

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL
Faculdade de Direito de Alagoas - FDA

YASMIN ALMEIDA CONDE VIDAL

**RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERADOS PELO DEVER DE
FORNECER MEDICAMENTOS: UMA REVISÃO DA JURISPRUDÊNCIA DO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE ALAGOAS**

Maceió/AL

Junho/2022

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecária: Taciana Sousa dos Santos – CRB-4 – 2062

V648r Vidal, Yasmin Almeida Conde.

Responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever de fornecer medicamentos: uma revisão da jurisprudência do Tribunal de Justiça do Estado de Alagoas / Yasmin Almeida Conde Vidal. – 2022.
64 f. : il.

Orientador: Basile Christopoulos.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Direito) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Direito de Alagoas. Maceió, 2022.

Bibliografia: f. 60-64.

1. Responsabilidade solidária. 2. Fornecimento de medicamentos. 3. Judicialização da saúde. 4. Direito à saúde. I. Título.

CDU: 34

AGRADECIMENTOS

O caminho até aqui não foi fácil e a conclusão não seria possível sem a companhia de pessoas tão especiais. Agradeço aos meus pais, Jany e Peter, pelo apoio incondicional. À Nicole, minha irmã e eterna parceira. Ao João Pedro, com quem escolhi partilhar a vida. Às minhas amigas Nathália, Hingrid, Liana e Thayse, por me mostrarem ao longo desses tantos anos que a amizade vai muito além da presença física. Ao professor Basile, pelo apoio e todos os ensinamentos durante a orientação. Devo essa conquista a cada um de vocês.

RESUMO

O Sistema Único de Saúde foi instituído sob a égide do federalismo cooperativo, o que implica na atuação coordenada entre os três entes da federação, sem que haja sobreposição de atribuições. O Supremo Tribunal Federal no julgamento do representativo de controvérsia do Tema 793 decidiu que, nas ações que se pleiteiam tratamentos de saúde, deve figurar no polo passivo da demanda o ente responsável pelo custeio da prestação pleiteada, e, nos casos em que o objeto não se encontra nas listas oficiais do SUS, a responsabilidade recai sobre a União, uma vez que é a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde que detém a atribuição de incluir novas tecnologias no SUS. Este trabalho teve por escopo investigar se o Tribunal de Justiça do Estado de Alagoas aplica, em seus acórdãos, a tese na forma definida pela suprema corte, mediante pesquisa de natureza exploratória sob o delineamento da análise jurisprudencial enquanto espécie de pesquisa documental, com a técnica da estatística descritiva. Foram coletados 846 acórdãos proferidos pelas Câmaras Cíveis, e constatou-se que apenas 136 destes veiculam a interpretação correta do Tema 793. Embora o Tribunal de Justiça de Alagoas mantenha sua jurisprudência íntegra, deixou de observar o dever de coerência em relação ao fundamento determinante do representativo de controvérsia, ônus este que lhe competia por força legal para o desenvolvimento adequado do sistema de precedentes instituído pelo Código de Processo Civil.

Palavras chave: tema 793, responsabilidade solidária, saúde, judicialização, precedentes.

ABSTRACT

The Sistema Único de Saúde (SUS) was instituted under the aegis of the cooperative federalism, which implies the coordinated action between the three entities of the federation without the overlap of attributes. Brazil's Federal Supreme Court in the judgment of the representative of the controversy of the Tema 793 decided that, in the actions that claim health treatments, it should be included in the liability side of demand the entity responsible for the costs of the pleated provision, and, in cases where the object is not in the official lists of the SUS, the responsibility falls on the Union, since it is the National Commission for Incorporation of Technologies of the Ministry of Health who holds the assignment of including new technologies in the SUS. This study aimed to investigate whether the Court of Justice of the State of Alagoas applies in its judgments the thesis in the form defined by the Supreme Court, through research of an exploratory nature under the delineation of the jurisprudential analysis as a sort of documentary research with the technique of descriptive statistics. 846 judgments delivered by the Civil Chambers were collected and it was found that only 136 of these convey the correct interpretation of the Tema 793. Although the Court of Justice of Alagoas maintains its full jurisprudence, it failed to observe the duty of consistency regarding the determinant foundation of the controversy representative, a burden that was its responsibility in order to provide the appropriate development of the precedent system established by the Code of Civil Procedure.

Keywords: Tema 793, joint and several liability, health, judicialization, precedents.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Repartição de competências materiais entre os três níveis de governo de acordo com os artigos 15 a 18 da Lei nº 8.080/90.....	24
Quadro 2 - Variáveis consideradas na pesquisa	47
Quadro 3 - Respostas às questões de pesquisa.....	47
Quadro 4 - Acórdãos que interpretaram corretamente o tema 793 por órgão de julgamento	48

LISTA DE SIGLAS

ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
ADPF	Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
AgRg	Agravo Regimental
AI	Agravo de Instrumento
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC	Autorização para Procedimento de Alta Complexidade
CACON	Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CESAF	Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
CF	Constituição Federal
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias
EC	Emenda Constitucional
EDecl	Embargos de Declaração
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
GM	Gabinete Ministerial
MC	Medida Cautelar
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OSS	Orçamento da Seguridade Social
PDCT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PIB	Produto Interno Bruto
PET	Petição
PFPB	Programa Farmácia Popular do Brasil
PNPCCa	Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer
RE	Recurso Extraordinário

RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RS	Rio Grande do Sul
SC	Santa Catarina
SS	Suspensão de Segurança
STA	Suspensão de Tutela Antecipada
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TJAL	Tribunal de Justiça do Estado de Alagoas
UNACON	Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 DO DEVER DE FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS NO CONTEXTO DO FEDERALISMO COOPERATIVO	13
2.1 Tratamento constitucional do direito à saúde.....	13
2.2 Aparato normativo do Sistema Único de Saúde (SUS)	15
2.3 Da assistência à saúde sob a perspectiva do modelo federativo	22
3 EVOLUÇÃO JURISPRUDENCIAL ACERCA DA RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERADOS PELO FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS	33
3.1 Considerações preliminares: judicialização da saúde e ativismo judicial.....	33
3.2 Evolução jurisprudencial do tratamento conferido ao direito à saúde pelas cortes superiores	35
3.3 Nova perspectiva da responsabilidade dos entes da federação pelo dever de fornecer medicamentos.....	43
4 REVISÃO DA JURISPRUDÊNCIA DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE ALAGOAS	46
4.1 Materiais e métodos.....	46
4.2 Resultados e discussões	47
5 CONCLUSÃO.....	58
REFERÊNCIAS	60

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), consagrado pelo art. 196 da Constituição Federal, foi efetivamente instituído com a edição da Lei nº 8.080/90 e teve seu surgimento marcado pelas contradições existentes entre os compromissos com o estado de bem-estar social e as políticas neoliberais levadas a cabo nesse período, cujas prioridades voltavam-se para os compromissos financeiros em detrimento dos preceitos constitucionais que estabeleceram a saúde como direito de todos e dever do Estado¹.

Nesse cenário, o Poder Judiciário passou a desenvolver um papel de agente ativo nas sociedades contemporâneas no que diz respeito à implementação de políticas públicas e à garantia de direitos em um cenário de precariedade e insuficiência da assistência à saúde pública², embora historicamente sua atuação era mais limitada à reprodução e aplicação dos preceitos legais, despido de subjetividade ou proatividade por parte de seus operadores³.

Sob o pálio dos princípios da universalidade, equidade e integralidade, a consecução da assistência à saúde no contexto do federalismo cooperativo exige um modelo de financiamento capaz de garantir suficiência e estabilidade de recursos, aliado a uma forte capacidade retributiva dos entes federados, o que possui como consectário lógico a transferência de serviços, responsabilidades, poder e recursos, da esfera federal, para os estados e municípios. A estrutura de financiamento do SUS advém da instituição do Orçamento da Seguridade Social (OSS), mecanismo de financiamento das três áreas que integram a seguridade social mediante a participação dos três níveis de governo.

O federalismo cooperativo sanitário foi marcado por dois momentos: um de municipalização, com intensificação da transferência direta de recursos da União para os municípios, vinculados a programas estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS), e o seguinte, de regionalização, mediante um processo de descentralização do SUS entre os entes da federação pela criação de recortes territoriais em espaços geográficos intramunicipais, intraestaduais, interestaduais e fronteiriças, além das macrorregiões de saúde.

¹ GODOIS, L. Direitos fundamentais sociais e neoliberalismo no Brasil: as contradições entre a promessa emancipatória e a(s) política(s) de Estado nos anos 1990 e seu impacto na judicialização da saúde. **Seminário Nacional Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea**, XII, 2016, p. 15-16.

² AGUINSKY; ALENCASTRO (2006) *apud* RIBEIRO, D. S. **O direito à saúde em tempos neoliberais: a judicialização da saúde como estratégia para a garantia de direitos?** Mestrado em Serviço Social - Universidade Federal de Juiz de Fora, 2014.

³ ASENSI (2010) *apud* RIBEIRO, 2014, p. 72.

Todavia, persiste a alocação insuficiente de recursos orçamentários para fazer valer os princípios constitucionais de acesso universal, equidade e integralidade, o que determina, indubitavelmente, a redução da capacidade de atendimento das necessidades de saúde da população, criando solo fértil para a judicialização do acesso às ações e serviços de saúde. Segundo dados colhidos do Portal Justiça em Números do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) para o período de 2014 a 2020, observou-se uma média de 932.092 casos novos por ano no Poder Judiciário, sendo destes 231.809 casos novos relativos a prestações de ações e serviços de saúde pública, o que denota, de forma expressiva, a expressividade da litigância pela assistência à saúde no judiciário brasileiro:

Tabela 1 - Relação de casos novos e casos novos de saúde por ano nos tribunais brasileiros

Indicador / Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Casos novos	2.879.553	535.644	522.486	543.059	593.595	725.494	724.816
Casos novos de saúde	290.020	187.996	222.248	248.196	220.219	231.122	222.865
Percentual de casos de saúde em relação aos casos novos	10%	35%	43%	46%	37%	32%	31%

Fonte: CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). Justiça em números. Disponível em: <https://paineis.cnj.jus.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=qvw_1%2FPainelCNJ.qvw&host=QVS%40neodimio03&anonymous=true&sheet=shResumoDespFT>. Acesso em mai. 2022.

Nesse cenário, o judiciário brasileiro promoveu tentativas de racionalizar e uniformizar a atuação judicial nas demandas que envolvem as prestações de saúde, com destaques para a Suspensão de Tutela Antecipada 175 e o Recurso Extraordinário 855.178, representativo do Tema 793, objeto do presente estudo, que buscou consolidar aspectos para a definição da responsabilidade dos entes da federação nas demandas de saúde. No contexto dessas demandas, o presente trabalho volta-se para a atuação do Tribunal de Justiça do Estado de Alagoas, mais especificamente no tocante à interpretação conferida pelos desembargadores à tese definida pelo Supremo Tribunal Federal no julgamento do representativo de controvérsia do Tema 793.

Isso posto, o presente trabalho buscou responder à questão de pesquisa: “o Tribunal de Justiça do Estado de Alagoas aplica corretamente o entendimento do Tema 793 definido após

o julgamento dos Embargos de Declaração no Recurso Extraordinário 855.178?”, com o intuito de investigar se as decisões do Tribunal de Justiça de Alagoas em relação à responsabilidade dos entes federados de prestar assistência à saúde estão de acordo com o entendimento fixado pelo Supremo Tribunal Federal no julgamento dos embargos de declaração opostos no Recurso Extraordinário 855.178.

Para a consecução disso, são objetivos específicos deste trabalho demonstrar o tratamento constitucional conferido ao direito à saúde, no contexto do federalismo cooperativo, apresentar a evolução do pensamento jurisprudencial nos casos de referência sobre a matéria, com enfoque especial no julgamento dos Embargos de Declaração opostos no Recurso Extraordinário 855.178, bem como revisar a jurisprudência do Tribunal de Justiça de Alagoas para investigar os entraves na aplicação da tese definida no Tema 793.

Será conduzida uma pesquisa de natureza exploratória com delineamento de análise jurisprudencial enquanto espécie de pesquisa documental, a partir do método de estatística descritiva, para compilar os dados que ajudem a demonstrar se o Tribunal de Justiça de Alagoas está ou não seguindo o entendimento disposto no Tema 793.

No primeiro capítulo do trabalho, serão expostas as bases teóricas da definição da responsabilidade dos entes federados pela prestação de assistência à saúde. Em seguida, serão apresentados os casos de referência no campo da judicialização da saúde, notadamente a tese definida pelo Ministro Edson Fachin no julgamento do representativo de controvérsia do Tema 793. Por fim, a partir dessas premissas, o último capítulo contém a exposição da pesquisa conduzida junto ao Tribunal de Justiça de Alagoas, a metodologia utilizada para a sua consecução e a discussão dos resultados colhidos na pesquisa.

2 DO DEVER DE FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS NO CONTEXTO DO FEDERALISMO COOPERATIVO

2.1 Tratamento constitucional do direito à saúde

Para que seja possível discorrer acerca da responsabilidade dos entes federados no dever de prestar assistência à saúde, se faz mister estabelecer algumas premissas básicas no que concerne a judicialização da saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como “o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença ou enfermidade”⁴, cuja delimitação também foi adotada pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 em seu art. 3º, *caput* e parágrafo único, que prelecionam que “os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país” e “dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social”⁵.

Na Constituição Federal (CF) de 1988, o direito à saúde se insere na categoria da seguridade social, a qual, por sua vez, encontra definição no artigo 194, como um “conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência social e à assistência social”⁶. O texto constitucional define em seu artigo 196 a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”⁷.

É possível inferir do texto que o direito à saúde é, simultaneamente, um direito individual e um direito coletivo de proteção à saúde, o qual deve ser assegurado mediante

⁴ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 12 maio 2021.

⁵ 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. Brasília: Diário Oficial da União, 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 12 maio 2021.

⁶ BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 12 maio 2021.

⁷ Idem.

políticas sociais e econômicas⁸. Para além do direito dos indivíduos e da coletividade à prestação dessas políticas, exsurge para o Estado, em contrapartida, o dever fundamental de prestação da saúde, o qual encontra fundamento também no art. 23, inciso II, da Carta Magna.

Além disso, o direito à saúde deve se efetivar mediante ações específicas e amplas políticas públicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos, o que evidencia a sua dimensão preventiva e a ampla abrangência das políticas públicas de saúde, visando o acesso universal e igualitário aos serviços públicos dessa espécie.

A constitucionalização da saúde e de outros direitos sociais implica a consagração do status constitucional do dever de prestação de assistência à saúde, bem como na instituição e promoção do controle judicial das políticas públicas⁹. Para mais, Ingo Sarlet assevera que o direito à saúde também possui a dupla fundamentalidade formal e material inerente aos demais direitos e garantias fundamentais erigidos na ordem constitucional, de sorte que a fundamentalidade formal está ligada ao direito constitucional positivo (no que se refere à sua posição no ápice do ordenamento jurídico, aos limites formais e materiais e à sua aplicabilidade direta), ao passo em que a fundamentalidade material diz respeito à relevância do bem jurídico tutelado pela ordem constitucional¹⁰.

O direito fundamental à saúde implica em atuações positivas e negativas dos entes da federação. A dimensão negativa do direito à saúde diz respeito ao dever jurídico imposto ao Estado e aos particulares de não infligir dano à saúde das pessoas, de sorte que qualquer conduta ofensiva à saúde poderá ser objeto de demanda judicial individual ou coletiva¹¹. Ao tratar da atuação negativa do direito à saúde, Ingo Sarlet defende como instrumento basilar o princípio da proibição ao retrocesso, por impedir que o legislador ordinário comprometa a proteção dos direitos assegurados por instrumentos infraconstitucionais que funcionem como elementos concretizadores do direito à saúde.

Por outro lado, o aspecto positivo do direito à saúde diz respeito à sua dimensão prestacional, ou seja, a possibilidade do titular do direito, a partir das normas constitucionais,

⁸ MENDES, G. F.; BRANCO, P. G. G. **Curso de Direito Constitucional**. 12. ed. São Paulo: Saraiva, 2017. p. 597.

⁹ MAPELLI JUNIOR, R. **Judicialização da saúde e políticas públicas: assistência farmacêutica, integralidade e regime jurídico-constitucional do SUS**. 2016. Tese (Doutorado em Ciências) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/T.5.2016.tde-23022016-162923>. Acesso em: 10 maio 2021, p. 70.

¹⁰ SARLET, I. W. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988. **Revista Direito e Democracia**, v. 3, n. 1, p. 333–354, 2002, p. 336.

¹¹ SARLET, 2002, p. 344-345.

exigir do poder público alguma prestação material que tenha como objeto a redução do risco de doenças e outros agravos e a promoção, proteção e recuperação da saúde e, para tanto, também deve ostentar a máxima eficácia e efetividade pelo legislador ordinário¹².

O princípio da máxima eficácia e efetividade das normas definidoras de direitos fundamentais contido no art. 5º, § 2º, da Constituição Federal, o qual prevê que “as normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata”, revela uma postura do constituinte no sentido de atribuir uma maior densidade normativa a tais normas, reforçando a sua especial relevância na Constituição, o que, por óbvio, também recai sobre o direito à saúde.

Sarlet e Aith apontam que a primeira problemática encontrada relativa à eficácia e à efetividade do direito à saúde repousa sobre a imprecisão conceitual do objeto do direito à saúde, de sorte que o direito constitucional positivo falha em expor se tal direito abrange todo e qualquer tipo de prestação relacionada à saúde humana ou se é restrito às prestações básicas e vitais relativas à saúde¹³. Sarlet argumenta que o escopo do direito à saúde é definido pelo legislador ordinário, ao passo em que ao Poder Judiciário incumbe a interpretação das normas constitucionais e infraconstitucionais. Por outro lado, Aith expõe a imperiosidade da democracia sanitária como princípio fundamentador do sistema de saúde pública, a fim de que a sociedade tenha uma participação ativa junto aos três poderes na definição dos contornos da abrangência jurídica do direito à saúde¹⁴.

Fixadas as premissas do direito à saúde, é necessário analisar e compreender as bases constitucionais e infraconstitucionais instituidoras do Sistema Único de Saúde enquanto aparato instrumental da saúde pública brasileira.

2.2 Aparato normativo do Sistema Único de Saúde (SUS)

A base normativa do SUS é composta por um corpo normativo básico que compreende a Constituição Federal de 1988, a Lei Federal nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), regulamentada pelo Decreto nº 7.508/11, a Lei Federal nº 8.142/90, a Lei Complementar nº

¹² SARLET, 2002, p. 347.

¹³ SARLET, 2002, p. 347.

¹⁴ AITH, F. Direito à saúde e democracia sanitária: experiências brasileiras. **Revista de Direito Sanitário**, v. 15, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v15i3>>, p. 85-90.

141/12 e, por fim, os demais atos normativos complementares editados pelo Ministério da Saúde (MS) e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), com destaque especial para a Portaria MS nº 3.916/88, que institui a Política Nacional de Medicamentos, a Portaria MS nº 2.203/96, e, por fim, a Resolução CNS nº 338/04, que institui a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

Sobreleva destacar a relevância da Constituição Federal enquanto principal base normativa do SUS, uma vez que contém diretrizes e normas que delineiam a sua estrutura institucional, por se tratar de um conjunto de políticas públicas de responsabilidade das três esferas da federação em atuação conjunta, a teor do que dispõe o art. 23, II e o art. 198, II, do texto constitucional. Nesse sentido, interessante mencionar a lição de Reynaldo Mapelli Júnior, no ponto em que a compreensão da saúde pública deve partir do modelo constitucional do SUS em razão dos princípios constitucionais que devem irradiar para toda a ordem jurídica, e da imperatividade das regras ali impostas que desenharam as políticas públicas de saúde¹⁵.

Colhe-se do art. 198 do texto constitucional que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”, o que permite inferir que a institucionalização do SUS carece de articulação e pactuação de todos os níveis de governo, além da participação da comunidade, acerca do planejamento, do financiamento e da prestação dos serviços, o que denota o aspecto da integralidade e da sistematização das políticas de saúde.

Diante da sua natureza de serviço público, incumbe ao Poder Público regulamentar, fiscalizar e controlar as ações e os serviços de saúde, na forma consignada pelo art. 197 da Constituição Federal, cuja regulamentação se dá por meio da Lei nº 8.080/90, ao passo em que a fiscalização e o controle devem ser exercidos sob os aspectos contábil, financeiro, orçamentário, operacional e patrimonial, consoante o previsto pelo art. 70 do texto constitucional, por meio dos órgãos de controle interno e externo¹⁶.

Por estar a saúde inserida no âmbito da seguridade social, esta deve ser organizada com base nos objetivos contidos no art. 194 do texto constitucional, quais sejam, a universalidade de cobertura, a universalidade de atendimento, a uniformidade e equivalência dos serviços às populações urbana e rural, a seletividade e distributividade na prestação dos serviços, a

¹⁵ MAPELLI JUNIOR, 2016, p. 98.

¹⁶ SANTOS, R. C. C. dos. **Financiamento da saúde pública no Brasil**. Belo Horizonte: Fórum, 2016, p. 73.

equidade na forma de participação no custeio, a diversidade da base de financiamento e o caráter democrático e descentralizado da gestão.

Além das diretrizes de organização da seguridade social como um todo, a saúde pública também ostenta seus próprios princípios e diretrizes, os quais “são interligados e devem ser interpretados harmoniosamente, como vetores que dão ordem interior e unidade à legislação sanitária”¹⁷. O estudo do aporte principiológico e doutrinário do SUS é fundamental para compreender a contextualização política do sistema, e permite identificar os parâmetros a serem observados pelas políticas públicas¹⁸.

Todavia, ao buscar no texto constitucional e na legislação de regência do sistema, percebe-se logo que não há uma coordenação entre os referidos diplomas no que concerne à organização dos princípios e diretrizes; a descentralização, a integralidade e a participação da comunidade são listadas pelo texto constitucional como diretrizes, ao passo em que a Lei nº 8.080/90 elenca como princípios. Assim, diante dessa confusão terminológica, é prudente fazer uma breve distinção conceitual, para que seja possível, enfim, distinguir a natureza dos elementos listados pelos instrumentos normativos.

Para tanto, adota-se a definição de princípio atribuída por Robert Alexy, que consiste em mandados de otimização por veicular normas que demandam seu cumprimento na maior medida possível, em relação às circunstâncias fáticas e jurídicas¹⁹, em adição em adição às conceituações de Matta, em que os princípios (ideológicos ou doutrinários) consistem no núcleo comum de valores e concepções sobre os quais se ergue o SUS, ao passo em que as diretrizes (ou princípios organizativos) consistem nos meios para atingir os objetivos que foram delineados em articulação com os princípios ideológicos²⁰.

Nesse ínterim, a Lei nº 8.080/90 elenca esses objetivos em seu art. 5º, quais sejam, a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde (inciso I), a

¹⁷ MAPELLI JUNIOR, 2016. p. 103.

¹⁸ MESQUITA, L. I. S. **Mercantilização do direito constitucional à saúde no Brasil: neoliberalismo, contrarreformas e subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no caso da implementação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)**. 192 f. 2019. Dissertação (Mestrado em Direito Público) - Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2019. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/5617>>, p. 76.

¹⁹ ALEXY, R. Sistema jurídico, principios jurídicos y razón práctica. **Cuadernos de Filosofía del Derecho**, n. 5, p. 139, 1988. Disponível em: <<https://doi.org/10.14198/DOXA1988.5.07>>, p. 143.

²⁰ MATTa, G. C.; PONTES, A. L. de M. (org.). **Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007. (Coleção Educação profissional e docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, v. 3), p. 65.

formulação de políticas de saúde destinadas a promover a redução de riscos de doenças e outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde (inciso II), e, por fim, a assistência aos usuários por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (inciso III).

Assim, Matta identifica na Constituição Federal “três elementos que compõem a base cognitiva, ideativa e filosófica do sistema brasileiro”²¹, os quais consistem nos princípios ideológicos do SUS, quais sejam, a universalidade, a equidade e a integralidade.

A universalidade encontra amparo no art. 196 do texto constitucional, ao prever que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, o que implica na aceção de que a saúde é um direito subjetivo dos cidadãos brasileiros, e não um serviço ao qual se tem acesso mediante contraprestação, o que possui como consectário lógico o acesso gratuito às ações específicas e às amplas políticas públicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos, o que deve ser interpretado conjuntamente com a noção atual de direito à saúde, que não se delimita à compreensão tradicional do binômio saúde-doença. Para além, a universalidade não está circunscrita à universalidade do acesso às ações e serviços de saúde, mas também das condições de vida que possibilitem boas condições de saúde, o que representa um marco histórico na construção de uma sociedade justa, igualitária e democrática²².

A equidade, por sua vez, diz respeito ao tratamento igualitário que deve ser dispensado aos usuários do sistema, em observância aos parâmetros de justiça distributiva e de consolidação da igualdade material em se tratando de direito à saúde, como forma de “reconhecer a pluralidade e a diversidade da condição humana nas suas necessidades e nas suas potencialidades”²³.

Por fim, a integralidade encontra definição no art. 7º, inciso II, da Lei nº 8.080/90, o qual a define como um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema”. Desse dispositivo, é possível extrair quatro acepções distintas relativas à integralidade, relativos ao (1) sentido histórico, em que perpassa a ideia de construção de um sistema único, ao (2) sentido epistemológico da concepção de saúde como uma prática integral,

²¹ MATTA; PONTES, 2007, p. 66.

²² MATTA; PONTES, p. 69.

²³ MATTA; PONTES, 2007, p. 69.

ao (3) sentido do planejamento em saúde no que concerne à formulação de políticas pautadas na ação integral e (4) no sentido das relações entre trabalho, educação e saúde, na formação e gestão do trabalho em saúde²⁴.

Em continuidade, a descentralização enquanto diretriz do SUS está alinhada com a forma federativa de Estado adotada pela Constituição Federal²⁵, e diz respeito à distribuição aos deveres de reciprocidade e complementariedade pela edição e manutenção das ações e dos serviços voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde, preceito este que também encontra previsão no art. 23, II, do texto constitucional, que atribui a competência comum aos três entes da federação de cuidar da saúde e assistência pública. Nesse sentido, o modelo de federalismo cooperativo adotado pela Constituição Federal implica na criação das instituições permanentes de pactuação e de mecanismos solidários para a solução de problemas comuns, destacando-se ainda a instituição do Pacto pela Saúde pela Portaria GM/MS 399/2006²⁶.

Para mais, a regionalização diz respeito à necessidade de gestão especializada a partir de uma noção de território, de acordo com a lógica de que a proximidade do gestor com a população favorece sua capacidade de identificar as necessidades de saúde a fim de promover a melhor forma de gestão do acesso e dos serviços²⁷. Nesse passo, a regionalização deve observar a terceira diretriz, a hierarquização dos níveis de complexidade, de acordo com as necessidades de saúde das pessoas, de sorte que o atendimento integral do SUS deve contemplar tanto as ações de promoção e prevenção, até as ações de maior complexidade, ainda que implique em uma necessidade de rede de serviços que ultrapasse os limites territoriais do ente da federação²⁸.

A participação da comunidade enquanto diretriz constitucional do Sistema Único de Saúde é regulamentada pela Lei nº 8.142/90, instrumento este que foi responsável pela sua formalização e institucionalização como dispositivo de formulação e acompanhamento das políticas públicas de saúde. Desta feita, esse instrumento normativo prevê a criação de instâncias colegiadas (conselhos e conferências) nos três níveis de governo, o que reverbera a noção de federalismo cooperativo inerente ao modelo de gestão adotado pela Constituição de 1988.

²⁴ MATTA; PONTES, p. 71.

²⁵ MENDES, G. F.; BRANCO, P. G. G. **Curso de Direito Constitucional**. 12. ed. São Paulo: Saraiva, 2017, p. 602.

²⁶ MENDES; BRANCO, 2017, p. 602.

²⁷ MATTA; PONTES, 2007, p. 75.

²⁸ MATTA; PONTES, 2007, p. 75-76.

É atribuição das Conferências de Saúde avaliar e propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde nos níveis correspondentes, podendo ser convocadas pelo Poder Executivo, pela própria Conferência ou pelo Conselho de Saúde (§ 1º), ao passo em que a atribuição dos Conselhos de Saúde diz respeito à formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde da instância correspondente, devendo englobar inclusive o controle sobre o aspecto econômico e financeiro, cujas decisões carecem de homologação pelo chefe do poder executivo de cada esfera governamental²⁹.

Editada para atender ao disposto no art. 197 da Constituição Federal, a Lei nº 8.080/90 tem por objetivo dispor acerca da organização e do funcionamento do SUS, dispondo sobre as regras de organização, direção e gestão do sistema, e de competência e atribuições dos entes federativos, estabelecendo ainda as regras gerais de assistência terapêutica e da incorporação de novas tecnologias em saúde, além de conter as regras atinentes aos serviços privados de assistência à saúde, do financiamento do sistema e dos subsistemas de atenção à saúde indígena, de atendimento e internação domiciliar e de acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, o que denota o caráter universal e integral da assistência à saúde prestada pelo SUS.

Em atendimento à regra de reserva de lei complementar para veicular normas gerais de direito financeiro, a Lei Complementar nº 141/12 dispõe acerca do financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde, definindo os valores mínimos a serem aplicados pelos entes da federação nesse contexto, estabelecendo as regras de movimentação de recursos e de gestão fiscal³⁰.

Também merece destaque enquanto integrante do plexo normativo do SUS a Portaria nº 3.916/88, editada pelo Ministério da Saúde, a qual institui a Política Nacional de Medicamentos, em obediência ao disposto no art. 6º, inciso VI, da Lei nº 8.080/90, segundo o qual se encontra dentro do campo de atuação do SUS a formulação de política de medicamentos, com o escopo

²⁹ 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. Brasília: Diário Oficial da União, 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm>. Acesso em: 12 maio 2021.

³⁰ BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm>. Acesso em: 29 jun. 2021.

de “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais”³¹, diretriz esta que deve ser observada pelos gestores públicos a partir da atuação intersetorial, por contemplar diretrizes e definir prioridades legislativas relativas à inspeção, controle, garantia da qualidade, seleção, aquisição, distribuição, uso racional de medicamentos, desenvolvimento de recursos humanos e desenvolvimento científico e tecnológico³².

A Política Nacional de Medicamentos estabelece as seguintes diretrizes: adoção de Relação de Medicamentos Essenciais (RENAME), regulamentação sanitária de medicamentos, reorientação da assistência farmacêutica, promoção do uso racional de medicamentos, desenvolvimento científico e tecnológico, promoção da produção de medicamentos, garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, e, por fim, desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

Outro instrumento normativo de especial relevância para a temática aqui abordada é a Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996, do Ministério da Saúde, a qual institui a Norma Operacional Básica (NOB) do SUS³³, que aborda a definição das responsabilidades dos entes federativos, a atuação dos níveis de governo nos sistemas regionalizados de saúde, dispondo ainda também acerca do financiamento das ações e serviços de saúde.

Por fim, a Resolução nº 338/04 do Conselho Nacional de Saúde é o instrumento normativo responsável por consolidar a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, a qual “engloba as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, controle da qualidade e utilização – nesta compreendida a prescrição e a dispensação”³⁴.

Expostos os fundamentos gerais do funcionamento do SUS, necessário se faz para a consecução do objetivo do presente trabalho uma análise minuciosa das regras de financiamento da saúde pública e da repartição dessas atribuições entre os entes da federação.

³¹ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1988**. Brasília: Diário Oficial da União, 1998. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html>. Acesso em 17 jun. 2021.

³² Idem.

³³ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996**. Brasília: Diário Oficial da União, 1996. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 29 jun. 2021.

³⁴ CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004**. Brasília: Diário Oficial da União, 2004. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html>. Acesso em: 17 jun. 2021.

2.3 Da assistência à saúde sob a perspectiva do modelo federativo

Desde a Proclamação da República em 1889 o Brasil adotou a forma de Estado Federal, concebido constitucionalmente como a união indissolúvel dos Estados, do Município e do Distrito Federal, cuja autonomia encontra fundamento na existência de órgãos governamentais próprios e na repartição de competências – materiais e legiferantes – entre a União e os demais componentes da federação³⁵. Isso porque, na falta de hierarquia entre os componentes, e para possibilitar a consecução das funções que lhes foram delineados, surge a necessidade de um sistema de divisão de competências administrativas e legislativas.

Em síntese, as competências constitucionais são de natureza administrativa (material) ou legislativa. As competências podem ser, ainda, exclusivas (privativas) ou concorrentes (comuns). A Constituição encerra a competência legiferante privativa da União e dos Municípios (arts. 22 e 29, respectivamente) e a competência material e legiferante concorrente entre os componentes da federação (art. 24), bem como contém rol exemplificativo das competências materiais privativas da União (art. 21) e das competências legislativas e materiais privativas dos Estados-membros³⁶.

O dever de prestar assistência à saúde se encontra no âmbito da competência material concorrente (comum) entre os componentes da federação. No entanto, a previsão constitucional relativa à competência administrativa não menciona expressamente a execução de ações e serviços de saúde, mas sim “cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência”³⁷. Dessa feita, a consecução do federalismo cooperativo em se tratando de assistência à saúde “exige um modelo de financiamento público que garanta suficiência e estabilidade de recursos aliada a uma forte capacidade redistributiva entre os entes federados”³⁸, o que implica na transferência de serviços, responsabilidades, poder e recursos, da esfera federal para os estados e municípios³⁹.

³⁵ SILVA, J. A. da. **Curso de direito constitucional positivo**. 37ª ed. São Paulo, SP: Malheiros Editores, 2014, p. 102-103.

³⁶ MENDES; BRANCO, 2017, p. 746-750.

³⁷ BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 12 maio 2021.

³⁸ DOURADO, D. de A. **Regionalização e federalismo sanitário no Brasil**. 2010. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/D.5.2010.tde-02062010-164714>>. Acesso em: 7 jul. 2021, p. 117.

³⁹ LECOWITZ; LIMA; VIEIRA, 2011, apud REIS, J. B. dos. **A judicialização das políticas públicas de saúde e os reflexos econômicos para o sistema federativo**. 282 f. 2019. Dissertação - Universidade Estadual Paulista, Franca, 2019. p. 60.

A estrutura de financiamento do SUS advém do Orçamento da Seguridade Social (OSS), que institui o modelo de financiamento das três áreas que integram a seguridade social (saúde, previdência e assistência social) a partir de recursos oriundos dos três níveis de governo. Todavia, a sua implementação não foi capaz de prover os recursos necessários à consecução de um sistema de saúde universal, notadamente diante da captura de receitas pela Previdência Social, que prejudicou os repasses da esfera federal para o financiamento do sistema⁴⁰.

Nesse contexto, a concretização do federalismo cooperativo ocorreu em dois períodos distintos, inicialmente, com a implantação do SUS durante a década de 90, momento em que ocorreu a descentralização político-administrativa para os municípios, o que se evidencia a partir da transferência de competências e de recursos em direção aos municípios, segundo orientação dos instrumentos normativos (Normas Operacionais Básicas) do Ministério da Saúde⁴¹, e que o segundo momento, o atual, seria marcado pela regionalização do sistema de saúde, promovido inicialmente pela Norma Operacional Básica de Assistência à Saúde, em 2001, instrumento que definiu o início da regionalização do SUS⁴².

O primeiro momento do federalismo cooperativo brasileiro foi marcado pela concentração das receitas no governo federal, reduzindo as receitas disponíveis para os estados e municípios, que, em vez de realizar repasses globais, regulares e automáticos no padrão de redistribuição federativa previsto originalmente, transferia recursos diretamente aos municípios por meio de programas específicos definidos pelo Ministério da Saúde⁴³, o que provocou a dependência dos recursos do SUS como fonte de receita dos municípios, delineando o desequilíbrio da dinâmica federativa sanitária⁴⁴. Na década seguinte, iniciou-se um movimento de desenhar um novo modelo das relações federativas, notadamente com a edição da Emenda Constitucional (EC) nº 29/2000, que inseriu no texto constitucional a vinculação de recursos das três esferas de governo para assegurar a estabilidade de receitas no setor da saúde; no entanto, diante da ausência de lei complementar, a EC estabeleceu dispositivo transitório que obriga a União a aplicar anualmente o montante alocado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB, e estabeleceu percentuais fixos de participação para os estados e municípios

⁴⁰ DOURADO, 2010, p. 118.

⁴¹ DOURADO, 2010, p. 86-88.

⁴² DOURADO, 2010, p. 98.

⁴³ UGÁ, M. A. *et al.* Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 8, n. 2, p. 417-437, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000200008>

⁴⁴ LIMA, L. D. de. **Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais**. 292 f. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

(12% e 15%, respectivamente)⁴⁵, o que, por vincular ao PIB em detrimento da arrecadação tributária, implicou no congelamento da participação da esfera federal e um aumento na responsabilidade dos estados e municípios pelo custeio da saúde. Apesar disso, a EC nº 29/2000 teve êxito em proporcionar um maior comprometimento dos governos estaduais e municipais com o financiamento do SUS, reforçando a mudança no perfil federativo de financiamento do sistema.

A partir dos instrumentos normativos trazidos à lume na seção anterior, é possível traçar, de forma esquematizada, as repartições de competências materiais entre os três níveis de governo em se tratando da assistência à saúde.

Quadro 1 - Repartição de competências materiais entre os três níveis de governo de acordo com os artigos 15 a 18 da Lei nº 8.080/90

Atribuições comuns (Art. 15)	União (Art. 16)	Estados (Art. 17)	Municípios (Art. 18)
Definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde	Formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição	Promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde	Planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde
Administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde	Participar na formulação e na implementação das políticas: a) de controle das agressões ao meio ambiente; b) de saneamento básico; e c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho	Acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS)	Participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual
Acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais	Definir e coordenar os sistemas: a) de redes integradas de assistência de alta complexidade; b) de rede de laboratórios de saúde pública; c) de vigilância epidemiológica; e d) vigilância sanitária	Prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde	Participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho
Organização e coordenação do sistema de informação de saúde	Participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravos sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana	Coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços: a) de vigilância epidemiológica; b) de vigilância sanitária; c) de alimentação e nutrição; e d) de saúde do trabalhador	Executar serviços: a) de vigilância epidemiológica; b) vigilância sanitária; c) de alimentação e nutrição; d) de saneamento básico; e e) de saúde do trabalhador

⁴⁵ Ver art. 97 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT).

Quadro 1 - Repartição de competências materiais entre os três níveis de governo de acordo com os artigos 15 a 18 da Lei nº 8.080/90

Atribuições comuns (Art. 15)	União (Art. 16)	Estados (Art. 17)	Municípios (Art. 18)
Elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde	Participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador	Participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana	Dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde
Elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador	Coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica	Participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico	Colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las
Participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente	Estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios	Participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho	Formar consórcios administrativos intermunicipais
Elaboração e atualização periódica do plano de saúde	Estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano	Em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde	Gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros
Participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde	Promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde	Identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional	Colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras
Elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde	Formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;	Coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa	Observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução
Elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de	Identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para	Estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação	Controlar e fiscalizar os procedimentos dos

Quadro 1 - Repartição de competências materiais entre os três níveis de governo de acordo com os artigos 15 a 18 da Lei nº 8.080/90

Atribuições comuns (Art. 15)	União (Art. 16)	Estados (Art. 17)	Municípios (Art. 18)
saúde, tendo em vista a sua relevância pública	o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde	das ações e serviços de saúde	serviços privados de saúde
Realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal	Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde	Formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;	Normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.
Para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;	Prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional	Colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras	
Implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados	Elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde	O acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.	
Propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente	Promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal		
Elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde	Normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados		
Promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a	Acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais		

Quadro 1 - Repartição de competências materiais entre os três níveis de governo de acordo com os artigos 15 a 18 da Lei nº 8.080/90

Atribuições comuns (Art. 15)	União (Art. 16)	Estados (Art. 17)	Municípios (Art. 18)
definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde			
Promover a articulação da política e dos planos de saúde	Elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal		
Realizar pesquisas e estudos na área de saúde	Estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.		
Definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária			
Fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial			

Fonte: Quadro de elaboração própria, a partir dos dados contidos em 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. Brasília: Diário Oficial da União, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 12 maio 2021.

O quadro permite verificar que há um delineamento das atribuições de cada ente da federação, e permite inferir que a competência comum dos entes federados não implica na responsabilidade solidária irrestrita entre os entes para a execução direta das ações e serviços de saúde⁴⁶, haja vista que, embora se reconheça a atuação coordenada entre os níveis de governo com especificidade da atuação de cada um, a coordenação não deve se confundir com a solidariedade de todas as atribuições.

Tal premissa torna-se mais evidente ao analisar as competências discriminadas no quadro acima em contraposição ao disposto no art. 30, inciso VII, da Constituição Federal,

⁴⁶ ARETCHE *apud* FILHO, M. R.; PEREIRA, S. P. D. As responsabilidades solidária e subsidiária no federalismo brasileiro: contextualização em matéria de saúde e posicionamento do Supremo Tribunal Federal. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 8, n. 3, p. 152–172, 2019. Disponível em: <<http://doi.org/10.17566/ciads.v8i3.574>>, p. 157.

segundo o qual compete aos municípios “prestar, **com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado**, serviços de atendimento à saúde da população”⁴⁷, de modo que a União e os Estados também podem atuar na execução suplementar ou complementar de ações e serviços de saúde, conforme exposto no quadro acima.

Também restou demonstrado que à União foram atribuídas as competências de gestão e organização do SUS e, excepcionalmente, a implementação e a execução direta de ações e serviços de saúde, como, por exemplo, de vigilância epidemiológica e sanitária, ao passo em que aos Estados compete promover a descentralização das ações e dos serviços de saúde para os Municípios e a prestação de apoio técnico e financeiro, prevendo, ainda, a execução do serviço de saúde de forma complementar, em adição às funções de gestão e coordenação das redes hierarquizadas e regionalizadas de saúde.

A cooperação na prestação de ações e serviços de saúde também se evidencia em relação ao financiamento das ações e serviços de saúde, o qual é de responsabilidade das três esferas de governo, a teor do que dispõe o art. 2º da Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007, do Ministério da Saúde, que contém a regulamentação do financiamento e da transferência de recursos federais nesse contexto através de blocos de financiamento, quais sejam, atenção básica, atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, vigilância em saúde, assistência farmacêutica, gestão do SUS e, por fim, investimentos na rede de serviços de saúde.

Para a consecução da presente pesquisa, o estudo restringe-se ao bloco da assistência farmacêutica, o qual consiste no cerne da controvérsia jurisprudencial acerca da responsabilidade solidária entre os entes da federação no que concerne a dispensação de medicamentos.

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica encontra definição no art. 1º, III, da Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004, do Ministério da Saúde, e consiste no conjunto de ações voltadas à saúde por meio do fornecimento de medicamentos e seu uso racional, que envolve a pesquisa, o desenvolvimento a produção de medicamentos e insumos, bem como outros processos voltados para a melhoria da qualidade de vida da população⁴⁸.

⁴⁷ BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 08 julho 2021, grifo nosso.

⁴⁸ BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004**. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html>. Acesso em: 29 jun. 2021.

A assistência farmacêutica comporta distinção de acordo com o âmbito em que ocorre a dispensação de medicamentos. Na assistência farmacêutica ambulatorial, a dispensação ocorre diretamente aos pacientes para uso residencial, ao passo em que na assistência hospitalar a dispensação destina-se à administração dos fármacos aos pacientes nos serviços de saúde. Enquanto no âmbito ambulatorial a assistência farmacêutica é quase que exclusivamente exercida por instituições públicas estatais, a assistência hospitalar também pode ser exercida por instituições privadas prestadoras de serviços, o que ocorre em razão da regra inserta no art. 3º do Decreto nº 7.508/11, segundo a qual “o SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, **mediante participação complementar da iniciativa privada**”⁴⁹.

Em seu arranjo inicial, o financiamento da assistência farmacêutica ocorria mediante programas constituídos com o fito de estabelecer um rol de medicamentos a serem ofertados à população no âmbito da assistência ambulatorial, em que cada programa possuía a própria regulamentação com a definição da origem dos recursos para o seu financiamento, em obediência ao disposto no art. 19-U da Lei Orgânica do SUS, que dispõe que “a responsabilidade financeira pelo fornecimento de medicamentos, produtos de interesse para a saúde ou procedimentos de que trata este Capítulo será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite”.

A edição da Portaria nº 204/2007 do Ministério da Saúde promoveu uma reestruturação do financiamento das ações e serviços de saúde em blocos de financiamento⁵⁰, o que facilitou a execução financeira por parte dos gestores⁵¹. O bloco de financiamento da assistência farmacêutica foi dividido nos componentes básico, estratégico e especializado, consoante se extrai do art. 24 da Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007, do Ministério da Saúde, e as regras específicas de financiamento de cada componente estão dispostas em instrumentos normativos distintos.

⁴⁹ BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 29 jun. 2021, grifo nosso.

⁵⁰ O art. 4º da Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007, estabeleceu os seguintes blocos de financiamento: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.

⁵¹ VIEIRA, F. S. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 27, n. 2, p. 149–156, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1020-49892010000200010>>, p. 151.

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), regulamentado pela Portaria MS nº 1.500, de 30 de julho de 2013⁵², destina-se à aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica no âmbito da atenção básica e daqueles relacionados a agravos e programas específicos, a exemplo do tratamento de diabetes mellitus e do programa Saúde da Mulher. Os três entes da federação são responsáveis pelo financiamento do CBAF com aplicação mínima de valores por habitante por ano. A União centraliza a aquisição de insulinas humanas e de contraceptivos e demais insumos do programa Saúde da Mulher.

Já o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) encontra sua regulamentação na Portaria MS nº 1.554, de 30 de julho de 2013, e se destina à garantia da integralidade do tratamento medicamentoso a nível ambulatorial, e comporta divisão em três grupos, de acordo com a origem do financiamento. O grupo 1 do CEAF abrange os medicamentos financiados pela União por meio do Ministério da Saúde, de modo que os medicamentos do grupo 1A têm sua aquisição centralizada pela União e são fornecidos às Secretarias Estaduais, e os do grupo 1B são financiados pela União mediante a transferência recursos financeiros para aquisição pelas Secretarias Estaduais. O grupo 2 contempla os medicamentos financiados pelas Secretarias Estaduais, e, por fim, o grupo 3 é integrado pelos medicamentos cujo financiamento é tripartite, nos mesmos moldes dos medicamentos do CBAF.

Por fim, o Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF), na forma do art. 26 da Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007, se destina à aquisição de medicamentos de programas estratégicos no cuidado da saúde, como controle de endemias, antirretrovirais do programa DST/AIDS, sangue e hemoderivados e imunobiológicos. A União centraliza o financiamento e a aquisição dos medicamentos integrantes do CESAF.

O Ministério da Saúde instituiu outros programas com o fito de ampliar o acesso aos medicamentos para as doenças mais prevalentes, como o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB), instituído pela Lei Federal nº 10.854/04, regulamentada pelo Decreto nº 5.090/04, o qual se destina à disponibilização de medicamentos mediante um sistema de copagamento pelos usuários. O Programa conta com recursos “provenientes de execução descentralizada de

⁵² BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013**. Brasília: Diário Oficial da União, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html>. Acesso em: 30 jul. 2021.

programa de trabalho específico da União destinado ao Ministério da Saúde⁵³, de acordo com o incentivo financeiro instituído pela Portaria nº 2.587, de 6 de dezembro de 2004, do Ministério da Saúde. Atualmente, o PFPB é regulamentado pela Portaria nº 111, de 28 de janeiro de 2016, a qual contém regras acerca dos procedimentos de venda e dispensação de medicamentos.

A primeira fase do Programa Farmácia Popular do Brasil se caracterizou pela instituição de uma rede estatal de farmácias (Rede Própria) diretamente pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), cuja gestão administrativa de cada unidade fica a cargo de cada partícipe conveniado ao programa. No modelo inicial, a dispensação dos medicamentos era condicionada ao pagamento de um valor de ressarcimento correspondente aos custos de produção ou aquisição, distribuição e dispensação, o qual é uniforme para toda a Rede Própria estabelecido pelo Conselho Gestor do Programa⁵⁴. Atualmente, a Rede Própria do PFPB

Em 2006, houve uma promoção da expansão do Programa Farmácia Popular do Brasil mediante parcerias com a rede privada de farmácias varejistas, vertente denominada Aqui Tem Farmácia Popular, cuja relação de medicamentos disponibilizados é inferior aos dispensados pela Rede Própria mediante copagamento pelo usuário de 10% do valor de referência do medicamento. No entanto, com a instituição da campanha “Saúde Não Tem Preço” pela Portaria nº 184, de 3 de fevereiro de 2011, houve a retirada do copagamento para algumas categorias de medicamentos, cuja isenção se deu inicialmente para os anti-hipertensivos e antidiabéticos, contemplando, posteriormente, também os antiasmáticos, de sorte que nesses casos, o valor de referência dos medicamentos é coberto integralmente pelo Ministério da Saúde.

Também merece destaque a Política Nacional de Atenção Oncológica, hoje nomeada Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCCa), instituída pela Portaria nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005, revogada pela Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013 e contém ações promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos, incluída na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

O referido instrumento normativo prescreve que os tratamentos especializados de alta complexidade e densidade tecnológica para pessoas com câncer são ofertados pelas Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e pelos Centros de Assistência

⁵³ FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Programa farmácia popular do Brasil: manual básico**. Brasília, DF: Editora MS, 2005, p. 16.

⁵⁴ SILVA, R. M. da; CAETANO, R. Programa “Farmácia Popular do Brasil”: caracterização e evolução entre 2004-2012. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 2943–2956, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.17352014>>, p. 2945–2946.

de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), hospitais habilitados pelo Ministério da Saúde. Assim, os medicamentos oncológicos são fornecidos pelas unidades credenciadas (CACONs e UNACONs), os quais são ressarcidos pelo Ministério da Saúde, conforme o código do procedimento registrado na Autorização para Procedimento de Alta Complexidade (APAC), de sorte que compete exclusivamente à União o custeio dos tratamentos oncológicos.

Isso posto, a divisão interna de atribuições dentro do Sistema Único de Saúde deve privilegiar a regionalização e hierarquização da execução das ações e serviços de saúde, em detrimento dos movimentos de municipalização da prestação das ações e serviços de saúde encerrados na década de 90 no momento da implantação do sistema, que criou obstáculos para a confirmação de mecanismos de coordenação federativa dos entes, fatores determinantes para a inflexão da condução política no sentido da regionalização⁵⁵.

Dessa feita, os apontamentos feitos no presente capítulo permitem concluir que o federalismo cooperativo instituído enquanto pressuposto das políticas públicas de assistência à saúde não deve se confundir com a responsabilidade solidária irrestrita dos entes da federação para toda e qualquer prestação de saúde, uma vez que os instrumentos normativos infraconstitucionais permitem o delineamento preciso das atribuições de cada ente no âmbito do federalismo cooperativo.

⁵⁵ DOURADO, 2010, p. 95.

3 EVOLUÇÃO JURISPRUDENCIAL ACERCA DA RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERADOS PELO FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS

3.1 Considerações preliminares: judicialização da saúde e ativismo judicial

O sistema público de saúde brasileiro instituído objetivamente a partir da edição da Lei nº 8.080/90 surgiu em um contexto de contradições entre o desenho institucional do sistema de saúde pela Constituição Federal e as políticas públicas levadas a cabo pelo neoliberalismo, as quais se voltaram para a transferência de renda para o capital rentista e para o crescimento da participação dos rendimentos do capital, especialmente os juros do capital financeiro e das receitas fiscais estatais, em detrimento das finanças públicas e dos investimentos públicos nas mais diversas áreas. Desde sua concepção, o SUS enfrenta desafios agravados pelas políticas de ajuste neoliberal, pautadas pela lógica da transferência dos recursos empregados nas políticas de bem-estar social para o pagamento dos juros da dívida pública, rompendo com os preceitos constitucionais balizadores do sistema de saúde público, universal e igualitário⁵⁶.

Nesse contexto de subfinanciamento, precarização e sucateamento do SUS, o Poder Judiciário, que, historicamente, era tido como um poder inerte cuja atuação se limitava à reprodução e à aplicação dos preceitos legais, despido de subjetividade ou proatividade por parte de seus operadores⁵⁷, passou a desenvolver um papel de agente ativo nas sociedades contemporâneas no que diz respeito à implementação de políticas públicas e à garantia de direitos em um cenário de precariedade e insuficiência da assistência à saúde pública⁵⁸.

Luís Roberto Barroso define a judicialização como a transferência do poder decisório de questões de larga repercussão política ou social do Congresso Nacional e do Poder Executivo para o Poder Judiciário, e cita como primeira grande causa desse fenômeno a promulgação da Constituição Federal de 1988, ao argumento de que “a redemocratização fortaleceu e expandiu

⁵⁶ GODOIS, L. Direitos fundamentais sociais e neoliberalismo no Brasil: as contradições entre a promessa emancipatória e a(s) política(s) de Estado nos anos 1990 e seu impacto na judicialização da saúde. **Seminário Nacional Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea**, [s. l.], n. XII, 2016. p. 15–16.

⁵⁷ ASENSI (2010) *apud* RIBEIRO, D. S. **O direito à saúde em tempos neoliberais: a judicialização da saúde como estratégia para a garantia de direitos?** Mestrado em Serviço Social - Universidade Federal de Juiz de Fora, 2014, p. 72.

⁵⁸ AGUINSKY; ALENCASTRO (2006) *apud* RIBEIRO, 2014.

o Poder Judiciário, bem como aumentou a demanda por justiça na sociedade brasileira”⁵⁹. Também são indicadas como causas da judicialização a abrangência das matérias tratadas pelo texto constitucional, que antes eram deixadas para as instâncias políticas e para a legislação ordinária, e o sistema brasileiro de controle de constitucionalidade com um direito de propositura amplo, de sorte que a atuação política do Supremo Tribunal Federal (STF) ocorre não por opção ideológica da instituição, mas em decorrência do cumprimento do seu papel constitucional⁶⁰.

Neste estudo, partiremos da definição atribuída por Elival da Silva Ramos, segundo o qual o ativismo judicial consiste em uma disfunção no exercício da função jurisdicional em detrimento das funções legislativa e administrativa, na medida em que há a “ultrapassagem das linhas demarcatórias da função jurisdicional”, a descaracterizar a função típica do judiciário, “com incursão insidiosa sobre o núcleo essencial de funções constitucionalmente atribuídas a outros Poderes”⁶¹.

A judicialização não pode se confundir com o ativismo judicial. Isso porque a judicialização decorre da interpretação da norma constitucional, que permite que a partir do comando seja deduzida uma pretensão subjetiva ou objetiva, ao passo em que o ativismo judicial implica em uma atuação mais ampla e intensa do Poder Judiciário, com maior interferência no escopo de atuação dos outros dois poderes em um contexto de extrair “o máximo das potencialidades do texto constitucional”, em oposição à ideia de autocontenção judicial, em que o Judiciário busca reduzir sua interferência nas ações dos outros poderes, restringindo o espaço de incidência do texto constitucional⁶². Enquanto a judicialização implica na provocação do judiciário para a solução de controvérsias, o ativismo judicial se refere à ultrapassagem dos limites constitucionais da jurisdição pelo juiz. Ramos afirma que a judicialização da saúde passa a ter contornos de ativismo judicial quando é atribuída eficácia plena a normas definidoras de direitos fundamentais de eficácia limitada, notadamente em relação ao art. 196 da Constituição Federal, que veicula norma de natureza programática, portanto, de eficácia limitada⁶³.

⁵⁹ BARROSO, L. R. Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática. **Anuario Iberoamericano de Justicia Constitucional**, v. 13, p. 17–32, 2009, p. 3.

⁶⁰ BARROSO, 2009, p. 5-6.

⁶¹ RAMOS, E. da S. **Ativismo judicial: parâmetros dogmáticos**. 1ª ed. São Paulo: Saraiva, 2010. p. 117.

⁶² BARROSO, 2009, p. 7.

⁶³ RAMOS, E. da S. Judicialização e ativismo judicial. *Em*: VILLAS BOAS, M.; CECHIN, J.; MAIA, A. C. (org.). **Judicialização de planos de saúde: conceitos, disputas e consequências**. Palmas: Editora ESMAT, 2020.

Isso posto, é importante ter cautela no estudo da postura do STF em matéria de judicialização da saúde, uma vez que sua atuação positiva decorreu da opção do constituinte originário por uma constitucionalização abrangente, a exemplo do princípio da inafastabilidade da jurisdição, e pelo sistema de controle de constitucionalidade instituído, que pode conduzir qualquer questão política ou moralmente relevante ao crivo da suprema corte⁶⁴. Nessa linha, é reconhecido que uma das principais causas para o fenômeno do ativismo judicial é de ordem institucional, uma vez que o Poder Judiciário ultrapassa os limites fixados para o exercício da função jurisdicional em razão da ineficiência dos demais poderes em adotar as medidas necessárias à concretização plena da Constituição social-democrática⁶⁵.

Não restam dúvidas que a saúde é um direito ostentado pela população brasileira a ser prestado pelo Estado; todavia, devem ser feitas algumas considerações acerca da legitimidade para responder à demanda judicial envolvendo a prestação de assistência à saúde dentro do contexto do federalismo cooperativo. Para tanto, é necessário compreender o plano de fundo do surgimento do entendimento da responsabilidade solidária entre os entes dentro do federalismo cooperativo, notadamente a partir da seleção dos julgados que serviram de marcos referenciais do desenvolvimento jurisprudencial até o entendimento atualmente adotado, para possibilitar a compreensão das premissas utilizadas no decorrer do estudo.

3.2 Evolução jurisprudencial do tratamento conferido ao direito à saúde pelas cortes superiores

O primeiro marco da judicialização da saúde ocorreu na década de 90, com a demanda judicial pelo fornecimento de medicamentos antirretrovirais para o tratamento da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana. No entanto, tais pretensões eram rejeitadas ao argumento de que o art. 196 da Constituição Federal veiculava uma norma pragmática, de eficácia limitada, insuscetível de produzir efeitos jurídicos, senão pela edição de lei específica⁶⁶. Em 1996 houve

⁶⁴ BARROSO, 2009, p. 4.

⁶⁵ RAMOS, 2010, p. 288.

⁶⁶ A título exemplificativo, menciona-se o Recurso Ordinário em Mandado de Segurança nº 6.564/RS, sob a relatoria do Ministro Demócrito Reinaldo, que consignou na ementa do julgado o seguinte: “normas constitucionais meramente programáticas – ad exemplum, o direito à saúde – protegem um interesse geral, todavia, não conferem, aos beneficiários desse interesse, o poder de exigir sua satisfação – pela via do mandamus – eis que não delimitado seu objeto, nem fixada a sua extensão, antes que o legislador exerça o múnus de completá-las através da legislação integrativa. Essas normas (arts. 195, 196, 204 e 227 da CF) são de eficácia

a edição da Lei nº 9.313/96, que garante a distribuição gratuita e universal dos antirretrovirais, que impulsionou uma verdadeira mudança no padrão decisório das cortes brasileiras, notadamente a partir da mudança da interpretação conferida ao art. 196 do texto constitucional, que passou a ser reconhecido como uma norma constitucional de eficácia plena⁶⁷.

A decisão proferida pelo Ministro Marco Aurélio nos autos da Petição (PET) nº 1246 MC/SC, datada de 31/01/1997, representa essa mudança no ponto em que reconhece a titularidade do cidadão para reivindicar judicialmente a adoção de medidas voltadas à promoção do direito à saúde, bem como a possibilidade de controle judicial das políticas públicas que o poder constituinte originário elegeu como prioritárias⁶⁸.

São tecidas algumas críticas em relação à obscuridade na fundamentação da decisão mencionada, uma vez que, apesar da ponderação entre o direito à saúde e a reserva do possível, não fica claro o porquê de a questão orçamentária ser preterida pelos julgadores⁶⁹, mormente pelo fato de que o orçamento público é, em verdade, o meio de consecução das políticas públicas e o instrumento viabilizador da própria existência do Estado⁷⁰, e não um obstáculo posto contra os direitos sociais.

Esse contexto de demandas pelo fornecimento de medicamentos antirretrovirais foi solo fértil para fomentar a discussão acerca da responsabilidade solidária entre os entes da federação pelo fornecimento de medicamentos, conforme se observa no julgamento do Agravo Regimental em Agravo de Instrumento nº 238.328 em 16/11/1999, sob a relatoria do Ministro Marco Aurélio.

Na fundamentação da decisão mencionada, o ministro consignou que a menção a “estado” contida no art. 196 do texto constitucional abrange a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; importante mencionar também que o art. 2º da Lei nº 9.313/96, que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores da síndrome da

limitada, ou, em outras palavras, não têm força suficiente para desenvolver-se integralmente, “ou não dispõem de eficácia plena”, uma vez que dependem, para ter incidência sobre os interesses tutelados, de legislação complementar”.

⁶⁷ MACHADO, F. R. de S. Contribuições ao debate da judicialização da saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, v. 8, n. 2, p. 73–91, 2008, p. 78–79.

⁶⁸ MIRANDA, C. C. O direito subjetivo à assistência médica gratuita. **Observatório da Jurisdição Constitucional**, Brasília, v. 2, 2008, p. 6.

⁶⁹ WANG, D. W. L. Escassez de recursos, custos dos direitos e reserva do possível na jurisprudência do STF. **Revista Direito GV**, v. 4, n. 2, p. 539–568, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1808-24322008000200009>>, p. 547.

⁷⁰ IVO, G. Direito Tributário e Orçamento Público. *Em*: SCHOUERI, L. E. (org.). **Direito Tributário - Homenagem a Paulo de Barros Carvalho**. São Paulo: Quartier Latin, 2008, p. 884.

imunodeficiência adquirida, estabelece que “as despesas decorrentes da implementação desta Lei serão financiadas com recursos do orçamento da Seguridade Social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios”. Assim, a análise conjunta desses dispositivos, no cenário das demandas pelo fornecimento de medicamentos aos portadores do vírus da imunodeficiência humana, permite concluir que existe uma previsão legal da responsabilidade solidária entre os entes da federação, especificamente no tocante ao fornecimento de medicamentos antirretrovirais, entendimento que se consolidou com o julgamento da Suspensão de Tutela Antecipada (STA) 175, do Recurso Extraordinário (RE) nº 855.178, representativo de controvérsia do Tema 793 do Supremo Tribunal Federal, e a Proposta de Súmula Vinculante nº 4.

Ainda que seu mérito não contemple diretamente a questão do direito à saúde, merece destaque a decisão monocrática do Ministro Celso de Mello proferida nos autos da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 45, datada de 04/05/2004, que, ainda que tenha reconhecido a perda superveniente do objeto da ação constitucional, sua fundamentação sanou algumas das lacunas observadas quanto à preterição da questão orçamentária nos pronunciamentos judiciais da corte. O ministro relator expôs que, embora a formulação de políticas públicas fuja da função institucional do Poder Judiciário, está no rol de sua competência o controle da atividade estatal. Assim, o julgamento da ADPF 45 representa a consolidação do entendimento jurisprudencial pela possibilidade de judicialização dos direitos sociais, uma vez que, conforme consignado no voto condutor, a omissão dos entes públicos compromete a eficácia e a integralidade dos direitos fundamentais, bem como que a contingência de recursos não pode ser ignorada, mas não pode ser invocada pelo Estado como forma de se imiscuir do cumprimento de suas obrigações constitucionais.

De encontro à corrente jurisprudencial até então estabelecida, pela ausência de parâmetros objetivos para concessão de medicamentos pela via judicial, a Ministra Ellen Gracie, na decisão monocrática proferida nos autos da STA 91, em 26/02/2007, com fundamento na limitação de recursos e na necessidade de racionalização dos gastos para o atendimento de um maior número de cidadãos, reconheceu que a obrigação do Estado no tocante ao fornecimento de medicamentos se restringe ao rol contido na Portaria nº 1.318 do Ministério da Saúde. Na decisão, a Ministra expõe que o deferimento da medida liminar requerida no mandado de segurança de origem, consistente no fornecimento de medicamentos para o tratamento de pacientes renais crônicos em hemodiálise e transplantados, representa lesão à ordem pública, uma vez que a responsabilidade estatal no fornecimento de

medicamentos não pode inviabilizar o funcionamento do próprio sistema público de saúde, de sorte que a determinação do fornecimento individual do fármaco pleiteado implica na diminuição da “possibilidade de serem oferecidos serviços de saúde básicos ao restante da coletividade”⁷¹.

Wang assinala que, ao analisar as decisões proferidas após a STA 91, há uma contradição no posicionamento da corte; no caso da STA 91, o critério para a obrigação do fornecimento de medicamentos é estar contemplado na Portaria nº 1.318 do Ministério da Saúde, e, todavia, os medicamentos pleiteados nas Suspensões de Segurança (SS) nº 3205 e 3158, também não estavam inseridos no rol mencionado e foram concedidos⁷².

Nesses casos⁷³, a Ministra reconheceu que os pedidos devem ser analisados individualmente, considerando-se a hipossuficiência dos pacientes, a gravidade da enfermidade e a necessidade de manutenção do tratamento e as consequências de sua interrupção, o que também representou uma inovação no padrão decisório das cortes nas demandas desse jaez visto que houve uma preocupação maior com a análise dos contornos fáticos da lide posta em juízo, que passaram a integrar a fundamentação das decisões⁷⁴.

Em 2009, o Ministro Gilmar Mendes, então presidente do Supremo Tribunal Federal, convocou uma audiência pública a fim de ouvir os atores envolvidos na questão da judicialização da saúde, notadamente gestores da pasta dos três níveis de governo e representantes da assistência privada, da indústria farmacêutica, dos usuários do SUS, das associações de profissionais de saúde e das instituições de ensino e pesquisa, além de operadores do direito⁷⁵.

Gomes et. al sistematiza os discursos dos participantes em quatro argumentos centrais relativos ao posicionamento adotado em relação à judicialização da saúde: segurança e eficácia das ações e serviços de saúde; disponibilidade de recursos financeiros; princípios do SUS; e o papel do judiciário no contexto da saúde. Nota-se que, dos discursos analisados, os grupos de usuários mostraram-se favoráveis à judicialização, ao passo em que apenas quatro dos quinze

⁷¹ BRASIL. **Suspensão de Tutela Antecipada nº 91**. Relator: Ministra Ellen Gracie, Brasília, 26 fev. 2007.

⁷² WANG, 2008, p. 551.

⁷³ Suspensão de Segurança nº 3205, 3158 e 3231.

⁷⁴ WANG, 2008, p. 550.

⁷⁵ GOMES, D. F. *et al.* Judicialização da saúde e a audiência pública convocada pelo Supremo Tribunal Federal em 2009: o que mudou de lá para cá? **Saúde em Debate**, v. 38, n. 100, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0103-104.20140008>>. Acesso em: 16 dez. 2021, p. 144.

representantes da gestão da saúde foram favoráveis, o que, para os autores, foi interpretado como um possível conflito de interesses entre as classes apontadas⁷⁶.

Os argumentos que envolviam a questão da eficácia e da segurança dos serviços de saúde buscaram criticar a concessão pela via judicial de medicamentos que não apresentavam vantagens terapêuticas em relação aos já ofertados pelo sistema público e, em sua grande maioria, com custo mais elevado, além da concessão de tratamentos experimentais em outros países. Por outro lado, argumentou-se que o judiciário deve intervir diante da omissão do poder público na disponibilização de tecnologias já incorporadas ao sistema. Já no tocante à temática da disponibilidade dos recursos financeiros, o principal ponto levantado é que a judicialização compromete a previsibilidade do orçamento público e que o cumprimento da ordem judicial é mais dispendioso para o ente público, ao passo que os discursos favoráveis à judicialização defendem que esse fenômeno é uma consequência de uma falha na gestão estatal, que não se origina somente na falta de recursos financeiros, que são suficientes mas não são otimizados pelos gestores⁷⁷.

Na oportunidade, também foram apresentadas propostas para contornar a situação da judicialização. As duas mais defendidas se relacionam aos papéis das agências reguladoras de saúde e do poder judiciário, notadamente o aprimoramento das instâncias regulatórias e a necessidade de o Poder Judiciário ser assistido por uma assessoria técnica e levar em consideração os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PDCT) do Ministério da Saúde, que devem ser atualizados periodicamente e com maior participação das instituições interessadas⁷⁸.

No julgamento da STA 175, os depoimentos colhidos na audiência pública mencionada foram utilizados como aportes teóricos e factuais acerca do direito à saúde e do cenário da judicialização da saúde, o que possibilitou a fixação de parâmetros objetivos para a solução de demandas dessa espécie. O pedido de suspensão de tutela foi formulado pela União contra decisão do juízo da 7ª Vara Federal da Seção Judiciária do Ceará que determinou o fornecimento de medicamento de alto custo em favor de paciente sem condições de custear o tratamento, em que alegou, em síntese, a ilegitimidade ativa do Ministério Público Federal, a ilegitimidade passiva da União e a ocorrência de grave lesão à ordem e à economia públicas. O presidente do STF proferiu decisão monocrática denegatória do pedido de contracautela, diante

⁷⁶ GOMES et al., 2014, p. 145.

⁷⁷ GOMES et al., p. 145.

⁷⁸ GOMES et al., p. 148.

da impossibilidade de apreciar os argumentos relativos à ilegitimidade pela cognição limitada da suspensão de tutela, e reconheceu que não há lesão à ordem ou à economia públicas, mas estaria presente o *periculum in mora* inverso, uma vez que a suspensão da medida poderia resultar em graves e irreparáveis danos à saúde e à vida da paciente⁷⁹.

A União interpôs agravo regimental em face da decisão denegatória, sob o argumento de que a decisão recorrida viola o princípio da separação dos poderes e as normas regulamentadoras do SUS, desconsidera a função exclusiva da Administração em definir políticas públicas e reitera os argumentos relativos à ilegitimidade passiva da União e a consequente ofensa ao sistema de repartição de competências, dada a inexistência de previsão normativa acerca da responsabilidade solidária entre os integrantes do SUS.

A leitura do acórdão permite inferir que os principais argumentos levantados pelos recorrentes sequer poderiam ser apreciados em sede de suspensão de tutela, dada a limitação da cognição de judicial nesse tipo de procedimento. É notório que a Corte assumiu uma postura alinhada ao ativismo judicial, pois, mesmo fora do campo de cognição do procedimento, constitui um julgado de referência na questão da judicialização da saúde, por ser o primeiro a fixar parâmetros objetivos a serem observados nas demandas que envolvem a prestação de assistência à saúde, ainda que este não tenha sido o objeto da pretensão recursal da parte.

O ministro relator consignou que os depoimentos extraídos da audiência pública permitiram concluir que

O problema talvez não seja de judicialização ou, em termos mais simples, de interferência do Poder Judiciário na criação e implementação de políticas públicas em matéria de saúde, pois o que ocorre, na quase totalidade dos casos, é apenas a determinação judicial do efetivo cumprimento de políticas públicas já existentes.⁸⁰

Esse dado foi considerado relevante para a construção de critérios para a decisão em casos em que se discutem a interferência do Poder Judiciário no feixe de atribuições dos outros poderes, e, notadamente, a concessão judicial de ações e serviços de saúde. O primeiro parâmetro fixado é a existência ou não de política estatal que abranja a prestação de saúde pleiteada pela parte, e a existência de registro do medicamento junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) é o ponto de partida da dispensação de medicamentos pela rede pública de saúde e, conseqüentemente, pela via judicial, de sorte que a atuação do judiciário se

⁷⁹ BRASIL. **Suspensão de Tutela Antecipada nº 175**. Relator: Ministro Gilmar Mendes, Brasília, 18 set. 2009.

⁸⁰ BRASIL. **Agravo Regimental na Suspensão de Tutela Antecipada nº 175**. Relator: Ministro Gilmar Mendes, Brasília, 17 mar. 2010. p. 92.

limita à determinação da execução de uma política pública já existente. Caso a prestação pleiteada não esteja contemplada entre as ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS, deve se distinguir se essa não prestação decorre de uma omissão legislativa ou administrativa, de uma decisão pelo não fornecimento ou de uma vedação legal à sua dispensação.

O segundo critério se refere à existência de motivação para o não fornecimento da ação ou do serviço de saúde pleiteado, de modo que deve ser privilegiado o tratamento fornecido pelo SUS em detrimento de outras opções terapêuticas, salvo quando comprovada a ineficácia ou a impropriedade da política pública existente. Embora louvável a tentativa de atribuir um critério objetivo para a apreciação dos pedidos de prestação de assistência à saúde, questiona-se: como é possível definir objetivamente uma política pública como ineficaz ou imprópria?

Além dos dois parâmetros mencionados, o Ministro também pontuou a impossibilidade de concessão judicial de tratamentos experimentais e/ou não registrados na ANVISA, e, mesmo diante da impossibilidade de apreciação da matéria de ilegitimidade passiva da União em face da limitação da cognição judicial em suspensão de tutela antecipada, o relator reiterou a jurisprudência da Corte pela responsabilidade solidária entre os entes da federação na prestação de assistência à saúde, e cita, dentre outros, o Recurso Extraordinário nº 195.192/RS e a proposta de súmula vinculante nº 4⁸¹.

O Supremo Tribunal Federal reconheceu a repercussão geral da matéria discutida nos autos do RE nº 566.471 (tema 06), relativa à obrigatoriedade de o poder público fornecer medicamento de alto custo a portador de doença grave sem condições financeiras para custeio do tratamento. Em que pese o processo representativo da controvérsia tenha sido incluído na lista de julgamento agendado para 10/11/2021, até a presente data não houve publicação do acórdão.

Foi reconhecida a repercussão geral da matéria discutida no RE nº 855.178 (tema 793) no tocante à discussão da responsabilidade solidária entre os entes da federação pelo fornecimento de medicamentos. No representativo da controvérsia, a União insurge-se contra acórdão do Tribunal Federal Regional da 5ª Região que reconheceu que o dever de prestar assistência à saúde é compartilhado entre os três entes da federação, e que a repartição de atribuições administrativas por normas infraconstitucionais não elide a responsabilidade solidária imposta por comando constitucional.

⁸¹ Redação da Proposta de Súmula Vinculante nº 4: “É solidária a responsabilidade dos entes federativos para o fornecimento de medicamento e tratamento médico das pessoas carentes”.

No julgamento de mérito, a Corte, em reafirmação da jurisprudência dominante, fixou a seguinte tese: “o tratamento médico adequado aos necessitados se insere no rol dos deveres do Estado, porquanto responsabilidade solidária dos entes federados. O polo passivo pode ser composto por qualquer um deles, isoladamente, ou conjuntamente”⁸².

Os apontamentos feitos no presente estudo permitem concluir que a competência comum entre os entes da federação não conduz à responsabilidade solidária irrestrita pelo fornecimento de ações e serviços de saúde, uma vez que a legislação infraconstitucional define que a responsabilidade recai sobre o ente responsável pelo financiamento da prestação de saúde, na forma definida pelo art. 19-U da Lei nº 8.080/90, e, nos casos em que a medida requerida não encontra amparo nos instrumentos normativos do SUS, a responsabilidade recai sobre a União, na medida que incumbe à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS (CONITEC) a regulamentação dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas que orientam as ações e serviços da saúde pública.

A União opôs embargos de declaração (EDecl) em face do acórdão que julgou o mérito do representativo de controvérsia da repercussão geral, e, em relação ao cerne da discussão, argumentou que há necessidade de um melhor enfrentamento da questão da responsabilidade solidária, notadamente diante da ausência de pronunciamento conclusivo sobre a questão na STA 175, apontado como *leading case* do plenário em demandas dessa natureza. O recurso culminou na evolução da tese anteriormente fixada, que passou a ter a seguinte redação:

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

A evolução da tese anteriormente fixada foi proposta pelo ministro Edson Fachin, cujo voto-vista representa o desenho ideal da responsabilidade dos entes da federação nas demandas pelo fornecimento de medicamentos, em respeito às disposições infraconstitucionais que regulamentam o Sistema Único de Saúde.

⁸² BRASIL. **Recurso Extraordinário nº 855.178**. Relator: Ministro Luiz Fux, Brasília, 5 mar. 2015.

3.3 Nova perspectiva da responsabilidade dos entes da federação pelo dever de fornecer medicamentos

Embora o Ministro tenha votado pela rejeição dos aclaratórios opostos pela União, restou consignada em seu voto-vista a possibilidade de desenvolvimento do precedente sem superação. A decisão foi fundamentada na missão constitucional do Supremo Tribunal Federal enquanto intérprete da constituição, bem como na necessidade de uniformizar e conferir unidade e efetividade ao direito constitucional, ao argumento de que a busca pela efetividade dos direitos constitui justificativa da imprescindibilidade do poder de revisão e aprimoramento dos precedentes judiciais.

Em seu voto-vista, Fachin pontuou que não há correspondência entre a solidariedade dos entes federados pelas prestações de saúde e o dever de todo e qualquer ente de prestar toda e qualquer obrigação na área da saúde em desrespeito às previsões legais e às repartições de atribuições no âmbito do SUS; afirma que após a fixação da tese da solidariedade interpretada dessa forma impôs um aumento da judicialização em matéria de saúde sem refletir em melhorias no sistema de saúde, o que tem como consequência o aumento da despesa pública e a diminuição na efetividade do atendimento prestado diante do comprometimento do orçamento com o atendimento das demandas judiciais.

Por essas razões, o ministro defende a necessidade de “instrumentalização eficaz da solidariedade em matéria de saúde”⁸³, com o intuito de permitir a racionalização e o aprimoramento do SUS com o maior nível de eficiência a partir de um melhor planejamento e execução do orçamento e das políticas públicas que são comprometidos com a judicialização, por meio do desenvolvimento da tese da solidariedade enunciada na STA 175.

O art. 23, inciso II, da Constituição Federal, trata da repartição horizontal da competência comum dos entes da federação para cuidar da saúde, o que implica em uma atuação coordenada e paralela dos três entes, que possuem competência para atuar, em um modelo de exercício conjunto e harmônico dos entes, o que induz ao dever dos três entes de implementar políticas públicas para a consecução da finalidade comum de prestar assistência à saúde. No mesmo sentido é o enunciado da norma veiculada pelo art. 198 da Constituição Federal, ao

⁸³ EMBARGOS DE DECLARAÇÃO NO RECURSO EXTRAORDINÁRIO Nº 855.178. Relator: Ministro Luiz Fux, Brasília, 23 maio 2019, p. 19.

dispor que as ações e os serviços de saúde são executados em um sistema único que atua de forma regionalizada, descentralizada e hierarquizada.

A tese da solidariedade na forma consignada na STA 175 se refere ao dever geral dos entes estatais na prestação de assistência à saúde pela realização das tarefas imputadas pela constituição ou pela lei, que se traduz no dever de não se omitir e de cooperar com os demais entes para o atingimento dessa finalidade, de modo a garantir mais eficiência ao sistema e maior efetividade ao direito do cidadão nas prestações.

Todavia, a solidariedade dos entes da federação no contexto da competência comum não deve se confundir com o instituto de direito privado da solidariedade, por terem abrangência, natureza e regime totalmente diversos, notadamente porque, conforme exposto no primeiro capítulo deste estudo, há regramentos infraconstitucionais que delimitam a responsabilidade de cada um e definem as regras de repartição de competência entre os gestores do SUS. A responsabilidade solidária defendida refere-se à competência material comum em sentido amplo, no sentido de promover, dentro do seu campo de atuação, as ações sanitárias que lhes forem destinadas pelos critérios de hierarquização e descentralização.

O ministro expôs que as demandas judiciais no contexto da assistência à saúde comportam divisão em dois grupos, a partir da existência ou não de política pública instituída na forma do art. 19-M da Lei Orgânica do SUS. Nesse contexto, defende que as pretensões que envolvem a assistência à saúde na forma já prevista em política pública devem ser dirigidas ao ente que detém a competência administrativa para o fornecimento do medicamento, tratamento ou material pleiteado, e que, ainda que a demanda seja originalmente proposta contra a pessoa política que não detenha a responsabilidade primária pela prestação, o juiz deve observar a necessidade de retificação do polo passivo da demanda, de modo que a presença de outro ente serve como ampliação da garantia no caso de falha no cumprimento da obrigação⁸⁴.

Por outro lado, nas demandas que veiculem prestação de assistência à saúde que não esteja amparada pelo SUS, a União deve compor o polo passivo da demanda, uma vez que, na forma do art. 19-Q da Lei nº 8.080/90, é o Ministério da Saúde que detém a competência para a incorporação, exclusão ou alteração de novos medicamentos, produtos, procedimentos, além da constituição ou alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, de modo que a legitimidade passiva da União em demandas deste jaez decorre de expressa previsão normativa.

⁸⁴ Idem, p. 34-37.

Expostas as premissas fixadas no acórdão de mérito da repercussão geral, cumpre analisar a postura adotada pelo Tribunal de Justiça do Estado de Alagoas no sentido de verificar se há a aplicação escorreita da tese.

4 REVISÃO DA JURISPRUDÊNCIA DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE ALAGOAS

4.1 Materiais e métodos

O presente trabalho foi desenvolvido com o intuito responder à seguinte pergunta de pesquisa: “o Tribunal de Justiça do Estado de Alagoas aplica corretamente o entendimento do Tema 793 definido após o julgamento dos Embargos de Declaração no Recurso Extraordinário 855.178?”. Pretende-se, portanto, colher evidências que indiquem se há entraves na aplicação do precedente judicial ou se há pacificação na interpretação conferida à tese. Para a consecução do objetivo pretendido, foi executada uma pesquisa de natureza exploratória, a ser adotado o delineamento da análise jurisprudencial enquanto espécie de pesquisa documental, a partir do método de estatística descritiva, o adequado para a pretensão de compilação de dados que ajudem a mostrar evidências de um fenômeno ou de alguma tendência em decisões judiciais⁸⁵.

O universo estudado corresponde aos acórdãos das Câmaras Cíveis do Tribunal de Justiça do Estado de Alagoas que se pronunciaram sobre a legitimidade passiva para responder à obrigação de prestar assistência à saúde após o julgamento dos EDecl no RE 855.178 até 31 de março de 2022, excluídos os pronunciamentos colegiados no julgamento de embargos de declaração diante do interesse pela posição dos julgadores especificamente quanto ao tema mencionado, pois, por serem recurso de fundamentação vinculada, não veiculam o exame de mérito da pretensão posta em juízo.

Os dados foram coletados da seção “Consulta de Jurisprudências” do sítio eletrônico do Tribunal de Justiça do Estado de Alagoas, e os resumos das buscas foram armazenados em uma planilha. A partir dos critérios mencionados acima (decisões colegiadas de julgamentos ocorridos após 15 de abril de 2020, excetuadas aquelas em embargos de declaração) e pela técnica de coleta de dados especificada, foram encontrados 930 (novecentos e trinta) acórdãos, dos quais 84 (oitenta e quatro) foram excluídos por não abordarem a matéria relativa ao Tema 793, restando 846 (oitocentos e quarenta e seis) acórdãos elegíveis para a pesquisa. Foram

⁸⁵ MACHADO, M. R. **Pesquisar empiricamente o direito**. São Paulo: Rede de Estudos Empíricos em Direito, 2017, p. 252.

avaliadas e armazenadas em uma planilha as seguintes informações de cada um dos acórdãos que integram a amostra:

Quadro 2 - Variáveis consideradas na pesquisa

Item	Variável
V1	ID (Número do processo)
V2	Comarca de origem
V3	Data do julgamento em segunda instância
V4	Relator
V5	Órgão julgador
V6	Decisão: O Órgão Colegiado aplicou corretamente o disposto no Tema 793?
V7	O Órgão fundamenta a decisão na Súmula 1 do Tribunal de Justiça do Estado de Alagoas?
V8	O Órgão fundamenta a decisão na 5ª Sessão Ordinária Virtual da Seção Especializada Cível?
V9	Outras informações qualitativas

Fonte: elaboração própria.

Em uma análise superficial dos resultados, constatou-se que, em relação ao tema de pesquisa (a responsabilidade solidária dos entes da federação), há entendimento sumulado pelo Tribunal de Justiça do Estado de Alagoas⁸⁶, com a seguinte redação: “a União, os Estados e os Municípios são solidariamente responsáveis no dever de assegurar o direito à saúde, sendo desnecessários o chamamento ao processo de todos os entes federativos”. Além disso, notou-se que os julgados mais recentes mencionam com frequência a “sessão realizada em 07/06/2021 pela Seção Especializada Cível do Tribunal de Justiça”. A partir desses dados, levanta-se a hipótese preliminar de que os desembargadores do Tribunal de Justiça do Estado de Alagoas se valem da súmula local e do entendimento da Seção Especializada para desvirtuar a interpretação conferida ao Tema 793 do Supremo Tribunal Federal.

4.2 Resultados e discussões

Quadro 3 - Respostas às questões de pesquisa

Questão de pesquisa	Sim	Não
O Órgão Colegiado aplicou corretamente o disposto no Tema 793?	136 (16,1%)	710 (83,9%)
A Súmula 1 do Tribunal de Justiça do Estado de Alagoas é mencionada?	524 (61,9%)	322 (38,1%)
O Órgão fundamenta a decisão na 5ª Sessão Ordinária Virtual da Seção Especializada Cível? (438 recursos julgados após essa data)	124 (28,3%)	314 (71,7%)

Fonte: elaboração própria.

⁸⁶ TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE ALAGOAS. **Súmulas do TJAL**. Disponível em: <<https://www.tjal.jus.br/?pag=jurisprudenciaSumulas>>. Acesso em: 10 out. 2021.

Embora o julgamento dos embargos tenha ocorrido em 23/05/2019, o acórdão somente foi publicado em 16/04/2020. Constatou-se que, nos primeiros 5 meses que sucederam a publicação do acórdão, os primeiros 24 (vinte e quatro) recursos julgados não aplicavam o novo entendimento, e reconheciam a responsabilidade solidária irrestrita do ente da federação, e 15 (quinze) deles fundamentavam o reconhecimento da responsabilidade solidária na Súmula nº 1.

O referido enunciado de súmula foi veiculado na decisão colegiada de 18 de outubro de 2016, publicada no Diário Eletrônico de 26 de outubro de 2016, com a seguinte redação: “a União, os Estados e os Municípios são solidariamente responsáveis no dever de assegurar o direito à saúde, sendo desnecessário o chamamento ao processo de todos os entes federativos”, em consonância com o primeiro enunciado da tese do tema 793⁸⁷.

O quadro a seguir expõe de forma sintetizada o posicionamento adotado pelas câmaras cíveis do Tribunal de Justiça do Estado de Alagoas, com destaque para a criação da 4ª Câmara Cível por meio da Lei Estadual nº 8.550, de 25 de novembro de 2021:

Quadro 4 - Acórdãos que interpretaram corretamente o tema 793 por órgão de julgamento

Variável	Quantidade
Quantidade total de acórdãos que conferiam interpretação correta ao Tema 793	136
Acórdãos proferidos pela 1ª Câmara Cível de acordo com o 793	6 (0,05%)
Acórdãos proferidos pela 2ª Câmara Cível de acordo com o 793	0 (0,00%)
Acórdãos proferidos pela 3ª Câmara Cível de acordo com o 793	130 (99,95%)
Acórdãos proferidos pela 4ª Câmara Cível de acordo com o 793	0 (0,00%)

Fonte: elaboração própria.

Observou-se que, dos recursos julgados até 10/02/2021, apenas a 3ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça aplicou corretamente o entendimento do Tema 793 fixado após o julgamento dos embargos de declaração. Depois dessa data, constatou-se que a 1ª Câmara Cível, em 6 processos sob a relatoria do Desembargador Tutmés Airan de Albuquerque Melo, aplicou o referido entendimento, postura essa que foi revertida após 30/04/2021, quando todos os membros integrantes do referido órgão colegiado passaram a seguir o entendimento da responsabilidade solidária irrestrita.

O Desembargador Tutmés Airan, no julgamento do Agravo de Instrumento nº 0809625-96.2020.8.02.0000, sob sua relatoria, justificou essa mudança quanto à interpretação conferida ao Tema 793 no posicionamento adotado pelos demais integrantes do órgão colegiado e pelo

⁸⁷ Tese: “O tratamento médico adequado aos necessitados se insere no rol dos deveres do Estado, porquanto responsabilidade solidária dos entes federados. O polo passivo pode ser composto por qualquer um deles, isoladamente, ou conjuntamente”.

Superior Tribunal de Justiça, que, por sua vez, no julgamento do Agravo Interno no Conflito de Competência nº 173.750, a partir da antiga redação da tese fixada no Tema 793, fixou a competência da justiça comum para o processamento do feito⁸⁸.

No período compreendido entre 17/09/2020 e 10/06/2021, todos os julgamentos colegiados originados da 3ª Câmara Cível aplicaram corretamente a tese fixada no Tema 793. A partir dos julgamentos ocorridos na sessão de julgamento do dia 17/06/2021, percebeu-se uma mudança no padrão decisório do aludido órgão. Em análise aos 125 recursos julgados pelo órgão após a data aludida, verificou-se que 103 destes (82,4%) fazem menção à 5ª Sessão Ordinária Virtual da Seção Especializada Cível.

Constatou-se também que, mesmo após a 5ª Sessão Ordinária da Seção Especializada Cível, a 3ª Câmara Cível, no julgamento da apelação do processo nº 0702256-05.2016.8.02.0058 (julgado em 29/07/2021) e do Agravo Interno Cível nº 0705099-12.2019.8.02.0001 (julgado em 12/08/2021), ambos sob a relatoria do Desembargador Celyrio Adamastor Tenório Accioly, não aplicou o entendimento da responsabilidade solidária irrestrita na forma estabelecida na sessão.

Da análise dos acórdãos selecionados, identificou-se que apenas a 3ª Câmara Cível, e alguns acórdãos oriundos da 1ª Câmara Cível sob a relatoria de um único desembargador, aplicavam corretamente o entendimento esposado pelo STF no Tema 793, até o advento da 5ª Sessão Ordinária da Seção Especializada Cível. A pesquisa revelou que a referida sessão foi o paradigma da uniformização do entendimento pelas câmaras cíveis do Tribunal de Justiça do Estado de Alagoas. Restou consignado na ata da sessão:

Após o julgamento dos processos pautados, houve apreciação da pauta administrativa, onde ficaram estabelecidas, diante dos temas discutidos, as seguintes deliberações: **1) Responsabilidade solidária dos entes federados – Tema 793 do Supremo Tribunal Federal:** permanece a solidariedade dos entes públicos no que se refere a (sic) prestação de tratamento de saúde, com exceção dos casos em que não se verifica registro na ANVISA, situação em que a competência será da Justiça Federal [...].⁸⁹

Dessa forma, ao analisar o posicionamento do Tribunal de Justiça de Alagoas em relação à composição do polo passivo nas demandas que envolvem a prestação de assistência à saúde, conclui-se que, após a 5ª Sessão Ordinária da Seção Especializada Cível, o tribunal uniformizou

⁸⁸ BRASIL. **Agravo de Instrumento nº 0809625-96.2020.8.02.0000**. Relator: Desembargador Tutmés Airan de Albuquerque Melo, 30 abr. 2021.

⁸⁹ 5ª SESSÃO ORDINÁRIA VIRTUAL DA SEÇÃO ESPECIALIZADA CÍVEL. In: SESSÃO ORDINÁRIA DA SEÇÃO ESPECIALIZADA CÍVEL, 2021, Maceió. **Tribunal de Justiça do Estado de Alagoas**. Maceió: 2021.

seu entendimento no sentido de aplicar a tese da responsabilidade solidária irrestrita, em desacordo com o entendimento esposado pelo Supremo Tribunal Federal no tema 793.

Foi o legislador ordinário que definiu o que poderia ser considerado precedente judicial, ao prescrever no art. 927 do Código de Processo Civil que os juízes e tribunais devem observância às decisões do Supremo Tribunal Federal em controle concentrado de constitucionalidade, aos enunciados de súmula vinculante, aos acórdãos em incidente de assunção de competência ou de resolução de demandas repetitivas e em julgamento de recursos extraordinário e especial repetitivos, aos enunciados das súmulas do STF e do STJ, além da orientação do plenário ou do órgão especial ao qual estiverem vinculados.

No presente estudo, parte-se da premissa que é considerada como precedente a decisão cujo fundamento determinante seja de possível extração pelo posicionamento da maioria do órgão colegiado⁹⁰. Não é só da disposição normativa que decorre a força vinculante dos precedentes judiciais; Lopes Filho discorre ainda que a decisão que carrega o precedente deve trazer uma fundamentação substancialmente adequada, em observância ao dever de motivação analítica, inscrito no art. 93, inciso IX, da Constituição Federal⁹¹.

Invoca-se também como ponto central do estabelecimento de um precedente a ampliação da diversidade argumentativa pela intervenção do *amicus curiae*⁹², na medida que o precedente exerce força vinculante sobre pessoas que não foram partes no processo, o que evoca uma necessidade em abrir espaço para uma participação da sociedade na sua formação⁹³. Nesse contexto, Câmara assevera que um sistema adequado de padrões decisórios exige que, na formação e na aplicação do padrão, seja observado o modelo constitucional de processo civil, com o efetivo contraditório, que deve ser compreendido como a garantia de participação com influência e de não surpresa, em interpretação conjunta dos arts. 7º e 10 do Código de Processo Civil, de sorte que a multiplicação da diversidade argumentativa pela ampliação do contraditório promovida pela intervenção do *amicus curiae* implica em uma maior qualificação

⁹⁰ VALE, S. S. A. G. do. **A adequada construção dos precedentes judiciais e o problema da responsabilidade solidária dos entes federativos em matéria de saúde**. Rio de Janeiro: GZ Editora, 2021.

⁹¹ LOPES FILHO (2014) apud VALE, S. S. A. G. do. **A adequada construção dos precedentes judiciais e o problema da responsabilidade solidária dos entes federativos em matéria de saúde**. Rio de Janeiro: GZ Editora, 2021.

⁹² CÂMARA, A. A. F. F. **Por um modelo deliberativo de formação e aplicação de padrões decisórios vinculantes: análise da formação e aplicação dos padrões decisórios vinculantes a partir do conceito de contraditório como princípio da não-surpresa e da exigência de deliberação qualificada pelos tribunais**. 373 f. 2017. Tese (Doutorado em Direito Processual) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017. Disponível em: http://www.biblioteca.pucminas.br/teses/Direito_CamaraAA_1.pdf. Acesso em: 11 abr. 2022, p. 177-180.

⁹³ CÂMARA, 2017, p. 183.

do pronunciamento jurisdicional, elevando os contornos qualitativos da formação do precedente⁹⁴.

Todavia, a aplicação dos precedentes não se dá de maneira regular: os votos com fundamentações diversas podem conduzir à mesma conclusão, pois por meio do julgamento *seriatim*, o posicionamento do tribunal é externalizado pelos pronunciamentos individuais sem que o entendimento do órgão esteja encartado em um texto único, o que dificulta a extração do fundamento determinante para a correta formação e interpretação do precedente. Além disso, ementas e enunciados são invocados equivocadamente como se precedentes fossem e há uma confusão terminológica entre os padrões decisórios levantados⁹⁵. Além disso, em decorrência da aplicação do modelo de julgamento *seriatim*, em que se nota uma dificuldade em se chegar a um consenso sobre o fundamento adotado para a solução da controvérsia⁹⁶.

Expostos esses breves fundamentos, os resultados colhidos na pesquisa permitem concluir que as câmaras cíveis do Tribunal de Justiça do Estado de Alagoas não seguem o entendimento esposado pelo Supremo Tribunal Federal no Tema 793. Os incisos III e V do art. 927 prescrevem, respectivamente, que os juízes e tribunais devem observância aos acórdãos em julgamento de recurso extraordinário e repetitivo e à orientação do plenário ou do órgão especial aos quais estiverem vinculados. Sucede que, na situação apresentada, a orientação do órgão especial que os desembargadores estão vinculados está em desacordo com o entendimento da Suprema Corte.

Com o intuito de explicar melhor onde reside o erro de interpretação por parte do Tribunal de Justiça, cumpre transcrever a integralidade da ementa do acórdão proferido no julgamento pelo Plenário do STF no EDecl no RE 855.178:

CONSTITUCIONAL E ADMINISTRATIVO. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO EM RECURSO EXTRAORDINÁRIO COM REPERCUSSÃO GERAL RECONHECIDA. AUSÊNCIA DE OMISSÃO, CONTRADIÇÃO OU OBSCURIDADE. DESENVOLVIMENTO DO PROCEDENTE. POSSIBILIDADE. RESPONSABILIDADE DE SOLIDÁRIA NAS DEMANDAS PRESTACIONAIS NA ÁREA DA SAÚDE. DESPROVIMENTO DOS EMBARGOS DE DECLARAÇÃO.

1. É da jurisprudência do Supremo Tribunal Federal que o tratamento médico adequado aos necessitados se insere no rol dos deveres do Estado, porquanto responsabilidade solidária dos entes federados. O polo passivo pode ser composto por qualquer um deles, isoladamente, ou conjuntamente.
2. A fim de otimizar a compensação entre os entes federados, compete à autoridade judicial, diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização,

⁹⁴ VALE, 2021, p. 47.

⁹⁵ CÂMARA, 2017, p. 149.

⁹⁶ VALE, 2021, p. 51.

direcionar, caso a caso, o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro.

3. As ações que demandem fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA deverão necessariamente ser propostas em face da União. Precedente específico: RE 657.718, Rel. Min. Alexandre de Moraes.

4. Embargos de declaração desprovidos.

Tema - 793 - Responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever de prestar assistência à saúde.

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

Apenas com a leitura da ementa, não haveria qualquer erro de interpretação pelo tribunal; todavia, ao partir da premissa que o precedente judicial é constituído pelo fundamento determinante da maioria do órgão colegiado (no caso, o Plenário do Supremo Tribunal Federal), não se pode restringir o exame do acerto da interpretação à ementa produzida na ocasião do julgamento. Dessa forma, considerando que a maioria da Corte decidiu a partir do voto do Ministro Edson Fachin, é dali que devem ser extraídos os fundamentos determinantes da decisão colegiada.

Segundo Becker, as categorias nativas são aquelas capazes de sintetizar eventos ou ideias de um grupo social, que possibilitam ao investigador identificar e compreender as possíveis funcionalidades dessas mesmas categorias no cotidiano de um dado grupo social, a permitir o confronto com significados prévios atribuídos a essas categorias⁹⁷. Isso posto, ao contrapor o entendimento firmado pela Seção Especializada Cível à *ratio decidendi* do caso paradigma, denota-se que a divergência na interpretação reside no significado atribuído à categoria nativa “responsabilidade solidária”.

Restou expressamente consignado pelo relator que

Como decorrência, não há dúvida da acertada afirmação (na STA 175) de que todos os entes da Federação são obrigados a tornar efetivo o direito à saúde; como também é correto asseverar que a concretização de direitos melhor se efetiva quando há distribuição de papéis e previsibilidade – pela Administração e pelo Administrado – do que cada um – e em que medida – deve prestar.

Nesse contexto, a solidariedade reconhecida é aquela que obriga os entes da Federação brasileira a organizarem o Sistema Único de Saúde e não se esquivarem das tarefas que lhes são atribuídas pela Constituição, pela lei e pelas normas e acordos realizados pelos gestores do SUS.

⁹⁷ BECKER, H. S. **Segredos e truques da pesquisa**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

Uma vez organizado o sistema, e divididos os recursos e as responsabilidades de cada ente federativo, deve-se respeitar essa divisão, obrigando-se cada ente à consecução daquilo a que se propôs.⁹⁸

É de se dizer, o significado atribuído pelo Supremo Tribunal Federal à categoria “responsabilidade solidária” diz respeito ao dever comum dos entes da federação em prestar assistência à saúde, na forma do art. 23, inciso II, da Constituição Federal. Com efeito, à luz do dever institucional de manter a jurisprudência íntegra, reconheceu-se que não há outros julgados relativos às demais matérias incluídas no rol de competências comuns do mencionado dispositivo constitucional que reconheçam o caráter de solidariedade na acepção atribuída pela lei civil⁹⁹.

Nessa trilha argumentativa, a Corte reconhece que a tese da solidariedade não deve ser interpretada como um instituto privado do Direito Civil (artigos 264 a 266 do Código Civil), mas sim como um dever geral de todos os entes estatais prestarem saúde, o que é reforçado pela legislação infraconstitucional que rege o SUS, em reafirmação aos postulados de descentralização, regionalização e hierarquização previstos no texto constitucional.

Para ilustrar a diferença do significado atribuído à categoria “responsabilidade solidária”, cumpre transcrever excerto do acórdão de julgamento da Apelação Cível nº 0700104-42.2020.8.02.0058, da 1ª Câmara Cível:

14 Nos exatos termos das mencionadas conclusões do STF, notadamente do conteúdo do Tema 793, verifica-se que foi mantido o entendimento acerca da solidariedade dos entes federativos pela implementação do direito à saúde. O fato de a tese consignar que "compete à autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro" não desconstrói o instituto da solidariedade, mas tão somente reafirma que, diante da faculdade de a parte demandante direcionar a ação contra um ou mais entes federativos, poderá o Magistrado, atento às regras de repartição de competências, deferir eventual ressarcimento pleiteado pelo ente federativo demandado em face da real pessoa jurídica de direito público interno responsável pela implementação da medida de saúde litigada.

15 Para melhor compreensão dessa interpretação, importa o exame da norma constitucional que disciplina a prestação da saúde pelos entes federativos, bem como das regras legais sobre os institutos da solidariedade e do litisconsórcio. Confira-se as dicções dos seguintes dispositivos:

Constituição Federal de 1988

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;

Código Civil de 2002

Art. 264. Há solidariedade, quando na mesma obrigação concorre mais de um credor, ou mais de um devedor, cada um com direito, ou obrigado, à dívida toda. [...]

⁹⁸ BRASIL, EDecl no RE 855.178, 2019, p. 59.

⁹⁹ Idem, p. 24.

Art. 275. O credor tem direito a exigir e receber de um ou de alguns dos devedores, parcial ou totalmente, a dívida comum; se o pagamento tiver sido parcial, todos os demais devedores continuam obrigados solidariamente pelo resto.

Parágrafo único. Não importará renúncia da solidariedade a propositura de ação pelo credor contra um ou alguns dos devedores.

Código de Processo Civil de 2015

Art. 113. Duas ou mais pessoas podem litigar, no mesmo processo, em conjunto, ativa ou passivamente, quando:

I - entre elas houver comunhão de direitos ou de obrigações relativamente à lide; [...] (Grifos aditados).

Da leitura dos comandos constitucional e legais em tela, é indubitável que cabe aos entes federativos a conjunta prestação do direito à saúde, sendo, por conseguinte, solidária a responsabilidade existente entre eles. Dessa forma, fica autorizado ao eventual credor do direito fundamental à saúde demandar contra um ou mais entes federados, opção esta que, na esfera processual, leva à formação de um litisconsórcio passivo facultativo.

O trecho transcrito serviu para ilustrar que o julgamento mencionado foi fundamentado em dispositivos do Código Civil e do Código de Processo Civil relativos à responsabilidade solidária tratada no campo do Direito das Obrigações e no litisconsórcio passivo necessário, instituto processual que somente dispõe sobre a formação dos polos da ação, e não se presta a definir como surgem os direitos e obrigações comungados pelos litigantes.

Para mais, a Seção Especializada Cível, ao dispor que a competência da Justiça Federal (e a conseqüente legitimidade passiva da União) se restringe aos casos em que o tratamento pleiteado não é registrado na ANVISA, vai de encontro ao fundamento determinante do precedente judicial, no sentido de que a solidariedade tem acepção distinta do instituto de direito civil, e que se refere ao dever comum de prestar assistência à saúde.

Isso porque, no julgamento do caso repetitivo, as demandas que veiculam prestações de saúde foram agrupadas em duas espécies de pretensão, adotando como parâmetro a existência ou não de política pública que contemple o fornecimento do objeto da prestação (a exemplo da RENAME). Os fundamentos determinantes do acórdão giram em torno de haver ou não política pública que preveja a dispensação da prestação perseguida, de modo que, nas demandas em que se postula pretensão sanitária constante nas políticas públicas, o polo passivo e a competência são regulados por lei ou ato normativo, que deve ser observado pelo autor na propositura da ação para que seu pedido seja prestado de forma mais célere e eficaz¹⁰⁰; por outro lado, nas demandas que veiculam pretensão não constante nas políticas públicas, a União deve compor o polo passivo da lide, notadamente porque é o Ministério da Saúde, por meio da CONITEC, que

¹⁰⁰ Idem, p. 35.

detém a competência para incorporar, excluir ou alterar o escopo material das políticas públicas de saúde.

Em análise ao acórdão de julgamento da Apelação Cível nº 0800051-80.2021.8.02.0043 pela 2ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça de Alagoas em 24/03/2022, constatou-se que, a partir da ementa do caso paradigma, foram extraídas as seguintes conclusões¹⁰¹:

Nessa decisão, 03 (três) pontos foram firmados: 1) que o fornecimento de tratamento médico é de responsabilidade solidária dos entes públicos, podendo o polo passivo ser composto por qualquer um deles, isolada ou conjuntamente; 2) que compete a autoridade judicial direcionar o cumprimento das regras e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus; e que, 3) quando o medicamento não possua registro na ANVISA, a União deverá participar da lide.

Percebe-se, pois, que as premissas adotadas pelo órgão julgador estão em manifesta desconformidade ao fundamento determinante do EDecl no RE 855.178. De outra banda, a 3ª Câmara Cível, no julgamento do Agravo de Instrumento nº 0805637-67.2020.8.02.0000, reconheceu a necessidade de inclusão da União no polo passivo da demanda que veiculava pedido de fornecimento de medicamento não incorporado às políticas públicas¹⁰².

Uma das premissas do Código de Processo Civil vigente é a estruturação dogmática de um sistema de precedentes judiciais, mediante a imposição de deveres institucionais aos tribunais pátrios no sentido de promover o desenvolvimento do microsistema de precedentes judiciais brasileiro. Nesse sentido:

Os resultados do sistema dependem da assunção de responsabilidade por cada sujeito processual, mediante a percepção de que cada um assume um papel específico dentro dos debates processuais. O sistema processual jamais será eficiente (e legítimo) se aceitarmos os desvios de comportamento de todos os sujeitos processuais a partir de supostas práticas incrustadas e repetidas, contrárias à normatividade e à própria Constituição, ou de uma presumida incapacidade de mudar vícios percebidos pelo senso comum e naturalizados de acordo com pretensas heranças e peculiaridades especialíssimas do Brasil.

Caso tais responsabilidades não sejam percebidas: (a) cada juiz continuará julgando como se estivesse em um grau zero de interpretação, em que seus posicionamentos pessoais que desconsideram a lei (e os precedentes) contaminam a eficiência qualitativa do sistema ao se manter uma anarquia interpretativa que acaba fomentando o demandismo desprovido de fundamentos; e (b) cada advogado continuará postulando e militando num sistema desprovido de qualquer previsibilidade.¹⁰³

¹⁰¹ BRASIL. **Apelação nº 0800051-80.2021.8.02.0043**. Relator: Desembargador Otávio Leão Praxedes, 24 mar. 2022. p. 6.

¹⁰² BRASIL. **Agravo de Instrumento nº 0805637-67.2020.8.02.0000**. Relator: Desembargador Alcides Gusmão da Silva, 17 set. 2020.

¹⁰³ NUNES, D.; PEDRON, F. Q.; HORTA, A. F. de S. Os precedentes judiciais, o art. 926 do CPC e suas propostas de fundamentação: um diálogo com concepções contrastantes. **Revista de Processo**, [s. l.], v. 263, 2017. p. 6.

Dessa forma, a fim de garantir um sistema processual eficiente e legítimo, as cortes brasileiras devem rever como são construídos, aplicados e interpretados os precedentes judiciais, ou se somente são formados padrões decisórios para resolver problemas quantitativos. Não significa dizer que os precedentes possuem força absoluta ou na imutabilidade destes; assim, quando um precedente se mostrar inadequado, lança-se mão da coerência em favor da integridade¹⁰⁴. É o que ocorreu com o julgamento do representativo de controvérsia objeto do presente estudo.

O dever de coerência, estabilidade e integridade da jurisprudência é dirigido a todos os tribunais pátrios, e não são observados pela própria Corte que originou o precedente. Da análise dos 31 acórdãos de julgamentos ocorridos após a publicação do acórdão do EDecl no RE 855.178, constatou-se que apenas 10 deles, sendo 9 originários das turmas isoladas e 1 do Tribunal Pleno, veiculavam a interpretação correta contida no precedente. Dos demais 21 acórdãos que aplicavam a tese da responsabilidade solidária irrestrita, constatou-se que em 10 destes houve divergências internas nas turmas, em geral dos ministros Dias Toffoli e Luís Roberto Barroso para os processos da 1ª Turma (6 de 10), e dos ministros Edson Fachin e Gilmar Mendes nos acórdãos oriundos da 2ª Turma (4 de 11).

Além disso, restou consignado na ementa do acórdão o excerto correspondente à tese antiga do Tema 793 no sentido da responsabilidade solidária irrestrita e a legitimidade de qualquer ente da federação figurar no polo passivo, o que também dificulta a visualização correta do fundamento determinante do acórdão, que, por sua vez, orienta expressamente a composição do polo passivo da demanda nas demandas prestacionais em saúde.

Denota-se, pois, que a simples leitura da ementa do julgamento dos EDecl no RE 855.178 não é suficiente para extrair a *ratio decidendi* ou o fundamento determinante do precedente, prática viciada que vai de encontro aos preceitos veiculados pelo art. 926 do Código de Processo Civil dirigidos à garantia do adequado funcionamento do sistema de precedentes.

A partir das premissas estabelecidas para o desenvolvimento correto do sistema de precedentes instituído pelo Código de Processo Civil, reconhece-se que o Tribunal de Justiça de Alagoas agiu em observância ao dever de manter íntegra a sua jurisprudência, notadamente em razão da súmula local anteriormente editada; todavia, não houve o respeito ao dever de

¹⁰⁴ LOBATO, V. S.; GONÇALVES, N. A. Dever de fundamentação, coerência e integridade das decisões judiciais: uma análise do acórdão prolatado pelo STF no ARE 664.335. **Revista de Finanças Públicas, Tributação e Desenvolvimento**, v. 7, n. 8, p. 188–211, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.12957/rfptd.2019.37819>>, p. 202.

coerência, uma vez que atribuiu interpretação diversa da pretendida quando da aplicação de um precedente cuja observância era devida em decorrência do disposto no art. 927, III, do Código de Processo Civil.

5 CONCLUSÃO

Com o escopo de estudar a postura do Tribunal de Justiça de Alagoas frente ao entendimento do Supremo Tribunal Federal no Tema 793, foram apresentadas as propostas de demonstrar o tratamento constitucional conferido ao direito à saúde, no contexto do federalismo federativo, apresentar a evolução do pensamento jurisprudencial nos casos de referência sobre a matéria, com enfoque especial no julgamento dos EDecl no RE 855.178, e, por fim, revisar a jurisprudência do Tribunal de Justiça de Alagoas para investigar os entraves na aplicação da tese definida no Tema 793.

A Constituição Federal consagrou o status constitucional ao direito à saúde e ao respectivo dever de prestação de assistência à saúde, que implica, portanto, atuações positivas e negativas dos entes das federações, correspondentes, respectivamente, à dimensão prestacional do direito à saúde com máxima eficácia e efetividade do legislador ordinário, e ao dever jurídico imposto de não comprometer a proteção dos direitos assegurados por instrumentos infraconstitucionais que sirvam como concretizadores do direito à saúde.

O Sistema Único de Saúde foi orientado pela descentralização político-administrativa decorrente do modelo de federalismo cooperativo adotado pela Constituição Federal de 1988, que em seu art. 23, II, dispõe que é competência comum dos três entes da federação cuidar da saúde, o que implica na necessidade de articulação e pactuação de todos os níveis de governo, a partir dos princípios ideológicos de universalidade, equidade e integralidade. Para tanto, a Lei nº 8.080/90 contém o delineamento das atribuições de cada ente da federação, o que, em cotejo com o arcabouço normativo que regulamenta o SUS, permite inferir que a competência comum (material) dos entes da federação não deve culminar na responsabilidade solidária irrestrita dos entes para a execução direta das ações e serviços de saúde, uma vez que há atuação coordenada, o que não se confunde com a solidariedade das atribuições.

A partir da discussão sobre os casos de maior relevância julgados pelo Supremo Tribunal Federal em matéria de saúde, foi possível constatar que, de início, as demandas prestacionais giravam em torno de medicamentos antrirretrovirais, para os quais havia, de fato, previsão legal acerca da solidariedade dos entes da federação para o custeio desses medicamentos, e que, embora presente a discussão da responsabilidade dos entes da federação em momentos anteriores ao representativo de controvérsia objeto desse estudo, sua maioria ocorriam durante recursos que sequer cabiam a discussão da legitimidade.

A primeira tese fixada por ocasião do julgamento do Recurso Extraordinário nº 855.178, a Corte reconhecia que o polo passivo das demandas prestacionais pode ser composto por qualquer dos entes da federação, em conjunto ou separadamente, ao argumento que a prestação material era de responsabilidade solidária entre estes. Todavia, a legislação infraconstitucional define expressamente que a responsabilidade, nesses casos, deve recair sobre o ente responsável pelo custeio da prestação de saúde (art. 19-U da Lei nº 8.080/90), e que, nos casos em que a prestação não se encontra no rol de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PDCT) do SUS, a responsabilidade deve recair sobre a União, na medida em que incumbe à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC) do Ministério da Saúde a regulamentação dos PDCT, inclusive no tocante à inclusão de novos tratamentos.

Opostos embargos de declaração pela União, a maioria do Tribunal Pleno, a partir do voto do Ministro Edson Fachin, decidiu pela evolução do precedente, para consignar que a responsabilidade referida é pelo dever comum de implementar políticas públicas para a prestação de ações e serviços de saúde, de modo que a demanda deverá ser direcionada ao ente público responsável pelo custeio da prestação material pleiteada pela parte, e que nas demandas em que o objeto não está contemplado pelas listas oficiais do SUS, a União deverá compor o polo passivo. Embora tenha consignado a possibilidade de formação de litisconsórcio passivo em situações em que se verifique a necessidade de “ampliar” a garantia do acesso à prestação, a redação da ementa não ficou muito clara em relação à definição dos parâmetros de composição do polo passivo.

Estabelecidas as premissas do precedente, foram analisados 846 acórdãos do Tribunal de Justiça do Estado de Alagoas, com o objetivo de investigar se o entendimento aplicado pelos desembargadores está de acordo com os parâmetros do representativo de controvérsia quanto à responsabilidade dos entes federados pela prestação de assistência à saúde, oportunidade em que, inicialmente, apenas a 3ª Câmara Cível aplicava corretamente o entendimento esposado, e que, após a 5ª Sessão Ordinária de 2021 da Seção Especializada Cível, as câmaras cíveis unificaram seus entendimentos, em obediência ao dever de integridade, para, no entanto, interpretar o precedente a partir da tese da responsabilidade solidária irrestrita dos entes de federação, de encontro com o dever de coerência.

REFERÊNCIAS

5ª SESSÃO ORDINÁRIA VIRTUAL DA SEÇÃO ESPECIALIZADA CÍVEL. *Em*: SESSÃO ORDINÁRIA DA SEÇÃO ESPECIALIZADA CÍVEL, 2021, Maceió. **Tribunal de Justiça do Estado de Alagoas**. Maceió: [s. n.], 2021.

AITH, F. Direito à saúde e democracia sanitária: experiências brasileiras. **Revista de Direito Sanitário**, [s. l.], v. 15, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v15i3p85-90>

ALEXY, R. Sistema jurídico, principios jurídicos y razón práctica. **Cuadernos de Filosofía del Derecho**, [s. l.], n. 5, p. 139, 1988. Disponível em: <https://doi.org/10.14198/DOXA1988.5.07>

BARROSO, L. R. Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática. **Anuario Iberoamericano de Justicia Constitucional**, [s. l.], v. 13, p. 17–32, 2009.

BECKER, H. S. **Segredos e truques da pesquisa**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

BRASIL. **Agravo de Instrumento nº 0805637-67.2020.8.02.0000**. Relator: Desembargador Alcides Gusmão da Silva, 17 set. 2020.

BRASIL. **Agravo de Instrumento nº 0809625-96.2020.8.02.0000**. Relator: Desembargador Tutmés Airan de Albuquerque Melo, 30 abr. 2021.

BRASIL. **Agravo Regimental na Suspensão de Tutela Antecipada nº 175**. Relator: Ministro Gilmar Mendes, Brasília, 17 mar. 2010.

BRASIL. **Apelação nº 0800051-80.2021.8.02.0043**. Relator: Desembargador Otávio Leão Praxedes, 24 mar. 2022.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Diário Oficial da União, [s. d.]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 12 maio 2021.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 29 jun. 2021.

BRASIL. **Embargos de Declaração no Recurso Extraordinário nº 855.178**. Relator: Ministro Luiz Fux, Brasília, 23 maio 2019. p. 166.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo;

revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 29 jun. 2021.

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. Brasília: Diário Oficial da União, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 12 maio 2021.

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. Brasília: Diário Oficial da União, 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm. Acesso em: 12 maio 2021.

BRASIL. **Recurso Extraordinário nº 195.192**. Relator: Ministro Marco Aurélio, Brasília, 22 fev. 2000.

BRASIL. **Recurso Extraordinário nº 855.178**. Relator: Ministro Luiz Fux, Brasília, 5 mar. 2015.

BRASIL. **Suspensão de Tutela Antecipada nº 91**. Relator: Ministra Ellen Gracie, Brasília, 26 fev. 2007.

BRASIL. **Suspensão de Tutela Antecipada nº 175**. Relator: Ministro Gilmar Mendes, Brasília, 18 set. 2009.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004**. Brasília: Diário Oficial da União, [s. d.]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html. Acesso em: 29 jun. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013**. Brasília: Diário Oficial da União, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html. Acesso em: 30 jul. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996**. Brasília: Diário Oficial da União, 1996. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html. Acesso em: 29 jun. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998**. Brasília: Diário Oficial da União, 1998. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html

CÂMARA, A. A. F. F. **Por um modelo deliberativo de formação e aplicação de padrões decisórios vinculantes: análise da formação e aplicação dos padrões decisórios vinculantes a partir do conceito de contraditório como princípio da não-surpresa e da exigência de deliberação qualificada pelos tribunais**. 373 f. 2017. Tese (Doutorado em Direito Processual)

- Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017. Disponível em: http://www.biblioteca.pucminas.br/teses/Direito_CamaraAA_1.pdf. Acesso em: 11 abr. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004**. Brasília: Diário Oficial da União, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html. Acesso em: 17 jun. 2021.

DOURADO, D. de A. **Regionalização e federalismo sanitário no Brasil**. 2010. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/D.5.2010.tde-02062010-164714>. Acesso em: 7 jul. 2021.

FILHO, M. R.; PEREIRA, S. P. D. As responsabilidades solidária e subsidiária no federalismo brasileiro: contextualização em matéria de saúde e posicionamento do Supremo Tribunal Federal. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, [s. l.], v. 8, n. 3, p. 152–172, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.17566/ciads.v8i3.574>

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Programa farmácia popular do Brasil: manual básico**. Brasília, DF: Editora MS, 2005.

GODOIS, L. Direitos fundamentais sociais e neoliberalismo no Brasil: as contradições entre a promessa emancipatória e a(s) política(s) de Estado nos anos 1990 e seu impacto na judicialização da saúde. **Seminário Nacional Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea**, [s. l.], n. XII, 2016.

GOMES, D. F. *et al.* Judicialização da saúde e a audiência pública convocada pelo Supremo Tribunal Federal em 2009: o que mudou de lá para cá? **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 38, n. 100, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-104.20140008>. Acesso em: 16 dez. 2021.

IVO, G. Direito Tributário e Orçamento Público. *Em*: SCHOUERI, L. E. (org.). **Direito Tributário - Homenagem a Paulo de Barros Carvalho**. São Paulo: Quartier Latin, 2008.

LIMA, L. D. de. **Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais**. 292 f. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

LOBATO, V. S.; GONÇALVES, N. A. Dever de fundamentação, coerência e integridade das decisões judiciais: uma análise do acórdão prolatado pelo STF no ARE 664.335. **Revista de Finanças Públicas, Tributação e Desenvolvimento**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 8, p. 188–211, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/rfptd.2019.37819>

MACHADO, F. R. de S. Contribuições ao debate da judicialização da saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, [s. l.], v. 8, n. 2, p. 73–91, 2008.

MACHADO, M. R. **Pesquisar empiricamente o direito**. São Paulo: Rede de Estudos Empíricos em Direito, 2017.

MAPELLI JUNIOR, R. **Judicialização da saúde e políticas públicas: assistência farmacêutica, integralidade e regime jurídico-constitucional do SUS**. 2016. Tese

(Doutorado em Ciências) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/T.5.2016.tde-23022016-162923>. Acesso em: 10 maio 2021.

MATTA, G. C.; PONTES, A. L. de M. (org.). **Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde**. Em: **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007. (Coleção Educação profissional e docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, v. 3).

MENDES, G. F.; BRANCO, P. G. G. **Curso de Direito Constitucional**. 12. ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

MESQUITA, L. I. S. **Mercantilização do direito constitucional à saúde no Brasil: neoliberalismo, contrarreformas e subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no caso da implementação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)**. 192 f. 2019. Dissertação (Mestrado em Direito Público) - Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2019. Disponível em: <http://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/5617>

MIRANDA, C. C. O direito subjetivo à assistência médica gratuita. **Observatório da Jurisdição Constitucional**, Brasília, v. 2, 2008.

NUNES, D.; PEDRON, F. Q.; HORTA, A. F. de S. Os precedentes judiciais, o art. 926 do CPC e suas propostas de fundamentação: um diálogo com concepções contrastantes. **Revista de Processo**, [s. l.], v. 263, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. [S. l.: s. n.], 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 12 maio 2021.

RAMOS, E. da S. **Ativismo judicial: parâmetros dogmáticos**. 1ªed. São Paulo: Saraiva, 2010.

RAMOS, E. da S. Judicialização e ativismo judicial. Em: VILLAS BOAS, M.; CECHIN, J.; MAIA, A. C. (org.). **Judicialização de planos de saúde: conceitos, disputas e consequências**. Palmas: Editora ESMAT, 2020.

REIS, J. B. dos. **A judicialização das políticas públicas de saúde e os reflexos econômicos para o sistema federativo**. 282 f. 2019. Dissertação - Universidade Estadual Paulista, Franca, 2019.

RIBEIRO, D. S. **O direito à saúde em tempos neoliberais: a judicialização da saúde como estratégia para a garantia de direitos?** 2014. Mestrado em Serviço Social - Universidade Federal de Juiz de Fora, [s. l.], 2014.

SANTOS, R. C. C. dos. **Financiamento da saúde pública no Brasil**. Belo Horizonte: Fórum, 2016.

SARLET, I. W. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988. **Revista Direito e Democracia**, [s. l.], v. 3, n. 1, p. 333–354, 2002.

SILVA, J. A. da. **Curso de direito constitucional positivo**. 37^aed. São Paulo, SP: Malheiros Editores, 2014.

SILVA, R. M. da; CAETANO, R. Programa “Farmácia Popular do Brasil”: caracterização e evolução entre 2004-2012. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 20, n. 10, p. 2943–2956, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.17352014>

UGÁ, M. A. *et al.* Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 8, n. 2, p. 417–437, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000200008>

VALE, S. S. A. G. do. **A adequada construção dos precedentes judiciais e o problema da responsabilidade solidária dos entes federativos em matéria de saúde**. Rio de Janeiro: GZ Editora, 2021.

VIEIRA, F. S. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [s. l.], v. 27, n. 2, p. 149–156, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1020-49892010000200010>

WANG, D. W. L. Escassez de recursos, custos dos direitos e reserva do possível na jurisprudência do STF. **Revista Direito GV**, [s. l.], v. 4, n. 2, p. 539–568, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1808-24322008000200009>