

A Posição do Município no Sistema Único de Saúde — Reflexões a Respeito da Solidariedade no Cumprimento das Políticas Públicas de Assistência Farmacêutica

ALVARO LUIS DE A. S. CIARLINI

Graduado em Direito pelo Centro Universitário do Distrito Federal (1987), Mestre em Filosofia e Doutor em Direito, ambos pela Universidade de Brasília, Magistrado no Tribunal de Justiça do Distrito Federal, Professor em curso de Mestrado, Pós-Graduação *lato sensu* e Graduação em Direito. Tem experiência na área de Direito, com ênfase em Direito Processual Civil, Administrativo e Constitucional, atuando principalmente nos seguintes temas: Direito Constitucional, Direitos Sociais, Ações Coletivas e Remédios Jurídicos Constitucionais.

Submissão: 11.02.2016

Decisão editorial: 03.03.2016

Comunicação ao autor: 03.03.2016

RESUMO: A atual Política Nacional de Assistência Farmacêutica, adotada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), suscita interesse a respeito do lugar que deve ser reservado ao Município quando da imposição, pelo Judiciário, da obrigação de entregar medicamento aos utentes do sistema, pedindo reflexões a respeito da visível impropriedade do caráter de devedor solidário que lhe é atribuído pelos Tribunais brasileiros.

PALAVRAS-CHAVE: SUS; assistência farmacêutica; Município; solidariedade; Tribunais.

ABSTRACT: The current National Policy of Pharmaceutical Assistance, adopted under the Brazilian Health System (SUS), allows inquire about the position that should be adopted by the municipality when the judiciary enforces obligation to deliver medicine to system users, asking for reflections on the visible inadequacy of joint debtor character assigned to it by the Brazilian Courts.

KEYWORDS: SUS; pharmaceutical assistance; county; solidarity; Courts.

A partir do regime político e jurídico inaugurado com a promulgação da Constituição em 5 de outubro de 1988, merece análise a participação do Município na promoção das políticas públicas garantidoras do direito à saúde, notadamente no tema da assistência farmacêutica.

Diante das características do Sistema Único de Saúde, ente complexo e multifacetado que conta com a participação da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, é necessário avaliar qual é especificamente o espaço reservado a esses partícipes como responsáveis pela promoção e recuperação da saúde dos utentes do sistema. Especificamente quanto ao objeto da presente pesquisa, é preciso aquilatar se é ou não juridicamente justificável a compreensão hoje em curso no Poder Judiciário brasileiro a respeito do reconhecimento da solidariedade do Município na prestação desses serviços de saúde, ao lado da União e dos Estados¹.

O propósito deste estudo, portanto, é examinar a saúde como um direito fundamental de segunda dimensão² diante do persistente problema da judicialização de suas demandas³ e da correlata percepção de que a efetividade dessas pretensões exige também a previsão e aplicação de recursos financeiros. Isso deve levar-nos à constatação inexorável de que, em face dos custos financeiros desses serviços⁴, é indispensável a alocação estratégica de recursos orçamentários suficientes e necessários para seu financiamento⁵.

Firmada essa premissa, ressalte-se que a efetividade dos direitos subjetivos constitucionais relaciona-se diretamente com o grau de organização políti-

1 A questão atual da jurisprudência do Supremo Tribunal Federal a respeito do caráter *in solidum* da obrigação de fornecer medicamentos, produtos, insumos e serviços de saúde aos utentes do sistema pode ser bem compreendida diante da leitura da ementa de julgado da Primeira Turma do Supremo Tribunal Federal, tendo como Relator o Ministro Luiz Fux, representativa do entendimento já firmado na jurisprudência da Corte: STF, RE 717290-AgRg/RS, 1ª T., Rel. Min. Luiz Fux; Publicação: DJe 04.04.2014.

“EMENTA: AGRAVO REGIMENTAL NO RECURSO EXTRAORDINÁRIO – ADMINISTRATIVO – FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO – DEVER DO ESTADO – SOLIDARIEDADE ENTRE OS ENTES DA FEDERAÇÃO – ACÓRDÃO EM CONFORMIDADE COM A JURISPRUDÊNCIA DESTE TRIBUNAL – 1. O fornecimento de tratamento médico adequado aos necessitados se insere no rol dos deveres do Estado e deve ser prestado de forma solidária entre os entes da Federação. Precedentes: ARE 772.150/RJ, Rel. Min. Cármen Lúcia, DJe 17.10.2013, RE 716.777-AgRg/RS, Rel. Min. Celso de Mello, Segunda Turma, DJ 16.05.2013, e ARE-AgRg 744.223, Relª Min. Rosa Weber, DJe 11.09.2013. 2. *In casu*, o acórdão originariamente recorrido assentou: ‘PACIENTE PORTADORA DE DOENÇA ONCOLÓGICA – NEOPLASIA MALIGNA DE BAÇO – PESSOA DESTITUÍDA DE RECURSOS FINANCEIROS – DIREITO À VIDA E À SAÚDE – NECESSIDADE IMPERIOSA DE SE PRESERVAR, POR RAZÕES DE CARÁTER ÉTICO-JURÍDICO, A INTEGRIDADE DESSE DIREITO ESSENCIAL – FORNECIMENTO GRATUITO DE MEIOS INDISPENSÁVEIS AO TRATAMENTO E À PRESERVAÇÃO DA SAÚDE DE PESSOAS CARENTES – DEVER CONSTITUCIONAL DO ESTADO (CF, ARTS. 5º, CAPUT, E 196) – PRECEDENTES (STF) – RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DAS PESSOAS POLÍTICAS QUE INTEGRAM O ESTADO FEDERAL BRASILEIRO – CONSEQUENTE POSSIBILIDADE DE AJUIZAMENTO DA AÇÃO CONTRA UM, ALGUNS OU TODOS OS ENTES ESTATAIS – RECURSO DE AGRAVO IMPROVIDO’. 3. Agravo regimental desprovido.” (Ressalvam-se os grifos)

2 SARLET, Ingo Wolfgang. *A eficácia dos direitos fundamentais*. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001. p. 189.

3 CITTADINO, Gisele. Judicialização da política, constitucionalismo democrático e separação de poderes. In: VIANNA, Luis Werneck (Org.). *A democracia e os três poderes no Brasil*. Belo Horizonte: Editora da UFMG/IUPERJ/FAPERJ, 2002. p. 17-42.

4 HOLMES, Stephen; SUNSTEIN, Cass. *The Cost of Rights – Why Liberty depends on taxes*. New York: W. W. Norton & Company, 1999. p. 128.

5 CIARLINI, Alvaro Luis de A. S. *Direito à saúde – Paradigmas procedimentais e substanciais da Constituição*. São Paulo: Saraiva, 2013. p. 25-38.

ca da sociedade⁶. Por isso, é viável a afirmação de que o direito à saúde é essencialmente positivo⁷, a necessitar que, além da alocação de recursos, proceda-se também à prática de ações estatais eficientes de planejamento e de execução de programas de gestão. Então, pode-se deduzir que existe uma correlação necessária entre 1) a possibilidade de atendimento aos direitos fundamentais; 2) a alocação e a aplicação de recursos públicos; e 3) a correta execução dessas estratégias de gestão.

Essas considerações são suficientes para demonstrar a existência de uma tensão permanente entre a ocorrência de um *deficit* na efetividade dos direitos fundamentais⁸, principalmente em virtude da “lei da escassez”⁹, e as expectativas nutridas pelos sujeitos de Direito, na seara constitucional, de que sejam observados os respectivos direitos fundamentais¹⁰.

Estabelecido o pressuposto de que o direito à saúde deve ser financiado e levado a efeito por ações administrativas específicas, decorrentes da elaboração e execução de políticas públicas, ou seja, diante da compreensão de que a cobertura dos custos da realização dos direitos representa, ao lado da estruturação dos meios administrativos de gestão do sistema, um autêntico critério de efetividade desses serviços à população, é viável supor, convém insistir, que o atendimento ao direito à saúde não pode prescindir da observância dos mencionados critérios de organização, financiamento e gestão dos meios que permitam o cumprimento desses programas financeiros e orçamentários¹¹. Isso, aliás, soa intuitivo diante da leitura do art. 196, segunda parte, da Constituição da República.

Há de ser sublinhado também que a Constituição, ao prever, em seu art. 6º, o “direito à saúde” como direito social, elevou essa prerrogativa à categoria de “direito fundamental”, ou seja, interiorizou no sistema jurídico brasileiro um direito a ser fruído por “toda pessoa”¹². Como já ressaltado, trata-se

6 HOLMES, Stephen; SUNSTEIN, Cass. Op. cit., p. 231.

7 DELDUQUE, Maria Célia; MARQUES, Sílvia Badim; CIARLINI, Alvaro Luis de A. S. Judicialização das políticas de saúde no Brasil. In: ALVARES, Sandra Mara Campos; DELDUQUE, Maria Célia; DINO NETO, Nicolau (Org.). *Direito sanitário em perspectiva*. Brasília: ESMPU, Fiocruz, 2013. p. 209-213.

8 HOLMES, Stephen; SUNSTEIN, Cass. Op. cit., p. 121. A questão da escassez é devidamente tratada por SUNSTEIN, Cass. Direitos sociais e econômicos? Lições da África do Sul. In: SARLET, Ingo Wolfgang. *Jurisdição e direitos fundamentais*. Porto Alegre: v. I, t. II, 2006. p. 15-28.

9 CIARLINI, Alvaro Luis de A. S. Op. cit., p. 25-38.

10 Idem., p. 25.

11 HOLMES, Stephen; SUNSTEIN, Cass. Op. cit., p. 226-227.

12 Conforme a previsão contida na Declaração Universal dos Direitos Humanos, firmada aos 10 de dezembro de 1948, e no Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, de 3 de janeiro de 1976.

de uma autêntica liberdade positiva¹³, ora delineada no art. 5º, § 1º, do mesmo Texto¹⁴.

Do ponto de vista da execução de políticas públicas para o fim de tornar efetivos tais direitos subjetivos constitucionais, foram previstas as normas dos arts. 196, 197 e 198 da Constituição, a prescrever a regulamentação, fiscalização e controle do Sistema Único de Saúde. Como diretrizes centrais do sistema foram eleitas a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade¹⁵, em uma rede regionalizada e hierarquizada¹⁶.

Ao lecionar a respeito dos direitos econômicos, sociais e culturais, e sobre a respectiva proteção jurídica destes, J. J. Gomes Canotilho explica que seus elementos constitutivos se encontram conectados ao que a atual doutrina dos direitos fundamentais chama de “pressupostos de direitos fundamentais”¹⁷. Essa conjuntura múltipla de fatores é formada pela “capacidade econômica do Estado” e outros elementos apontados como “clima espiritual da sociedade, estilo de vida e distribuição de bens”, sem olvidar do “nível de ensino, desenvolvimento econômico, criatividade cultural, convenções sociais” e da “ética filosófica ou religiosa”. Para o constitucionalista, esses *topoi* condicionam, de forma positiva e negativa, a existência e a proteção dos direitos econômicos, sociais e culturais¹⁸.

Para Canotilho, os dados da realidade acabam por condicionar “decisivamente o regime jurídico constitucional do estatuto positivo dos cidadãos”¹⁹.

O notável Professor lusitano não defende uma concepção meramente programática dos direitos sociais, mas também não se deixa orientar pela ideia de que esses direitos produzem eficácia imediata e direta. Canotilho defende, em verdade, que as tarefas constitucionalmente impostas ao Estado, para que sejam observados os mencionados direitos, “devem traduzir-se na edição de medidas concretas e determinadas e não em promessas vagas e abstractas”. Por isso mesmo, muito embora o legislador tenha uma ampla “liberdade de conformação”²⁰ em relação ao conteúdo das normas ou ao modo de organizar

13 GOYARD-FABRE, Simone. *O que é democracia? A genealogia filosófica de uma grande aventura humana*. Trad. Cláudia Berliner. São Paulo: Martins Fontes, 2003, p. 285-286.

14 Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil.

15 SCHWARTZ, Germano. Gestão compartilhada sanitária no Brasil – Possibilidade de efetivação do direito à saúde. In: SCHWARTZ, Germano (Org.). *A saúde sob os cuidados do direito*. Passo Fundo: UFP, 2003, p. 108-162 (p. 144).

16 CIARLINI, Alvaro Luis de A. S. Op. cit., p. 28.

17 CANOTILHO, J. J. Gomes. *Direito constitucional e teoria da Constituição*. 2. ed. Coimbra: Almedina, 1998, p. 431.

18 Idem, *ibidem*.

19 Idem, *ibidem*.

20 Idem, p. 440.

sua efetivação²¹, é inegável que os direitos fundamentais sociais são dotados de “vinculatividade normativo-constitucional”²².

É importante destacar ainda que, no tema da efetividade dos direitos sociais, os entendimentos jurisprudenciais hoje reinantes no Superior Tribunal de Justiça e no Supremo Tribunal Federal já se consolidaram ao afirmar que as normas constitucionais garantidoras do direito à saúde têm aplicabilidade imediata, em virtude da “preponderância do direito à vida” e da fundamentalidade das pretensões à saúde²³. Como elemento deontológico justificador dessa assertiva tem sido utilizado o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana²⁴.

Fixados esses lineamentos e 1) diante da peculiar posição do Município na Federação brasileira; 2) em face ainda da atual percepção a respeito da fundamentalidade do direito à saúde, bem como dos desafios financeiros à consecução de sua efetividade; 3) a partir das características do Sistema Único de Saúde, notadamente tendo-se em perspectiva a previsão constitucional de sua natureza de ente descentralizado; e, finalmente, 4) em virtude da realidade da autonomia municipal e de suas atribuições locais, bem como da necessidade de financiamento dessas atividades, a despeito da precariedade de suas receitas fiscais, pode-se indagar: *Qual deve ser a real participação do Município nas ações e serviços de saúde no sistema hierarquizado e regionalizado previsto no art. 198 da Constituição da República Federativa do Brasil?*

Enfim, convém perguntar ainda: É coerentemente justificável atribuir aos Municípios o lugar de *devedor solidário* ao cumprimento da pretensão ao recebimento de medicamentos e serviços de saúde?

Cumpra observar inicialmente que o sistema jurídico brasileiro instituiu a obrigação solidária passiva como um dado complexo objetivado em uma relação jurídica obrigacional. Nesse caso, a vinculação jurídica se forma com a participação de dois ou mais sujeitos passivos obrigados.

Para Álvaro Villaça Azevedo²⁵, na constituição do vínculo obrigacional solidário, devem coexistir, em uma determinada relação jurídica, mais de um credor, um ou mais devedores ou, simultaneamente, vários credores e devedores. Nesse caso, cada credor poderá exercer a pretensão de exigir e cada devedor terá o dever de prestar, integralmente, *in solidum*, o objeto da obrigação.

21 Idem, ibidem.

22 Idem, ibidem.

23 Do STJ, exemplificativamente: AgRg-AG 246642/RS, 1ª T., Rel. Min. Garcia Vieira, Publ. DJ de 16.11.1999; AgRg-AG 253938/RS, 1ª T., Rel. Min. José Delgado, Publ. DJ de 28.02.2000; REsp 325337/RJ, 1ª T., Rel. Min. José Delgado, Publ. DJ de 03.09.2001. Do STF, exemplificativamente: AgRg-RE 255627/RS, 2ª T., Rel. Min. Nelson Jobim, Publ. DJ de 23.02.2001; RE 195192/RS, 2ª T., Rel. Min. Marco Aurélio, Publ. no DJ de 31.03.2000.

24 CIARLINI, Alvaro Luis de A. S. Op. cit., p. 25-38.

25 AZEVEDO, Álvaro Villaça. *Teoria geral das obrigações*. São Paulo: Atlas, 2004. p. 96.

Esse mesmo conceito se encontra descrito nas prescrições do art. 512 do Código Civil português²⁶ e do art. 264 do Código Civil²⁷ brasileiro.

De acordo com a premissa firmada no art. 264 do Código Civil²⁸ pátrio, a ocorrência da solidariedade pede a constituição do objeto da relação jurídica obrigacional como um todo, situação em que cada um dos credores pode exigir a totalidade da prestação, ou mesmo cada um dos devedores poderá pagar a dívida integralmente. Por força do art. 266 do mesmo Código²⁹, percebe-se que essa vinculação complexa requer a pluralidade de partes, a unidade da prestação e, finalmente, a multiplicidade de vínculos.

Interessa-nos na presente pesquisa a dimensão da unidade da prestação, justamente pela peculiaridade de que o sujeito passivo solidário, ao ser chamado para o cumprimento da obrigação, responde integralmente por esta.

Outra peculiaridade relevante é que tanto o credor “beneficiado com o pagamento, ou algum outro modo de extinção da obrigação”³⁰, quanto o devedor³¹ responderão, ou exigirão a prestação, em face dos demais, observadas as respectivas parcelas da obrigação recebidas ou efetivamente pagas.

Transposta a questão para a obrigação assumida pelos entes da Federação brasileira, cumpre assinalar que, nos termos do nosso sistema constitucional, o Município não é apenas uma entidade autônoma³², mas, em questões de saúde pública, está inserido em um “federalismo de cooperação”³³, nos moldes dos arts. 23, incisos II³⁴, e 241³⁵, ambos da Constituição da República. É inegável também que nossa realidade política federativa é dotada de uma característica peculiar, que é a descentralização³⁶.

26 Portugal, Decreto-Lei nº 47,344, de 25 de novembro de 1966.

27 Brasil, Lei nº 10,406, de 10 de janeiro de 2002.

28 Idem.

29 Idem.

30 ESPÍNOLA, Eduardo. *Garantia e extinção das obrigações*. Campinas: Bookseller, 2005. p. 337.

31 PONTES DE MIRANDA, Francisco Cavalcanti. *Tratado do direito privado*. Campinas: Bookseller, t. XIII, 2000. p. 142-143.

32 ZIMMERMANN, Augusto. *Teoria geral do federalismo democrático*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 1999. p. 46-48.

33 KRELL, Andreas J. *Leis de normas gerais, regulamentação do Poder Executivo, e cooperação inter-governamental em tempos de reforma federativa*. Belo Horizonte: Fórum, 2008. p. 126.

34 “Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:

[...]

II – cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência;

[...].”

35 “Art. 241. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios disciplinarão por meio de lei os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre os entes federados, autorizando a gestão associada de serviços públicos, bem como a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos.”

36 Para Karl Loewenstein, o “federalismo” constitui um campo de ação específico, mas reciprocamente agrupado com os “direitos individuais e as garantias fundamentais” e o “pluralismo”: “[...] *los controles verticales*

A posição do Município nessa ordem deve suscitar, portanto, além das questões atinentes à distribuição de recursos tributários³⁷, também um lugar de destaque no tema da descentralização³⁸ de políticas públicas. É inegável que a atual posição do Município revelou uma série de novas atribuições políticas e de responsabilidades administrativas, notadamente em virtude de sua vocação para a gestão e ordenação dos assuntos relativos ao interesse local³⁹. Em síntese, trata-se de entidade política necessária, com autonomia e atribuições mínimas estabelecidas de forma rígida no Texto Constitucional⁴⁰, que previu sua natureza federativa (art. 1º), dando-lhe atribuições próprias (art. 30), com autonomia (arts. 29 e 30) e a devida discriminação de suas respectivas rendas (art. 156)⁴¹, isso sem olvidar da essencialidade da respectiva participação na organização político-administrativa⁴² da República Federativa do Brasil (art. 18)⁴³.

O exame desse tema ganha notória importância no presente momento, pois inúmeras demandas judiciais individuais ao recebimento de serviços, produtos e insumos necessários ao tratamento da saúde dos utentes do sistema têm sido submetidas diariamente ao Poder Judiciário por intermédio de ações individuais cominatórias. Nessas ações, a causa de pedir usualmente formulada consiste na alegação de que o poder público é omissivo quanto à obrigação de fornecer determinado medicamento prescrito a um paciente. Essa omissão, na linguagem corrente adotada nos Tribunais brasileiros, vulneraria o direito universal à saúde previsto na Constituição.

A despeito dos intermináveis debates sobre a incorporação de certos medicamentos ao rol de fármacos, tecnologias e insumos fornecidos pelo Sistema

funcionan en una línea ascendente y descendente entre la totalidad de los detentadores del poder instituido y La comunidad como tal o algunos de sus componentes. Bajo La rubrica de los 'controles verticales', se agrupan tres campos diferentes de acciones reciprocas: 1. El federalismo: el enfrentamiento entre dos soberanías diferentes estatales separadas territorialmente y que se equilibran mutuamente. La existencia de fronteras federales limita el poder del Estado central sobre en Estado miembro, y a la inversa. [...]" (LOEWENSTEIN, Karl, *Teoría de La Constitución*. 2. ed. Trad. Eduardo Espin, Barcelona: Ariel, 1979. p. 353).

- 37 SOUZA, Celina. Federalismo e conflitos distributivos: disputa dos Estados Federados por recursos orçamentários. *Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 46, n. 2, p. 345-384, 2003.
- 38 Sobre a formação do “sistema comunal na América” e a contribuição dos agrupamentos humanos locais, fundados em laços de solidariedade, e a comunidade como elemento descentralizado e essencial à democracia, consulte-se: TOCQUEVILLE, Alexis de. *A democracia na América*. Livro 1: Leis e Costumes, Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2005. p. 70-94.
- 39 BASTOS, Celso Ribeiro Bastos. *Curso de direito constitucional*. 22. ed. São Paulo: Saraiva, 2010. p. 311.
- 40 Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil.
- 41 FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. *Curso de direito constitucional*. 38. ed. São Paulo: Saraiva, 2012. p. 68.
- 42 Para MEIRELLES, Hely Lopes. *Direito municipal brasileiro*. São Paulo: Malheiros, 2009. p. 44: “O Município ocupa a Federação como entidade de terceiro grau”. Isso, por certo, pressupõe as entidades de segundo grau, no caso, os Estados-membros e de primeiro grau, ou seja, a União.
- 43 BASTOS, Celso Ribeiro Bastos. Op. cit., p. 310.

Único de Saúde⁴⁴, em virtude, ainda, da existência de tratamentos padronizados, já constantes nas políticas públicas respectivas, nos moldes dos arts. 196 e 198 da Constituição Federal e da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990⁴⁵, busca-se também estabelecer se o conceito de integralidade previsto na Lei nº 12.401/2011 efetivamente abrangeria todo e qualquer tipo de tratamento ou medicamento, ainda que experimental.

A partir da edição da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde por meio de sua Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004⁴⁶, foram ratificados os três pilares já anteriormente fixados na Política Nacional de Medicamentos inaugurada pela Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998⁴⁷, quais sejam: 1) a garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; 2) a promoção do seu uso racional; e 3) o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais, previstos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename.

É importante ressaltar que a política nacional de medicamentos do Sistema Único de Saúde pressupõe a adoção de um rol padronizado de produtos, para ofertá-los regularmente aos utentes do sistema, com a devida atenção às peculiaridades do “mercado farmacêutico”, que fornece uma infinidade de fármacos com idênticos princípios ativos e com indicações terapêuticas análogas.

Por isso, o sistema pretende promover a seleção dos medicamentos ofertados pelo mercado, procedendo às respectivas escolhas diante de critérios dotados de razoável “cientificidade”, tudo isso com o objetivo de obter segurança e eficácia no tratamento dispensado aos que se utilizam do sistema.

A novidade prevista na Lei nº 12.401/2011⁴⁸ consiste justamente no estabelecimento de um critério juridicamente aceitável para a integralidade. Para tanto, ao alterar a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a nova norma editada em 2011 regulou a assistência terapêutica e também previu a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS, prescrevendo, em seu art. 19-M, em síntese, que o atendimento ao princípio da integralidade pressupõe a inserção do fármaco em protocolo clínico ou diretriz terapêutica, ou nas relações de medicamentos mantidas pelo gestor federal do SUS, ou, ainda, de forma suplementar, com respaldo nas listas de medicamentos dos gestores estaduais ou municipais.

44 V.g., TJDFT, Acórdão nº 803766, 20130110005702-APC, Rel. Alfeu Machado, 1ª T.Cív., Rev. Leila Arlanch, Data de Julgamento: 17.07.2014, Publicado no DJe 22.07.2014, p. 68.

45 Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

46 Brasil. CNS, Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004.

47 Brasil. MS, Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998.

48 Brasil. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011.

Diante da novel orientação legislativa adotada no âmbito do SUS, a partir das diretrizes previstas no Decreto nº 7.646/2011, em composição com o disposto na Lei nº 12.401/2011, os conceitos de universalidade e de integralidade das ações de saúde devem estar devidamente respaldados: 1) no melhor conhecimento técnico-científico disponível, bem como 2) na proteção do cidadão nas ações de assistência, prevenção e promoção à saúde por meio de processo seguro de incorporação de tecnologias pelo sistema, ou mesmo 3) na incorporação de tecnologias por critérios racionais e parâmetros de eficácia, eficiência e efetividade adequados às necessidades de saúde; e, finalmente, 4) na incorporação de tecnologias que sejam relevantes para o cidadão e para o sistema de saúde, baseada na relação custo-efetividade.

Além da definição dos medicamentos essenciais, a Política Nacional de Assistência também estabeleceu um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde. Especificamente quanto ao critério de financiamento do sistema⁴⁹, foi definida, no Pacto de Gestão, editado pela Portaria MS-GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, a responsabilidade dos três gestores do SUS: União, Estados e Distrito Federal e Municípios.

Para viabilizar a consecução desse plano de gestão, foi editada a Portaria MS-GM nº 204, de 29 de janeiro de 2007⁵⁰, a normatizar, por meio da instituição do conceito de “bloco”, o modo pelo qual seria promovido o financiamento da assistência farmacêutica em *três* distintos “componentes”: 1) o *básico*; 2) o *estratégico*; e 3) o *de medicamentos de dispensação excepcional*.

O primeiro dos “componentes” elencados, ou seja, o denominado “Componente Básico da Assistência Farmacêutica”, tem por objetivo possibilitar a aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica próprios à atenção básica em saúde e com fundamento no elenco de referência nacional para doenças e outros agravos mais comuns, ou mesmo para atender a programas específicos⁵¹.

Esse componente básico é atualmente regulado pela Portaria MS-GM nº 1555, de 30 de julho de 2013⁵², definidora dos critérios de financiamento e execução desse substrato, bem como do elenco de referência dos medicamentos e insumos complementares para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica em Saúde.

49 PEPE, Vera Lúcia Edais et al. In: ALVARES, Sandra Mara Campos et al (Org.). *Direito sanitário em perspectiva*. Brasília: ESMPU, Fiocruz, 2013. p. 150-167.

50 Brasil. Portaria MS-GM nº 204, de 29 de janeiro de 2007. O art. 4º da referida portaria assim dispõe: “Art. 4º Estabelecer os seguintes blocos de financiamento: I – atenção básica; II – atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; III – vigilância em saúde; IV – assistência farmacêutica; V – gestão do SUS; e VI – investimentos na rede de serviços de saúde”.

51 PEPE, Vera Lúcia Edais et al. Op. cit., p. 150-167.

52 Brasil. Portaria MS-GM nº 1555, de 30 de julho de 2013.

No caso da Portaria nº 1555, que trata, como dito, do financiamento dos medicamentos do componente básico, o Município estará submetido aos critérios elencados nos respectivos arts. 3º, 4º, 6º, 10 e 17⁵³.

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

[...]

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

[...]

§ 2º Para fins de alocação dos recursos federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais, utilizar-se-á a população estimada nos referidos entes federativos pelo Censo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para 1º de julho de 2011, enviada ao Tribunal de Contas da União em 9 de novembro de 2011.

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

§ 4º Para evitar a redução no custeio deste Componente, os Municípios que tiveram a população reduzida nos termos do Censo IBGE 2011 em relação à população estimada nos termos do Censo IBGE 2009 terão os recursos federais, estaduais e municipais alocados de acordo com a estimativa do Censo IBGE 2009.

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

§ 6º Os valores definidos nos termos dos incisos II e III do *caput* podem ser majorados conforme pactuações nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite (CIB), devendo ser pactuada, também, a periodicidade do repasse dos Estados aos Municípios.

§ 7º Os valores definidos nos termos do § 1º podem ser majorados pelo Distrito Federal para aplicação em seus limites territoriais.

Art. 4º As Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios poderão, anualmente, utilizar um percentual de até 15% (quinze por cento) da soma dos valores dos recursos financeiros, definidos nos termos dos incisos II, III e § 1º do art. 3º, para atividades destinadas à adequação de espaço físico das farmácias do SUS no Distrito Federal e nos Municípios, à aquisição de equipamentos e mobiliário destinados ao suporte das ações de Assistência Farmacêutica e à realização de atividades vinculadas à educação continuada voltada à qualificação dos recursos humanos da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde, obedecida a Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964, e as leis orçamentárias vigentes, sendo vedada a utilização dos recursos federais para esta finalidade.

[...]

Art. 5º Cabe ao Ministério da Saúde o financiamento e a aquisição da insulina humana NPH 100 UI/ml e da insulina humana regular 100 UI/ml, além da sua distribuição até os almoxarifados e Centrais de Abastecimento Farmacêutico Estaduais e do Distrito Federal.

Parágrafo único. Compete às Secretarias Estaduais de Saúde a distribuição da insulina humana NPH 100 UI/ml e da insulina humana regular 100 UI/ml aos Municípios.

Art. 6º Cabe ao Ministério da Saúde o financiamento e a aquisição dos medicamentos contraceptivos e insumos do Programa Saúde da Mulher, constantes do Anexo I e IV da Renome vigente, sendo a sua distribuição realizada nos seguintes termos:

I – entrega direta ao Distrito Federal, aos Municípios das capitais dos Estados e aos Municípios com população superior a 500.000 (quinhentos mil) habitantes; e

II – nas hipóteses que não se enquadrarem nos termos do inciso I do *caput*, entrega às Secretarias Estaduais de Saúde para posterior distribuição aos demais Municípios.

Em relação ao “Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica”, convém ressaltar que seu escopo é a aquisição de medicamentos para tratamento de doenças endêmicas, valendo sublinhar que o financiamento respectivo destina-se às ações de assistência dos programas estratégicos como o controle: 1) de endemias focais (Malária, Leishmaniose, Chagas, etc.); 2) da Tuberculose; 3) da Hanseníase; 4) de DST/Aids; 5) do sangue e hemoderivados; 6) da alimentação e nutrição; 7) do tabagismo; 8) de doença enxerto x hospedeiro; 9) do Lúpus Eritematoso; e 10) do Mieloma Múltiplo⁵⁴.

Nesses casos, competem à União a aquisição e o necessário fornecimento dos respectivos medicamentos aos Estados e ao Distrito Federal, a quem foram incumbidos, quando e se o caso, sua armazenagem e distribuição aos Municípios.

Art. 7º Os quantitativos dos medicamentos e insumos do Programa Saúde da Mulher, da insulina humana NPH 100 UI/ml e da insulina humana regular 100 UI/ml de que tratam os arts. 5º e 6º serão estabelecidos conforme os parâmetros técnicos definidos pelo Ministério da Saúde e a programação anual e as atualizações de demandas encaminhadas ao Ministério da Saúde pelas Secretarias Estaduais de Saúde com base de cálculo nas necessidades dos Municípios.

Art. 8º A execução das ações e serviços de saúde no âmbito do Componente Básico da Assistência Farmacêutica é descentralizada, sendo de responsabilidade dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Art. 9º Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios são responsáveis pela seleção, programação, aquisição, armazenamento, controle de estoque e prazos de validade, distribuição e dispensação dos medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, constantes dos Anexos I e IV da Renome vigente, conforme pactuação nas respectivas CIB, incluindo-se:

I – plantas medicinais, drogas vegetais e derivados vegetais para manipulação das preparações dos fitoterápicos da Renome em Farmácias Vivas e farmácias de manipulação do SUS;

II – matrizes homeopáticas e tinturas-mães conforme Farmacopeia Homeopática Brasileira, 3ª edição, para as preparações homeopáticas em farmácias de manipulação do SUS; e

III – a aquisição dos medicamentos sulfato ferroso e ácido fólico do Programa Nacional de Suplementação de Ferro a partir de agosto de 2013.

Art. 10. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios disponibilizarão, de forma contínua, os medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica indicados nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para garantir as linhas de cuidado das doenças contempladas no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

Art. 11. Com o objetivo de apoiar a execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, as Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios podem pactuar nas respectivas CIB a aquisição, de forma centralizada, dos medicamentos e insumos pelo gestor estadual de saúde, na forma de Atas Estaduais de Registro de Preços ou por consórcios de saúde.

§ 1º Na hipótese de utilização de Atas Estaduais de Registro de Preços, o edital elaborado para o processo licitatório disporá sobre a possibilidade de sua utilização pelos Municípios.

§ 2º Nos procedimentos de aquisição, as Secretarias de Saúde seguirão a legislação pertinente às licitações públicas no sentido de obter a proposta mais vantajosa para a Administração Pública.

Art. 12. No sentido de fortalecer a produção pública de medicamentos, as Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios poderão pactuar que o montante correspondente aos recursos financeiros estaduais a ser aplicado no âmbito do Componente Básico da Assistência Farmacêutica seja implementado por meio de medicamentos produzidos em laboratórios públicos oficiais, cujo valor unitário de aquisição será informado na respectiva CIB.

Art. 13. Para dar suporte à gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde, o Ministério da Saúde disponibiliza aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus).”

54 PEPE, Vera Lúcia Edais et al. Op. cit., p. 162.

O “Componente Especializado da Assistência Farmacêutica”, regulamentado pela Portaria GM-MS nº 1554, de 30 de julho de 2013, tem por escopo proceder ao tratamento de doenças raras ou de baixa prevalência, bem como de doenças de alta prevalência, nas quais o paciente apresentou alterações como intolerância, refratariedade aos medicamentos de primeira linha do tratamento, ou mesmo nos casos de agravamento do quadro clínico dos pacientes. Os medicamentos desse componente, em particular, estão divididos em *três distintos grupos*, dotados de peculiares características, responsabilidades e modos de organização⁵⁵:

- a) *no primeiro grupo*, previsto no art. 5º da Portaria nº 1554, constam os medicamentos sob responsabilidade da União, justamente aqueles concernentes à (ao): a.1) maior complexidade da doença a ser tratada em ambulatório; a.2) caráter refratário relacionado à primeira e/ou à segunda linha de tratamento, ou intolerância do paciente aos respectivos fármacos; a.3) elevado impacto financeiro do medicamento; e a.4) inclusão dos medicamentos em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde.
- b) *no segundo*, estabelecido no art. 6º da Portaria 1554, os medicamentos sob responsabilidade dos Estados e Distrito Federal, ou seja, aqueles que são dotados de: b.1) complexidade menor da doença a ser tratada ambulatorialmente em relação aos elencados no primeiro grupo; e b.2) refratariedade à primeira linha de tratamento ou intolerância do paciente.
- c) *no terceiro*, consoante a previsão do art. 13 da mesma portaria, os medicamentos sob responsabilidade dos Municípios e do Distrito Federal, “e compõem parte do elenco do Componente Básico da Assistência Farmacêutica” e sua disponibilização se dará, em caso de demanda, “para a garantia das linhas de cuidados definidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas” a serem definidos pelo Ministério da Saúde⁵⁶.

Verifica-se, portanto, que se encontra em curso, na Administração Pública, a construção de um modelo de participação de cada uma das três entidades federadas no tema da promoção e execução de políticas públicas na esfera da assistência farmacêutica. Pode-se observar que essas medidas estão razoavelmente em sintonia com a necessária natureza descentralizada, não só da gestão, mas também, e por isso mesmo, do próprio sistema federativo, a exigir o devido cuidado com a coordenação das atividades cooperadas desempenhadas por

55 Idem, p. 162-163.

56 Idem, p. 164-165.

cada um dos entes integrantes, que se encontram orientados por critérios de financiamento específicos⁵⁷.

Ora, o modelo administrativo em curso no Sistema Único de Saúde, quanto à distribuição dos ônus e responsabilidades a cada um desses entes federados, deve ser observado com especial atenção. Em verdade, a dinâmica ora exposta sinaliza para o fato de que a atribuição do caráter de solidariedade às eventuais obrigações impostas ao sistema deve ser analisada com merecida acuidade, pois, nesse caso, a intervenção do Poder Judiciário, mesmo que embasada no argumento de defesa de um específico direito fundamental, contrariaria o fundamento central do nosso sistema federativo “de cooperação”, justamente sua natureza descentralizada e autônoma, mas coordenada e legitimamente justificada pelo imperativo de obtenção da máxima eficácia de seus meios.

A questão pede prudência, pois, uma vez já estabelecidos esses critérios de distribuição das respectivas obrigações de cada ente federado, de modo compatível com os respectivos meios de financiamento, em harmonia com o disposto na Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012⁵⁸, tal circunstância está a exigir dos juízes a devida justificação, diante de nossa realidade federativa, da possibilidade de impor, ao Administrador Público, qualquer outra ordem de valoração ético-jurídica e política, fundamentada na retórica dos direitos subjetivos⁵⁹.

Isso requer a devida análise da questão de saber qual a medida da legitimidade do agir judicial⁶⁰ a respeito de um dado tema para o qual a esfera política administrativa já possui uma regra de conduta amparada em determinadas escolhas e parâmetros e se não há, *a priori*, motivos para discordar do critério administrativo escolhido⁶¹.

57 Arts. 66 a 70 da Portaria GM-MS nº 1554, de 30 de julho de 2013.

58 “Art. 1º Esta Lei Complementar institui, nos termos do § 3º do art. 198 da Constituição Federal:

I – o valor mínimo e normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado, anualmente, pela União em ações e serviços públicos de saúde;

II – percentuais mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios em ações e serviços públicos de saúde;

III – critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados aos seus respectivos Municípios, visando à progressiva redução das disparidades regionais;

IV – normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal.”

59 CIARLINI, Alvaro Luis de Araujo. Op. cit., 2011. p. 139-140.

60 NINO, Carlos Santiago. *The constitution of deliberative democracy*. London: Yale University Press, 1998. p. 198-199.

61 CIARLINI, Alvaro Luis de Araujo. Direito à saúde e respeito à Constituição. In: *Gestão pública e relação público privado na saúde*. Coleção Pensar em Saúde. Rio de Janeiro: CEBES, 2011. p. 87.

Ao tratar das questões alusivas à tutela judicial do direito à saúde, é importante que o magistrado entenda que se encontra na posição complexa e paradoxal entre dois polos diametralmente opostos. O primeiro deles consiste na própria demanda individual dos cidadãos, com o escopo de obter, do Estado, a prestação de tratamento, ou a concessão de medicamentos em virtude da ocorrência de doenças e outros agravos. O segundo, em assegurar que o atendimento às pretensões individuais não ponha em risco a necessária autonomia do sistema administrativo ou a funcionalidade do próprio Sistema Único de Saúde⁶².

Por isso mesmo, espera-se que a deliberação judicial que contemple o deferimento de prestações positivas ao fornecimento de medicamentos leve em conta a complexidade de nosso sistema federativo, sem olvidar do devido cuidado em relação aos esforços de estruturação já empreendidos no âmbito administrativo, que têm por objetivo a ordenação dos meios de gestão e financiamento do Sistema Único de Saúde, em estrita consonância com os arts. 196 e 198 da Constituição da República.

Finalmente, a afirmação de que “o direito à saúde é direito de todos e dever do Estado” não pode, por si só, importar na imposição, pelo Poder Judiciário, da solidariedade de obrigações como modo de vinculação dos entes que compõem a federação brasileira, em suas três esferas de poder público, sem a devida observância dos meios de estruturação e distribuição de suas autônomas atribuições, pela própria natureza do SUS, aos distintos entes federados, e pelas correlatas regras de financiamento relativamente à União, aos Estados, Distrito Federal e aos Municípios.

De forma paradoxal, portanto, sob a justificativa de promover e dar efetividade ao direito fundamental à saúde (art. 196, primeira parte, da Constituição da República), o atual entendimento a respeito do caráter solidário da obrigação de fornecimento de medicamentos representa, concretamente, injustificável empecilho à consecução das diretrizes, igualmente constitucionais, que propugnam a instituição, dentro das distintas esferas de atribuição dos respectivos entes federados, “das políticas sociais e econômicas” aptas a promoverem a “redução do risco de doença e de outros agravos”, bem como “o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, sem esquecer da necessidade da promoção, pelo Poder Público, “nos termos da lei”, a indispensável “regulamentação, fiscalização e controle” dessas atividades⁶³.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Álvaro Villaça. *Teoria geral das obrigações*. São Paulo: Atlas, 2004.

62 CIARLINI, Alvaro Luis de Araujo. Op. cit., p. 87.

63 Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, arts. 196, segunda parte, 197 e 198.

- BASTOS, Celso Ribeiro Bastos. *Curso de direito constitucional*. 22. ed. São Paulo: Saraiva, 2010.
- BRASIL. República Federativa do Brasil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 22 mar. 2015.
- _____. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 22 mar. 2015.
- _____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 22 mar. 2015.
- _____. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm>. Acesso em: 22 mar. 2015.
- _____. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12.401.htm>. Acesso em: 22 mar. 2015.
- _____. CNS. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html>. Acesso em: 22 mar. 2015.
- _____. MS. Portaria nº 3916, de 30 de outubro de 1998. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html>. Acesso em: 22 mar. 2015.
- _____. Portaria MS-GM nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html>. Acesso em: 22 mar. 2015.
- _____. Portaria MS-GM nº 1554, de 30 de julho de 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1554_30_07_2013.html>. Acesso em: 22 mar. 2015.
- _____. Portaria MS-GM nº 1555, de 30 de julho de 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html>. Acesso em: 22 mar. 2015.
- _____. TJDF, Acórdão nº 803766, 20130110005702-APC, 1ª T.Cív., Rel. Alfeu Machado, Revisora: Leila Arlanch, Data de Julgamento: 17.07.2014, Publicado no DJe 22.07.2014, p. 68.
- CANOTILHO, J. J. Gomes. *Direito constitucional e teoria da Constituição*. 2. ed. Coimbra: Almedina, 1998.
- CIARLINI, Alvaro Luis de A. S. *Direito à saúde – Paradigmas procedimentais e substanciais da Constituição*. São Paulo: Saraiva, 2013.
- _____. Direito à saúde e respeito à Constituição. In: *Gestão pública e relação público privado na saúde*. Coleção Pensar em Saúde. Rio de Janeiro: CEBES, 2011.
- CITTADINO, Gisele. Judicialização da política, constitucionalismo democrático e separação de poderes. In: VIANNA, Luis Werneck (Org.). *A democracia e os três poderes no Brasil*. Belo Horizonte: Editora da UFMG/IUPERJ/FAPERJ, 2002.
- DECLARAÇÃO Universal dos Direitos do Humanos, proclamada pela Resolução nº 217A (III) da Assembleia-Geral das Nações Unidas, em 10 de dezembro de 1948. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2015.

- DELDUQUE, Maria Célia; MARQUES, Sílvia Badim; CIARLINI, Alvaro Luis de A. S. Judicialização das políticas de saúde no Brasil. In: ALVARES, Sandra Mara Campos; DELDUQUE, Maria Célia; DINO NETO, Nicolau (Org.). *Direito sanitário em perspectiva*. Brasília: ESMPU/Fiocrus, 2013.
- ESPÍNOLA, Eduardo. *Garantia e extinção das obrigações*. Campinas: Bookseller, 2005.
- FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. *Curso de direito constitucional*. 38. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.
- GOYARD-FABRE, Simone. *O que é democracia? A genealogia filosófica de uma grande aventura humana*. Trad. Cláudia Berliner. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
- HOLMES, Stephen; SUNSTEIN, Cass. *The Cost of Rights – Why Liberty depends on taxes*. New York: W. W. Norton & Company, 1999.
- LOEWENSWTEIN, Karl. *Teoria de la Constitución*. 2. ed. Trad. Eduardo Espin. Barcelona: Ariel, 1979.
- MEIRELLES, Hely Lopes. *Direito municipal brasileiro*. São Paulo: Malheiros, 2009.
- NINO, Carlos Santiago. *The constitution of deliberative democracy*. London: Yale University Press, 1998.
- PACTO Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, de 3 de janeiro de 1976. Disponível em: <https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsq_no=IV-3&chapter=4&lang=en>. Acesso em: 22 mar. 2015.
- PEPE, Vera Lúcia Edais et al. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde. In: ALVARES, Sandra Mara Campos; DELDUQUE, Maria Célia; DINO NETO, Nicolau (Org.). *Direito sanitário em perspectiva*. Brasília: ESMPU, Fiocrus, 2013.
- PONTES DE MIRANDA, Francisco Cavalcanti. *Tratado do direito privado*. Campinas: Bookseller, t. XIII, 2000.
- PORTUGAL. Decreto-Lei nº 47.344, de 25 de novembro de 1966. Disponível em: <http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=775&tabela=leis>. Acesso em: 22 maio 2015.
- SARLET, Ingo Wolfgang. *A eficácia dos direitos fundamentais*. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.
- SCHWARTZ, Germano. Gestão compartilhada sanitária no Brasil – Possibilidade de efetivação do direito à saúde. In: SCHWARTZ, Germano (Org.). *A saúde sob os cuidados do direito*. Passo Fundo: UFP, 2003.
- SOUZA, Celina. Federalismo e conflitos distributivos: disputa dos Estados Federados por recursos orçamentários. *Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 46, n. 2, 2003.
- SUNSTEIN, Cass. Direitos sociais e econômicos? Lições da África do Sul. In: SARLET, Ingo Wolfgang. *Jurisdição e direitos fundamentais*. Porto Alegre, v. I, t. II, 2006.
- TOCQUEVILLE, Alexis de. *A democracia na América*. Livro 1: Leis e Costumes. Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- ZIMMERMANN, Augusto. *Teoria geral do federalismo democrático*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 1999.