



UNIVERSIDADE DO VALE DO TAQUARI – UNIVATES
CURSO DE DIREITO

**ANÁLISE DOS JULGADOS DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO
DO RIO GRANDE DO SUL REFERENTE ÀS AÇÕES DE
FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS NO ANO DE 2018 NA
COMARCA DE ENCANTADO/RS**

Laura Togni Lucca

Lajeado, novembro de 2019

Laura Togni Lucca

**ANÁLISE DOS JULGADOS DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO
DO RIO GRANDE DO SUL REFERENTE ÀS AÇÕES DE
FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS NO ANO DE 2018 NA
COMARCA DE ENCANTADO/RS**

Monografia apresentada na disciplina de Trabalho de Curso II do Curso de Direito, da Universidade do Vale do Taquari – Univates, como parte da exigência para obtenção do título de Bacharela em Direito.

Orientadora: Prof^a. Me. Alice Krämer
Iorra Schmidt

Lajeado, novembro de 2019

RESUMO

O direito à saúde é assegurado pela Constituição Federal de 1988, reconhecido como direito fundamental que deve ser garantido a todos através de políticas públicas, de responsabilidade das três esferas da Federação: União, Estados e Municípios, que visem a redução do risco de doenças e outros agravos. A presente monografia tem como objetivo a análise dos julgados proferidos pelo Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul nas ações de fornecimento no ano de 2018 na Comarca de Encantado/RS. Trata-se de pesquisa quantitativa, realizada de forma descritiva e de procedimento bibliográfico e documental. Durante a pesquisa foram abordados os seguintes fatores: a cidade do autor da ação; quem realizou a defesa da parte autora; os sujeitos do polo passivos; os sujeitos que recorreram da decisão de 1º grau; o tipo de recurso interposto; as decisões quanto à interposição do recurso; a motivação dos recursos interpostos e a respectiva decisão proferida pelo TJ/RS; e a motivação da remessa necessária e a respectiva decisão proferida pelo TJ/RS. A pesquisa revela que a tese mais utilizada também foi matéria discutida recentemente pelo Superior Tribunal de Justiça sobre a obrigatoriedade do poder público de fornecer medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS. Também demonstrou a hipossuficiência financeira dos requerentes, já que a maioria é representada pela Defensoria Pública estadual. Por fim, as decisões evidenciaram a importância dos atestados médicos expedidos pelos médicos que atenderam o paciente, os quais prevalecem em relação aos demais documentos acostados aos autos.

Palavras-chave: Saúde. Fornecimento de medicamentos. Decisões. Comarca de Encantado/RS.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADPF	Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CONITEC	Comissão Nacional de Tecnologias do SUS
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CPC	Código de Processo Civil
DCB	Denominação Comum Brasileira
DMJ	Departamento Médico Judiciário
DPVAT	Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres
EC	Emenda à Constituição
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
JEFP	Juizado Especial da Fazenda Pública
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
nº	Número
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PSF	Programa de Saúde da Família
RE	Recurso Especial
Rename	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RS	Rio Grande do Sul

STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUDS	Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TJ/RS	Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE NO BRASIL	7
2.1 Direitos fundamentais sociais à luz da Constituição Federal	7
2.2 Evolução histórica do direito à saúde no Brasil.....	11
2.3 Direito à saúde na Constituição Federal de 1988	14
2.4 Reserva do possível.....	17
2.5 Mínimo existencial	199
3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL.....	22
3.1 Evolução das políticas públicas de saúde no Brasil.....	22
3.2 Políticas públicas de saúde e de Assistência Farmacêutica.....	26
3.3 Sistema Único de Saúde (SUS)	30
3.4 A importância das Conferências Nacionais de Saúde e dos Conselhos de Saúde	34
3.5 Considerações acerca do julgamento do Recurso Especial 1.615.156/RJ ..	38
4 ANÁLISE DOS JULGADOS DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL REFERENTE ÀS AÇÕES DE FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS NO ANO DE 2018 NA COMARCA DE ENCANTADO/RS	42
4.1 Procedimento utilizado para a realização da pesquisa das decisões do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul	43
4.2 Apresentação dos dados coletados na pesquisa das decisões do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul	43
4.3 Análise dos julgados do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul referente às ações de fornecimento de medicamentos no ano de 2018	54
5 CONCLUSÃO	62
REFERÊNCIAS.....	66

1 INTRODUÇÃO

O direito à saúde é assegurado pela Constituição Federal, que prevê como direito de todos e dever do Estado, em sentido amplo, garantido através de políticas públicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. É classificado como direito fundamental, conectado ao princípio da dignidade da pessoa humana e representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O reconhecimento das políticas públicas de saúde é de suma importância, uma vez que são voltadas para atender as necessidades da sociedade e, dessa forma, promover o seu bem-estar, bem como é um meio para a garantia dos direitos fundamentais.

Ocorre que há carências, seja por omissão ou ineficácia do Estado, para a efetivação de tais direitos, e, conseqüentemente, busca-se o auxílio no Poder Judiciário ocasionando o aumento de demandas e convergências nas decisões judiciais.

A pesquisa se dará de forma descritiva, pois o presente estudo busca descrever e analisar as decisões proferidas no ano de 2018 pelo Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul nos julgados sobre fornecimento de medicamentos na Comarca de Encantado/RS. A cidade está localizada na região alta do Vale do Taquari e possui cerca de 21 mil habitantes (RIO GRANDE DO SUL, Secretaria de Desenvolvimento Econômico e Turismo, 200-?, texto digital). A comarca, além de Encantado, abrange os seguintes municípios: Doutor Ricardo, Muçum, Relvado, Roca Sales, Vespasiano Correa e Anta Gorda (RIO GRANDE DO SUL, Tribunal de Justiça, 2010, texto digital)

Quanto ao modo de abordagem, a pesquisa será quantitativa, uma vez que baseada na coleta de dados. As informações obtidas serão apresentadas sob a forma de tabelas para melhor compreensão do leitor. A apresentação dos resultados

investigados se dará de forma ordenada e resumida, bem como com a descrição das informações obtidas.

Para o desenvolvimento da pesquisa, utilizará técnicas bibliográficas e documentais, físicas e virtuais, fundadas em referencial teórico que envolve doutrinas, artigos de periódicos e materiais de estudiosos da área encontrados em sites especializados, com o uso de legislação, principalmente a Constituição Brasileira e a Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8.080/1990), além de jurisprudência do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul.

Assim, no primeiro capítulo serão descritos os direitos fundamentais sociais à luz da Constituição Federal, a evolução histórica do direito à saúde no Brasil e noções sobre direito à saúde na Constituição atual, bem como as suas conexões com os princípios da reserva do possível e mínimo existencial.

No segundo capítulo será abordada a evolução das políticas públicas de saúde no Brasil, descrevendo as políticas públicas de saúde e de assistência farmacêutica, o Sistema Único de Saúde (SUS), a importância das Conferências Nacionais de Saúde e dos Conselhos de Saúde e, por último, algumas considerações acerca do julgamento do Recurso Especial 1.615.156/RS - Tema 106.

Por fim, no terceiro capítulo, apresentará o procedimento para a realização da pesquisa das decisões do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, os dados coletados e a análise dos julgados do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul referente às ações de fornecimento de medicamentos no ano de 2018 na comarca de Encantado/RS.

Assim, a relevância do presente estudo justifica-se, pois a saúde é direito fundamental garantido a todos através da construção de políticas públicas de responsabilidade solidária entre União, Estados e Municípios. O Poder Judiciário tem competência absoluta para intervir no direito à saúde quando este não está sendo atendido, ou seja, é um meio legítimo para a reivindicação ao acesso universal ao sistema público de saúde brasileiro.

2 DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE NO BRASIL

O direito à saúde envolve noções de direito de defesa e de direito a prestações. Como direito de defesa, visa proteger a saúde individual e a saúde pública contra ingerências indevidas por parte do Estado ou de sujeitos privados. Quanto ao direito a prestações, o direito à saúde impõe deveres de proteção da saúde pessoal e pública, bem como deveres de cunho organizatório e procedimental (SARLET; FIGUEIREDO, 2008). Neste capítulo serão apresentados os direitos fundamentais sociais, a evolução histórica do direito à saúde no Brasil, o direito à saúde na Constituição Federal de 1988 e as noções acerca da teoria sobre reserva do possível e mínimo existencial.

2.1 Direitos fundamentais sociais à luz da Constituição Federal

Os direitos sociais nasceram durante o Estado Social, que tinha o objetivo de promover uma distribuição igualitária de direitos sociais. Para isso acontecer, o Estado deveria intervir para garantir condições mínimas para o exercício dos direitos fundamentais sociais. Desse modo, então, o Estado adotou comportamentos positivos, intervindo na dinâmica social, econômica e política, e passou a ser prestador de serviços públicos essenciais, consagrando-se a função do Estado Social (BAHIA; ABUJAMRA, 2019).

A Constituição de 1988 foi pioneira em integrar nos direitos fundamentais os direitos sociais e econômicos, bem como, em afirmar que eles têm aplicabilidade imediata (PIOVENSAN; CARVALHO, 2008).

Os direitos fundamentais estão ligados à evolução da sociedade, que deu origem a modificações nas tutelas pretendidas e ao surgimento de novos direitos (PFAFFENSELLER, 2007).

Sobre direitos fundamentais sociais, Antunes (2005, p. 340) considera que o termo “direitos fundamentais apenas surge para a humanidade quando positivados

por um ordenamento jurídico específico, geralmente garantidos em normas constitucionais frente a um Estado”.

Todos os direitos sociais são fundamentais, quer sejam expressos ou implicitamente positivados, estejam no Título II da Constituição Federal de 1988 ou quer estejam dispersos no texto constitucional ou, ainda, em tratados internacionais firmados e incorporados pelo Brasil (SARLET; FIGUEIREDO, 2007).

A Constituição de 1988 consagrou os direitos sociais como direitos imutáveis, intangíveis e irredutíveis. Leis ordinárias ou emendas à Constituição que afetarem, abolirem ou suprimirem estes sofrerão vício de inconstitucionalidade (CANOTILHO, 2015). Sobre o tema:

[...] a carta de 1988, no intuito de proteger maximamente os direitos fundamentais, consagra dentre as cláusulas pétreas a cláusula “direitos e garantias individuais”. Considerando a universalidade e a indivisibilidade dos direitos humanos, a cláusula de proibição do retro-cesso social, o valor da dignidade humana e demais princípios fundamentais da carta de 1988, conclui-se que essa cláusula alcança os direitos sociais (PIOVESAN, 2015, p. 54).

Os direitos sociais possuem dupla dimensão: são direitos positivos e direitos negativos, pois, exigem prestações positivas do Estado para garantir e implementar tais direitos por meio das políticas públicas, e ao mesmo tempo protege das intervenções indevidas do Estado e de particulares (LEMOS E MASS, 2012). Ainda, Lemos e Mass (2012, p. 359-360) ensinam que:

Os direitos fundamentais visam a proteger o cidadão, garantindo-lhe uma vida digna, sendo essenciais à sobrevivência do ser humano. Quando se tratam de direitos sociais deve haver concretização por parte do Estado, que é feita através de políticas públicas [...]. Os direitos fundamentais, como se disse, vão surgindo como respostas ao momento histórico pelo qual a sociedade passa. Houveram mutações históricas quanto a esses direitos, de modo a se falar na existência de dimensões de direitos fundamentais. Nesse sentido, a doutrina constitucional reconhece a existência de três dimensões de direitos, as quais estão vinculadas ao lema da Revolução Francesa: “Liberdade, Igualdade e Fraternidade”.

As três dimensões de direitos fundamentais são os direitos individuais, os sociais e de fraternidade (PINHO, 2019). Durante a Idade Média, nos séculos V a VI, iniciou-se a história dos direitos fundamentais, pois foi nessa época que surgiram antecedentes mais diretos das declarações de direitos (ALMEIDA, 2019).

Apenas a partir dos séculos XVII e XVIII que os direitos de primeira dimensão, também chamados de direitos de liberdade, foram reconhecidos nas Constituições.

São os direitos civis e políticos, por exemplo, entre outros, o direito à vida, segurança, propriedade privada, liberdade de pensamento, voto, crença e locomoção (ALMEIDA, 2019). Dessa forma, como ensina Pfaffenseller (2007, p. 99):

[...] têm como titular o indivíduo e são direitos de resistência ou oposição contra o Poder Público. Pressupõem uma separação entre Estado e Sociedade, em que esta exige daquele apenas uma abstenção, ou seja, uma obrigação negativa visando a não interferência na liberdade dos indivíduos.

Dessa forma, o Estado deve assegurar as liberdades públicas à sociedade através de medidas abstencionistas como a vedação à censura e a não intervenção sobre a propriedade privada (BAHIA; ABUJAMRA, 2019).

Para o presente trabalho, importa os direitos de segunda dimensão, relacionados com os direitos de igualdade que abrangem os direitos sociais, os quais visam melhorar as condições de vida e trabalho dos indivíduos (PINHO, 2019). Surgiram a partir do século XIX com a Revolução Industrial, relacionando-se com as conquistas trabalhistas e econômicas da época (ALMEIDA, 2019).

Pinho (2019, p. 96), explica que “surgiram em um segundo momento do capitalismo, com o aprofundamento das relações entre capital e trabalho. As primeiras Constituições a estabelecer a proteção de direitos sociais foram a mexicana de 1917 e a alemã de Weimar, em 1919”.

Ou seja, apenas no século XX é que os direitos de segunda dimensão foram consagrados em inúmeras constituições, além de serem objeto de diversos pactos internacionais (CANOTILHO, 2015). Além dos direitos sociais, envolvem os direitos culturais e econômicos e são vistos como direitos da coletividade (PFAFFENSELLER, 2007).

Os direitos de terceira dimensão, ou direitos difusos, relacionados à fraternidade, visam a proteção do ser humano de forma individual e coletiva. Envolvem os cinco direitos: ao desenvolvimento, à paz, ao meio ambiente, de propriedade sobre o patrimônio comum da humanidade e o de comunicação (PFAFFENSELLER, 2007).

Os mais importantes tratados internacionais de proteção dos direitos humanos foram ratificados pelo Brasil, como por exemplo, o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais em 1992 e do Protocolo de San Salvador em matéria de direitos econômicos, sociais e culturais em 1996. Depois de 1988 foram elaboradas a maior parte das normas de proteção desses direitos sob forte influência da Constituição (PIOVENSAN; CARVALHO, 2008).

A vinculação dos direitos sociais ao princípio da dignidade da pessoa humana ocorreu quando o constituinte os introduziu no rol de direitos fundamentais. Dessa forma, o Estado não deve intervir no desenvolvimento pessoal, mas deve atuar para ocasionar condições mínimas para uma vida digna (LEMOS; MASS, 2012).

O princípio da dignidade humana, como ensina Piovesan e Carvalho (2008, p. 40). “é o núcleo básico e informador de todo ordenamento jurídico, como critério e parâmetro de valoração a orientar a interpretação do sistema constitucional.”

Portanto, o direito à saúde está totalmente vinculado ao direito à vida e ao princípio da dignidade humana. Sendo que este deve ser o valor maior do Estado, pois representa o núcleo constitucional supremo em torno dos demais direitos (ALMEIDA, 2019).

O princípio da dignidade da pessoa humana “é fundamental para a ordem jurídica, pois, é também o que conduz ao reconhecimento de todos os demais direitos” (ALMEIDA, 2019, p. 32).

A Constituição Federal de 1988 em seu artigo 1º, inciso III, expressa o princípio da dignidade da pessoa humana como fundamento da República e do Estado Democrático de Direito e dos Direitos fundamentais (BAHIA; ABUJAMRA, 2019). Assim, ao reconhecer tal princípio o transforma em uma condição que valida a vida em sociedade, pois é fundado no respeito mútuo e que sempre foi destaque pensamento filosófico, político e jurídico (ALMEIDA, 2019).

Dessa forma, a dignidade da pessoa humana é essencial e inafastável da ordem jurídica de qualquer Estado que se pretende Democrático de Direito (BAHIA; ABUJAMRA, 2019).

O princípio da dignidade da pessoa humana é o princípio fundamental do sistema constitucional brasileiro, pois mesmo não sendo possível conceituar de forma fixa e imutável, sua aplicação é necessária, principalmente quando desrespeitados os direitos fundamentais, a vida, integridade ou a falta de condições mínimas (BAHIA; ABUJAMRA, 2019).

Quando respeitado o princípio, surgem quatro consequências: a) igualdade de direitos entre os indivíduos; b) a garantia da independência e autonomia do ser humano, o qual não pode ser utilizado como instrumento ou objeto; c) observância e proteção dos direitos inalienáveis do indivíduo; d) garantia de um mínimo existencial e a admissibilidade meios fundamentais para o desenvolvimento de alguém como pessoa (BAHIA; ABUJAMRA, 2019).

Diante do exposto, o princípio da dignidade da pessoa humana cria um dever de respeito entre os todos, isoladamente ou coletivamente, afetando todos, sejam intérpretes jurídicos ou não, estando expresso no ordenamento jurídico ou não (BAHIA; ABUJAMRA, 2019).

Em resumo, os direitos sociais visam o bem-estar social e compreendem os direitos à igualdade material, prestações sociais do Estado e às liberdades sociais, isto é, direito à saúde, educação, greve, lazer e outros. Apesar da aplicabilidade imediata necessitam de concretização por meio do poder público, como a saúde que precisa de atuação estatal para que seja minimamente garantido, especialmente ser diretamente ligado ao direito à vida e ao princípio da dignidade humana (LEMOS; MASS, 2012).

Dessa forma, os direitos sociais são fundamentais também, vinculados ao princípio da dignidade da pessoa humana, além de serem caracterizados como cláusulas pétreas¹ perante a Constituição Federal.

2.2 Evolução histórica do direito à saúde no Brasil

Para melhor compreender a atual situação do direito à saúde, é necessário expor um breve resumo acerca das sete Constituições que vigoraram no Brasil.

Até o início do século XX o direito à saúde não obteve a devida atenção dos políticos e autoridades brasileiras, já que era um país voltado à agricultura e à atividade exploradora. As políticas públicas de saúde eram concentradas nas ações para controlar doenças que pudessem prejudicar o comércio exterior (MAPELLI JÚNIOR, 2017). Ainda, Mapelli Júnior (2017, p.23) afirma que:

Na história brasileira, a saúde já foi vista como um favor do Estado (Império e República Velha, até o início da década de 1930), um serviço decorrente de um direito trabalhista ou serviço privado (a partir da Era Vargas, na década de 1930) e como um direito fundamental e dever do Estado (após a Constituição de 1988).

Antes da atual Constituição, pessoas que não preenchessem requisitos exigidos para acesso à saúde, ficavam dependentes da iniciativa privada (DE ASSIS SILVA, 2016).

¹ Cláusulas pétreas são dispositivos presentes na Constituição Federal que não podem ser alterados e que sofrem limitações materiais, portanto, imutáveis. Objetivam o afastamento de emendas que suprem ou alteram os direitos fundamentais ou princípios fundamentais, ou seja, visam sua proteção contra o poder reformador constitucional (SARLET, 2019).

Das sete Constituições, quatro foram promulgadas por assembleias constituintes, duas foram impostas, uma por D. Pedro I e outra por Getúlio Vargas, e uma aprovada pelo Congresso por exigência do regime militar (BRASIL, SENADO FEDERAL, 2018, texto digital).

A Constituição Imperial de 1824 foi a primeira Constituição do Brasil, promulgada por Dom Pedro I. Delegava ao Imperador o controle de todos os poderes, por meio do Poder Moderador, o órgão político mais ativo e influente do Império. Contemplava direitos e garantias individuais, como direitos sociais havia o direito aos socorros públicos, sem tratar expressamente do direito à saúde (SARLET; MITIDIERO; MARINONI, 2018).

A Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1891 foi proclamada durante o governo provisório de Marechal Deodoro da Fonseca, na primeira República Federativa do Brasil, e com muita influência dos Estados Unidos, inclusive com o nome República dos Estados Unidos do Brasil, quanto à adoção do federalismo. Quanto aos direitos e garantias individuais, teve destaque a ação de *habeas corpus*. Dispôs no art. 78 que a declaração de direitos não excluía “outras garantias e direitos não enumerados, mas resultantes da forma de governo que ela estabelece e dos princípios que consigna” (SARLET; MITIDIERO; MARINONI, 2018). Porém, suprimiu a garantia aos socorros públicos e apresentou a proteção sanitária, mas de forma leve e indireta (DE ASSIS SILVA, 2016).

Portanto, durante o Império e a República Velha a saúde era vista como um favor do Estado, marcada pelas relações patrimonialistas. Não havia qualquer norma legal que garantisse o caráter universal, sendo o que Estado detinha a discricionariedade e a possibilidade de realizar ações voltadas à saúde (ASENSI, 2010).

Getúlio Vargas promulgou a Constituição de 1934, fruto do movimento de 1930 e da Revolução Constitucionalista de 1932, a qual trouxe inovações e é apontada como a que maior conferiu tratamento ao direito à saúde até o advento da Constituição Federal de 1988 (DE ASSIS SILVA, 2016). A ideia de Estado Social e direitos sociais foi renovada, eis que:

[...] foi apenas na Constituição de 1934 que o comprometimento (ao menos formal) com a noção de um Estado Social e com a ideia de direitos sociais passou a ser incorporada, de forma perene, ao constitucionalismo brasileiro. Dentre o elenco dos direitos sociais destacam-se os estabelecidos em dois títulos inexistentes relativamente à primeira Constituição Republicana, quais

sejam o da ordem econômica e social e o da família, educação e cultura (SARLET; MITIDIERO; MARINONI, 2018, p. 247-248).

Ainda, a Constituição de 1934 atribuiu competência concorrente da União e dos Estados sobre o cuidado com a saúde, pretendeu implantar os direitos sociais, mesmo que não tenha vigorado (RIBEIRO; JULIO; SIQUEIRA, 2012).

A Carta de 1937, chamada também de Constituição “Polaca”, foi outorgada por Getúlio Vargas mediante imposição de um novo texto, sem qualquer legitimação democrática, para a ditadura do Estado Novo. Os direitos e garantias individuais deveriam ser exercidos nos limites do bem público, das necessidades da defesa, do bem-estar, da paz e da ordem coletiva (SARLET; MITIDIERO; MARINONI, 2018). Manteve a proteção da saúde aos trabalhadores dada pela constituição anterior, mas alterou a competência legislativa concorrente para delegada aos Estados em relação à matéria de saúde (DE ASSIS SILVA, 2016).

Também previu no artigo 16, inciso XXVII, que caberia à União legislar privativamente sobre “normas fundamentais da defesa e proteção da saúde, especialmente da saúde da criança” (RIBEIRO; JULIO, 2012).

Em 1946 foi aprovada a Constituição dos Estados Unidos do Brasil. Se assemelhava com a Constituição de 1934, com a divisão de poderes distribuição de poderes entre a União, Estados e Municípios, traçando diretrizes da ordem econômica e social e prevendo os direitos políticos e sociais (SARLET; MITIDIERO; MARINONI, 2018).

A Constituição do Brasil de 1967, outorgada logo após o golpe militar de 1964, fortemente influenciada pela Carta de 1937, reduziu a autonomia individual, permitindo a suspensão de direitos e garantias constitucionais (SARLET; MITIDIERO; MARINONI, 2018). Trazia um capítulo que tratava de direitos e garantias fundamentais, mas ficaram apenas na esfera formal. Repetiu a norma da Constituição anterior acerca do direito à saúde sendo competência da União para legislar sobre normas de defesa e proteção da saúde, bem como acerca do plano nacional de saúde (RIBEIRO; JULIO, 2012).

A partir da Era Vargas até a década de 80 houve crescimento da mercantilização da saúde. O acesso estava condicionado ao pagamento de planos privados de saúde ou de ter a carteira de trabalho assinada e ser contribuinte da previdência social. Portanto, era um direito restrito a um grupo de pessoas sendo visto como decorrente de um direito trabalhista ou como um serviço privado (ASENSI, 2010).

Por fim, a Constituição Federal de 1988, chamada também de “Constituição Cidadã”, é um texto constitucional sem precedentes na história do Brasil. Pode ser considerada como a Constituição mais democrática e avançada da história do país (SARLET; MITIDIERO; MARINONI, 2018). Considerada um avanço na consolidação dos direitos e garantias fundamentais por ser abrangente e detalhista. É a primeira constituição a iniciar com capítulos acerca dos direitos e garantias para após tratar sobre a organização do Estado (PIOVENSAN; CARVALHO, 2008).

Pinho (2019, p. 94) expõe que “a Constituição de 1988 inovou em vários aspectos em relação às demais: fixou os direitos fundamentais antes da organização do Estado, assim realçando a importância deles; tutelou os direitos coletivos e difusos; e impôs deveres ao lado de direitos individuais e coletivos”. Além disso, a saúde consagrou-se como direito fundamental e obrigação do Estado com as características da universalidade, integridade e equidade, que se tornaram princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), que também foi outro marco da Constituição de 1988.

2.3 Direito à saúde na Constituição Federal de 1988

A Constituição de 1988 é o marco jurídico da transição democrática e da institucionalização dos direitos humanos no Brasil, pois representa a ruptura do regime militar, resgata o Estado de Direito, a separação dos poderes, a Federação, a Democracia e os direitos fundamentais junto ao princípio da dignidade humana (CANOTILHO, 2015)

Ainda, a Carta Magna, consagrou o direito à saúde como bem jurídico digno de tutela constitucional e como direito fundamental, outorgando-lhe proteção jurídica diferenciada no âmbito da ordem jurídico-constitucional pátria (SARLET, 2006).

Acerca da prestação do serviço público de saúde, foi com a promulgação da Constituição Cidadã que passou a não ser mais restrito aos trabalhadores inseridos no mercado formal, abrangendo todos os brasileiros que passaram a serem titulares do direito à saúde (BARROSO, 2009).

Assim, o direito à saúde é direito social e dever do Estado juntamente com os entes da federação, por meio da responsabilidade solidária, na construção de políticas públicas que promovem o atendimento das necessidades da população e da atenção básica a procedimentos de complexidade maior (MAPELLI JÚNIOR, 2017).

Sobre a competência quanto à criação de leis, a União, os Estados e Municípios têm competência concorrente para legislar sobre proteção e defesa da saúde,

conforme a Constituição Federal que define que à União cabe o estabelecimento de normas gerais; aos estados, suplementar a legislação federal; e aos Municípios, legislar sobre os assuntos de interesse local, podendo igualmente suplementar a legislação federal e a estadual, no que couber (BARROSO, 2009).

A competência é comum dos três entes na hipótese de formulação e execução das políticas de saúde (BARROSO, 2009). Portanto, deve haver a cooperação entre eles, tendo em vista o “equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar em âmbito nacional” conforme art. 23, parágrafo único da Constituição Federal (BARROSO, 2009).

Em relação à distribuição de medicamentos, a competência não está explicitada na Constituição ou na lei, mas apenas em atos administrativos federais, estaduais e municipais, sendo o principal deles a Portaria nº 3.916/98, do Ministério da Saúde, que estabelece a Política Nacional de Medicamentos (PNM). Portanto, é a PNM que prevê a parceria entre União e Estados quanto à aquisição e distribuição de medicamentos de caráter excepcional, e aos Municípios cabe definir a relação de medicamentos essenciais (BARROSO, 2009).

Quanto à competência em relação à complexidade das ações e serviços, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) prevê que aos Municípios cabe a concretização daqueles de menor complexidade, aos Estados os de média e alta complexidade, e à União as ações e serviços de alta complexidade (GANDINI; BARIONE; SOUZA, 2008).

Ocorre que, o Poder Judiciário vem se posicionando no sentido de que a responsabilidade é solidária entre a União, os Estados e Municípios pelo fornecimento de medicamentos, independentemente das atribuições dadas pela legislação infraconstitucional (GANDINI; BARIONE; SOUZA, 2008).

É por meio da Constituição que se busca caminhos para efetivar o direito à saúde e atender o ser humano individual e coletivo, aproximando-se do indicativo da Organização Mundial da Saúde (OMS), em que a saúde é entendida como completo bem-estar físico, psíquico e social, e não somente a ausência de doenças. Porém, a garantia do direito à saúde depende de recursos, obrigações de proteção, respeito e implementação por parte não só do Estado, mas da sociedade também (DA COSTA; SIQUEIRA, texto digital).

Ainda, para Da Costa e Siqueira (2013, texto digital):

A saúde consagrada como direito fundamental na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 é tema de extrema relevância social, econômica e científica para o desenvolvimento de um Estado. Nenhum país consegue se desenvolver e evoluir sem primeiro proporcionar condições mínimas de saúde para sua população, isso por si só explica a importância que o tema ocupa na seara social e para a Administração Pública nas três esferas de governo federal, estadual e municipal.

O direito à saúde compreende o direito de estar saudável e o direito à prevenção (de permanecer saudável). Para sua efetivação, a saúde passa pela disponibilização de ações e serviços preventivos e curativos de doenças e agravos que possam prejudicar e pôr em risco esse direito (BAHIA; ABUJAMRA, 2019).

O direito à saúde é ligado ao princípio da universalidade, ou seja, não pode haver diferenciação na aplicação da norma. Ainda, mesmo sendo um direito coletivo não pode ser afastada a titularidade individual que o liga à proteção à vida, da integridade física e dignidade da pessoa humana (SARLET; FIGUEREDO, 2008).

O acesso às políticas públicas e serviços para a efetivação do direito à saúde é de direito de todo cidadão em território brasileiro, independentemente da contribuição para o SUS (CANOTILHO, 2015).

Porém, a adoção do princípio da universalização dos direitos sociais ocorreu de forma tardia no Brasil. Quanto ao direito à saúde, foi acolhido sua dimensão objetiva (atendimento integral e proteção contra todos os riscos) e dimensão subjetiva (direito de todos e dever do Estado). Portanto, gerou novas obrigações jurídicas, sendo que o Estado teve que organizar a estrutura e os recursos públicos para proteger e implementar o direito por meio de rede de serviço público. A proteção integral do direito à saúde é um dos fatores que mais contribuem com a judicialização (DUARTE, 2017).

O direito à saúde tem como sujeito passivo o Estado, o qual tem responsabilidade para realizar medidas para a proteção à saúde, como por exemplo, a não-interferência na saúde dos indivíduos e a organização de instituições e procedimentos direcionados à tutela individual e coletiva da saúde, tomando providências para o atendimento dos deveres de proteção, fornecendo diretamente os bens materiais necessários à prestação da assistência à saúde (SARLET; FIGUEREDO, 2008).

O direito à saúde, caracterizado como direito coletivo ou difuso, não afasta a sua titularidade individual, conforme explicam Sarlet e Figueiredo (2008, p.10):

De outra parte, a caracterização do direito à saúde como um direito coletivo, ou mesmo como um interesse difuso em certas hipóteses, não lhe serve para

afastar a titularidade individual que apresenta, visto que, a despeito das questões ligadas à saúde pública e coletiva, jamais perderá o cunho individual que o liga à proteção individual da vida, da integridade física e corporal pessoal, assim como da dignidade da pessoa humana individualmente considerada em suas particularidades, até mesmo em termos de garantia das condições que constituam o mínimo existencial de cada um.

A saúde apresenta fundamentalidade formal e material. Formal, pois o direito à saúde é parte integrante da Constituição Federal, sendo direito fundamental e norma de hierarquia superior. É material, pois sua relevância é dada como bem jurídico tutelado constitucionalmente, não podendo haver vida humana digna sem saúde (BAHIA; ABUJAMRA, 2019).

Portanto, é um direito fundamental social ligado ao estado de bem-estar físico, mental e social da pessoa, essencial quando se fala em uma vida digna (ALMEIDA, 2019). Ainda, o seu acesso deve ser garantido de modo universal, ou seja, sem qualquer distinção na aplicação das regras, e através de políticas públicas de responsabilidade dos entes federativos (União, Estados e Municípios).

2.4 Reserva do possível

A teoria da reserva do possível teve origem na Alemanha em uma decisão do Tribunal Constitucional Federal Alemão que indeferiu o pedido de acesso universal ao ensino público superior, argumentando que os direitos sociais, além do mínimo existencial, dependem da existência de recursos financeiros (MAPELLI JÚNIOR, 2017).

A decisão, proferida em 1962, tem relação com a razoabilidade das pretensões demandadas ao Estado, levando em conta as condições de realizar, e o que precisar ser garantido, respeitando a Constituição Federal. No Brasil, a teoria da reserva do possível significa as limitações orçamentárias e financeiras que causam dificuldades nos atendimentos dos direitos sociais (ALMEIDA, 2019).

Conforme Sarlet e Figueiredo (2007, texto digital), tem como noção a ideia de que “a efetividade dos direitos sociais a prestações materiais estaria sob a reserva das capacidades financeiras do Estado, uma vez que seriam direitos fundamentais dependentes de prestações financiadas pelos cofres públicos”.

Dessa forma, a reserva do possível se relaciona com as limitações orçamentárias e financeiras, as quais dificultam a efetivação dos direitos sociais, entre elas a saúde (DE ALMEIDA, 2019). Não se refere diretamente à existência de recursos

materiais suficientes para a materialização dos direitos sociais, mas a razoabilidade da pretensão deduzida para sua efetivação (MÂNICA, 2015), ainda:

[...] Tem sido interpretada como limitação à efetivação dos direitos fundamentais sociais em face da capacidade jurídica do Estado em dispor de recursos para a efetivação do direito. Inexistindo previsão orçamentária específica, estaria obstruída a intervenção do Poder Judiciário na efetivação dos direitos sociais (MÂNICA, 2015, p. 102).

Os direitos de defesa (proteção da liberdade e igualdade) exigem um conjunto de medidas por parte do poder público, as quais devem abranger a alocação de recursos materiais e humanos para proteção e efetivação (SARLET; FIGUEIREDO, 2007).

Quando a pretensão está relacionada com as políticas públicas, uma das principais teses alegadas pela Fazenda Pública é que se deve respeitar a reserva do possível. Contudo, quando apresentada no sentido de que as necessidades da sociedade são inúmeras e os recursos orçamentários são limitados, a teoria não vem sendo amparada pela jurisprudência majoritária, pois significa a submissão dos direitos fundamentais à discricionariedade do administrador, bem como representa restrição ao mínimo existencial (MAPELLI JÚNIOR, 2017).

Ainda, a reserva do possível não pode ser um mecanismo que impede o direito à saúde individual, já que o SUS deve promover serviços individuais e coletivos que garantam a integralidade da assistência. Dessa forma, quando há alegação de que o procedimento terapêutico compromete o orçamento público apenas faz sentido se demonstrado o colapso pelo Poder Público (MAPELLI JÚNIOR, 2017).

Ou seja, além da simples alegação da reserva do possível para a não implementação dos direitos fundamentais sociais, o Poder Público deve demonstrar a inexistência de recursos para justificar a não efetivação da política pública (LEMOS; MASS, 2012). Portanto, Almeida (2019, p.36) conclui que:

É preciso reconhecer que existe a necessidade de o Estado dar a garantia de máxima eficácia ao direito à saúde, mas não se descarta que existem limites orçamentários do Estado. Porém, por diversas razões, dentre elas: ético-jurídicas, no sentido de que entre a inviolabilidade do direito à vida e à saúde e a escassez de recursos, deve prevalecer a primeira, devendo o Estado respeitar as prioridades dos gastos, dentre eles, a saúde, para depois pensar em investir recursos em demais políticas públicas; respeito à máxima efetividade, à força normativa da Constituição, a valores como dignidade humana e vida bem como à vedação ao retrocesso social.

O Supremo Tribunal Federal (STF) mantém como precedente - quando da alegação por parte dos entes federados quanto à questão da reserva do possível -, o julgamento da ADPF nº 45, o qual o Ministro Celso de Mello, em decisão monocrática assevera:

[...] a realização dos direitos econômicos, sociais e culturais - além de caracterizar-se pela gradualidade de seu processo de concretização - depende, em grande medida, de um inescapável vínculo financeiro subordinado às possibilidades orçamentárias do Estado, de tal modo que, comprovada, objetivamente, a incapacidade econômico-financeira da pessoa estatal, desta não se poderá razoavelmente exigir, considerada a limitação material referida, a imediata efetivação do comando fundado no texto da Carta Política. Não se mostrará lícito, no entanto, ao Poder Público, em tal hipótese - mediante indevida manipulação de sua atividade financeira e/ou político-administrativa - criar obstáculo artificial que revele o ilegítimo, arbitrário e censurável propósito de fraudar, de frustrar e de inviabilizar o estabelecimento e a preservação, em favor da pessoa e dos cidadãos, de condições materiais mínimas de existência. Cumpre 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 (Ação de Descumprimento de Preceito 35 Fundamental nº 45-MC, Supremo Tribunal Federal, Relator: Ministro Celso de Mello. Julgado em 29/04/2004, publicado em 04/05/2004).

Assim, a efetivação das políticas públicas depende dos recursos públicos, porém, não deve o Estado, em sentido lato, criar obstáculos para justificar a omissão na efetivação de tais ações em detrimento dos cidadãos. Dessa forma, as alegações que envolvem interesses patrimoniais do Estado, por exemplo a falta de recursos financeiros, não devem se sobrepor ao direito à vida e à saúde ou outros direitos sociais.

2.5 Mínimo existencial

A noção do mínimo existencial, ou seja, de um direito fundamental às condições mínimas de uma vida com dignidade, teve sua primeira elaboração dogmática na Alemanha. Conceituando, é o conjunto de prestações materiais que asseguram uma vida digna, saudável, e constitui o núcleo dos direitos fundamentais sociais blindado contra a intervenção estatal e da sociedade (SARLET; FIGUEIREDO, 2007).

O princípio do mínimo existencial é garantido por meio de políticas econômicas e sociais, sendo a saúde incluída como direito social que pode ser exigido pela via

judicial, pois direito de eficácia plena e aplicação imediata, direito de todos e dever estatal (MAPELLI JÚNIOR, 2017).

A esse respeito, a sua garantia, para ser reconhecida, independe de expressa previsão constitucional, pois decorre da proteção da vida e da dignidade da pessoa humana:

No caso do Brasil, embora não tenha havido uma previsão constitucional expressa consagrando um direito geral à garantia do mínimo existencial, não se poderia deixar de enfatizar que a garantia de uma existência digna consta do elenco de princípios e objetivos da ordem constitucional econômica (SARLET; FIGUEIREDO, 2007, texto digital).

Neste sentido, o cidadão deve ter uma vida que corresponda ao princípio da dignidade da pessoa humana, tendo por objeto sua proteção e promoção (SARLET; FIGUEIREDO, 2007). Conclui-se, então, que os direitos fundamentais possuem um núcleo mínimo, um conteúdo essencial que não pode ser restringido ou sofrer limitações, diretamente ligado ao princípio da dignidade humana. O mínimo existencial para a sobrevivência humana inclui as condições mínimas de saúde, educação, lazer, alimentação, trabalho, entre outros direitos sociais de forma que se não garantido pelo Estado por meio das políticas públicas, está infringindo a dignidade humana (LEMOS; MASS, 2012).

Contudo, o mínimo existencial não define as prestações materiais que devem ser asseguradas, estabelece apenas um patamar o qual não se pode retroceder. Deve ser levado em consideração as necessidades de cada pessoa, bem como as variações culturais. Por exemplo, o não fornecimento de medicamento por parte do Estado para pessoa pobre, que não disponha de recursos, causa violação ao mínimo existencial. Ao mesmo tempo, para outro indivíduo com a mesma doença, mas com condições financeiras de custear o tratamento, não há qualquer efeito quanto a violação do princípio (SARMENTO, 2016).

Para Sarmento (2016, p. 1658), o mínimo existencial desempenha dois papéis sem fragilizar a Constituição Federal:

O primeiro papel é o de fundamentar pretensões positivas ou negativas que visem a assegurar as condições materiais essenciais para a vida digna e que não estejam abrigadas por outros direitos fundamentais expressamente positivados. É evidente que esse emprego do mínimo existencial não debilita os direitos sociais, pois agrega prestações e garantias adicionais ao seu elenco. O outro papel é o de servir de parâmetro para a ponderação que é travada entre, de um lado, o direito reivindicado e, do outro, os princípios que com ele colidirem.

O mínimo existencial está sujeito à discussão baseada em provas relativas às necessidades de cada caso, bem como em relação às alternativas eficientes e indispensáveis de tratamento (SARLET; FIGUEIREDO, 2007).

A ideia da garantia do mínimo existencial como direito fundamental vem da positivação na Constituição Federal dos direitos sociais, além da fundamentação do Estado e da ordem jurídica do princípio da dignidade humana. Apesar das críticas sobre a eficiência e a equidade do mínimo existencial, há controvérsias sobre a proteção judicial do princípio (SARMENTO, 2016).

Em primeiro lugar, sobre a proteção absoluta ou não, se está sujeita à teoria da reserva do possível. A segunda controvérsia é sobre a atuação como limite máximo “para a sindicabilidade dos direitos prestacionais fundamentada na Constituição, ou se é possível a concessão de prestações não previstas em lei que excedam ao mínimo” (SARMENTO, 2016, p. 1670).

O Poder Judiciário tem legitimidade para atuar perante o mínimo existencial, garantindo-o mesmo quando não combinado com a prioridade de atendimento às necessidades básicas de uma sociedade. Assim, quando aliado os déficits de capacidade institucional do Judiciário ao princípio democrático, deve-se criar ou alterar as políticas públicas para garantir o mínimo existencial, de modo que a atuação jurisdicional, de preferência, se dê por meio de técnicas flexíveis, baseadas no diálogo interinstitucional (SARMENTO, 2016).

Portanto, o mínimo existencial “deve ser garantido pelo Estado e pela sociedade para todos, mas o foco prioritário tem de recair sobre os segmentos mais vulneráveis da população” (SARMENTO, 2016, p.1679).

Diante do exposto, o princípio do mínimo existencial está ligado ao princípio da dignidade humana e deve ser interpretado baseado no fato concreto, de forma pessoal. A sua efetivação deve ser garantida pelas políticas públicas, porém, quando não respeitado, o Poder Judiciário tem plena competência para intervir.

3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Os direitos sociais, para se concretizarem, dependem da implementação de políticas e serviços públicos (MARQUES; DALLARI, 2007). O objetivo das políticas públicas é a prestação coletiva do Estado de forma a promover a justiça distributiva, inerente à natureza dos direitos sociais (MARQUES, 2008).

Portanto, sendo a saúde um direito social, sua efetivação depende de ações econômicas, educacionais, culturais e sociais. As políticas públicas são direcionadas para a proteção, promoção e recuperação da saúde de forma direta, como por exemplo, a Política Nacional de Medicamentos, e de forma indireta, como, aquelas que visem melhorias nas condições de infraestrutura urbana e que refletem sobre a saúde da sociedade (MAPELLI JÚNIOR, 2017).

Esse capítulo tem como objetivo descrever a evolução, as políticas públicas de saúde no Brasil e de Assistência Farmacêutica, o Sistema Único de Saúde (SUS), destacar a importância das Conferências Nacionais de Saúde e dos Conselhos de Saúde. Ainda, comentar acerca do Recurso Especial nº 1.657. 156/RJ que trata sobre fornecimento de medicamentos que não integram as listas oficiais do Sistema Único de Saúde (SUS).

3.1 Evolução das políticas públicas de saúde no Brasil

Até a metade do século XVIII, as ações relacionadas à saúde não iam além da limpeza dos municípios e da regulação de relações comerciais. Foi com a vinda da família real portuguesa, no século XIX, que houve a organização de uma estrutura mínima na questão sanitária, sendo que pode ser considerada um marco nas políticas de saúde no Brasil (SANTOS; SOARES, 2016).

Com o processo de Independência, as ações de saúde deixaram de ser responsabilidade da coroa portuguesa. Os municípios agiam de forma independente com ações definidas pela classe senhorial (ESCOREL; TEIXEIRA, 2014).

Durante o governo provisório (novembro de 1889 a janeiro de 1891) a maior inovação quanto à saúde pública foi o estabelecimento da vacinação obrigatória em todo o país contra a varíola e a criação de um rol de doenças de notificação compulsória que englobava a febre amarela, sarampo, cólera, entre outras. Contudo, tais ações estavam voltadas às duas grandes cidades brasileiras, São Paulo e Rio de Janeiro, sendo que o restante do país, onde as condições de saúde eram piores, estava esquecido (ESCOREL; TEIXEIRA, 2014).

Apenas na Era Vargas é que houve profundas mudanças. Em 1930 é criado o Ministério da Educação e Saúde. As ações, que até então eram voltadas ao coletivo, começam a dar ênfase à assistência médica individual (JÚNIOR; JÚNIOR, 2006).

A partir do Estado Social, as políticas públicas começam a serem usadas como meio de intervenção do Poder Público na ordem econômica e social (MANICA, 2015).

O planejamento em saúde originou-se pela necessidade de otimizar os recursos disponíveis na década de 60 e de qualificar a gestão das políticas sociais (LACERDA et al. 2016).

O SESP (Serviço Especial de Saúde Pública), criado em 1942 e transformado em 1960 em fundação do Ministério da Saúde, teve destaque pela introdução de inovações na assistência médico-sanitária, pela atenção básica domiciliar e na implantação de redes hierarquizadas de atenção integrada à saúde (MERCADANTE, 2002).

Em 1964 ocorreu a adoção pelo Brasil das primeiras listas oficiais de medicamentos, antes mesmo da recomendação feita pela Organização Mundial da Saúde em 1978. Em 1975, tais listas receberam a denominação de RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) (BUCCI, 2017).

Durante o governo de Costa e Silva, em 1967, foi proposta a privatização do Sistema Nacional de Saúde, conhecido como Plano Nacional de Saúde (PNS), que pretendia que todos os hospitais governamentais fossem vendidos ao setor privado. O Estado apenas financiaria os serviços privados, que seriam custeados pelos pacientes. Porém, depois de implantado de forma experimental, encontrou resistência dos médicos, sindicatos e governos estaduais (ESCOREL, 2014). Sobre o Plano Nacional de Saúde:

[...] Se notabilizou por algumas características centrais que, se implementadas, teriam modificado substancialmente o sistema de saúde vigente no país, entre elas, a universalização do acesso e a integração da assistência médica no Ministério da Saúde, o que foi objeto de forte resistência, ainda que não explícita, da área previdenciária. Aspectos particularmente polêmicos do plano incluíam a privatização da rede pública e a adoção do preceito de livre escolha, pelo paciente, do profissional e hospital de sua preferência, sendo a remuneração aos provedores proporcional ao número e complexidade dos procedimentos (MERCADANTE, 2002, p. 241).

No início da década de 70 ocorreu o Movimento Sanitário, formado por profissionais da saúde e de pessoas vinculados ao setor na busca da melhoria das condições e atenção à saúde dos brasileiros (ESCOREL, 2014). Além disso, buscava o reconhecimento da saúde como direito social, a responsabilidade do Estado ao fornecimento de condições ao acesso à saúde, a reorientação do modelo de atenção sob os princípios da integralidade e da equidade e a reorganização do sistema com a descentralização da responsabilidade das ações e serviços (MERCADANTE, 2002).

Em 1974, durante os anos Geisel, foi construída a Secretaria Nacional de Saúde, durante a reforma administrativa do Ministério da Saúde, que englobava as secretárias da Saúde e de Assistência Médica (ESCOREL, 2014).

Em 1977 é criado o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) o qual prestava assistência à saúde aos seus associados, trabalhadores formais e seus dependentes, ressaltando a ausência da universalidade na prestação do serviço. No fim da década de 80 é que houve a ampliação do acesso à assistência à saúde de forma universalizada (RIBEIRO; JULIO, 2011)

Na década de 1980 ocorreram grandes inovações. Em 1982 foi instituído o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde, conhecido como Plano do CONASP (Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária), que seguia diretrizes para a atenção primária, a integração das diferentes agências públicas de saúde em um sistema regionalizado e hierarquizado e a diminuição da capacidade ociosa do setor público. Propôs como controle de gastos e expansão da cobertura, a volta do modelo centrado na assistência hospitalar, a eliminação da capacidade ociosa do setor público e a melhoria da operação da rede, através do aumento da produtividade, da racionalização e da qualidade dos serviços (MERCADANTE, 2002).

As Ações Integradas de Saúde (AIS), implantadas em 1984, estimularam a criação de Comissões Interinstitucionais de Saúde nos Estados, regiões e Municípios (MERCADANTE, 2002).

Em 1987 foi iniciado o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS), que visava a descentralização dos

serviços à saúde, de forma que foi transferido os serviços de saúde para aos Estados e Municípios, sendo a secretaria de saúde estadual a única gestora em cada esfera de governo (SCOREL, 2014).

A Constituição Federal promulgada em 1988 estabeleceu a saúde como parte da seguridade social que passou a ser considerada direito de todos e dever do Estado, bem como criou o Sistema Único de Saúde (SUS) (SCOREL, 2014).

Em 1992 teve início o Programa Saúde da Família, que visava a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde que atuavam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde da comunidade (BUSS; CARVALHO, 2009).

Em 1998 foi criada a Política Nacional de Medicamentos (PNM) e juntamente foi inaugurada a descentralização da assistência farmacêutica para concretizar os princípios e diretrizes do SUS (MAPELLI JÚNIOR, 2017).

Durante o governo de Luiz Inácio Lula da Silva, de 2003 a 2011, a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ganhou destaque e visava melhorar o acesso e a qualidade do atendimento às urgências e emergências médicas. Outra política de saúde que merece destaque foi o programa da Farmácia Popular voltado à assistência farmacêutica (MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011). Durante o segundo governo, o “Mais Saúde” foi o principal programa de planejamento voltado ao desenvolvimento da saúde no país (MACHADO; BAPTISTA; LIMA, 2010).

O governo de Dilma Rousseff, entre 2011 e 2016, esteve marcado por um contexto econômico e político desfavorável. Na área da política de saúde houve a expansão das Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) e o Programa Mais Médicos (MACHADO; BAPTISTA; LIMA, 2017).

Por fim, durante o governo de Michel Temer houve retrocessos no que tange aos direitos sociais, pois aprovada a Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016² que prevê o congelamento dos gastos públicos por vinte anos. Dessa forma, ameaça as políticas sociais, inclusive as políticas de saúde. Houve, ainda, o fechamento de todas as unidades próprias de Farmácia Popular, mantendo a parceria com as farmácias

² A EC 95/2016 teve como objetivo equilibrar as contas públicas por meio de um mecanismo de controle de gastos. Previu que a partir de 2018 os gastos, inclusive com a saúde, apenas poderão aumentar de acordo com a inflação acumulada conforme o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) (BRASIL, SENADO FEDERAL, 2018).

privadas, reforçando os interesses de mercado do governo (COSTA; MÉLLO; NOGUEIRA, 2018).

Portanto, percebe-se que a saúde como política pública iniciou de forma tímida, com destaque para as campanhas de vacinação. Com o passar dos anos focou na assistência médica e hospitalar, adotou listas oficiais de medicamentos e buscou reconhecimento da saúde como direito por meio do Movimento Sanitário. Após a promulgação da Constituição Federal, em 1988, ocorreram as grandes inovações, como por exemplo, a criação do SUS, os programas nas Unidades Básicas de Saúde, a Política Nacional de Medicamentos, a Farmácia Popular, entre outros que hoje fazem parte do cotidiano dos brasileiros quando busca o acesso à saúde.

3.2 Políticas públicas de saúde e de Assistência Farmacêutica

O direito à saúde deve ser exercido por políticas públicas econômicas e sociais que garantam o acesso universal e igualitário aos residentes no Brasil. Foi regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) e pela Lei nº 8.142/1990 que dispõem sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros (BRASIL, 2019), bem como demais ordenamentos jurídicos que fixam parâmetros legais para que a prestação estatal do SUS se efetive de forma igualitária. O direito da saúde se submete aos parâmetros legais de acesso e tratamento próprios do SUS (MAPELLI JÚNIOR, 2017). Conforme Mapelli Júnior, sobre políticas públicas:

Não podem ser compreendidas sem que se considere sua dimensão institucional, já que constituem programas de governo que são escolhidos, planejados, executados e avaliados pelo Poder Público, com o objetivo de concretização de interesse social relevante. A exteriorização disso se dá com o direito, por uma série de atos normativos que dão sistematização ao programa governamental (leis, decretos, resoluções, normas de serviço, etc.), para que o interesse da coletividade seja adequadamente contemplado, nos termos da Constituição Federal (2017, p. 47).

Portanto, as políticas públicas podem ser encontradas em leis ou atos normativos, porém não se confundem, pois “decorrem do conjunto de atos e/ou de normas que implementam valores e objetivos albergados pelo ordenamento jurídico” (MÂNICA, 2015, p.90).

É necessário que o sistema jurídico garanta o acesso ao serviço público de assistência farmacêutica, em caso de inexistência do respectivo serviço, que garanta

a assistência farmacêutica e determine a prestação do serviço. Sobre direito à assistência farmacêutica, é parte integrante do direito social à saúde e deve ser garantido integralmente aos cidadãos, de acordo com o princípio da integralidade de assistência (MARQUES; DALLARI, 2007).

A política de saúde conecta-se com Estado, sociedade e mercado. A sociedade financia por meio dos impostos e contribuições, tem atitudes e preserva valores em relação ao corpo e ao bem-estar. O Estado define normas e obrigações, e aloca os recursos em programas e ações. O mercado produz insumos, oferece serviços e participa da oferta de serviços (FLEURY; OUVENEY, 2014).

As políticas públicas voltadas ao acesso de medicamentos devem conjugar três quesitos: medicamentos, serviços e financiamento. Em relação ao medicamento, devem garantir a disponibilidade na quantidade e com qualidade adequadas. Quanto aos serviços, devem garantir que os medicamentos cheguem em condições de uso, o qual deve ser orientado e racional. Por último, em relação ao financiamento, precisa ser ordenado para o custeio do produto quanto para as ações (serviços) (SANTOS; SOARES, 2016).

As políticas de saúde, suas estratégias e planos influenciam outros aspectos sociais como a economia, política e cultura, também cumprem outras funções além do objetivo principal que é de resolver problemas de saúde (FLEURY; OUVENEY, 2014). Para Fleury e Ouverney:

A afirmação do acesso universal à saúde e da gestão descentralizada nos três níveis de governo, permeada pela participação deliberativa da sociedade civil em conferências e conselhos de saúde, não traduz apenas uma busca por um sistema eficiente e efetivo, mas fundamentalmente a construção de uma sociedade em que a igualdade e a solidariedade são valores fundamentais (2014, p. 54).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a formulação de uma lista de medicamentos essenciais que representam uma opção política para garantir a disponibilidade dos medicamentos. No Brasil, tem-se a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Resolução CNS nº 338/2004) e a Política Nacional de Medicamentos (Portaria nº 3.916/1998) (SANTOS; SOARES, 2016).

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) foi aprovada pela Resolução nº 338 do Conselho Nacional de Saúde, de 6 de maio de 2004, baseada nas deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde e da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica (BUCCI, 2017).

Assistência Farmacêutica pode ser entendida como o conjunto de ações para dispor à sociedade medicamentos de qualidade, nas quantidades e quando for necessário. Até o início do século XX era considerada um serviço do farmacêutico junto à população. Depois, até os anos 80, estava associada ao fornecimento governamental de medicamentos (SANTOS; SOARES, 2016).

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) define a assistência farmacêutica como “grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade” (BRASIL, Ministério da Saúde, 2019).

O Conselho Nacional de Saúde publicou documento da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), que declara que a assistência farmacêutica é parte da saúde e o acesso ao medicamento deve ser garantido com uso racional. Ainda, para que as políticas sejam implementadas, deve ser assegurado os recursos necessários para a execução e gestão (VIEIRA, 2010). Para Diehl e Santos:

Um dos passos importantes para a consolidação da Assistência Farmacêutica como política pública, devidamente inserida na prática dos serviços de atenção à saúde, a se ressaltar é a sua inclusão no conjunto das definições do chamado Pacto pela Saúde, instituído pelo MS em fevereiro de 2006, por meio da Portaria no 399, a qual tratou da “Consolidação do SUS e aprovou as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde” (2016, p.9).

Ainda, as autoras escrevem que as definições estabelecidas em 2006 são essenciais para compreender a Assistência Farmacêutica como parte da Política Nacional de Saúde. Foi a partir do “Pacto pela Saúde”³ que a Assistência Farmacêutica se consolidou como um dos blocos prioritários de financiamento para custear as ações e serviços de saúde (DIEHL; SANTOS, 2016).

A estruturação da assistência farmacêutica no SUS vem sendo considerada uma estratégia fundamental que amplia e qualifica o acesso aos medicamentos e consolida o sistema de saúde (LEITE et al. 2016).

Assim, o direito deve garantir política pública de medicamentos pautada pelos princípios da universalidade e equidade, visando a assistência à saúde a todos cidadãos de forma ininterrupta. Sendo a administração pública quem deve elaborar as políticas e organizar de forma integral e universal o direito à assistência farmacêutica (MARQUES; DALLARI, 2007).

³ Pacto pela Saúde é o conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre os três entes federado visando a maior eficiência e qualidade das respostas do SUS (BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2006).

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) foi estabelecida em 1998 pela Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, é um conjunto de atividades para o acesso a medicamentos, insumos terapêuticos e produtos voltados à saúde, e acompanhamento do tratamento para garantir segurança terapêutica (MAPELLI JÚNIOR, 2017). Sobre a PNM:

É o documento oficial que expressa um compromisso do governo com a promoção do uso racional e do acesso da maioria da população a medicamentos essenciais de qualidade assegurada e de eficácia e segurança comprovadas. Trata-se de um guia para a ação, pois estabelece prioridade e metas, assim como estratégias para cumpri-las. Estabelece também papéis, direitos e obrigações dos diferentes atores envolvidos, sejam eles do setor público, sejam do privado (BERMUDEZ; OLIVEIRA; LUIZA, 2014, p. 668).

O financiamento da PNM é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, União, Estados e Municípios, que será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), órgão colegiado de negociações previsto na Lei 12.466/2011⁴ (MAPELLI JÚNIOR, 2017).

Além disso, a PNM abrange quatro programas governamentais de medicamentos, quais sejam: Componente Básico da Assistência Farmacêutica; Componente estratégico da Assistência Farmacêutica; Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; e Assistência Oncológica. O primeiro programa refere-se aos medicamentos e insumos pertencentes à Atenção Primária e os relacionados aos programas específicos inseridos na rede deste nível de atenção. O Componente Estratégico define o financiamento pelo Ministério da Saúde, que adquire e distribui os medicamentos para tratamento de doenças como a tuberculose e malária, também antirretrovirais, hemoderivados e imunobiológicos, além dos fármacos para os programas de combate ao tabagismo e de alimentação e nutrição. Enquanto o Componente Especializado abrange os medicamentos de alto custo, em razão do preço unitário elevado ou do uso contínuo, que são estabelecidos em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)⁵. Por fim, a Assistência Oncológica é financiada por recursos da União e complementada pelos do Estado (MAPELLI JÚNIOR, 2017).

⁴ Acrescenta os artigos 14-A e 14-B à LOS para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências (BRASIL, 1990).

⁵ PCDT são documentos que estabelecem critérios para o diagnóstico, o tratamento, as posologias, os mecanismos de controle clínico e o acompanhamento e verificação dos resultados terapêuticos a serem seguidos pelos gestores do SUS (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

A OMS (Organização Mundial da Saúde), desde a década de 1970, recomenda a adoção de listas de medicamentos essenciais como política fundamental para o acesso a medicamentos seguros, eficazes e custo-efetivos que estejam disponíveis em quantidades adequadas. O Brasil, antes mesmo de tal recomendação e da criação do SUS, adota listas de medicamentos considerados essenciais, chamada de Rename (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais), atualizada bianualmente (VIEIRA, 2010). Pelas palavras de Bucci, a Rename (2017, p. 44-45) essas listas exercem um caráter central de racionalização, atuando como vetor de organização da produção e provisão de medicamentos, ao mesmo tempo em que institucionaliza, em termos, o compromisso de disponibilidade e fornecimento.

Ao contrário da recomendação da OMS, a Rename não é uma lista de oferta obrigatória, sendo que consiste em uma lista de referência que norteia a oferta, a prescrição e a dispensação de medicamentos. Assim, nem todos os medicamentos que constam na Rename têm o financiamento definido no SUS. Os gestores a utilizam de forma a preparar as listas de medicamentos que são financiados e que fazem parte da assistência farmacêutica. Assim como os Estados e Municípios também podem definir relações de medicamentos essenciais (VIEIRA, 2010).

Dessa forma, as políticas públicas de saúde e de Assistência Farmacêuticas são organizadas e dispostas em preceitos legais, cujo objetivo principal é a solução para os problemas que envolvem o âmbito da saúde. As principais políticas públicas do Brasil são a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e a Política Nacional de Medicamentos, que abrange a lista de medicamentos essenciais (Rename). Como visto, as políticas públicas são de responsabilidade solidária entre União, Estados e Municípios.

3.3 Sistema Único de Saúde (SUS)

Sistemas de saúde são um conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais que são concretizadas em organizações, regras e serviços responsáveis pela condução dos processos relativos à saúde de uma sociedade, alocação de recursos, prestação de serviços, regulação e gestão. A consolidação dos sistemas ocorreu na metade do século XX e se desenvolveram através do crescimento da participação dos Estados no controle dos mecanismos que afetam a saúde e o bem-estar (LOBATO; GIOVANELLA, 2014).

Os sistemas de saúde têm como principais componentes a cobertura, o financiamento, a força de trabalho, a rede de serviços, os insumos, a tecnologia aliada ao conhecimento, e as organizações. Dentre eles, a cobertura é o principal componente, pois é necessário saber quem será coberto, por quem e para quê já que o objetivo é o zelo pela saúde da população (LOBATO; GIOVANELLA, 2014).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), foi criado pela Constituição Federal em 1988 e institucionalizado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90). Porém, antes de sua criação, o Ministério da Saúde desenvolvia as ações de promoção da saúde apoiado pelos Estados e Municípios (RIBEIRO; JULIO, 2011).

Logo, a Constituição Federal e a LOS são as normas legais que definem as novas regulamentações, já que o SUS é dinâmico, processual e em constante aperfeiçoamento (SANTOS; SOARES, 2016).

O SUS é apontado como uma grande conquista, pois promoveu a inclusão social sendo reconhecido pelos princípios da universalidade e igualdade no atendimento e de integralidade das ações e serviços de saúde (VIEIRA, 2010). Portanto, não pode ser analisado como um simples plano de governo, pois resultou de um processo histórico que concretizou constitucionalmente o direito à saúde no Brasil (WERNER, 2017).

É um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, que presta assistência para milhões de pessoas, desde a assistência básica até tratamentos complexos, bem como serviços de emergência. Tem como fundamento a gratuidade, visto como um modelo redistributivo, inspirado nas premissas igualitárias do Estado de Bem-Estar Social europeu. Foi concebido para enfrentar duas tarefas: combate à pobreza e a desigualdade social (OCKÉ-REIS, 2012).

Entre os objetivos do sistema estão a identificação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde e a formulação de políticas públicas que visam erradicar as desigualdades econômicas e sociais que interferem na saúde (ALMEIDA, 2019).

Seus serviços são organizados de forma descentralizada e hierarquizada, de modo que sua gestão é de responsabilidade concorrente dos três entes federados, consoante disposições legais e entendimentos já pacificados pelos tribunais superiores (CARNEIRO; BARBOSA; JÚNIOR ZAGARINO, 2019).

O financiamento do SUS é feito com recursos da Seguridade Social, das três esferas administrativas (União, Estados e Municípios), sendo tais arrecadados através dos impostos e contribuições sociais pagos pela população (ALMEIDA, 2019). Porém, quando insuficientes, pode-se recorrer aos serviços da iniciativa privada que participa

por meio de convênios e contratos, sempre observando as normas de direito público, princípios éticos e regulamentação de funcionamento, controle e fiscalização expedida pelos órgãos de direção do SUS (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2014).

A Constituição Federal, em seu artigo 198, prevê que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada que constituem um sistema único com base nas diretrizes da descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. Como regionalização entendem-se a demarcação dos espaços e das responsabilidades para assim conhecer a população e atender suas necessidades. A hierarquização visa a organização dos serviços em níveis de complexidade, buscando a economia de escala e com isso possibilidades de garantir o cumprimento dos princípios éticos (SANTOS; SOARES, 2016).

A diretriz da descentralização diz respeito a não hierarquia entre União, Estado e Município, cada um responde por toda a rede na área de sua abrangência (SANTOS; SOARES, 2016).

A integralidade é sobre a destinação da assistência para recuperação da doença e prevenção, bem como políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco da doença (MAPELLI JÚNIOR, 2017).

E a participação da comunidade assegura que a população ajude na construção das políticas públicas de saúde e na gestão do SUS por meio de conselhos e conferências de saúde (SANTOS; SOARES, 2016).

Entre os princípios do SUS, dispostos na LOS, estão a universalidade de acesso em todos os níveis de assistência; a integralidade de assistência; a igualdade de assistência; o direito à informação e sua divulgação; a participação da comunidade; a descentralização, a regionalização e hierarquização da rede de serviços; a integração; a conjugação dos recursos financeiros; a resolução dos serviços; e a organização a fim de evitar a duplicidade de meios para fins idênticos.

A universalidade trata do direito de qualquer indivíduo, independentemente das condições pessoais, de ser atendido pela saúde pública, ser beneficiado pelas políticas públicas de saúde e ter a sua disposição medicamentos e insumos indispensáveis para proteção e prevenção da saúde. E a igualdade versa que o Estado deve dispensar tratamento igualitário, sem distinções e discriminações, e sem privilégios. A padronização de tratamentos em cada programa governamental é essencial para a universalidade e igualdade, bem como para que haja segurança terapêutica e que se solidifique a política pública (MAPELLI JÚNIOR, 2017).

A rede de atenção à saúde organiza as ações e serviços por níveis de atenção (hierarquização) por necessidades e dinâmicas territoriais específicas (regionalização) (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2014).

Portanto, a Constituição Federal determina que o SUS está obrigado a atender os três níveis de atenção em saúde por força do princípio da integralidade, quais sejam: atenção básica ou primária por meio da Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Programa de Saúde da Família (PSF), é o foco principal das políticas públicas de saúde, considerada a porta de entrada no SUS, pois é responsável por todos os tipos de atendimentos iniciais, mesmo que o paciente tenha que ser encaminhado ao serviço de maior complexidade; atenção secundária, consistente em serviços de média complexidade, como exames mais elaborados e pequenos procedimentos cirúrgicos ou Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e atenção terciária, consistente em procedimentos de alta complexidade, como transplantes e medicamentos de alto custo (MAPELLI JÚNIOR, 2017).

A LOS define as atribuições da União, Estados e Municípios nas funções de competência do Poder Executivo na saúde, além de outros instrumentos de regulamentação como portarias, decretos e resoluções auxiliam na repartição de responsabilidades entre os gestores do SUS. A direção do SUS é única e exercida pelo Ministério da Saúde e secretarias de Saúde. As principais responsabilidades do Ministério da Saúde são a normalização e a coordenação geral do SUS no âmbito federal, devendo ser desenvolvido com a participação dos Estados e Municípios com cooperação técnica e financeira do Ministério da Saúde. Em relação às responsabilidades dos gestores estaduais estão o planejamento regionalizado e o desenvolvimento da cooperação técnica e financeira com os municípios. O gestor municipal, por fim, tem o papel de gestão no âmbito municipal com a execução dos serviços e a regulação dos prestadores privados (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2014). Um dos desafios para a consolidação do SUS é a superação das desigualdades em saúde:

Isso implica uma mudança substantiva no papel do Estado nas três esferas de governo, o fortalecimento da gestão pública com finalidades diferenciadas nos âmbitos nacional, estadual e municipal, a divisão de competências e a articulação de princípios nacionais de política com decisões e parâmetros locais e regionais (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2014, p. 387).

O SUS, portanto, tem como base a universalidade, a gratuidade e a igualdade, que são essenciais para o seu pleno funcionamento e organização, definidos pela

Constituição Federal e a Lei Orgânica de Saúde. Ainda, a sua criação foi essencial para a concretização do direito à saúde no Brasil, uma vez que atende milhões de pessoas nos seus três níveis de atenção em saúde.

3.4 A importância das Conferências Nacionais de Saúde e dos Conselhos de Saúde

As Conferências Nacionais de Saúde (CNS) têm o propósito de “avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde” nas esferas federal, estaduais e municipais, conforme a Lei nº 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS (FERREIRA: MOURA, 2006). São espaços para deliberação coletiva sobre as definições de diretrizes para as políticas de saúde e que devem guiar a estruturação e condução do SUS (GUIZARDI et al, 2004).

As Conferências Nacionais de Saúde têm como objetivo a definição das diretrizes para a política de saúde, a qual devem ser realizadas a cada quatro anos com participação dos representantes do poder público, dos profissionais da saúde e prestadores de serviços (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2014). Seus debates envolvem os desafios para a legitimação do SUS como política pública universal e a garantia de acesso com equidade, integralidade e qualidade. “A ampliação das práticas de controle social e a disposição de processos democráticos e participativos de entidades e movimentos sociais também estão na pauta das discussões atuais” (ANDRADE et al, 2013, p. 264-265).

No seu início, tratavam de assuntos relacionados ao desenvolvimento de serviços básicos de saneamento, à organização sanitária estadual e municipal, e a ampliação e sistematização de campanhas nacionais de saúde (FERREIRA: MOURA, 2006).

Até o momento foram realizadas 16 Conferências Nacionais de Saúde. Foram instituídas em 1937, durante o governo Vargas, pela Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937. Porém, a 1ª CNS ocorreu apenas em 1941, em seu relatório é possível verificar não que não teve força política, apenas técnica. Provocou mudanças na política de saúde através da reforma na estrutura (FERREIRA: MOURA, 2006). Seu objetivo era a promoção de trocas de informações entre governo federal e Estados (ESCOREL; TEIXEIRA, 2014).

As CNS deveriam ocorrer a cada dois anos, mas a 2ª CNS foi realizada apenas em 1950 e assim como a anterior, teve apenas força técnica. Houve a preocupação com as condições de higiene e segurança dos trabalhadores, prestação de assistência médica para eles e para as gestantes (FERREIRA: MOURA, 2006).

A 3ª CNS realizou-se em 1963, momento em que foi discutida a municipalização das três esferas de governo e suas atribuições dos serviços de saúde (FERREIRA: MOURA, 2006).

A 4ª CNS foi realizada em 1967 e discutiu sobre a formulação de uma política de avaliação dos Recursos Humanos, tendo em vista a formação dos contingentes de pessoal (FERREIRA: MOURA, 2006).

Durante o governo Geisel, em 1975 e 1977, foram realizadas a 5ª e a 6ª Conferências Nacionais de Saúde. A 5ª CNS teve como tema o Sistema Nacional de Saúde e objetivo de elaborar uma política nacional de saúde para ser submetida ao Conselho de Desenvolvimento Social (CDS) (SCOREL, 2014), nesse período o Governo percebeu que era necessário enfatizar o serviço de prevenção coletiva, e assim abandonar o modelo de saúde curativo e individual (FERREIRA: MOURA, 2006).

A 6ª CNS discutiu a situação das epidemias que assolavam na época, a operacionalização das leis aprovadas no campo da saúde, a interiorização dos serviços de saúde e a política nacional de saúde (SCOREL, 2014).

A 7ª CNS realizada em 1980 teve como objetivo a promoção de debates relacionados à implantação e desenvolvimento do Prevsáude (SCOREL, 2014), ainda, discutiu sobre como melhorar o desempenho dos profissionais que atendiam os serviços básicos de saúde (FERREIRA: MOURA, 2006).

Até aqui as conferências foram eventos técnicos, com presença de especialistas vinculados ao Ministério da Saúde. A 8ª CNS, realizada em 1986, merece destaque já que ampliou a participação da previdência social e incluiu a representação de usuários dos serviços de saúde pela primeira vez. Entre as teses defendidas na 8ª CNS estão o reconhecimento da saúde como direito do cidadão, o dever do Estado em promover tal direito, a criação de um sistema único de saúde com regido pelos princípios da universalidade, integralidade, descentralização e a participação popular (MERCADANTE, 2002).

Essa CNS representou o marco na história da política de saúde, além da criação do SUDS (Sistema Único Descentralizado de Saúde), que em 1988 se transformou no SUS, “mas também pela visão de interdependência entre a política

econômica e social e pela definição que os serviços de saúde deveriam ser públicos e fundamentais para toda a população” (FERREIRA: MOURA, 2006, p. 15).

Sobre a participação da comunidade nas CNS:

É pensada a partir de sua inserção na constituição da política de saúde, como sujeito de sua determinação e do acompanhamento e fiscalização de seu respectivo processo, em todos os níveis do sistema. Nesse sentido, o controle social emerge como efeito dessa participação, que tem por objeto não estritamente o setor saúde, mas a compreensão desse campo em suas implicações recíprocas com as políticas sociais e econômicas (GUIZARDI et al, 2004, texto digital).

Em 1992 ocorreu a 9ª CNS na vigência da Constituição Federal de 1988 e da LOS, aprovada em 1990 que determinou a realização das CNS a cada quatro anos. Discutiu-se sobre a municipalização da saúde (FERREIRA: MOURA, 2006).

A 10ª CNS, realizada em 1996, debateu sobre a necessidade de avaliação e aprimoramento do SUS (ANDRADE et al, 2013). Propôs atribuições às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde pela responsabilidade de implantar e de manter técnica e financeiramente as escolas de formação (FERREIRA: MOURA, 2006).

Em 2000 é realizada a 11ª CNS que discutiu sobre a preocupação com a garantia do acesso, a qualidade dos serviços e a necessidade de humanização da atenção à saúde (FERREIRA: MOURA, 2006). Ainda, debateu sobre a consolidação do SUS e o controle social, em que a meta era realizar a regionalização do sistema (ANDRADE et al, 2013).

A 12ª CNS, realizada em 2003, tratou sobre questões acerca da implementação do SUS e a formulação da Política Nacional de Saúde, abordada no próximo capítulo. Deu atenção à necessidade de continuar a implementação de políticas de saúde adequadas à realidade local e a fiscalização da aplicação dos recursos (FERREIRA: MOURA, 2006). Esperava-se que, assim como a 8ª CNS, fosse um marco em relação às anteriores e com a mesma importância ao direito à saúde (BRAVO, 2019).

A 13ª CNS, que ocorreu em 2007, debateu, entre outros assuntos, acerca da intersetorialidade, inversão do modelo de atenção, financiamento do SUS e reestruturação e o fortalecimento da rede pública, bem como deu ênfase aos conselhos de saúde (RICARDI; SHIMIZU; SANTOS, 2017).

A 14ª CNS, realizada em 2011, defendeu a melhoria da efetividade do planejamento integrado entre os entes da federação e da participação da comunidade no planejamento de ações voltadas à saúde (RICARDI; SHIMIZU; SANTOS, 2017). Ainda, “apresentou propostas para mudanças organizacionais cujas primícias foram

focadas na melhoria no atendimento dos serviços de saúde do SUS” (ANDRADE et al, 2013, p. 276).

A 15ª CNS, ocorrida em 2015, deu destaque às questões sobre acesso de qualidade e valorização do trabalho e da educação em saúde, bem como questões acerca do financiamento, o qual foi reduzido pouco tempo antes da Conferência. Também discutiu sobre o planejamento integrado entre União, estados e municípios para aprimorar a relação federativo do SUS e do fortalecimento da gestão compartilhada nas regiões de saúde (RICARDI; SHIMIZU; SANTOS, 2017).

Por fim, a 16ª CNS ocorreu em agosto de 2019, 31 anos após a criação do SUS. Teve como temas a saúde como direito, a consolidação dos princípios do SUS e seu financiamento. Recordou a 8ª CNS, realizada em 1986, que foi o primeiro evento de participação social na saúde aberto à comunidade (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2019).

Diante do exposto, observa-se que entre 1930 e 1960 houve a associação do processo de desenvolvimento econômico a um conjunto de políticas de saúde. Entre 1960 a 1988 ocorreram mudanças na área da saúde, sem romper com o processo anterior. A partir da década de 70 teve início o movimento de reforma sanitária para a democratização da saúde, visto como direito universal garantido pelo Estado e sob controle político (ANDRADE et al, 2013, p. 276).

Os relatórios finais das CNS são redigidos após a conferência, a partir das deliberações aprovadas, e são de suma importância para dar publicidade bem como documentar as decisões e os debates nela ocorridos (GUIZARDI et al, 2004).

Os Conselhos de Saúde devem promover o debate acerca das políticas de saúde em reuniões ordinárias e periódicas, num processo deliberativo que participam usuários do SUS, representados por entidades da sociedade civil, os quais detêm 50% das vagas, e trabalhadores da saúde, prestadores de serviços e gestores que contam com os outros 50% (MOREIRA; ESCOREL, 2009).

Tais conselhos têm como atribuições a atuação na formulação de estratégias, interagindo com o gestor municipal do SUS e com o Poder Legislativo, e no controle da execução das políticas públicas de saúde, que deve ser exercido com acompanhamento das ações implementadas e com coerência com os princípios do SUS e as necessidades da população (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2014).

Conforme ensinam Ribeiro e Julio (2010, p. 454):

Na esfera da gestão participativa, os Conselhos Municipais de Saúde têm a possibilidade de, além de permitir a aproximação do cidadão das decisões do Poder Público, permitir também a democratização e a humanização das decisões, concebendo uma gestão focada na busca da aproximação com a realidade local de cada município.

A partir da instituição do SUS a saúde passa a ser vista como uma questão de cidadania e a participação política na gestão torna-se uma condição *sine qua non* para o seu exercício. A partir disso, os Conselhos de Saúde se tornam importantes para que seja garantido o princípio da participação da comunidade, bem como a garantia da democratização do poder decisório juntamente com a universalidade e equidade no SUS (COTTA et al, 2011).

A Constituição Federal de 1988 incorporou os Conselhos de Saúde para que se tornassem, além de meios de participação da sociedade, como forma de gestão pública que permite o exercício da cidadania ativa, em que a comunidade contribui na definição de um plano de gestão das políticas públicas, dando maior transparência e favorecendo a responsabilização dos políticos e técnicos da administração pública (GERSCHMAN, 2004).

Por fim, as Conferências Nacionais de Saúde ao longo dos anos ganharam força política e hoje, juntamente com os Conselhos de Saúde, são espaços fundamentais para a discussão da saúde com a participação da comunidade e representantes dos governos na criação de políticas públicas e ações que busquem a qualidade dos serviços públicos de saúde.

3.5 Considerações acerca do julgamento do Recurso Especial 1.615.156/RJ

As políticas públicas de saúde visam o acesso da população à saúde, seja pelo fornecimento de medicamentos ou formas de controle de doenças e impedimento de seu agravamento. Contudo, em muitas vezes, as políticas não conseguem resolver todos as questões envolvendo a saúde e a partir disso a população recorre ao Poder Judiciário.

Assim, quando há omissão ou ineficácia do Estado em executar ações voltadas à saúde ocorre a judicialização da saúde (MAPELLI JÚNIOR, 2017).

A judicialização é uma extensão da democracia e ampliação da cidadania, pois incorpora pessoas excluídas das políticas públicas que passam a manifestar e reivindicar as leis vigentes. É uma prática que envolve o indivíduo afetado pela decisão judicial, os operadores de direito e os gestores públicos (BRITO, 2017).

Entre as principais teses de defesa apresentadas pela Fazenda Pública quando do ajuizamento de processos que tratam de assistência farmacêutica envolve a ausência de obrigação em fornecer medicamentos que não constem em listas oficiais e protocolos clínicos do SUS (MAPELLI JÚNIOR, 2017).

Portanto, como forma de uniformizar a jurisprudência e evitar que mais processos sejam protocolados, o Superior Tribunal de Justiça ao julgar o Recurso Especial 1.615.156/RJ, em 25 de abril de 2018, estabeleceu requisitos para a concessão de medicamentos não incorporados ao SUS. Houve afetação da ação ao rito dos recursos repetitivos, recebendo o nome de Tema 106, e passou a conter o seguinte enunciado: “obrigatoriedade do poder público de fornecer medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS” (STJ, 2018).

O Recurso Especial foi interposto pelo Estado do Rio de Janeiro em face de Fatima Theresa Esteves dos Santos de Oliveira, diagnostica com glaucoma crônico bilateral (CID 440.1). O laudo médico apresentado, deliberado por médico da rede pública, comprovou a necessidade de utilização dos fármacos, porém eles não constam na lista de fornecimento gratuito pelo SUS (STJ, 2018).

O acórdão recorrido considerou comprovada a necessidade de utilização dos medicamentos e a hipossuficiência financeira da autora. O Estado do Rio de Janeiro aduziu que a assistência farmacêutica estatal apenas pode ser prestada por intermédio da entrega de medicamentos prescritos em conformidade com os Protocolos Clínicos incorporados ao SUS ou, na hipótese de inexistência de protocolo, com o fornecimento de medicamentos constantes em listas editadas pelos entes públicos. De modo subsidiário, pediu para ser reconhecida a possibilidade de substituição do medicamento pleiteado pelas alternativas já padronizadas e disponibilizadas (STJ, 2018).

A Primeira Seção do STJ decidiu que a concessão de medicamentos não incorporados aos SUS exige a presença cumulativa de três requisitos: comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS; incapacidade financeira de arcar com o custo do medicamento prescrito; existência de registro na ANVISA do medicamento (STJ, 2018).

O julgado confirma que a concessão de medicamentos fora das listas do SUS é medida excepcional (CARVALHO, 2018). Ainda, conforme a decisão, após o trânsito em julgado, deve ser comunicado o Ministério da Saúde e a Comissão Nacional de

Tecnologias do SUS (CONITEC) para que realizem avaliação sobre a viabilidade de incorporação do medicamento no âmbito do SUS.

Para Dourado (2018, texto digital), “o mais adequado seria a assimilação pelo Judiciário do papel das instâncias técnicas, como a CONITEC, e das políticas públicas formuladas para regulação de medicamentos, como a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename)”. Uma opção seria o ajuizamento de ações em face da União, já que a responsabilidade pela incorporação de medicamentos é da esfera federal (DOURADO, 2018).

A maior fragilidade dos critérios definidos é a exigência de apenas um médico responsável para atestar a necessidade do medicamento e da ineficácia dos fármacos já fornecidos pelo SUS, pois é essencial que os parâmetros sejam estabelecidos e validados com base em protocolos e evidências científicas (DOURADO, 2018).

Além disso, a matéria não restou pacificada, pois julgada pelo STJ que não possui natureza constitucional. Ainda, consolida uma relativização da política farmacêutica a qual é organizada por meio da dispensação de medicamentos com prescrição conforme as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou em listas periodicamente expedidas pelo Poder Público. Outrossim, permite que as prioridades da política farmacêutica sejam desconsideradas, apenas com base no laudo médico (CARVALHO, 2018).

O precedente dificulta a adoção da metodologia da medicina baseada em evidências, já que as análises científicas podem ser descartadas pela opinião e não apenas pela experiência clínica do médico.

Percebe-se, então, conforme Carvalho (2018, texto digital) que:

Apesar de estabelecer alguns contornos restritivos para a racionalização das demandas em face do Poder Público na área da saúde, o julgamento proferido pelo STJ apresenta incompletudes que precisam ser melhor enfrentadas pelo STF para que a tutela do direito fundamental à saúde de alguns não implique prejuízo ao direito à saúde de outros, em especial daqueles que somente dependem do SUS para ter suas necessidades atendidas.

O direito à saúde compreende os medicamentos e serviços de saúde, mas também o direito a uma regulação eficaz ancorada ao sistema sanitário. Os procedimentos administrativos e as decisões técnico-científica garantem o direito à saúde (DOURADO, 2018).

O julgado elenca critérios para o fornecimento de medicamentos de forma a tornar que a distribuição seja proporcional, compatibilizando com as ideias sobre

reserva do possível e mínimo existencial estudadas no capítulo anterior. Portanto, visa a garantia de um mínimo para que a pessoa possa subsistir com dignidade, bem como, protege o Estado para que forneça os fármacos apenas a quem comprovar os requisitos formulados pelo STJ.

Assim, o julgamento reconhece que o direito à saúde e à assistência farmacêutica devem ser garantidos além dos limites das listas oficiais dos entes públicos, desde que respeitados cumulativamente os critérios. Ainda, a decisão proferida é importante para unificar o entendimento da matéria e fixar critérios para a concessão de tais medicamentos em todo o país, bem como deve ser vista como precedente nos demais tribunais objetivando a uniformização da jurisprudência infraconstitucional.

4 ANÁLISE DOS JULGADOS DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL REFERENTE ÀS AÇÕES DE FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS NO ANO DE 2018 NA COMARCA DE ENCANTADO/RS

A judicialização do direito à saúde quando se trata de concessão de medicamentos é polêmica, pois o direito em questão é relevante e os princípios e leis que servem de base ao Judiciário para a decisão geram diversos entendimentos sobre o assunto (COSTA; SIQUEIRA, 2012). Ainda, esses autores ensinam que:

Ademais, importa salientar que cada vez mais se questiona acerca da procedência ou não da decisão que libera medicamentos – em lato senso – a partir da análise da hipossuficiência de quem pede, assim como da urgência do pleiteante, aproximando-se, por assim dizer, do tênue liame que se pode pensar entre a necessidade de medicamento e as inúmeras necessidades, lacunas e carências do Estado (COSTA; SIQUEIRA, 2012, texto digital).

Ocorre que, pelo caráter urgente, a ação judicial é analisada por órgãos solicitantes e decisórios sem analisar os protocolos médicos e operacionais, porém, quando se trata de casos emergenciais é desrespeitada as filas existentes (CARNEIRO; BARBOSA; JÚNIOR, 2019).

Um dos motivos para o crescimento da judicialização da saúde é a falta de mecanismos administrativos efetivos para a implementação de políticas públicas, gerando o aumento de interferência do Poder Judiciário na gestão das políticas públicas. Dessa forma, ao utilizar o Judiciário como garantia ao acesso à saúde pode haver alteração do sistema, pois o Poder Judiciário é visto como entrada ao SUS (CARNEIRO; BARBOSA; JÚNIOR, 2019).

O papel do Poder Judiciário está condicionado aos princípios e diretrizes do SUS, em que a saúde é direito de todos e seu acesso é gratuito, e ao processo judicial, de caráter individual e efeito *inter partes* (MAPELLI JÚNIOR, 2017).

Como forma de analisar as ações de fornecimento de medicamentos foi realizada uma pesquisa das decisões do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul no ano de 2018 na Comarca de Encantado/RS. Portanto, neste capítulo será demonstrado o procedimento utilizado para a realização da pesquisa, os dados coletados e a análise das decisões.

4.1 Procedimento utilizado para a realização da pesquisa das decisões do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul

A pesquisa foi realizada junto ao site do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul (TJ/RS). A justificativa para a escolha das decisões de segundo grau de jurisdição é de que apenas estas estão disponíveis no meio eletrônico, inviabilizando a pesquisa de processos de primeiro grau.

A coleta dos dados ocorreu por meio do site pela barra denominada “acesso” no item “jurisprudência” e após no subitem “pesquisa de jurisprudência”. Este subitem dá acesso à pesquisa de acórdãos proferidos pelo TJ/RS com a possibilidade de filtrar os resultados para resultados mais objetivos.

Dessa forma, no campo de pesquisa foi utilizado o termo ““medicamentos”” utilizando como filtro a comarca de origem de Encantado e a data de julgamento com o primeiro e o último dia de 2018. Foram encontradas 57 decisões. A comarca é composta por sete municípios: Anta Gorda, Doutor Ricardo, Encantado, Muçum, Relvado, Roca Sales e Vespasiano Correa (RIO GRANDE DO SUL, Tribunal de Justiça, 2010, texto digital).

Para demonstrar os dados obtidos por meio da pesquisa foram realizadas 12 tabelas que constam: cidade do autor da ação; defesa realizada através da Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul ou advogado particular; quem compõe o polo passivo; quem recorreu da decisão de 1º grau; tipo de recurso ou se remessa necessária; decisão referente ao recurso; motivação dos recursos e sua decisão; e remessa necessária e decisão.

4.2 Apresentação dos dados coletados na pesquisa das decisões do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul

A pesquisa encontrou cinquenta e sete decisões, porém duas delas não envolvem o fornecimento de medicamentos no contexto em que será analisado, apesar de em sua ementa constar a palavra “medicamentos”. A primeira decisão é ação de cobrança envolvendo o Seguro DPVAT em que se pede o ressarcimento dos gastos com medicamentos. A segunda decisão tramita na Vara Criminal, em que, através de um *Habeas Corpus*, é alegada a debilidade de saúde do impetrante sendo que não pode obter os medicamentos no sistema penitenciário. Portanto, serão analisadas cinquenta e cinco decisões.

A Tabela 1 mostra a cidade em que reside a parte autora no momento do ajuizamento da ação. Porém, em trinta e quatro decisões não foi possível a identificação. Onze ações envolvem moradores de Encantado. Quatro ações envolvem moradores de Muçum. Duas ações com moradores de Roca Sales. As demais cidades, como Anta Gorda, Doutor Ricardo, Relvado e Vespasiano Correa apresentam apenas uma ação.

Tabela 1

Cidade da parte autora	Quantidade
Anta Gorda	1
Doutor Ricardo	1
Encantado	11
Muçum	4
Relvado	1
Roca Sales	2
Vespasiano Correa	1
Sem identificação	34
Total	55

Fonte: Da autora (2019)

Identifica-se, conforme a Tabela 2, que trinta e três ações foram ajuizadas através da Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul e vinte e duas por advogado particular.

Tabela 2

Defesa	Quantidade
Defensoria Pública do Estado	33
Advogado	22
Total	55

Fonte: Da autora (2019)

A Tabela 3 demonstra os entes federados que ocupam o polo passivo da demanda. O Estado é réu em trinta e quatro ações. Estado e Município são demandados em vinte ações. O Município, em apenas uma ação.

Tabela 3

Polo passivo	Quantidade
Estado (RS) e Município	20
Estado (RS)	34
Município	1
Total	55

Fonte: Da autora (2019)

De acordo com a Tabela 4, o Estado recorreu da decisão de primeiro grau trinta e uma vezes. O Estado e a parte autora juntos recorreram em oito ações. A parte autora recorreu em sete ações. Remessa Necessária foram cinco ações. O Estado, juntamente com o Município, recorreu em duas ações. O Município recorreu em duas ações.

Para melhor compreensão, a Remessa Necessária, conforme artigo 496 do Código de Processo Civil (CPC), é a sentença sujeita ao duplo grau de jurisdição que produzirá efeito depois de confirmada pelo Tribunal. São ações em que a sentença é proferida contra a União, Estados, o Distrito Federal, os Municípios e suas respectivas autarquias e fundações de direito público. A Remessa Necessária quando preenchidos os requisitos ocorre de ofício, ou seja, não é preciso interpor algum recurso, o juiz, após o término do prazo para recurso, é quem envia a demanda ao segundo grau de jurisdição.

Contudo, há ações que não se sujeitam à Remessa Necessária. O CPC, no artigo 496, parágrafo terceiro, dispõe que quando a condenação ou proveito econômico obtido na causa for de valor certo e líquido inferior a mil salários-mínimos para a União e as respectivas autarquias e fundações de direito público; quinhentos salários-mínimos para os Estados, o Distrito Federal, as respectivas autarquias e fundações de direito público e os Municípios capitais dos Estados; cem salários-mínimos para os demais Municípios e respectivas autarquias e fundações de direito público.

Tabela 4

Recorrente	Quantidade
-------------------	-------------------

Estado	31
Município	2
Parte autora	7
Estado e Município	2
Remessa Necessária	5
Estado e parte autora	8
Total	55

Fonte: Da autora (2019)

Observa-se que, conforme Tabela 5, o recurso mais utilizado foi o recurso inominado com trinta e três ações. Seguido de onze apelações. Cinco processos foram enviados ao segundo grau por meio da remessa necessária. Houve interposição de três embargos de declaração. Dois recursos Especial ou Extraordinário em face de acórdão prolatado pelo TJ/RS. E um agravo de instrumento.

Tabela 5

Recurso ou Remessa Necessária	Quantidade
Agravo de Instrumento	1
Apelação	11
Embargos de declaração	3
Remessa Necessária	5
Recurso Especial ou Extraordinário	2
Recurso Inominado	33
Total	55

Fonte: Da autora (2019)

A Tabela 6 demonstra que trinta e um recursos tiveram seu provimento negado. Seis recursos foram providos. Cinco recursos foram parcialmente providos. Quatro recursos restaram prejudicados, ou seja, sua análise não pode ser feita por algum motivo de erro ou nulidade processual. Quando os dois polos recorreram, três recursos foram providos em face da autora e não providos em face do réu. Na mesma situação, um recurso foi provido em face da autora e teve parcial provimento no recurso do réu. Houve o total de cinquenta processos, os outros cinco processos são remessa necessária.

Tabela 6

Decisão quanto ao recurso	Quantidade
Provimento	6
Não provimento	31
Parcial provimento	5

Prejudicado	4
Provimento recurso autora e parcial provimento recurso réu	1
Provimento recurso autora e não provimento recurso réu	3
Total	50

Fonte: Da autora (2019)

A Tabela 7 demonstra que trinta e um recursos foram protocolados pelo Estado e identifica sua respectiva decisão prolatada pelo TJ/RS. Devido a quantidade de itens, seus dados serão analisados no próximo subitem.

Tabela 7

Recursos do Estado (RS)	Decisão	Quantidade
Cerceamento de defesa Fornecimento de medicamento não dispensado pelo SUS	Preliminar de cerceamento de defesa afastada Comprovação dos requisitos do Tema 106	2
Medicamento postulado não é de sua competência	Responsabilidade solidária	3
Cerceamento de defesa Possibilidade de substituição por medicamento integrante na lista do SUS	Preliminar de cerceamento de defesa afastada Deve prevalecer o medicamento prescrito pelo médico	2
Fornecimento de medicamento pela Denominação Comum Brasileira (DCB)	Atestado comprova a impossibilidade de utilização de medicamento genérico	1
Cerceamento de defesa	Preliminar acolhida	2
Suspensão do processo – Tema 106 Fornecimento de medicamento não dispensado pelo SUS Reserva do Possível	Suspensão negada Fornecimento de medicamento não dispensado pelo SUS Não houve comprovação não comprovação da escassez de recursos financeiros	1
Fornecimento de medicamento não dispensado pelo SUS Responsabilidade não solidária	Fornecimento de medicamento não dispensado pelo SUS Responsabilidade solidária	1
Suspensão do processo – Tema 106 Fornecimento de medicamento não dispensado pelo SUS	Suspensão negada Fornecimento de medicamento não dispensado pelo SUS	1

Fornecimento de medicamento sem eficácia comprovada (<i>Off Label</i>)	É devido o fornecimento de medicamento sem eficácia comprovada	1
Decisão com posicionamento contrário ao DMJ e à Secretaria Estadual de Saúde	Os documentos acostados pela autora mostram a necessidade médica do medicamento	1
Suspensão do processo – Tema 106 Medicamento postulado não é de sua competência	Suspensão negada Responsabilidade solidária	1
Fornecimento de medicamento não dispensado pelo SUS	Laudos médicos acostados nos autos mostram a necessidade da medicação e a impossibilidade de substituição	1
Cerceamento de defesa Fornecimento de medicamento pela DCB Fornecimento de medicamento não dispensado pelo SUS Substituição do medicamento Parte autora com condições financeiras de adquirir a medicação	Preliminar de cerceamento de defesa afastada Fornecimento do medicamento pela DCB ante a ausência de justificativa no atestado médico de prejuízo à saúde da parte autora Atestado médico acostado nos autos demonstra a necessidade da medicação	1
Medicamento postulado não é de sua competência Fornecimento de medicamento sem eficácia comprovada (<i>Off Label</i>)	Responsabilidade solidária Medicamento recomendado pela médica que assiste à parte autora, portanto conhece as suas necessidades	1
Cerceamento de defesa Medicamento postulado não é de sua competência Afetação pelo Tema 106 Substituição do medicamento Fornecimento de medicamento pela DCB	Preliminar de cerceamento de defesa afastada Responsabilidade solidária Não cabe aplicação do Tema 106, pois distribuído antes da data do julgamento do Tema 106 Atestado médico acostado aos autos prescreve a necessidade de utilizar a medicação Não cabe o fornecimento de medicamento pela DCB quando há vedação dessa possibilidade pelo médico	3
Suspensão do processo – Tema 106 Parte autora não é hipossuficiente Fornecimento de medicamento não dispensado pelo SUS	Suspensão negada Comprovada nos autos a hipossuficiência da parte autora Responsabilidade solidária Reforma na sentença para fornecimento de medicamento pela DCB	1

Medicamento postulado não é de sua competência Fornecimento de medicamento pela DBC		
Substituição do medicamento Fornecimento de medicamento sem eficácia comprovada (<i>Off Label</i>)	Atestado médico autoriza a substituição do medicamento por genérico Estado não é obrigado a fornecer medicamento de eficácia não comprovada	1
Fornecimento de medicamento sem eficácia comprovada (<i>Off Label</i>)	Laudo generalizado elaborado pela Secretaria Estadual de Saúde não pode se sobrepor ao atestado médico acostado nos autos pela autora	1
Suspensão do processo – Tema 106	Processo suspenso até julgamento da decisão de afetação	1
Fornecimento de medicamento não dispensado pelo SUS Suspensão do processo – Tema 106	Tais questões não devem ser arguidas em embargos de declaração	1
Inexistência de requisitos para concessão de tutela de urgência Obtenção do medicamento através do plano de saúde privado Fornecimento de medicamento não dispensado pelo SUS	A tutela de urgência foi deferida pelo risco de dano irreparável ou de difícil reparação Obrigação dos entes públicos em fornecer medicamentos	1
Suspensão do processo – Tema 106 Medicamento postulado não é de sua competência Perda do objeto	Suspensão negada Responsabilidade solidária O fato de a autora não fazer mais uso do medicamento não importa em extinção do processo	1
Declínio de competência de ofício em razão do valor da causa	Redistribuição ao Juízo Comum	2
Total		31

Fonte: Da autora (2019)

Quanto aos recursos interpostos pelo Município, conforme Tabela 8, percebe-se que houve dois recursos com teses acerca do fornecimento de medicamento não dispensados pelo SUS. A decisão do TJ/RS é de que a autora comprovou, por meio

do atestado médico, a utilização anterior de medicamentos disponibilizados pelo SUS, os quais não surtiram efeitos.

Tabela 8

Recursos Município	Decisão	Quantidade
Fornecimento de medicamento não dispensado pelo SUS	Autora já fez uso de medicamento disponibilizado pelo SUS que não surtiram efeito	2
Total		2

Fonte: Da autora (2019)

Observa-se pela Tabela 9 que o Estado e Município recorreram na mesma oportunidade por duas vezes. No primeiro recurso, o Município alegou a suspensão do processo em razão do julgamento do Tema 106 e o Estado sobre o fornecimento de medicamento não dispensado pelo SUS, a respectiva decisão do TJ/RS negou a suspensão, bem como a autora comprovou os requisitos do Tema 106, quais sejam: comprovação da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento prescrito através de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, bem como a comprovação da ineficácia dos fármacos fornecidos pelo SUS para o tratamento da doença; hipossuficiência financeira para arcar com o custo do medicamento prescrito; e existência de registro na Anvisa do medicamento. No segundo recurso, o Município alegou que o medicamento postulado não era de sua competência e o Estado sobre a suspensão do processo em razão do julgamento do Tema 106 e o fornecimento de medicamento não dispensado pelo SUS. O TJ/RS decidiu que a responsabilidade é solidária dos entes quanto ao fornecimento de medicamentos, igualmente ao recurso anterior, a suspensão do processo foi negada e a autora comprovou os requisitos do Tema 106.

Tabela 9

Recursos do Estado (RS) e Município	Decisão	Quantidade
Município - suspensão do processo – Tema 106 Estado -	Suspensão do processo negada Comprovação dos requisitos do Tema 106	1
Município – medicamento postulado não é de sua competência Estado - suspensão do processo – Tema 106;	Município – responsabilidade solidária Estado - suspensão do processo negada; comprovação dos requisitos do Tema 106	1

fornecimento de medicamento não dispensado pelo SUS		
Total		2

Fonte: Da autora (2019)

A Tabela 10 demonstra que a parte autora recorreu em sete processos. Um recurso é em razão do parecer do Departamento Médico Judiciário (DMJ) que contraria o diagnóstico da autora e a respectiva decisão do TJ/RS é que não cabe Recurso Especial para reexame de prova. Dois recursos em razão da improcedência da ação quanto ao fornecimento de medicamento sem eficácia comprovada e a decisão de que o Estado não é obrigado a fornecer medicamento de eficácia não comprovada. Um recurso sobre a omissão da sentença quanto ao pagamento de honorários advocatícios à Defensoria Pública e a decisão de que a tese já havia sido examinada no acórdão embargado. Dois recursos sobre a condenação do Município com responsabilidade subsidiária e a decisão reforçando que a responsabilidade é solidária entre os entes federados. Um recurso para que seja rediscutida a matéria e a decisão de que não cabe o recurso de embargos à declaração para rediscussão.

Tabela 10

Recursos da parte autora	Decisão	Quantidade
Parecer do DMJ contraria diagnóstico	Não cabe Recurso Especial para reexame de prova	1
Fornecimento de medicamento sem eficácia comprovada (<i>Off Label</i>)	Estado não é obrigado a fornecer medicamento de eficácia não comprovada	2
Omissão quanto à condenação do Estado ao pagamento de honorários à Defensoria Pública	Tese já havia sido examinada no acórdão embargado	1
Condenação subsidiária do Município	Responsabilidade solidária	2
Rediscussão de matéria	Descabe embargos de declaração para questões já apreciadas	1
Total		7

Fonte: Da autora (2019)

Observa-se, conforme Tabela 11, que oito recursos foram interpostos pela parte autora e o Estado na mesma ocasião. Um processo em que a parte autora requereu apenas a condenação subsidiária do Município e o Estado requereu a

suspensão do processo em razão do julgamento do Tema 106, bem como alegou sobre o fornecimento de medicamento não dispensado pelo SUS e medicação sem eficácia comprovada. A decisão de tal recurso foi de que a responsabilidade é solidária, que não cabe pedido para a suspensão, o Estado deve fornecer medicamento não dispensado pelo SUS, porém, não é obrigado a fornecer medicamento de eficácia não comprovada. Dois recursos para autora requerer a responsabilidade solidária dos entes e Estado requerer que o medicamento postulado não é de sua competência, TJ/RS decidiu que a responsabilidade é solidária. Um recurso em razão da condenação subsidiária do Município e fornecimento de medicamento não dispensado pelo SUS, a respectiva decisão é de que a responsabilidade é solidária e Estado não é obrigado a fornecer medicação não constante na lista do SUS já que o atestado acostado nos autos não faz referência à tentativa de utilização de medicamentos disponíveis no SUS. Um recurso para requerer a condenação solidária do Município e alegação do Estado de cerceamento de defesa, a respectiva decisão é de que a responsabilidade é solidária e afastamento da preliminar de cerceamento de defesa. Um recurso da parte autora para requerer o fornecimento do medicamento pelo nome comercial e Estado para requerer a suspensão do processo em razão do julgamento do Tema 106, o fornecimento de medicamento não dispensado pelo SUS, de medicamento sem eficácia comprovada e medicamento postulado não é de sua competência. A decisão foi de que os entes federados apenas podem fornecer medicamentos pela Denominação Comum Brasileira, suspensão negada, obrigação em fornecer o medicamento não é dispensado pelo SUS, laudo médico da autora prevalece sobre laudos genéricos, portanto é obrigado a fornecer medicamento sem eficácia comprovada e aqueles que não são de sua competência. Os dois últimos recursos foram prejudicados a sua análise, pois em um houve a redistribuição dos autos ao Juízo Comum em razão do valor da causa, e no outro a sentença foi desconstituída de ofício, pois ausente a citação do Município.

Tabela 11

Recursos da parte autora e Estado (RS)	Decisão	Quantidade
Parte autora – condenação subsidiária do Município Estado – suspensão do processo – Tema 106; fornecimento de	Parte autora – responsabilidade solidária Estado – suspensão do processo negada; fornecimento de medicamento não dispensado	1

medicamento não dispensado pelo SUS; fornecimento de medicamento sem eficácia comprovada (<i>Off Label</i>)	pelo SUS; Estado não é obrigado a fornecer medicamento de eficácia não comprovada	
Parte autora – condenação subsidiária do Município Estado – medicamento postulado não é de sua competência	Parte autora – responsabilidade solidária Estado – responsabilidade solidária	2
Parte autora – condenação subsidiária do Município Estado - fornecimento de medicamento não dispensado pelo SUS	Parte autora – responsabilidade solidária Estado – atestado médico não faz referência à tentativa de utilização de medicamentos disponíveis no SUS, portanto Estado não é obrigado a fornecer a medicação não constante na lista do SUS	1
Parte autora – condenação subsidiária do Município Estado – cerceamento de defesa	Parte autora – responsabilidade solidária Estado – preliminar afastada	1
Parte autora – aquisição de medicamento pelo nome comercial Estado – suspensão do processo – Tema 106; fornecimento de medicamento não dispensado pelo SUS; fornecimento de medicamento sem eficácia comprovada (<i>Off Label</i>); medicamento postulado não é de sua competência	Parte autora – entes federados apenas podem fornecer medicamentos pela DCB Estado – suspensão do processo negada; direito à vida, dignidade e saúde prevalecem sob o argumento de que o medicamento não é dispensado pelo SUS; laudo médico acostado pela autora deve prevalecer sobre laudos genéricos; responsabilidade solidária	1
Declínio de competência de ofício em razão do valor da causa	Redistribuição ao Juízo Comum	1
Ausência de citação do Município	Sentença desconstituída de ofício	1
Total		8

Fonte: Da autora (2019)

Por fim, a Tabela 12 demonstra que cinco processos foram remetidos ao segundo grau de jurisdição através da remessa necessária. Em dois processos suas sentenças foram parcialmente reformadas, pois afastada a necessidade de apresentar exames periódicos pela parte autora. Dois processos em que a remessa necessária

não foi conhecida, pois o valor anual do medicamento não alcança o valor mínimo para o processo ser submetido à remessa necessária. Um processo teve sua sentença confirmada, pois a necessidade de utilização do medicamento foi comprovada nos autos.

Tabela 12

Remessa Necessária	Decisão	Quantidade
Sentença parcialmente reformada	Necessidade afastada de apresentar exames periódicos pela parte autora	2
Remessa necessária não conhecida	Valor anual do medicamento pleiteado não alcança o valor mínimo para o processo ser submetido à remessa necessária	2
Sentença confirmada	Necessidade do medicamento comprovada nos autos	1
Total		5

Fonte: Da autora (2019)

Dessa forma, os dados coletados revelam a importância de pesquisar sobre as decisões dos processos de fornecimento de medicamentos, pois é possível identificar a convergência entre as decisões de primeiro grau e aquelas proferidas no segundo grau de jurisdição, bem como constatar os sujeitos, recursos utilizados e seus julgamentos.

4.3 Análise dos julgados do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul referente às ações de fornecimento de medicamentos no ano de 2018

Observa-se na Tabela 1 que trinta e quatro ações (61%) não indicam a cidade a qual a parte autora residia no momento da ação. No entanto, 20% residia (residem) na cidade de Encantado, sendo a cidade com maior número de habitantes em relação às demais, com população estimada de aproximadamente vinte e duas mil pessoas, conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2017). A cidade de Muçum representa 7% das ações, seguido de Roca Sales com 3% e as demais cidades (Anta Gorda, Doutor Ricardo, Relvado e Vespasiano Correa) representam 1,8% dos julgados pesquisados.

A parte autora está representada pela Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul em 60% das ações, portanto, são pessoas hipossuficientes que

buscam viabilizar o acesso ao fornecimento de medicamentos através da via judicial. A representação por advogado particular traduz 40% das demandas.

Enquanto polo passivo, o Estado do Rio Grande do Sul é réu em 61% dos julgados. Juntamente com o Município soma-se 36%. Por fim, 1,8% representa que a demanda foi judicializada apenas contra o Município. Conclui-se que os representantes da parte autora entendem que é o Estado, sozinho, o responsável pelo fornecimento de medicamentos. Ainda, como visto, são municípios com pouca população, ou seja, é possível presumir que haja convivência entre os requerentes e seus procuradores com os agentes públicos, podendo haver certo constrangimento ao ajuizar a demanda em face do município. Portanto, para evitar maiores conflitos, se dá preferência que apenas o Estado seja demandado para o fornecimento do medicamento pleiteado.

Da mesma forma, o Estado, ente federado réu na maioria das ações, recorreu da decisão de primeiro grau em 56% das decisões. Juntamente com a parte autora recorreram em 14%. A parte autora representa 12%. A remessa necessária traduz 9% dos julgados. O Estado e Município recorreram da decisão em 3%. Igualmente, o Município recorreu em 3% das decisões.

A Tabela 5 demonstra os recursos interpostos para atacar a decisão. O Recurso Inominado foi o recurso mais utilizado representando 60% das ações. Seguido da apelação com 20%; da remessa necessária com 9%; dos embargos de declaração com 5%; dos recursos especial ou extraordinário com 3%; e, por fim, do agravo de instrumento com 1,8%. Observa-se, então, que as ações foram protocoladas no Juizado Especial da Fazenda Pública (JEFP). Portanto, são demandas com o valor da ação de até sessenta salários mínimos, ou seja, R\$ 59.880,00 (cinquenta e nove mil e oitocentos e oitenta reais), sendo o custo da medicação em média até quase cinco mil reais.

Quanto à decisão do recurso, 56% dos julgados tiveram seu recurso não provido, ou seja, o TJ/RS decidiu por manter a sentença do *juízo a quo*. Sendo apenas 10% com provimento; 9% com parcial provimento; 7% dos recursos restaram prejudicados; 5% foi provido o recurso da parte autora e não provido o recurso do réu; 1,8% foi provido o recurso da parte autora e provido parcialmente o recurso do réu. Portanto, é possível concluir que as decisões de 1º grau foram proferidas de acordo com o entendimento jurisprudencial do TJ/RS, já que grande parte dos recursos não foram providos, preferindo a manutenção de tais decisões.

Por sua vez, a Tabela 7 demonstra as teses alegadas pelo Estado para desconstituir a sentença e a respectiva decisão do TJ/RS, ao todo foram interpostos trinta e um recursos.

A tese de cerceamento de defesa foi utilizada em 32% dos recursos, sendo afastada em 25% e acolhida em 6%. O afastamento da preliminar ocorreu, pois se entendeu que os laudos médicos acostados eram suficientes em provar a moléstia da parte autora e a utilização do fármaco. Quando do acolhimento, não foi apreciado pelo juízo da origem o pedido na contestação para remeter os autos ao Departamento Médico Judiciário (DMJ) para que os peritos manifestassem acerca do tratamento, da possibilidade de substituição por alternativa do SUS e por genéricos.

O argumento de que o medicamento postulado não é fornecido pelo SUS foi alegado em 32% dos recursos, contudo, em 29% das decisões, o Estado deve fornecer o medicamento. Em 3% dos julgados, o recurso adequado para discussão da tal questão não é embargos de declaração. Mesmo quando não consta nas listas oficiais do SUS o medicamento deve ser fornecido, bem como, quando os atestados médicos acostados aos autos demonstram a necessidade de utilizar a medicação. Nas decisões também é feita referência aos três requisitos do Tema 106: comprovação por meio do laudo médico da imprescritibilidade ou necessidade do medicamento e da ineficácia dos fármacos fornecidos pelo SUS para o tratamento do paciente; hipossuficiência para arcar com o custo do medicamento prescrito; e registro do medicamento na Anvisa.

Quanto à alegação pelo Estado de não ter competência para fornecer o fármaco postulado foi verificada em 32% dos recursos, sendo a decisão unânime (32%) prolatada de que a responsabilidade é solidária entre os entes federados (União, Estados, Distrito Federal e Município), conforme Constituição Federal e Supremo Tribunal Federal, que em sede de repercussão geral (RE 855178 RG) entendeu que o polo passivo pode ser composto por quaisquer dos entes, de forma isolada ou conjunta.

A questão sobre a substituição do fármaco por outro integrante na lista do SUS foi arguida em 22% dos recursos. A decisão de que não cabe a substituição foi proferida em 19% das ações, entendeu-se que deve prevalecer o medicamento prescrito pelo médico. Porém, em 3% foi afirmado que cabe a substituição, uma vez que o atestado médico autoriza a utilização de fármaco genérico.

Outro argumento utilizado pelo Estado, em 19% nos recursos, abrange o fornecimento de medicamentos pela Denominação Comum Brasileira (DCB) que,

conforme a Anvisa, é a denominação do fármaco ou do princípio ativo aprovada pelo órgão regulador. Porém, 12% dos acórdãos entendem que não é possível o fornecimento dessa forma, pois os atestados médicos comprovam a impossibilidade de utilização de medicamento genérico. E 6% dos julgados autorizam o fornecimento pela DCB, já que ausente a justificativa nos atestados médicos de prejuízo à saúde à parte autora se utilizado medicamento genérico.

A tese da suspensão do processo em face do julgamento do Tema 106 está presente em 22% dos recursos, mas as decisões, 19%, negaram a preliminar de suspensão pelo fato de já ter ocorrido o julgamento ou pelo fato de não caber embargos de declaração para análise da suspensão. Apenas um recurso, portanto, 3%, é que houve a suspensão do processo, pois julgamento ainda não havia ocorrido.

A alegação de escassez orçamentária, também chamada de Reserva do Possível, foi usada apenas uma vez, em 3% dos recursos. Da mesma forma, a decisão foi de que não houve a comprovação da falta de recursos financeiros em fornecer o medicamento.

Igualmente, em 3% das defesas, o Estado argumentou que a responsabilidade não é solidária, porém, como já visto anteriormente, o TJ/RS entende que, sim, a responsabilidade deve ser solidária entre os entes federados.

Primeiramente, para melhor compreensão, conforme o TJ/RS em seus julgados, medicamentos *Off Label* são aqueles em que não há indicação regulamentada para o uso pretendido, podendo acarretar riscos à saúde do paciente em razão da ausência de comprovação científica da sua eficácia. Assim, o assunto acerca do fornecimento de medicamentos nessas condições foi arguido em 12% dos recursos. Em 9% das decisões concluiu-se pela obrigação de distribuir o fármaco, pois foi recomendado pelo médico que assiste à parte autora e que conhece suas necessidades. Assim, os laudos generalizados juntados pelo réu não podem se sobrepor aos atestados médicos da autora. Em 3% concluem que o Estado não pode ser obrigado a proporcionar a medicação.

Quanto à alegação que a sentença foi proferida com posicionamento contrário ao Departamento Médico Judiciário (DMJ) e à Secretaria Estadual de Saúde verificada em 3% dos julgados, a decisão, 3%, concluiu que os documentos acostados nos autos mostram a necessidade médica do insumo.

Outra questão pertinente é sobre a parte autora ter condições financeiras de adquirir o insumo, presente em 6% dos acórdãos. A decisão é unânime (6%) no sentido de que a parte comprovou nos autos sua hipossuficiência.

O assunto sobre a afetação do processo pelo Tema 106 foi tema em 9% dos recursos. Da mesma forma, 9%, foi negado a afetação, pois os processos foram distribuídos antes da data do julgamento do Tema 106, sendo que apenas caberia se ajuizados após o julgamento, conforme a decisão do precedente.

A tese sobre a inexistência de requisitos para concessão de tutela de urgência, presente em 3% dos julgados, foi negada na mesma porcentagem, pois a tutela foi deferida pelo risco de dano irreparável ou de difícil reparação.

O argumento de que o medicamento deve ser obtido através do plano de saúde privado foi alegado em 3% das defesas, porém, igualmente, decidiu-se que a obrigação pelo fornecimento do medicamento é dos entes públicos.

A perda do objeto foi tema em 3% dos recursos, com decisão unânime (3%) entendeu-se que o fato da autora não fazer mais uso do fármaco não importa em extinção do processo, devendo ser julgado o mérito da ação.

Por fim, o declínio de competência em razão do valor da causa foi proferido de ofício em 6% dos julgados, com a respectiva decisão de redistribuição ao Juízo Comum.

A Tabela 8 demonstra as teses alegadas pelo Município ao recorrer e a respectiva decisão do TJ/RS. Nos dois recursos interpostos pelo ente público o argumento utilizado foi de que não cabe o fornecimento de medicamento não dispensado pelo SUS, porém, como acima descrito, o TJ/RS mantém o entendimento de que há obrigação em fornecer o fármaco, já que há comprovação nos autos de que a parte autora já fez uso de medicamentos disponibilizados pelo SUS que não surtiram efeito.

Quanto aos recursos do Estado e Município, o argumento alegado para a suspensão do processo pelo julgamento do Tema 106, presente em 100% dos recursos, foi negado em todas as decisões, pois já realizado o julgamento.

A tese sobre o fornecimento de medicamento não dispensado pelo SUS, em 100% dos julgados, igualmente foi desprovida, pois houve a comprovação dos requisitos do Tema 106.

Outro assunto presente em 50% dos acórdãos é sobre o fornecimento de medicamentos que não são de competência dos entes, porém, em todas as decisões, conforme entendimento do TJ/RS, prevalece que a responsabilidade é solidária.

Sobre os recursos da parte autora, é demonstrado que recorreu em sete ações. A tese sobre o parecer do DMJ que contraria diagnóstico, presente em 14% dos

recursos, foi interposta por meio de Recurso Especial, porém o TJ/RS entendeu que não cabe tal recurso para discussão de reexame de prova.

O tema acerca do fornecimento de medicamento *Off Label* foi arguido em 28% das defesas. Em todas as decisões foi concluído que o Estado não pode ser obrigado a distribuir a medicação de eficácia não comprovada.

A omissão quanto à condenação do Estado ao pagamento de honorários à Defensoria Pública, em 14% dos casos, o tribunal entendeu que a tese já havia sido examinada no acórdão embargado.

A sentença proferida que entendia a condenação subsidiária do Município, em 28% das ações, foi reformada, pois o entendimento é de que a responsabilidade é solidária entre os entes.

Por último, sobre rediscussão de matéria em embargos de declaração, 14% dos julgados, a tese foi decidida de forma que descabe embargos de declaração para questões já apreciadas

Em relação às teses arguidas pelo Estado e pela parte autora, tabela 11, é possível verificar que foram interpostos oito recursos. O argumento de que a responsabilidade não é subsidiária do Município, presente em 62% dos acórdãos, o TJ/RS manteve o posicionamento em todas as decisões (62%) de que a responsabilidade é solidária entre os entes.

A questão sobre a suspensão do processo em razão do julgamento do Tema 106, defendida em 25% dos recursos, foi negada em todas as decisões (25%).

Quanto ao fornecimento de medicamentos não dispensados pelo SUS, argumentado em 37% das ações, foi decidido, em 25% dos acórdãos, que o Estado deve fornecer tais medicamentos e, em 12%, que não deve fornecer, pois o atestado médico não faz referência à tentativa de utilização de medicamentos disponíveis no SUS.

Ainda sobre a tabela 11, o assunto sobre o fornecimento de medicamento *Off Label* foi apresentado em 25% das defesas. Em 12% das decisões conclui-se que o Estado não tem obrigação em fornecer, porém, igualmente em 12%, conclui-se pela obrigação, pois o laudo médico acostado pela autora deve prevalecer sobre os laudos genéricos.

A tese de que o medicamento postulado não é de competência estadual foi utilizada em 37% das ações. Porém, os acórdãos, na mesma porcentagem, decidiram que a responsabilidade é solidária entre os entes federados.

Aos próximos argumentos estavam presentes em 12% dos recursos e a respectiva decisão, igualmente em 12%. Quais sejam: cerceamento de defesa, em que a preliminar foi afastada; aquisição de medicamento pelo nome comercial, sendo o entendimento que os entes federados apenas podem fornecer medicamentos pela DCB; as demais decisões foram proferidas de ofício em razão do valor da causa ser superior ao permitido para o JEFP, sendo o processo redistribuído ao Juízo Comum, e pela ausência de citação do município, ocasião em que a sentença foi desconstituída.

A última tabela informa sobre as remessas necessárias, demonstra a decisão e a respectiva fundamentação. Ao todo cinco processos foram analisados na forma de remessa necessária.

Em 40% das ações, a sentença foi parcialmente reformada, uma vez que a necessidade de apresentar exames periodicamente pela parte autora foi afastada.

Também em 40% dos acórdãos, a remessa necessária não foi conhecida por entender que o valor anual do medicamento pleiteado não alcança o valor mínimo para o processo ser sujeito ao reexame.

Por último, em 20% das demandas a sentença de procedência foi confirmada, pois comprovado nos autos a necessidade da parte autora em utilizar o medicamento pleiteado.

Assim, é possível concluir que a tese mais utilizada entre as partes é sobre o fornecimento de medicamento não dispensado pelo SUS em dezesseis julgados. Em quinze acórdãos a decisão foi pelo fornecimento do fármaco, pois houve a comprovação dos requisitos do Tema 106 ou porque os atestados médicos juntados pelos autores comprovam o uso anterior de medicamentos disponibilizados pelo SUS que não surtiram efeito e indicam a necessidade da medicação prescrita. Em apenas uma decisão o entendimento foi que não há obrigação, pois o atestado médico não faz referência à tentativa de utilização de medicamentos disponíveis no SUS.

A segunda tese mais arguida, quatorze vezes, com decisão unânime foi sobre a incompetência em fornecer o medicamento postulado, a qual houve o entendimento de que há competência e a responsabilidade no fornecimento é solidária entre os entes públicos.

Acerca do fornecimento de medicamento *Off Label* foi outra tese marcante, pois houve divergência nos entendimentos. Em quatro decisões o TJ/RS decidiu que os entes são obrigados a fornecer, mesmo que sem eficácia comprovada, pois os atestados médicos comprovam a necessidade de utilização do fármaco, bem como os

laudos generalizados elaborados pela Secretaria Estadual de Saúde não podem se sobrepor ao atestado médico acostado nos autos pela autora. Em outras quatro decisões entenderam-se pela não obrigação dos entes.

Dessa forma, percebe-se que o julgamento pelo STJ do Tema 106 acerca da obrigatoriedade do poder público de fornecer medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS foi de suma importância, pois estabeleceu requisitos e tornou-se precedente nas decisões de forma a uniformizar a jurisprudência dos tribunais, já que o assunto principal do julgado é o tema mais recorrente dos acórdãos do TJ/RS.

Outro fator de destaque nas decisões foi a importância dos atestados médicos da parte autora, que devem prevalecer sobre os demais documentos acostados aos autos pelos réus.

Por fim, merece atenção a presença da Defensoria Pública Estadual demonstrando a hipossuficiência dos requerentes, bem como o fato do Estado apenas ser o polo passivo na maioria das demandas, prevalecendo o entendimento dos demandantes de que ele é o responsável pela distribuição dos medicamentos pleiteados. Consequentemente, é o ente público que mais recorreu das decisões, utilizando-se do Recurso Inominado indicando que é no JEFP a maior concentração de processos que envolvem o fornecimento de medicamentos. Porém, a taxa de recursos não providos é alta, ou seja, mantem-se as decisões proferidas pelos juízes na comarca de origem.

5 CONCLUSÃO

A Constituição Federal de 1988 foi a primeira a integrar os direitos sociais, como o direito à saúde, no rol de direitos fundamentais, bem como conectá-los ao princípio da dignidade da pessoa humana. Além disso, são direitos imutáveis que apenas podem ser alterados através de Emendas à Constituição.

O direito à saúde é de responsabilidade solidária entre os entes federados (União, Estados e Municípios) quando se trata sobre legislar sobre proteção e defesa da saúde. Ainda, faz ligação ao estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças.

A presente monografia objetivou analisar as decisões dos julgados do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul referente ao fornecimento de medicamentos durante o ano de 2018 na comarca de Encantado/RS, a qual contempla, além de Encantado, os municípios de Anta Gorda, Doutor Ricardo, Muçum, Relvado, Roca Sales e Vespasiano Correa.

O capítulo inicial abordou o direito à saúde no Brasil, com destaque aos direitos fundamentais sociais, evolução histórica, previsão constitucional e os princípios da reserva do possível e mínimo existencial.

Dessa forma, constatou-se que os direitos sociais exigem ações por parte do Estado para a sua garantia e implementação através das políticas públicas e ao mesmo tempo são direitos que protegem o indivíduo das intervenções estatais e particulares.

A Constituição Federal de 1988, comparada com as anteriores, criou um rol de direitos fundamentais, de direitos individuais e difusos, e impôs deveres. Preocupou-se com o direito à saúde e o seu acesso, para tanto, criou o Sistema Único de Saúde (SUS), que caracterizou a saúde como direito universal e igualitário. Além disso,

positivou a saúde como direito de todos e dever do Estado que deve ser assegurado por políticas públicas.

Ao tratar sobre a reserva do possível, verificou-se que a efetivação do direito à saúde depende de recursos públicos e que a alegação da insuficiência destes não deve ser feita de forma generalizada, devendo o ente federado provar a real falta de recursos financeiros, conforme precedente da ADPF nº 45. Portanto, o referido princípio mostra que o direito à saúde deve prevalecer sobre os interesses do Estado. Enquanto, o mínimo existencial e a dignidade da pessoa humana devem ser interpretados juntos e baseados no caso concreto de cada ação judicial.

O segundo capítulo discorreu sobre as políticas públicas de saúde, descrevendo a evolução, a Política Nacional de Medicamentos e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, o Sistema Único de Saúde, as Conferências Nacionais de Saúde e os Conselhos de Saúde, e breve análise acerca do Tema 106.

As primeiras políticas públicas de saúde eram voltadas às campanhas de vacinação, apenas. O Movimento Sanitarista, na década de 70, buscou mudanças na área da saúde, e principalmente, o reconhecimento da saúde como direito, mas, após a promulgação da Constituição Federal de 1988 houve a criação das principais políticas públicas, como a Política Nacional de Medicamentos e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

Essas políticas públicas de saúde são ações que visam o acesso aos medicamentos e insumos terapêuticos. Devem ser pautadas pelos princípios da universalidade e equidade, com o objetivo de prestar assistência aos cidadãos de forma ininterrupta.

Em relação ao SUS, sua criação foi um marco para a concretização do direito à saúde no Brasil, visto suas características de universalidade, gratuidade e igualdade. É um dos maiores sistemas de saúde mundial e presta apoio desde a assistência básica até tratamentos complexos e emergenciais. Seu funcionamento e organização estão previstos na Constituição Federal e na Lei Orgânica de Saúde, que definem seus princípios e diretrizes. O financiamento é feito com recursos públicos dos entes federados, arrecadados através dos impostos e contribuições sociais.

Outra vez a Constituição Federal inovou e incorporou os Conselhos de Saúde que devem ser entendidos como formas de participação da comunidade nos planos de gestão das políticas públicas. As Conferências Nacionais de Saúde também são meios de participação popular juntamente com o Poder Executivo quando se trata de criação das políticas públicas.

O julgamento do Tema 106, proferido pelo STJ quando da análise do Recurso Especial 1.615.156/RJ, definiu três requisitos para a concessão de medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS, os quais devem estar presentes de forma cumulativa. Portanto, reconheceu que o direito à saúde e à assistência farmacêutica prevalecem mesmo com a imposição de limites pelas listas oficiais de medicamentos criadas pelos entes públicos. Ainda, o julgamento proferido unificou o entendimento da matéria e deve servir de precedente pelos tribunais.

O terceiro capítulo analisou os julgados do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul referente às ações de fornecimento de medicamentos no ano de 2018 na Comarca de Encantado/RS. Durante a pesquisa, foram observados os seguintes objetos: a cidade do autor da ação; quem realizou a defesa da parte autora; os sujeitos do polo passivos; os sujeitos que recorreram da decisão de 1º grau; o tipo de recurso interposto; as decisões quanto à interposição do recurso; a motivação dos recursos interpostos e a respectiva decisão proferida pelo TJ/RS; e a motivação da remessa necessária e a respectiva decisão proferida pelo TJ/RS.

A pesquisa se deu no ambiente virtual do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, no campo de pesquisa de jurisprudência utilizando-se a expressão “medicamentos” e com auxílio dos filtros da comarca de origem de Encantado e a data de julgamento, entre o primeiro e o último dia de 2018.

Verificou-se que na maioria das ações não havia a informação sobre a cidade a qual o autor da ação residia no momento do ajuizamento. Além disso, os requerentes, em grande parte, são representados pela Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul, demonstrando, portanto, a hipossuficiência financeira destes em adquirir os medicamentos.

Também se constatou que o Estado do Rio Grande do Sul está presente no polo passivo em grande parte das demandas. Dessa forma, presume-se que há o entendimento de que o Estado, apenas, deve ser o responsável pelo fornecimento dos medicamentos. Consequentemente, é o sujeito que mais recorreu das decisões de 1º grau.

Quanto aos recursos interpostos, verificou-se que a maioria destes são recursos inominados. Porém, também em sua maioria, a decisão proferida negou provimento. Observa-se, então, que as ações, em grande número, foram ajuizadas perante o Juizado Especial da Fazenda Pública (JEFP), assim, são demandas com valor da causa limitado até sessenta salários mínimos. Dessa forma, ficou evidenciado que as decisões de 1º grau foram mantidas.

As decisões sobre remessa necessária foram proferidas de maneira a reformar a sentença, por entender que não há necessidade de apresentação periódica dos exames, e de não conhecer a remessa necessária, uma vez que o valor anual do medicamento não alcança o valor mínimo para o reexame.

Além disso, foi possível observar a unanimidade no entendimento do tribunal sobre a responsabilidade solidária entre os entes públicos quanto ao fornecimento de medicamentos diante da tese sobre incompetência em fornecer o fármaco postulado.

Também se verificou a importância que os atestados médicos têm nas decisões proferidas, em que há o entendimento de que eles prevalecem sobre os demais documentos juntados aos autos.

Ainda, constatou-se que a tese de defesa mais utilizada é a alegação de fornecimento de medicamento não dispensado pelo SUS. Entretanto, essa argumentação não foi acolhida pelo TJ/RS por entender que houve a comprovação dos requisitos do Tema 106 e que os atestados médicos acostados aos autos pelos requerentes comprovam a necessidade de utilizar a medicação prescrita, bem como o uso anterior de medicamentos disponibilizados pelo SUS que não surtiram efeito. Dessa forma, percebe-se a importância do julgamento do Tema 106, que estabeleceu requisitos e tornou-se precedente pelo TJ/RS, visto que sua matéria foi recorrente nos acórdãos.

Por fim, verifica-se a importância de analisar os julgados referentes ao fornecimento de medicamentos para demonstrar os entendimentos jurisprudenciais do TJ/RS nas principais teses alegadas pelas partes processuais, bem como as peculiaridades das demandas. A pesquisa é relevante para que ocorra a diminuição da judicialização, uma vez que, conforme discutido, as alegações mais recorrentes já estão pacificadas nos tribunais, inclusive nos tribunais superiores, e dessa forma, os recursos, em sua maioria, não são providos, acarretando em aumento de número de processos, já que as decisões proferidas no juízo *a quo* são mantidas, pois, estão em acordo com a jurisprudência atual.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, José Júlio Gonçalves de. A reserva do possível no âmbito da saúde. **Rev. Ibirapuera**. São Paulo, n. 17, p. 29-37, Jan/Jun 2019.

ANDRADE, Liliane Lopes et al. As Conferências Nacionais de Saúde, após a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 7, n. 1, p. 263-279, 2013.

ANTUNES, Ruy Barbedo. Direitos Fundamentais e Direitos Humanos: a questão relacional. **Rev. Esc. Direito**, Pelotas, v. 6, n. 1, p. 331-356, jan./dez., 2005.

ASENSI, Felipe Dutra. Judicialização ou juridicização? As instituições jurídicas e suas estratégias na saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, p. 33-55, 2010.

BAHIA, Claudio José Amaral; ABUJAMRA, Ana Carolina Peduti. A Justiciabilidade do direito fundamental à saúde: Concretização do princípio constitucional da dignidade da pessoa humana. **Revista Argumentum-Argumentum Journal of Law**, v. 10, p. 295-318, 2019.

BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. Disponível em: <<https://bd.tjmg.jus.br/jspui/bitstream/tjmg/516/1/D3v1882009.pdf>> Acesso em: 21 set. 2019.

BERMUDEZ; Jorge A. Z.; OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; LUIZA, Vera Lucia. Assistência Farmacêutica. In: GIOVANELLA, Lúcia. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. ver. e ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

BRASIL. **Anvisa**. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/denominacao-comum-brasileira>> Acesso em: 04 out. 2019.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/encantado/panorama>> Acesso em: 04 out. 2019.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em: 06 mai. 2019.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 28 dez. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 03 set. 2019.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 03 set. 2019.

BRASIL. Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, 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”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12466.htm> Acesso em: 12 out. 2019.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/16cns/apresentacao.html>> Acesso em: 20 set. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Pactos pela Saúde**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/webpacto/index.htm#targetText=O%20Pacto%20pela%20Sa%C3%BAde%20%C3%A9,do%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde.>> Acesso em: 13 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf> Acesso em: 06. maio.2019

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/protocolos-e-diretrizes>> Acesso em: 13 out. 2019.

BRASIL. Senado Federal. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/noticias/especiais/constituicao25anos/historia-das-constituicoes.htm>> Acesso em: 29 abr. 2019

BRASIL. Senado Federal. Agência Senado. Promulgada Emenda Constitucional do Teto de Gastos Públicos. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2016/12/15/promulgada-emenda-constitucional-do-teto-de-gastos>> Acesso em: 03 out. de 2019.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 1.657.156 RJ. Primeira Seção. Relator: Min. Benedito Gonçalves, Julgado em 25.04.2018. Disponível em:

<<https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/574252474/recurso-especial-resp1657156-rj-2017-0025629-7/inteiro-teor-574252509>>. Acesso em: 15 set. 2019.

BRASIL. **Supremo Tribunal Federal**. Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 45. Agravante: Partido da Social Democracia Brasileira. Agravado: Presidente da República. Relator: Ministro Celso de Mello. Brasília: 29/04/2004. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo345.htm>> Acesso em: 12 out. 2019.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_de_Saude_no_Brasil_Ines_Bravo.pdf>. Acesso em 09 set. 2019.

BUCCI, Maria P. D.; DUARTE, Clarice S. **Judicialização da Saúde: a visão do Poder Executivo**. São Paulo: Editora Saraiva, 2017.

BUCCI, Maria Paula Dallari. Contribuição para a redução da judicialização da saúde: uma estratégia jurídico-institucional baseada na abordagem de direito e políticas públicas. **Judicialização da saúde: a visão do poder executivo**, São Paulo, 2017.

BUSS, Paulo Marchiori; CARVALHO, Antonio Ivo de. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 2305-2316, 2009.

CANOTILHO, J. J. Gomes. Direitos fundamentais sociais / coordenação J. J. Gomes Canotilho, Marcus Orione Gonçalves Correia, Érica Paula Barcha Correia. – 2. ed. – São Paulo: Saraiva, 2015.

CARNEIRO, Ana Paula Custódio; BARBOSA, Andreia Alcântara; JÚNIOR, Sérgio Zagarino. A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: Breve exposição das causas, desafios e conquistas desse fenômeno no Brasil. **Unisanta Law and Social Science**, v. 7, n. 3, p. 501-522, 2019.

CARVALHO, Victor de Aguiar. **A política pública na caneta do médico**. Jota, 2018. Disponível em: <<https://www.jota.info/opiniao-e-analise/artigos/a-politica-publica-na-canetado-medico-18052018>>. Acesso em: 15 set. 2019.

CHEMIM, Beatris F. **Manual da Univates para trabalhos acadêmicos: planejamento, elaboração e apresentação**. 3. Ed. Lajeado, Univates, 2015.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1121-1138, 2011.

COSTA, Laila Talita da Conceição; MÉLLO, Lívia; NOGUEIRA, Priscila Tamar Alves. Desenvolvimento do capitalismo no Brasil e as tendências da política de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 27, p. 1094-1104, 2018.

DA COSTA, Thiago Mesquita; SIQUEIRA, Natercia Sampaio. Uma análise da judicialização do direito à saúde: limites para a atuação dos juízes no fornecimento de medicamentos. **Publica Direito**, 2013. Disponível em:

<<http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=ebd58b8a3f1d72f4>> Acesso em: 23 ago. 2019.

DE ASSIS SILVA, Michelle Emanuella. Direito à saúde: evolução histórica, atuação estatal e aplicação da teoria de Karl Popper. **Reju - Revista Jurídica**, v. 3, n. 2, p. 145-165, 2016.

DIEHL, Eliana Elisabeth; SANTOS, Rosana Isabel dos; SCHAEFER, Simone da Cruz. **Assistência Farmacêutica no Brasil-Política, Gestão e Clínica** Vol. IV. 2016.

DOURADO, Daniel. **Critérios definidos pelo STJ trazem pouco avanço na judicialização da saúde**. Revista Consultor Jurídico, 2018. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2018-mai-03/daniel-dourado-tese-stj-avanca-judicializacao-saude>> Acesso em: 15 set. 2019.

ESCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, Lígia. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. ver. e ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

ESCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antonio. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimento populista. In: GIOVANELLA, Lígia. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. ver. e ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

FERREIRA, Michelyne Antônia Leôncio; MOURA, AAG de. Evolução da Política de Recursos Humanos a partir da análise das Conferências Nacionais de Saúde (CNS). **Monografia de conclusão do curso de Especialização em Gestão e Política de Recursos Humanos para o SUS. CPqAM-FIOCRUZ, Recife**, 2006.

FLEURY, Sonia; OUVÉNEY, Assis M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, Lígia. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. ver. e ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

GANDINI, João Agnaldo Donizeti; BARIONE, Samantha Ferreira; SOUZA, André Evangelista de. A judicialização do direito à saúde: a obtenção de atendimento médico, medicamentos e insumos terapêuticos por via judicial: critérios e experiências. **Brasília: BDJur**, 2008.

GERSCHMAN, Sílvia. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 1670-1681, 2004.

GUIZARDI, Francini Lube et al. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, p. 15-39, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0103-73312004000100003&script=sci_arttext&tlng=pt> Acesso em: 19 set. 2019.

JÚNIOR, Aylton Paulus; JÚNIOR, Luiz Cordoni. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde, Londrina**, v. 8, n. 1, p. 13-19, 2006.

LACERDA, Josimari T. de; VEBER, Ana Paula; COLUSSI, Claudia F.; BARRETO, Joslene L.; Calvo, Maria Cristina M. Planejamento em saúde. In: LEITE, Silvana Nair et al. **Gestão da Assistência Farmacêutica**. Florianópolis: EdUFSC, 2016.

LEITE, Silvana Nair; GUIMARÃES, Maria do Carmo Lessa; ROVER, Mariana R. M.; MENDES, Samara Jamile. Gestão da Assistência Farmacêutica. In: LEITE, Silvana Nair et al. **Gestão da Assistência Farmacêutica**. Florianópolis: EdUFSC, 2016.

LEMOS, Maitê Damé Teixeira; MASS, Rosana Helena. A concretização dos direitos fundamentais sociais através do controle jurisdicional das políticas públicas na ordem interna e internacional. UNISC – Universidade de Santa Cruz do Sul. Santa Cruz do Sul, 2012.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígia. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, Lígia. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. ver. e ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

MACHADO, Cristiani Vieira; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; NOGUEIRA, Carolina de Oliveira. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 521-532, 2011.

MACHADO, Cristiani Vieira; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; LIMA, Luciana Dias de. O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2367-2382, 2010.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, 2017.

MÂNICA, Fernando Borges. **Teoria da reserva do possível: direitos fundamentais a prestações e a intervenção do Poder Judiciário na implementação de políticas públicas**. Direito, v. 1, n. 8, 2015.

MAPELLI JÚNIOR, Reynaldo. **Judicialização da saúde: regime jurídico do SUS e intervenção na administração pública**. 1. Ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

MARQUES, S. B; DALLARI, S. G. A garantia do direito à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 101-107, 2007.

MARQUES, S.B. Judicialização do Direito à Saúde. **Revista de Direito Sanitário**. São Paulo, v. 9, n.2, p. 65-72, 2008.

MERCADANTE, Otávio Azevedo et al. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MOREIRA, Marcelo Rasga; ESCOREL, Sarah. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 795-806, 2009.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde-SUS. In: GIOVANELLA, Lígia. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. ver. e ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **SUS: o desafio de ser único**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2012.

PIOVESAN, Flávia. **Justiciabilidade dos direitos sociais e econômicos**: desafios e perspectivas. In: CANOTILHO, José Joaquim Gomes; CORREIA, Érica Paula Barcha; CORREIA, Marcus Orione Gonçalves. **Direitos fundamentais sociais**. 2 ed. Saraiva, 2015.

PIOVESAN, Flávia; CARVALHO, Patrícia Luciane de. Políticas para a implementação do direito ao acesso a medicamentos no Brasil. *NEJ* - Vol. 13 - n. 2 - p. 39-59 / jul-dez 2008.

PINHO, Rodrigo César Rebell. **Direito constitucional: teoria geral da constituição e direitos fundamentais**. 17. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2019.

RIBEIRO, Weslley Carlos; JULIO, Renata Siqueira. Direito e sistemas públicos de saúde nas constituições brasileiras. **Novos Estudos Jurídicos**, v. 15, n. 3, p. 447-460, 2011.

RICARDI, Luciani Martins; SHIMIZU, Helena Eri; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. As Conferências Nacionais de Saúde e o processo de planejamento do Ministério da Saúde. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 155-170, 2017.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Desenvolvimento Econômico e Turismo. Encantado. Disponível em: <<https://www.turismo.rs.gov.br/cidade/111/encantado>> Acesso em: 30 out. 2019.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Comarcas e Municípios jurisdicionados. Disponível em: <http://www.tjrs.jus.br/site/poder_judiciario/comarcas/comarcas_e_municipios_jurisdicionados/> Acesso em: 30 out. 2019

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Recurso Cível nº 71007773427, da 3ª Turma Recursal da Fazenda Pública. Relator: José Ricardo Coutinho Silva. Porto Alegre, 18 dez. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Recurso Especial e ou Extraordinário nº 70079253688, Primeira Vice-Presidência. Relatora: Maria Isabel de Azevedo Souza. Porto Alegre, 15 dez. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Recurso Cível nº 71008024010, 2ª Turma Recursal da Fazenda Pública. Relator: José Luiz John dos Santos. Porto Alegre, 14 dez. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Recurso Cível nº 71008168783, 2ª Turma Recursal da Fazenda Pública. Relator: José Luiz John dos Santos. Porto Alegre, 14 dez. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Reexame Necessário nº 70069364768, 3ª Câmara Cível. Relator: Jerson Moacir Gubert. Porto Alegre, 30 nov. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Reexame Necessário nº 70069683639, 3ª Câmara Cível. Relator: Jerson Moacir Gubert. Porto Alegre, 30 nov. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Recurso Cível nº 71008024119, Turma Recursal da Fazenda Pública. Relatora: Thais Coutinho de Oliveira. Porto Alegre, 29 nov. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Recurso Cível nº 71007475189, Turma Recursal da Fazenda Pública. Relator: Volnei dos Santos Coelho. Porto Alegre, 29 nov. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Recurso Cível nº 71008143547, Turma Recursal da Fazenda Pública. Relator: José Pedro de Oliveira Eckert. Porto Alegre, 29 nov. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Recurso Cível nº 71007374499, 3ª Turma Recursal da Fazenda Pública. Relatora: Laura de Borba Maciel Fleck. Porto Alegre, 22 nov. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Recurso Cível nº 71008045833, 3ª Turma Recursal da Fazenda Pública. Relator: Alan Tadeu Soares Delabary Junior. Porto Alegre, 22 nov. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Recurso Cível nº 71008044414, Turma Recursal da Fazenda Pública. Relator: José Pedro de Oliveira Eckert. Porto Alegre, 29 out. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Recurso Cível nº 71007913437, Turma Recursal da Fazenda Pública. Relatora: Thais Coutinho de Oliveira. Porto Alegre, 29 out. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Recurso Cível nº 71007691314, 3ª Turma Recursal da Fazenda Pública. Relator: José Ricardo Coutinho Silva. Porto Alegre, 25 out. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Recurso Cível nº 71007641533, 3ª Turma Recursal da Fazenda Pública. Relator: José Ricardo Coutinho Silva. Porto Alegre, 25 out. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Recurso Cível nº 71007913817, 2ª Turma Recursal da Fazenda Pública. Relatora: Rosane Ramos de Oliveira Michels. Porto Alegre, 24 out. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 70078881042, 22ª Câmara Cível. Relator: Luiz Felipe Silveira Difini. Porto Alegre, 18 out. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Recurso Cível nº 71007250996, Turma Recursal da Fazenda Pública. Relator: Volnei dos Santos Coelho. Porto Alegre, 27 set. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Recurso Cível nº 71007408446, Turma Recursal da Fazenda Pública. Relator: Volnei dos Santos Coelho. Porto Alegre, 27 set. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Recurso Cível nº 71007925175, Turma Recursal da Fazenda Pública. Relator: José Pedro de Oliveira Eckert. Porto Alegre, 27 set. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Recurso Cível nº 71007482847, Turma Recursal da Fazenda Pública. Relatora: Thais Coutinho de Oliveira. Porto Alegre, 27 set. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Recurso Cível nº 71007209695, Turma Recursal da Fazenda Pública. Relator: Volnei dos Santos Coelho. Porto Alegre, 27 set. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Recurso Cível nº 71007294077, 2ª Turma Recursal da Fazenda Pública. Relatora: Rosane Ramos de Oliveira Michels. Porto Alegre, 26 set. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Recurso Cível, nº 71007209588, 2ª Turma Recursal da Fazenda Pública. Relatora: Rosane Ramos de Oliveira Michels. Porto Alegre, 26 set. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Recurso Cível nº 71007996473, 2ª Turma Recursal da Fazenda Pública. Relatora: Fabiane da Silva Mocellin. Porto Alegre, 26 set. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Recurso Cível nº 71007442387, 2ª Turma Recursal da Fazenda Pública. Relatora: Rosane Ramos de Oliveira Michels. Porto Alegre, 26 set. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 70077601193, 1ª Vice-Presidência. Relatora: Maria Isabel de Azevedo Souza, Redator: Almir Porto da Rocha Filho. Porto Alegre, 24 set. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Reexame Necessário nº 70078447364, 2ª Câmara Cível. Relatora: Laura Louzada Jaccottet. Porto Alegre, 5 set. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Recurso Cível nº 71007473788, 2ª Turma Recursal da Fazenda Pública. Relatora: Luciane Marcon Tomazelli. Porto Alegre, 29 ago. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Recurso Cível nº 71007691306, Turma Recursal da Fazenda Pública. Relatora: Thais Coutinho de Oliveira. Porto Alegre, 30 jul. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação e Reexame Necessário nº 70065325789, 3ª Câmara Cível. Relator: Jerson Moacir Gubert. Porto Alegre, 26 jul. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Recurso Cível nº 71007354046, 2ª Turma Recursal da Fazenda Pública. Relatora: Rosane Ramos de Oliveira Michels. Porto Alegre, 25 jul. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Embargos de Declaração nº 70078012366, 4ª Câmara Cível. Relator: Eduardo Uhlein. Porto Alegre, 25 jul. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Recurso Cível nº 71007712169, 2ª Turma Recursal da Fazenda Pública. Relator: Mauro Caum Gonçalves. Porto Alegre, 25 jul. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Recurso Cível nº 71007342314, Turma Recursal da Fazenda Pública. Relatora: Ana Lúcia Haertel Miglioranza. Porto Alegre, 28 jun. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 70075554295, 8ª Câmara Cível. Relator: Ricardo Moreira Lins Pastl. Porto Alegre, 28 jun. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Recurso Cível nº 71007605116, Turma Recursal da Fazenda Pública. Relatora: Thais Coutinho de Oliveira. Porto Alegre, 28 jun. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação e Reexame Necessário nº 70075099002, 1ª Câmara Cível. Relator: Carlos Roberto Lofego Canibal. Porto Alegre, 20 jun. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 70074862046, 1ª Câmara Cível. Relator: Carlos Roberto Lofego Canibal. Porto Alegre, 20 jun. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 70075060467, 1ª Câmara Cível. Relator: Carlos Roberto Lofego Canibal. Porto Alegre, 20 jun. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação e Reexame Necessário nº 70077742302, 22ª Câmara Cível. Relator: Francisco José Moesch. Porto Alegre, 14 jun. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 70073286494, 4ª Câmara Cível. Relator: Eduardo Uhlein. Porto Alegre, 30 maio 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 70063165880, 3ª Câmara Cível. Relator: Jerson Moacir Gubert. Porto Alegre, 17 maio 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 70076668888, 2ª Câmara Cível. Relator: João Barcelos de Souza Junior. Porto Alegre, 13 abr. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 70073690067, 1ª Câmara Cível. Relator: Carlos Roberto Lofego Canibal. Porto Alegre, 11 abr. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Recurso Cível nº 71007442387, 2ª Turma Recursal da Fazenda Pública. Relatora: Rosane Ramos de Oliveira Michels. Porto Alegre, 28 mar. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Embargos de Declaração nº 70076033752, 2ª Câmara Cível. Relatora: Laura Louzada Jaccottet. Porto Alegre, 28 mar. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Agravo de Instrumento nº 71007365141, 3ª Turma Recursal da Fazenda Pública. Relatora: Ana Lúcia Haertel Miglioranza. Porto Alegre, 27 mar. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação e Reexame Necessário nº 70074930090, 1ª Câmara Cível. Relator: Carlos Roberto Lofego Canibal. Porto Alegre, 14 mar. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Embargos de Declaração nº 71007382237, Turma Recursal da Fazenda Pública. Relatora: Thais Coutinho de Oliveira. Porto Alegre, 22 fev. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Recurso Cível nº 71007410657, Turma Recursal da Fazenda Pública. Relatora: Thais Coutinho de Oliveira. Porto Alegre, 22 fev. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Reexame Necessário nº 70076326974, 2ª Câmara Cível. Relatora: Lúcia de Fátima Cerveira. Porto Alegre, 30 jan. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Recurso Cível nº 71007293251, 2ª Turma Recursal da Fazenda Pública. Relatora: Rosane Ramos de Oliveira Michels. Porto Alegre, 24 jan. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Recurso Cível nº 71007293368, Turma Recursal da Fazenda Pública. Relatora: Thais Coutinho de Oliveira. Porto Alegre, 23 jan. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Recurso Cível nº 71007276207, Turma Recursal da Fazenda Pública. Relatora: Thais Coutinho de Oliveira. Porto Alegre, 23 jan. 2018.

SANTOS, Rosana I. dos; SOARES, Luciano. Saúde e Cidadania. In: SANTOS, Rosana I. dos et al. **Políticas de saúde e acesso a medicamentos**. Florianópolis: EdUFSC, 2016.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988**. Panóptica, Vitória, ano 1, n. 4, dez. 2006, p. 1-22.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde. **Revista Brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça**, v. 1, n. 1, p. 171-213, 2007.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988. **Revista de Direito do Consumidor**, v. 67, p. 125-172, 2008.

SARLET, Ingo Wolfgang **Curso de direito constitucional** / Ingo Wolfgang Sarlet, Luiz Guilherme Marinoni e Daniel Mitidiero. 8 ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2019.

SARMENTO, Daniel. O mínimo existencial. **Revista de Direito da Cidade**, v. 8, n. 4, p. 1644-1689, 2016.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 27, p. 149-156, 2010.

WERNER, Patricia Ulson Pizarro. Políticas públicas e direito fundamental à saúde: a experiência das jornadas de direito da saúde do Conselho Nacional de Justiça. **Judicialização da saúde: a visão do poder executivo**, São Paulo, 2017.