, concebia um Sistema Único de Saúde como um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta (BARROSO, 2009).

Deste modo, o SUS tem por finalidade uma vasta gama de atividades relacionadas à promoção e proteção à saúde, que em linhas gerais envolvem desde vigilância sanitária, controle e fiscalização de bens, proteção do meio ambiente, participação em políticas de saneamento básico e ações educacionais, sendo essa pluralidade fruto do conceito amplo de saúde no ordenamento jurídico brasileiro (BRASIL, 1990).

Entretanto, o cerne da controvérsia da judicialização da saúde se concentra em ações voltadas para o fornecimento de terapias médicas e de fármacos, que claramente são as prestações finais e mais concretas para o usuário do sistema, que busca o SUS, frente a necessidade doença. É aí que se concentra o foco das demandas judiciais, deste modo busca-se compreender, mesmo que em linhas gerais, os processos que objetivam colocar à disposição da população os fármacos, e para isso torna-se fundamental explicar mesmo de forma muito breve a seção II do Decreto Federal nº 7.508 de 2011.

RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS

Estabelecida por meio do Decreto Federal nº 7.508 de 2011, a seleção e padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravo do SUS. Todavia, desde 1964 já havia sido elaborada uma lista de medicamentos no Brasil, anterior mesmo à

recomendação feita pela Organização Mundial da Saúde (OMS), tal lista era chamada de “relação básica e prioritária de produtos biológicos e matérias para uso farmacêutico humano e veterinário” (Decreto Lei 53.612 de 1964), passando a ter a denominação de Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) apenas a partir de 1975. Atualmente a RENAME faz parte do contexto da Política Nacional de Medicamentos (PNM), regulamentada pela portaria nº 3.916 de 1998 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015).

A falta de acesso aos medicamentos associada ao aumento da demanda e a falta de atualização da lista nacional na década de 90, acrescidos do abastecimento irregular, impulsionou as discussões que levaram a formulação da Política Nacional de Medicamentos. O principal objetivo era estabelecer diretrizes para assegurar o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, com o menor custo possível. Entre tais diretrizes encontra-se a adoção de relação de medicamentos essenciais, entendido como: aqueles produtos considerados essenciais para atender a maioria dos problemas de saúde (BRASIL, 2001).

PLANEJAMENTO ORÇAMENTÁRIO PÚBLICO

Os autores Cristóvam e Catarino (2016), definem orçamento público como conjunto de atos normativos pelos quais são avaliados, elaborados, e executados os programas governamentais, em todos os planos de atuação estatal. É um instrumento que contém previsões sobre a destinação de verbas, previsão de receitas e fixação das despesas de determinado exercício financeiro, tendo como uma de suas funções servir de meio para o planejamento de políticas públicas, não tendo somente finalidade contábil, mais sim servindo como matéria social.

Logo, entende-se que o papel do administrador é de definir os planos, levando em conta os limites orçamentários, ainda que se afirme a discricionariedade nessa escolha, ela encontra-se limitada aos direitos fundamentais constitucionalmente previstos, assim o orçamento assume o papel de instrumento de efetivação, definindo as ações que realizaram mediante a cooperação do poder legislativo e executivo (ALVES, 2016).

METODOLOGIA

A presente pesquisa foi realizada na Prefeitura Municipal de Rolim de Moura - RO, diante do crescente número de judicializações relacionadas à saúde. Dessa forma, inicialmente realizou-se pesquisas bibliográficas para melhor compreensão, e após foi efetuado um levantamento dos processos licitatórios abertos a fim de atender ações judiciais de medicamentos que em tese deveriam ser fornecidos pelo município.

A apreciação dos processos de licitação foi feita entre o lapso temporal de 01 de janeiro de 2018 a 31 de dezembro de 2018, por meio da pesquisa documental. Segundo Gil (2017), pesquisas do tipo documental são aquelas cujas fontes das informações, são documentos internos de uma determinada instituição ou bases de dados.

Destes processos, foram extraídos dados como: (I) finalidade, (II) se o medicamento integra ou não a RENAME, (III) preço registrado na licitação. Além disso, foi analisada para melhor compreender a responsabilidade dos entes, e de tal documento se extraiu informações como (I) especificações, (II) objetivo, (III) ação, (IV) responsabilidade, financiamento, aquisição e distribuição.

Os dados foram analisados e expressos em tabelas, em conformidade com a abordagem qualiquantitativa, Conforme Marconi e Lakatos (2017), essa forma de abordagem foca tanto em compreender o comportamento do indivíduo quanto também em quantificar o problema através de técnicas estatísticas, ou seja, busca obter informações que possam ser medidas numericamente.

Por fim, todas as formas de abordagem e métodos de pesquisa descritos, foram utilizados para coleta, análise e interpretação dos dados, que se fizeram necessários para a elaboração do presente artigo científico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Junto ao setor de licitação da Prefeitura de Rolim de Moura, foram analisados dois processos de licitação de medicamentos abertos durante o período referência ano de 2018. Assim, foi possível verificar a interferência causada pela ação do Judiciário na aquisição de medicamentos.

Para melhor compreensão, observou-se como se dá a judicialização, muitas vezes por questões excepcionais, os pacientes necessitam de medicamentos que não constam na relação

nacional de medicamentos, isto é, não sendo o fornecimento padronizado junto ao SUS. Não restando outra opção ao paciente, senão recorrer ao Judiciário.

A frequência na busca do Judiciário faz com que a Administração Pública sofra com os gastos provenientes de tais processos, necessitando por muitas vezes desviar verbas de outras áreas, ou de determinados fins, para cobrir os prejuízos deixados com o custeio dos referidos medicamentos.

Após a judicialização, integrando o polo passivo do processo, o município é notificado para atender a demanda. Ocorre que na maioria dos casos, as judicializações consistem em medicamentos que não integram a RENAME, logo não tendo tal medicamento licitado, é demorada a aquisição.

Não sendo resolvida passivamente a demanda, o Ente fica sujeito a sanções, as quais incluem o sequestro de valores diretamente de suas contas. Ocorre que os valores utilizados como referência para os referidos sequestros são baseados em cotações de farmácias locais, aplicando-se o preço de vendas individualizadas, prejudicando o princípio da menor onerosidade aos cofres públicos.

Para solucionar “parte” do problema, considerando a continuidade do tratamento e evitar os constantes sequestros, com base nas decisões judiciais, o município realiza licitações para atender as demandas contínuas, considerando que alguns tratamentos acompanham o paciente até o final da sua existência.

Assim, por meio do levantamento de dados, foi observado que com intuito de diminuir a interferência do Judiciário, para diminuir custos e impactos sobre o orçamento, anualmente o município de Rolim de Moura, abre processo de aquisição de medicamentos para atender às demandas judiciais contínuas, não sendo diferente no ano de 2018, que por meio da Secretaria Municipal de Saúde, abriu processo licitatório, cujo valor total investido foi de R\$ 130.756,30 com o objetivo de atender 52 judicializações.

Observou-se entre o mesmo período, processos licitatórios com finalidade de atender a população no ano de 2018, com medicamentos que fazem parte do fornecimento obrigatório do município, bloco I da RENAME, com o objetivo de atender a demanda populacional, estimada de acordo com o site do IBGE em 54.702 pessoas, somava o valor de R\$ 530.857,40 (quinhentos e trinta mil oitocentos e cinquenta e sete reais e quarenta centavos).

De acordo a Lei 8.080/90, a saúde deve ser descentralizada para os municípios, ficando supletivo ao Estado e excepcionalmente a União Federal. Por outro lado, o Judiciário frente às mazelas, de acordo com Supremo Tribunal Federal em Repercussão Geral no REx nº

855.178, entende que a responsabilidade dos entes federativos para a prestação do serviço de saúde à população é solidária.

Neste entendimento, a responsabilidade é dividida conforme a complexidade, dividindo esta responsabilidade dos entes, recaindo sobre os municípios a obrigação no fornecimento de medicamentos pertinentes a atenção básica, tidos como menos complexos do Bloco I, RENAME.

A RENAME é dividida em 3 blocos, sendo que o primeiro tem o objetivo de atender a assistência farmacêutica da rede de cuidados da atenção básica, tida como a ação primária do SUS, tendo responsabilidade de financiar tais componentes a União, Estados e Municípios. (Quadro 1).

Já os insumos e medicação tidos como medicamentos Estratégicos de Assistência Farmacêutica para doenças de perfil endêmico e doenças que coloquem em risco a saúde da coletividade (impacto sócio demográfico), são de responsabilidade de aquisição e financiamento a União, e os Estados em distribuir para os Municípios (Quadro 1).

Os componentes especializados, que visam atender tratamentos específicos por meio de protocolos clínicos de diretrizes terapêuticas, considerados como complexos são de responsabilidade aquisitiva a União, Estados e Municípios, distribuição e programação dos componentes (Quadro 1).

Quadro 1– Responsabilidade no financiamento de medicamentos.

Especificações	Bloco I Componente Básico	Bloco II Componente estratégico	Bloco III Componente especializado
Objetivo	Assistência farmacêutica da rede de cuidado de Atenção Básica	Assistência Farmacêutica para doenças de perfil endêmico e doenças que coloquem em risco a saúde da coletividade (impacto sociodemográfico)	Tratamento específico por meio de protocolos clínicos de diretrizes terapêuticas

Ação	Nível de Atenção Primária do SUS	Controle por meio de Políticas Nacionais	Nível Secundário e Alta Complexidade
Responsabilidade (financiamento, aquisição e distribuição)	União/Estados/Municípios	União (Ministério da Saúde) – aquisição e financiamento Estados – Reposição dos Estoques Municípios-Distribuição	União e Estado Municípios (distribuição e programação dos componentes)

Fonte: Próprio autor (2019).

A responsabilidade de financiar os recursos relativos aos componentes básicos da Assistência Farmacêutica é do ente central e dos entes periféricos. Mas, ao se analisar os valores dispensados para tal financiamento, verifica-se que estes apresentam-se extremamente insuficientes, assim o posicionamento de praticamente a totalidade dos autores é no sentido da existência de uma escassez, que não pode ser desconsiderada sobre a política de fornecimento de medicamentos.

Tal precariedade de recursos disponibilizados fica visível, a Portaria nº 1.555/2013, que dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS, demonstra os valores, abaixo transcritos:

Art. 1º Esta Portaria dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º O Componente Básico da Assistência Farmacêutica destina-se à aquisição de medicamentos e insumos, incluindo-se aqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, no âmbito da Atenção Básica à Saúde.

Art. 3º O financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica é de responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme normas estabelecidas nesta Portaria, com aplicação, no mínimo, dos seguintes valores de seus orçamentos próprios:

I - **União: R\$ 5,10 (cinco reais e dez centavos)** por habitante/ano, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS;

II - **Estados: R\$ 2,36 (dois reais e trinta e seis centavos)** por habitante/ano, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS, incluindo os insumos para os usuários insulíndependentes estabelecidos na Portaria nº 2.583/GM/MS, de 10 de outubro de 2007, constantes no Anexo IV da RENAME vigente no SUS; e

III - **Municípios: R\$ 2,36 (dois reais e trinta e seis centavos)** por habitante/ano, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS, incluindo os insumos para os usuários insulíndependentes estabelecidos na Portaria nº 2.583/GM/MS, de 10 de outubro de 2007, constantes no Anexo IV da RENAME vigente no SUS.

§ 2º Para fins de alocação dos recursos federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais, utilizar-se-á a população estimada nos referidos entes federativos pelo

Censo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para 1º de julho de 2011, enviada ao Tribunal de Contas da União em 9 de novembro de 2011.

§ 3º Além do disposto no § 2º, nos Municípios com acréscimos populacionais resultantes de fluxos migratórios, conforme documentos oficiais do IBGE, esse acréscimo populacional será considerado para o cálculo do valor "per capita" a ser repassado a esses Municípios pelos demais entes federativos envolvidos, conforme pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e, se houver, Comissão Intergestores Regional (CIR).

§ 5º Os recursos financeiros oriundos do orçamento do Ministério da Saúde para financiar a aquisição de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica serão transferidos a cada um dos entes federativos beneficiários em parcelas mensais correspondentes a 1/12 (um doze avos) do valor total anual a eles devido.

Art. 4º. § 1º A aplicação dos recursos financeiros de que trata o "caput" em outras atividades da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde, diversas das previstas nesta Portaria, fica condicionada à aprovação e pactuação nas respectivas CIB ou no Colegiado de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) (BRASIL, 2013).

Nota-se a partir da soma dos números apresentados no artigo 3º que cada indivíduo tem um valor disponível inferior a R\$ 10,00. Em uma hipotética situação, os valores são pequenos em face da realidade fática, se vinte indivíduos requerem ao Judiciário o atendimento de uma necessidade medicamentosa com custo de R\$ 500,00 por ano, o total dispendido pelo SUS para atender a determinação judicial seria de R\$ 10.000,00/ano (Quadro 2 e 3).

Quadro 2– Valores hipotéticos frente ao déficit gerado em relação à população geral.

Quantidade de Indivíduos	20
Valor disponível/ano	R\$196,40

Fonte: Próprio autor (2019).

Quadro 3- Valores hipotéticos comparados.

Valores hipotéticos comparados	
Quantidade de indivíduos hipoteticamente judicializado.	20
Valor da judicialização/ano	R\$ 500,00
TOTAL	R\$ 10.000,00

Fonte: Próprio autor (2019).

Supostamente, nesse valor gasto com vinte indivíduos, mil indivíduos teriam retirado seu valor mínimo individual para o atendimento de suas necessidades com a saúde. Tem-se,

então, a indagação se o princípio da igualdade de atendimento estaria aplicado justamente para os todos os indivíduos nessa situação?

Outro fator que ainda deve ser objeto de consideração, é que os municípios também devem destinar recursos para o financiamento da saúde, previsto no Art. 198, § 2º, III, da Constituição Federal. Ocorre que a maior parte dos municípios brasileiros se encontra em penúria, uma vez que a geração de receitas próprias é exígua.

A atuação do Judiciário quanto a sentenças que concedem medicamentos, judicialização da saúde, nas palavras de Barroso:

Judicialização significa que questões relevantes do ponto de vista político, social ou moral estão sendo decididas, em caráter final, pelo Poder Judiciário. Trata-se, como intuitivo, de uma transferência de poder para as instituições judiciais, em detrimento das instâncias políticas tradicionais, que são o Legislativo e o Executivo. Essa expansão da jurisdição e do discurso jurídico constitui uma mudança drástica no modo de se pensar e de se praticar o direito no mundo romano-germânico. [...] (BARROSO, 2011 *apud* NOBRE, 2011, p. 356).

Logo, judicializar seria uma forma de transferência para o Judiciário de questões que originariamente deveriam ser tratadas pelo Legislativo e pelo Executivo. No mesmo sentido, Castro (1997) escreve:

A judicialização da política ocorre porque os tribunais são chamados a se pronunciar onde o funcionamento do Legislativo e do Executivo se mostra falho, insuficiente ou insatisfatório. Sob tais condições ocorre uma aproximação entre Direito e política e, em vários casos, torna-se difícil distinguir entre um “direito” e um “interesse político” (1997, p. 147).

A determinação judicial de medicamentos que não estão previstos é perfeitamente possível, sendo que a própria Constituição Federal prevê:

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

Deste modo, não há no texto constitucional e nem nas normas infraconstitucionais nenhum tipo de previsão que limite as determinações judiciais em relação ao fornecimento de medicamentos. Havendo inclusive, diversos julgados que especificam que a responsabilidade dos entes é solidária, e que os entes não devem fornecer qualquer tipo de tratamento, mas sim, o mais adequado.

Com base nas informações levantadas junto ao setor de licitação do município de Rolim de Moura, foi possível comparar quanto o município tem gasto para atender demandas judiciais, isto é, demandas judiciais contínuas, não abrangendo esta pesquisa sequestros judiciais, uma vez que o município não possui meio para controle de tais valores, estimou-se que no ano de 2018 foram gastos para atender demandas contínuas R\$ 130.756,30 (cento e trinta mil setecentos e cinquenta e seis reais e trinta centavos) para atender 52 pessoas (04).

Quadro 4 – Valores médios gastos com medicamentos judicializados licitados.

VALORES MÉDIOS GASTOS COM MEDICAMENTOS JUDICIALIZADOS LICITADOS		
Valores gastos em demandas judiciais – medicamentos licitados 2018	Quantidade de pessoas	Média por pessoa
R\$130.756,30	52	R\$130.756,30/52= R\$2.514,54

Fonte: Próprio autor (2019).

Ao mesmo tempo foi observado quanto o município pretendia gastar com medicamentos gerais, Bloco I, no mesmo período referência (5).

Quadro 5– Valores médios gastos com medicamentos licitados bloco I RENAME.

VALORES MÉDIOS GASTOS COM MEDICAMENTOS LICITADOS B I RENAME		
Valores gastos em demandas gerais (bloco I) RENAME 2018	Quantidade de pessoas IBGE 2018	Média por pessoa
R\$ 530.857,40	54.702	R\$530.857,40/54.702= R\$9,70

Fonte: Próprio autor (2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde, reconhecida na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, como um direito fundamental, possui direito subjetivo público com características de universalidade, tendo aplicação mediata, devendo então ser garantida por meio de políticas sociais e econômicas que assegurem sua promoção e proteção.

As constantes faltas, a demora no processo de inclusão de medicamentos na RENAME ou ainda a ineficiência dos gestores públicos está entre as principais causas do elevado número de Judicialização da Saúde, ocorre assim, interferência pelo Poder Judiciário na gestão do SUS, políticas, programas e princípios.

Esta crescente demanda judicial indica falha nos sistemas e políticas públicas de saúde, especialmente quando se coloca as necessidades individuais em detrimento das coletivas. As principais consequências da Judicialização das políticas públicas da saúde ocorrem por parte do Judiciário na gestão do SUS, principalmente na Política Nacional de Medicamentos, quando são solicitados medicamentos não padronizados, sem comprovação de eficácia ou com efeito igual ao de medicamentos padronizados que integram a RENAME.

Consequentemente, a obtenção de benefícios pela esfera jurídica fere o princípio da equidade e da universalidade, prejudicando assim a coletividade pelo desvio da alocação dos recursos, causando desarticulação nas políticas, ações e serviços existentes e não se consolidando os objetivos originários do SUS.

A pesquisa apresentada demonstrou a interferência das sentenças judiciais em desfavor do Município de Rolim de Moura, sobre os aspectos das ações de judicialização de medicamentos.

De forma clara, visualiza-se que as sentenças judiciais interferem significativamente nas políticas públicas de medicamentos, uma vez que a judicialização é um fenômeno multifacetário, repercutindo não só no direito, mas sim em vários campos da ciência, não obstante, os planos de política social não são suficientes, muito menos eficazes para garantir qualidade de vida ao cidadão, conforme dispõe o texto constitucional.

Conclui-se que é necessária uma maior aproximação entre os poderes Judiciário e o Executivo, e sua conscientização da lógica dos programas e das políticas do uso racional de medicamentos, a alocação de recursos da saúde, bem como uma maior agilidade na inclusão de novas tecnologias, transparência e efetividade nas ações de saúde e na atenção farmacêutica pelo executivo, só assim talvez ocorra uma redução nas demandas judiciais concessivas de medicamentos, sem, portanto comprometer a saúde, que é um direito constitucional.

REFERÊNCIAS

AGRA, Walber de Moura. **Tratado de Direito Constitucional**, v. 1 / coordenadores Ives Gandra da Silva Martins, Gilmar Ferreira Mendes, Carlos Valder do Nascimento. – São Paulo: Saraiva, 2010.

ALEXY, Robert. *Constitucionalismo discursivo*. Tradução de Luís Afonso Heck. 3ª ed. rev. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2011.

ALVES, Raquel de Andrade Vieira. “Judicialização”, ativismo judicial e direito constitucional financeiro: uma análise da atividade judicial em matéria de saúde e educação. In: ALVES, Raquel de Andrade Vieira; ARABI, Abhner Youssif Mota; GOMES, Marcus Lívio (coord.). **Direito financeiro e jurisdição constitucional**. Curitiba: Juruá, 2016.

APPIO, Eduardo. **Controle das políticas públicas no Brasil**. Curitiba: Juruá, 2008.

BATICH, Mariana. **Previdência do trabalhador**: uma trajetória inesperada. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 33-40, set. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000300004&lng=en&nrm=iso. Acesso em 27 out. 2018.

BRASIL. **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil**. Seção II – Da Saúde. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

_____. **Conferência Nacional de Saúde. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 17 a 21 de março de 1986. Brasília: Ministério da Saúde, 1987.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Poder Executivo, Brasília/DF. DOU 20.09.1990. Seção I, p.18055-18059.

_____. IBGE. **Pesquisa nacional de saúde 2013**: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de medicamentos 2001**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais**: RENAME 2014. 9. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as Normas de Financiamento e Execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no Âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 de julho de 2013.

BARBOSA, Pedro Ribeiro; CARVALHO, Antônio Ivo de. **Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2010. Disponível em: <
http://cajui.uft.edu.br/dte/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=345&Itemid=51>. Acesso em: 28 de out. de 2018.

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

BARROSO, Luís Roberto. **O controle de constitucionalidade no Brasil**. São Paulo: Saraiva, 2011 apud NOBRE, Milton Augusto de Brito. Da denominada “judicialização da saúde”: pontos e contrapontos. In: NOBRE, Milton Augusto de Brito; SILVA, Ricardo Augusto Dias da (Coord.). O CNJ e os desafios da efetivação do direito à saúde. Belo Horizonte: Fórum, 2011.

_____, Luís Roberto. **Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática**. Anuário Iberoamericano de Justicia Constitucional, n. 13, p. 17-32, 2009.

BULOS, Uadi L. **Curso de Direito Constitucional**. 6. ed. Rev. E atual. São Paulo: Saraiva, 2011.

CASTRO, José N. de; LINO, Graziela de C.; VIEIRA, Karina M. C. **Fornecimento gratuito de medicamentos pelo Município – Obrigatoriedade – Município em solidariedade com o Estado – Observância da Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080/90**. Revista Brasileira de Direito Municipal: RBDM, Belo Horizonte. v. 9. n. 29. 2008.

CASTRO, Marcus Faro de. **O Supremo Tribunal Federal e a Judicialização da Política**. Revista Brasileira de Ciências Sociais. São Paulo, v. 12, n. 34, p. 147- 156, 1997.

CRISTÓVAM, José Sérgio da Silva; CATARINO, João Ricardo. **Políticas públicas, mínimo existencial, reserva do possível e limites orçamentários: uma análise a partir da jurisprudência dos tribunais no Brasil**. In: ALVES, Raquel de Andrade Vieira; ARABI, Abhner Youssif Mota; GOMES, Marcus Lívio (coord.). Direito financeiro e jurisdição constitucional. Curitiba: Juruá, 2016.

CUNHA JÚNIOR, Dirley da. **Controle judicial das omissões do poder público: em busca de uma dogmática constitucional transformadora à luz do direito fundamental à efetivação da Constituição**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

FIGUEIREDO, Denise Pepino. **Os impactos Econômico-Financeiro da Judicialização da Saúde no Estado de Rondônia**. Dissertação, Pontifícia Universidade Católica Curitiba, Doris 3. ed. 2018.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

HECKLER, A.P.M; OLIVEIRA, F.A. **Há espaço para integralidade na assistência farmacêutica?** In PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A., organizadores. Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008.

LIMA, George Marmelstein. **Curso de direitos fundamentais**. São Paulo: Atlas, 2008.

LAKATOS, Eva Maria MARCONI, Maria de Andrade; **Metodologia do Trabalho Científico**. 8ª ed. Editora Atlas. São Paulo. 2017.

MAZZA, Fabio Ferreira. **Os impasses entre a judicialização da saúde e o processo orçamentário sob a responsabilidade fiscal**: uma análise dos fundamentos decisórios do Supremo Tribunal Federal. 160f. Dissertação (Mestrado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

OHLAND, Luciana. **Responsabilidade solidária dos entes da Federação no fornecimento de medicamentos**. *Direito & Justiça*, v. 36. n. 1. Porto Alegre, 2010. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fadir/article/>. Acesso em: 02 out. 2018

OLIVEIRA, Kátia Cristine Santos de; COSTA, Jamille Coutinho. **Direito à Saúde: Da (In)Efetividade das Políticas Públicas à Sua Judicialização Como Forma de Garantir o Mínimo Existencial**. *Revista de Direito Brasileira*, v. 1, n. 1, p. 77-99, jul. 2011. Disponível em: <http://www.indexlaw.org/index.php/rdb/article/view/2678/2572>. Acesso em: 02 out. 2018.

SCAFF, Fernando Facury. **Reserva do Possível, Mínimo Existencial e Direitos Humanos**. In: HERINGER, Astrid. et al. *Direito e Justiça – Reflexões Jurídicas*. Temas de Direito Econômico e Tributário, ano 5, n. 8, jun. 2006.

SILVA, José Afonso, **Curso de Direito Constitucional Positivo**. São Paulo: Malheiros Editores, 2005.

WARGAS, Tatiana. **A Saúde como política pública**. In: LUCCHESI, Patrícia T. R (coord.). *Informação para tomadores de decisão em saúde pública: políticas públicas em saúde*. São Paulo: BIREME/OPAS/OS. 2004, p. 14-25. Disponível em: http://files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese_Politicas_publicas.pdf. Acesso em: 30 de set de. 2018.

Recebido para publicação em outubro de 2020.
Aprovado para publicação em outubro de 2020.