

# Impactos das demandas judiciais no dever do Estado de prestar assistência farmacêutica

CLOVIS DEMARCHI

DOUGLAS CRISTIAN FONTANA

**Resumo:** O artigo tem o propósito de demonstrar, por meio de uma pesquisa bibliográfica sob o método lógico-dedutivo, os problemas que as demandas judiciais de fornecimento de medicamentos podem causar quando desrespeitam a delimitação administrativa de competências para o fornecimento de medicamentos. Visa discutir os problemas que tais demandas geram no orçamento público, à luz da repartição federativa de competências. O artigo está dividido em quatro tópicos: o primeiro trata do direito à saúde; a seguir, é analisada a saúde como dever fundamental; no terceiro, analisam-se o modelo federativo brasileiro e a formatação administrativa das competências dos entes federados; ao final, são apresentados os argumentos relativos aos problemas e distorções que o fornecimento de medicamentos em demandas judiciais pode causar ao orçamento público e à eficiência da prestação do serviço. Os problemas são de duas espécies, jurídicos e orçamentários, e influenciam negativamente na eficiência do serviço de assistência farmacêutica.

**Palavras-chave:** Direitos fundamentais. Deveres fundamentais. Saúde. Assistência farmacêutica. Competências federativas.

## Impacts of legal demands on duty of the State of providing pharmaceutical assistance

**Abstract:** The article proposes to demonstrate, through a bibliographic research under the deductive reasoning, which problems that the judicial demands of supply of medicines can cause when they disrespect the administrative delimitation of competences for of medicines supply. It aims to discuss the problems that the judicial demands of medicines supply generate in the public budget, in the light of the federal division of competences. The article is divided into four topics. The first deals with the right to health, next, health is analyzed as a fundamental duty. In the

Recebido em 18/11/19  
Aprovado em 20/2/20

third are analyzed the Brazilian federative model and the administrative formatting of the competences of the federated entities. At the end are presented the arguments related to the problems and distortions that the supply of medicines in lawsuits can cause to the public budget and the efficiency of the provision of the service. The problems are of two kinds, legal and budgetary, both negatively influencing the efficiency of the pharmaceutical care service.

**Keywords:** Fundamental rights. Fundamental duties. Health. Pharmaceutical care. Federative competences.

## 1 Introdução

Por se tratar de um dos mais importantes direitos sociais e por ser um direito que gera alto impacto financeiro para que seja integralmente atendido, o direito à saúde, como direito do cidadão e dever fundamental do Estado, tem gerado inúmeras discussões, especialmente referentes à assistência farmacêutica.

Com efeito, as dificuldades do Estado brasileiro para garantir o fornecimento de medicamentos aos necessitados acabaram gerando, ao longo dos anos, um sem-número de demandas judiciais objetivando constranger os entes da federação a fornecerem medicamentos para os mais diferentes tratamentos. Atualmente essas demandas judiciais têm provocado significativo impacto nos orçamentos públicos, o que causa severa intervenção judicial na programação financeira, especialmente dos estados e municípios, que por vezes têm importante parcela dos seus recursos destinada a atender às determinações judiciais.

Além disso, há um quadro jurisprudencial que entende o dever estatal de fornecer medicamentos como um dever solidário, relegando aos demandantes a escolha de contra qual ente da federação ajuizará a demanda para exigir os medicamentos. Esse entendimento jurisprudencial desconsidera que há uma delimitação legislativa de competências e obrigações no âmbito da assistência farmacêutica, na medida em que as demandas judiciais simplesmente ignoram essa programação administrativa federativa, embora se tenha delineado qual entre os entes federativos deve comprar e fornecer cada tipo de medicamento.

Nesse contexto, o artigo apresenta como cerne da pesquisa os problemas que as demandas judiciais de fornecimento de medicamentos podem causar quando desrespeitam a delimitação administrativa de competências

para fornecimento de medicamentos. Em virtude disso, o presente artigo objetiva discutir os problemas, especialmente de ordem financeira, que as demandas judiciais de fornecimento de medicamentos geram no orçamento público, à luz da repartição federativa de competências delineada no dever fundamental do Estado de fornecer medicamentos.

Para isso, o artigo está dividido em quatro partes. A primeira consiste num estudo sobre o direito à saúde, sua eficácia como direito social e o impacto que as demandas judiciais de medicamentos podem causar no orçamento público, tendo como exemplo o estado de Santa Catarina. Na segunda, é abordada a saúde como dever fundamental do Estado. Na terceira parte, são analisados o modelo federativo brasileiro e a formatação administrativa das competências dos entes federados na aquisição e fornecimento de medicamentos. Na parte final, apresentam-se os argumentos relativos aos problemas e distorções que o fornecimento de medicamentos em demandas judiciais, sem o respeito à delimitação das competências administrativas dos entes da federação, pode causar ao orçamento público e à eficiência da prestação do serviço.

O estudo foi realizado por meio de uma pesquisa bibliográfica e documental, com a utilização do método lógico-dedutivo.

## **2 Direito à saúde e sua eficácia como direito social**

Os direitos fundamentais, a despeito de algumas classificações geracionais apresentadas por parcela relevante da doutrina, podem ser divididos em dois grandes grupos: direitos civis (direitos de defesa) e direitos sociais (direitos a prestações).

Os direitos de defesa são os que exigem uma abstenção do Estado como preservação

de parcela de liberdade dos indivíduos. Na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB), eles estão, em sua maioria, contidos nas disposições do art. 5º, cujo § 1º estabelece que “[a]s normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata” (BRASIL, [2019a]).

Os direitos a prestações, por sua vez, buscam obter do Estado alguma atuação positiva. Para Alexy (2017, p. 499), “são direitos do indivíduo, em face do Estado, a algo que o indivíduo, se dispusesse de meios financeiros suficientes e se houvesse uma oferta suficiente no mercado, poderia também obter de particulares”.

Essa definição revela a grande polêmica relativa aos direitos sociais: a questão financeira, pois a atuação positiva do Estado para implementar direitos a prestações sempre envolve custo financeiro. Desse modo, quando o Estado é chamado a promover essa modalidade de direitos, surge o problema da escassez orçamentária. Observa-se que “as necessidades são infinitas e os recursos são limitados, [...] o direito à saúde é prestacional [...] envolve recursos financeiros, conclui-se facilmente que as decisões judiciais procedentes implicam gastos públicos com consequente influência no orçamento” (PEDRON; DUARTE NETO, 2018, p. 108-109).

Esse problema fica bastante claro quando se observam, por exemplo, dados sobre valores despendidos por determinação judicial para o fornecimento de medicamentos em Santa Catarina. Números compilados pelo Tribunal de Contas desse estado têm mostrado uma alta intervenção judicial no orçamento público em razão das demandas relativas a medicamentos. Segundo os dados do Tribunal, referentes às contas prestadas pelo governo do estado relativas ao exercício financeiro de 2016, da receita total de R\$ 17,04 bilhões foi aplicado em ações e serviços públicos de saúde o valor de R\$ 2,18 bilhões, equivalentes a 12,82% da receita líquida

total. Desses recursos, os valores aplicados na assistência farmacêutica alcançaram R\$ 153,42 milhões (SANTA CATARINA, 2017, p. 44).

Um dado que chama atenção é que, em 2016, Santa Catarina gastou R\$ 118,15 milhões em razão de sentenças judiciais. Desse valor, R\$ 12,27 milhões foram despendidos em procedimentos e a maior parte, R\$ 100,88 milhões, foi gasta com medicamentos (SANTA CATARINA, 2017, p. 51). Portanto, em 2016, cerca de 65,7% (R\$ 100,88 milhões) do valor total gasto por Santa Catarina com assistência farmacêutica (R\$ 153,42 milhões) foram determinados por sentenças judiciais.

Entre 2013 e 2016, o histórico total de gastos (procedimentos e medicamentos) ordenados por demandas judiciais é o seguinte: R\$ 148,32 milhões em 2013, R\$ 122,30 milhões em 2014, R\$ 135,52 milhões em 2015 e R\$ 118,15 milhões em 2016 (SANTA CATARINA, 2017, p. 51). Esses números mostram o impacto direto das decisões judiciais no orçamento público, especialmente na assistência farmacêutica. Isso se deve, em grande parte, ao problema da eficácia dos direitos sociais. Ao contrário do que ocorre com os direitos civis, a eficácia dos direitos sociais sofre alguns temperamentos, especialmente decorrentes do custo de implementação. Sarlet (2015, p. 265-384) adverte que, em relação a tais direitos, a norma prevista no artigo 5º, § 1º, da CRFB deve ser interpretada no sentido da máxima eficácia dos direitos sociais, sem que isso implique a máxima transformação em direitos subjetivos – até porque a noção de direito subjetivo também sofre relativização decorrente da natureza diferenciada dos direitos sociais.

Com o objetivo de resolver o problema da eficácia dos direitos sociais, Alexy (2017, p. 512) apresenta um modelo baseado na proporcionalidade. O autor afirma que pode ser considerada como garantida uma posição no âmbito do direito a prestações: (a) quando o princípio da

liberdade fática a exigir de forma premente, e se (b) o princípio da separação dos Poderes e o princípio democrático (inclusive as competências orçamentárias), bem como (c) os princípios materiais colidentes (especialmente os relativos à liberdade jurídica de outrem) forem afetados em pequena medida pela garantia constitucional da posição prestacional (direito social) e pelas decisões judiciais que a levem em consideração.

Esse modelo apresentado por Alexy permite uma avaliação da garantia de direitos sociais, inclusive nas ações judiciais, com base nas condições do caso concreto, por meio do sopesamento. Sarlet (2015, p. 365) reconhece nesse modelo de Alexy “a melhor solução do problema, ao ressaltar a indispensável contraposição dos valores em pauta, além de nos remeter para uma solução calcada nas circunstâncias do caso concreto (baseada na proporcionalidade)”.

No caso brasileiro, o direito à saúde é um dos mais importantes direitos sociais previstos na CRFB<sup>1</sup>. As prestações relativas à saúde se materializam por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), que consiste numa rede regionalizada e hierarquizada, mas descentralizada, que oferece atendimento para toda a população, por meio de atuações tanto preventivas quanto assistenciais. As ações de saúde prestadas pelo Poder Público são realizadas pelos três entes da federação e financiadas por recursos da Seguridade Social<sup>2</sup>, além dos respectivos orçamentos de cada ente.

O fornecimento de medicamentos é parcela significativa do direito à saúde e, quando se aborda o tema no âmbito dos direitos, muitas

<sup>1</sup>“Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, [2019a]).

<sup>2</sup>“Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, [2019a]).

vezes se ignora que direitos quase sempre envolvem deveres, pois, quando alguém tem direito a algo, significa que outrem tem algum dever relativo a isso. Nesse sentido, “pode-se dizer que direito e dever são como o verso e o reverso de uma mesma moeda” (BOBBIO, 2004, p. 73).

É necessário, pois, abordar especialmente o fornecimento de medicamentos no âmbito dos deveres fundamentais do Estado.

### **3 Saúde: dever fundamental do Estado**

Como já se observou, a saúde é direito social que impõe prestações positivas ao Estado para a sua realização. No entanto, é preciso observar que a saúde não é apenas um direito dos indivíduos em face do Estado, mas também um dever do Estado. Trata-se, pois, de um dever fundamental do Estado em face dos indivíduos.

Nabais (2015, p. 64) define deveres fundamentais como “deveres jurídicos do homem e do cidadão que, por determinarem a posição fundamental do indivíduo, têm especial significado para a comunidade e podem por esta ser exigidos”. Essa posição jurídica seria passiva, autônoma, subjetiva, individual, universal, permanente e essencial.

Na visão de Peces-Barba Martínez (2004), deveres fundamentais são deveres jurídicos referentes a dimensões básicas da vida do homem na sociedade, notadamente a bens de fundamental importância para a satisfação das necessidades básicas ou que afetam importantes setores da organização e funcionamento das instituições, ou para o exercício dos direitos fundamentais no âmbito constitucional.

Em certo sentido, os deveres fundamentais são deveres dos membros de uma comunidade para com ela. Significa dizer que são compromissos para a realização dos valores da comunidade como Estado organizado (NABAIS, 2015, p. 101). Nesse cenário, é possível estabelecer algumas distinções, notadamente entre deveres fundamentais clássicos e exigíveis dos indivíduos e deveres fundamentais alinhados com o Estado social, de conteúdo social, econômico e cultural, os quais se impõem a toda a comunidade e ao próprio Estado.

Os deveres fundamentais clássicos constituem pressupostos de existência e funcionamento do Estado democrático. Em razão disso, não podem deixar de ser reconhecidos e exigidos. Como exemplo desses deveres é possível citar o dever de defender o País, o de prestar o serviço militar, o de pagar impostos, o de votar. São deveres com conteúdo cívico-político e relacionam-se com a outra face dos direitos fundamentais de liberdade, a participação política, uma vez que exprimem o compromisso dos cidadãos para com o Estado do qual participam (NABAIS, 2015, p. 103).

Por outro lado, no modelo constitucional inspirado no Estado Social – ou seja, com amplo leque de direitos sociais que se impõe ao Estado –, surgem deveres econômicos, sociais e culturais associados ou conexos com direitos sociais, os quais estão sob a tutela dos valores sociais que a CRFB privilegiou. O titular ativo desses deveres não é o Estado (como ente político), mas a comunidade. Exemplos dessa categoria são o dever de trabalhar, o de cultivar a terra, o de proteger a saúde, o de defender o meio ambiente, o de organizar a escolaridade obrigatória, o de preservar o patrimônio cultural, entre outros. Importa destacar que, especificamente em relação à saúde, ao meio ambiente e ao patrimônio cultural, tais deveres ultrapassam a órbita nacional, pois são de toda a humanidade (NABAIS, 2015, p. 103).

Diante da característica dos direitos sociais, sobretudo do direito à saúde, pode-se dizer que o dever fundamental de defender a saúde não é apenas uma imposição constitucional exigível pela comunidade em face dos indivíduos, mas uma demanda comunitária exigível dos indivíduos, da comunidade e do próprio Estado, como ente responsável pela preservação do interesse público.

Na CRFB, esse dever fundamental do Estado foi previsto de forma expressa no art. 196<sup>3</sup>, que reconhece a saúde como direito de todos. O fornecimento de medicamentos, como fator significativo para a preservação da saúde, está incluído nesse dever do Estado, que deve articular-se no âmbito de suas competências federativas para cumprir tal dever.

Em razão disso, cabe estudar como o Estado brasileiro definiu suas competências federativas relativamente ao fornecimento de medicamentos.

#### **4 O modelo federativo brasileiro no dever fundamental de fornecer medicamentos**

Segundo Magalhães (2000), o federalismo brasileiro é centrífugo e inovador, uma vez que instituiu um modelo de três níveis, ao conceder autonomia aos municípios, inclusive com poder constituinte decorrente. No que diz respeito ao aspecto centrífugo, o autor lembra que ele é muito importante na interpretação da Constituição, além de explicar o modelo federativo brasileiro, extremamente centralizado. Com efeito, o federalismo centrífugo representa uma concentração central do poder político, emanando desse centro o poder em direção aos demais entes

---

<sup>3</sup> Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, [2019a]).

da federação. Magalhães defende que essa tendência centralizadora da União deva ser considerada inconstitucional.

A essa característica centrífuga do federalismo brasileiro soma-se outra característica importante: a assimetria. Segundo Oliveira (2012, p. 10-11), a assimetria numa federação é predicado identificador de desigualdades na conformação constitucional entre os entes federados ou das relações intergovernamentais por eles realizadas. As assimetrias podem ser de natureza *fática* (questões culturais, históricas, econômicas etc.) ou *de direito* (fórmulas legais de distribuição de competência entre os entes). No federalismo assimétrico, as assimetrias *de fato* dão origem às assimetrias *de direito*. De modo geral, a ideia do federalismo assimétrico funda-se na compreensão de que dentro de um Estado federal há desigualdades regionais que precisam ser consideradas no processo de descentralização do poder, de modo a promover uma transformação dos desníveis mediante a equalização das diferenças. Ao fim e ao cabo, trata-se de considerar as diferenças para promover a igualdade material no modelo federativo constitucional (OLIVEIRA, 2012, p. 29-35). A aplicação da ideia de federalismo assimétrico ao pacto federativo brasileiro, na visão de Oliveira (2012, p. 182), tem como objetivo eliminar a discriminação de partes que não gozam de destacada posição político-econômica, assim como impedir a padronização absoluta do tratamento constitucional dispensado aos entes da federação.

Essa ideia de impedir um tratamento padronizado das competências federativas é essencial para o dever de preservação da saúde, especialmente na questão relativa à assistência farmacêutica, uma vez que o entendimento atual do tema pelo Supremo Tribunal Federal (STF)<sup>4</sup> (solidariedade entre os entes da federação) pode gerar efetivas distorções, especialmente de natureza financeira.

---

<sup>4</sup>O STF tem atualmente uma jurisprudência consolidada em repercussão geral firmada no Recurso Extraordinário 855.178 RG/SE (BRASIL, 2015). Nessa decisão, o STF definiu que o tratamento médico aos necessitados se insere no rol de deveres do Estado, sendo dos entes da federação a responsabilidade solidária. Em razão disso, o Tribunal entendeu que o polo passivo da demanda que requer fornecimento de medicamentos pode ser composto por qualquer um deles (União, estado ou município), conjunta ou isoladamente. Esse entendimento, por se tratar de repercussão geral, tem sido aplicado pela Corte. As principais razões por que o STF sustenta esse entendimento estão baseadas, centralmente, na leitura do art. 196 da CRFB. Segundo o Tribunal, o dispositivo deixa claro que há um dever do Estado (União, Distrito Federal, estados e municípios) na prestação da saúde. Além disso, o art. 23, II, da CRFB estabelece a competência comum dos entes da federação para cuidar da saúde. Segundo o STF, desses dispositivos decorre a legitimidade passiva desses entes nas demandas cuja causa de pedir são prestações relativas à saúde. O Tribunal também argumenta que o fato de o SUS ter adotado um sistema descentralizado na prestação dos serviços, bem como conjugado os recursos para aumentar a qualidade e acesso aos serviços, apenas reforça a obrigação solidária e subsidiária entre os entes. Embora reconheça que há todo um sistema organizado de competências no âmbito do SUS, mediante descentralização e repartição de aplicação de recursos, o STF considera esse sistema apenas como reforço da obrigação solidária entre tais entes.

Por fim, cabe considerar que o federalismo brasileiro, a partir da promulgação da CRFB, também é cooperativo. Essa conclusão é extraída com base no art. 23 da CRFB<sup>5</sup>, que trata da competência comum entre a União, o Distrito Federal, os estados e os municípios, mais especificamente no parágrafo único desse dispositivo legal, que atribui a leis complementares a fixação de normas de cooperação entre os entes da federação, com vistas ao equilíbrio entre desenvolvimento nacional e bem-estar social. A delimitação de competências comuns e o modelo cooperativo para o equilíbrio do desenvolvimento e bem-estar representariam a assunção de um verdadeiro federalismo cooperativo, o qual atribuiria aos entes da federação o compartilhamento das responsabilidades e a cooperação para o alcance dos objetivos nacionais.

Em matéria de saúde, especialmente a assistência farmacêutica, essa tese de cooperação é por demais óbvia, já que se trata de um comando constitucional (art. 196 da CRFB). No entanto, é preciso observar que assumir um modelo de

cooperação não significa dizer que todos fazem tudo e ao mesmo tempo. Ao contrário, é muito possível, e mesmo desejável, um modelo de atribuição e divisão de responsabilidade, o que seria um modelo cooperativo mais racional.

Esse modelo de repartição de competências foi inicialmente delineado em norma constitucional e expandiu-se para a legislação infraconstitucional. A delimitação constitucional encontra-se nos arts. 196 a 199 da CRFB. O art. 196 define que o direito à saúde é dever do Estado, devendo garanti-lo por políticas públicas de acesso universal e igualitário. Por outro lado, o art. 197 determina que a regulamentação dos serviços e ações da saúde seja feita por meio de lei. Essa lei foi editada sob o nº 8.080, em 19/9/1990. Trata-se da lei do SUS, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Essa lei apresenta nos arts. 16, 17 e 18 a distribuição das competências de cada um dos entes da federação (BRASIL, [2017a]).

De modo geral, podem-se resumir as responsabilidades de cada ente nos seguintes termos: a) a União tem a responsabilidade de coordenar os sistemas de saúde de alta complexidade e de laboratórios públicos, além de planejar e fiscalizar o SUS em todo o País; b) os estados, por sua vez, devem criar suas próprias políticas de saúde e ajudar na execução das políticas nacionais aplicando recursos próprios, assim como devem auxiliar técnica e financeiramente os municípios e executar supletivamente as ações e serviços de saúde. Ademais, os estados coordenam sua rede de laboratórios e hemocentros, definem os hospitais de referência e gerenciam os locais de atendimentos complexos da região; c) os municípios devem garantir os serviços de atenção básica à saúde na sua localidade, mesmo que em parceria com os demais entes federativos.

Evidentemente, tais competências são um resumo do que consta na lei do SUS. No entanto,

<sup>5</sup>“Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: I – zelar pela guarda da Constituição, das leis e das instituições democráticas e conservar o patrimônio público; II – cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência; III – proteger os documentos, as obras e outros bens de valor histórico, artístico e cultural, os monumentos, as paisagens naturais notáveis e os sítios arqueológicos; IV – impedir a evasão, a destruição e a descaracterização de obras de arte e de outros bens de valor histórico, artístico ou cultural; V – proporcionar os meios de acesso à cultura, à educação, à ciência, à tecnologia, à pesquisa e à inovação; VI – proteger o meio ambiente e combater a poluição em qualquer de suas formas; VII – preservar as florestas, a fauna e a flora; VIII – fomentar a produção agropecuária e organizar o abastecimento alimentar; IX – promover programas de construção de moradias e a melhoria das condições habitacionais e de saneamento básico; X – combater as causas da pobreza e os fatores de marginalização, promovendo a integração social dos setores desfavorecidos; XI – registrar, acompanhar e fiscalizar as concessões de direitos de pesquisa e exploração de recursos hídricos e minerais em seus territórios; XII – estabelecer e implantar política de educação para a segurança do trânsito. Parágrafo único. Leis complementares fixarão normas para a cooperação entre a União e os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, tendo em vista o equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar em âmbito nacional” (BRASIL, [2019a]).

a este estudo interessa a competência relativa à assistência farmacêutica, apresentada de maneira bastante genérica na Lei nº 8.080/1990. Coube aos três entes da federação – em especial à União, no seu papel de organizadora do SUS – melhor definir as competências na assistência farmacêutica. Com essa finalidade, ao longo das últimas décadas o Ministério da Saúde editou inúmeras portarias. Recentemente, elas foram agrupadas como Portarias de Consolidação. No caso específico da competência para a aquisição e o fornecimento de medicamentos, a questão é tratada no Anexo XXVII da Portaria de Consolidação nº 2, de 28/11/2017 (BRASIL, [2020]).

Trata-se de um verdadeiro pacto federativo pela saúde no qual os entes da federação se organizaram de modo a melhor atender às demandas relativas à saúde, racionalizando a gestão e a prestação do serviço. O modelo de assistência farmacêutica no âmbito do SUS é dividido em três grandes grupos: componente básico, componente especializado e componente estratégico.

O componente básico<sup>6</sup> – segundo o art. 34 do Anexo XXVII da Portaria de Consolidação nº 2 – destina-se à aquisição de medicamentos e insumos no âmbito da atenção básica à saúde. O art. 39 desse Anexo<sup>7</sup> prevê que a responsabilidade pela aquisição dos medicamentos constantes no componente básico é dos estados, Distrito Federal e municípios. Há, porém, ressalva nos arts. 35 e 36 do Anexo<sup>8</sup> que atribui ao Ministério da Saúde a aquisição de insulina humana NPH 100UI/ml e de insulina regular 100 UI/ml, bem como os medicamentos e insumos contraceptivos do Programa Saúde da Mulher, constantes nos Anexos I e IV da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais.

O componente especializado da assistência farmacêutica<sup>9</sup>, segundo o art. 48 do Anexo XXVII, é uma estratégia de acesso a medicamentos

---

<sup>6</sup>“Art. 34. O Componente Básico da Assistência Farmacêutica destina-se à aquisição de medicamentos e insumos, incluindo-se aqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, no âmbito da Atenção Básica à Saúde” (BRASIL, [2020]).

<sup>7</sup>“Art. 39. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios são responsáveis pela seleção, programação, aquisição, armazenamento, controle de estoque e prazos de validade, distribuição e dispensação dos medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente, conforme pactuação nas respectivas CIB” (BRASIL, [2020]).

<sup>8</sup>“Art. 35. Cabe ao Ministério da Saúde o financiamento e a aquisição da insulina humana NPH 100 UI/ml e da insulina humana regular 100 UI/ml, além da sua distribuição até os almoxarifados e Centrais de Abastecimento Farmacêutico Estaduais e do Distrito Federal. Parágrafo Único. Compete às Secretarias Estaduais de Saúde a distribuição da insulina humana NPH 100 UI/ml e da insulina humana regular 100 UI/ml aos Municípios. Art. 36. Cabe ao Ministério da Saúde o financiamento e a aquisição dos medicamentos contraceptivos e insumos do Programa Saúde da Mulher, constantes do Anexo I e IV da RENAME vigente” (BRASIL, [2020]).

<sup>9</sup>“Art. 48. O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde” (BRASIL, [2020]).

caracterizada pela busca de garantia de integralidade do tratamento medicamentoso em nível ambulatorial. Os medicamentos que fazem parte do componente especializado são divididos em três grupos (art. 49 do Anexo XXVII): o Grupo 1, que trata dos medicamentos sob responsabilidade de financiamento pelo Ministério da Saúde, sendo parte deles de aquisição centralizada (Grupo 1A) e parte de aquisição descentralizada, mediante transferência de recursos (Grupo 1B); o Grupo 2, em que a responsabilidade de aquisição é das secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal; e, por fim, o Grupo 3, em que figuram os medicamentos de responsabilidade das secretarias de Saúde dos municípios e do Distrito Federal<sup>10</sup>.

De acordo com o art. 50 do Anexo<sup>11</sup>, os critérios gerais para a definição de cada grupo são: complexidade do tratamento da doença, garantia de integralidade do tratamento da doença no âmbito da linha de cuidado e manutenção do equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão do SUS.

Por sua vez, o art. 51 dispõe que o Grupo 1 é definido pelos seguintes critérios: maior complexidade do tratamento da doença, refratariedade ou intolerância à primeira e/ou à segunda linha de tratamento, medicamentos que representam elevado impacto financeiro para o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e medicamentos incluídos em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde<sup>12</sup>.

---

<sup>10</sup>“Art. 49 [...] I – Grupo 1: medicamentos sob responsabilidade de financiamento pelo Ministério da Saúde, sendo dividido em: a) Grupo 1A: medicamentos com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde e fornecidos às Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal, sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; e b) Grupo 1B: medicamentos financiados pelo Ministério da Saúde mediante transferência de recursos financeiros para aquisição pelas Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; II – Grupo 2: medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal pelo financiamento, aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; e III – Grupo 3: medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios para aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação e que está estabelecida em ato normativo específico que regulamenta o Componente Básico da Assistência Farmacêutica” (BRASIL, [2020]).

<sup>11</sup>“Art. 50. Os grupos de que trata o art. 49 são definidos de acordo com os seguintes critérios gerais: I – complexidade do tratamento da doença; II – garantia da integralidade do tratamento da doença no âmbito da linha de cuidado; e III – manutenção do equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão do SUS” (BRASIL, [2020]).

<sup>12</sup>“Art. 51. O Grupo 1 é definido de acordo com os seguintes critérios específicos: I – maior complexidade do tratamento da doença; II – refratariedade ou intolerância a primeira e/ou a segunda linha de tratamento; III – medicamentos que representam elevado impacto financeiro para o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; e IV – medicamentos incluídos em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde” (BRASIL, [2020]).

Conforme o art. 52, o Grupo 2 é definido pelos critérios de: menor complexidade do tratamento da doença em relação ao Grupo 1 e refratariedade ou intolerância à primeira linha de tratamento<sup>13</sup>.

Por fim, segundo o art. 53, o Grupo 3 é definido de acordo com os medicamentos constantes no Componente Básico da Assistência Farmacêutica e indicados pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, publicados na versão final pelo Ministério da Saúde como a primeira linha de cuidado para o tratamento das doenças contempladas pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica<sup>14</sup>.

Os medicamentos dos Grupos 1 e 2 constam no Anexo III da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), ao passo que os medicamentos do Grupo 3 estão no Anexo I da mesma relação.

Quanto à aquisição e distribuição dos medicamentos, há uma delimitação de competências para cada grupo. Segundo o art. 96 do Anexo XXVII da Portaria de Consolidação nº 2 do Ministério da Saúde, a responsabilidade pela programação, armazenamento e distribuição dos medicamentos dos Grupos 1A e 1B é das secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal. No entanto, a aquisição dos medicamentos do Grupo 1A é do Ministério da Saúde e a aquisição dos medicamentos do Grupo 1B é das secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal<sup>15</sup>. Contudo,

cabe observar que, embora a aquisição do Grupo 1B seja realizada pelo estado, os recursos para tanto são repassados pelo Ministério da Saúde, conforme determina o art. 49. Diferentemente, a aquisição dos medicamentos do Grupo 2 é de responsabilidade das secretarias dos estados e do Distrito Federal, conforme prevê o art. 97 do Anexo XXVII da portaria do Ministério da Saúde<sup>16</sup>. Por fim, a aquisição dos medicamentos do Grupo 3 é de responsabilidade das secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos municípios, segundo determina o art. 98 do mesmo Anexo XXVII<sup>17</sup>.

É importante observar que, de acordo com a Portaria de Consolidação nº 6 do Ministério da Saúde (BRASIL, [2019b]) – a qual fixa critérios e mecanismos de repasse de valores no âmbito do SUS entre os entes da federação –, a União acaba contribuindo com o repasse de recursos tanto para os estados quanto para os municípios para auxiliá-los na aquisição dos medicamentos de suas respectivas competências.

Há ainda o componente estratégico da assistência farmacêutica que, segundo o Rename 2017, se destina à garantia do acesso a medicamentos (Anexo II) e insumos (Anexo IV) para o controle de doenças e agravos específicos com potencial impacto endêmico, muitas vezes relacionados a situações de vulnerabilidade social e pobreza. A aquisição é realizada pelo Ministério da Saúde,

<sup>13</sup>“Art. 52. O Grupo 2 é definido de acordo com os seguintes critérios específicos: I – menor complexidade do tratamento da doença em relação ao Grupo 1; e II – refratariedade ou intolerância a primeira linha de tratamento” (BRASIL, [2020]).

<sup>14</sup>“Art. 53. O Grupo 3 é definido de acordo com os medicamentos constantes no Componente Básico da Assistência Farmacêutica e indicados pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, publicados na versão final pelo Ministério da Saúde como a primeira linha de cuidado para o tratamento das doenças contempladas pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica” (BRASIL, [2020]).

<sup>15</sup>“Art. 96. A responsabilidade pela programação, armazenamento e distribuição dos medicamentos dos Grupos

1A e 1B é das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, sendo a responsabilidade pela aquisição dos medicamentos do Grupo 1A do Ministério da Saúde e dos medicamentos do Grupo 1B das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal” (BRASIL, [2020]).

<sup>16</sup>“Art. 97. A responsabilidade pela programação, aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos do Grupo 2 é de responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal” (BRASIL, [2020]).

<sup>17</sup>“Art. 98. A responsabilidade pela programação, aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos do Grupo 3 é das Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios e está estabelecida em ato normativo específico que regulamenta o Componente Básico da Assistência Farmacêutica” (BRASIL, [2020]).

que distribui esses itens aos estados e Distrito Federal, aos quais cabem o armazenamento e a distribuição aos municípios (BRASIL, 2017b, p. 32).

Em termos gerais, esse é o quadro atual de distribuição de competências para a assistência farmacêutica no âmbito do SUS. Nesse quadro, o que mais importa ressaltar é a clara delimitação dos medicamentos que serão adquiridos e fornecidos por cada ente da federação. Tal delimitação representa um verdadeiro pacto federativo de cooperação entre União, Distrito Federal, estados e municípios com o fim de melhor promover a assistência farmacêutica no País. Esse pacto de distribuição de competências evidentemente visa criar um sistema mais eficiente no atendimento aos necessitados, delimitando o campo de atuação de cada ente federativo, notadamente em razão das diferenças de capacidade financeira de cada um, assim como em razão da abrangência de cada demanda. Tal modelo de repartição de competências é uma forma de dar eficiência ao Estado no cumprimento do dever fundamental de preservar a saúde das pessoas.

Todavia, como também já se observou neste estudo, a jurisprudência ignora essa divisão de responsabilidades nas demandas de fornecimento de medicamentos, uma vez que reconhece uma responsabilidade solidária de todos os entes da federação no fornecimento de medicamentos, deixando ao indivíduo a escolha de contra qual ente prefere demandar, independentemente da repartição de competências delineada na legislação atual.

Podem-se apresentar algumas observações acerca do impacto que esse entendimento jurisprudencial pode causar no sistema federativo de fornecimento de medicamentos, com consequência direta no orçamento público dos Estados.

## **5 Assistência farmacêutica no SUS: refutando a solidariedade dos entes da federação no dever de fornecer medicamentos**

Diante dos dados apresentados, já se pode perceber que – embora haja uma delimitação clara no âmbito do SUS para as responsabilidades de aquisição e fornecimento de medicamentos entre os entes da federação – esse pacto federativo tem sido ignorado pela jurisprudência, especialmente do STF, que continua reconhecendo a solidariedade entre os entes da federação nas demandas por medicamentos. Também já se notou, nos números apresentados, que as demandas por assistência farmacêutica têm um alto percentual de intervenção judicial no orçamento de Santa Catarina.

Esse entendimento jurisprudencial de solidariedade sem necessidade de demandar contra todos os entes da federação – e ainda podendo es-

colher contra quem demandar, independentemente da distribuição de competências para cada tipo de medicamento – gera evidentes distorções jurídicas e orçamentárias, que podem ser de três espécies: a) escolha do juiz mais complacente com o interesse da demanda; b) escolha política do ente da federação a demandar; e c) violação do pacto federativo.

A primeira delas é bastante óbvia: tendo em vista que a justiça federal não tem unidades estabelecidas em todas as comarcas do País, bem como pelo fato de suas unidades abrangerem, por vezes, mais de uma comarca da justiça estadual, o autor da demanda de medicamentos, com base nessa possibilidade de escolher contra quem demandar, pode também escolher o juiz que entender seja o mais complacente com esse tipo de demanda, ou seja, aquele cujo entendimento seja mais flexível para o deferimento de sua pretensão. Desse modo, se o juízo federal for mais interessante, ele promove a ação contra a União. Por outro lado, se o juízo estadual for “melhor” aos olhos do demandante, faz-se a ação contra o estado. Trata-se de evidente violação do princípio do juiz natural, permitindo-se uma verdadeira escolha do juiz para o caso, o que não se deveria permitir.

A segunda questão envolve a escolha política. Sabe-se que muitos municípios têm orçamento reduzido e não dispõem de capacidade financeira para fornecer tratamentos de elevado custo. Sabedor desse fato, não é impossível imaginar que uma demanda de fornecimento de medicamentos possa ser proposta contra um município para que forneça medicamento de alto custo. Isso criaria um sério problema administrativo e poderia desestabilizar a administração financeira daquele município, ou seja, um prato cheio para as críticas políticas dos adversários, tema diretamente relacionado com as disputas municipais pelos cargos políticos. E não se duvide: isso existe de forma bastante latente nas cidades pequenas, onde as desavenças políticas costumam ser bastante acirradas. Com efeito, há casos em que um único medicamento para uma pessoa compromete o orçamento anual da saúde de um pequeno município. Ainda assim, no rigor da jurisprudencial atual, o demandante poderia exigir tal medicamento apenas desse município.

A terceira espécie de distorção jurídica é a violação do pacto federativo. Quando a jurisprudência define o dever de prestar assistência farmacêutica relativamente a qualquer medicamento por qualquer ente da federação, por mera escolha do beneficiário, tal decisão implica grave ofensa ao pacto federativo, pois, na medida em que para a União, estados e municípios se fixou uma delimitação de competências no fornecimento de medicamentos, tal delimitação decorre do poder político baseado na autonomia administrativo-política de tais entes. Esse tipo de organização decorre diretamente dos comandos previstos no art. 198 da

CRFB, especialmente no modelo descentralizado e hierarquizado, além do comando contido no § 3º do mesmo dispositivo, que possibilita a divisão das despesas por meio de lei.

Já se observou neste estudo que o Brasil vive um federalismo que concentra poder na União, que há uma assimetria em relação aos poderes e competências de cada ente, assim como o dever de cooperação entre eles. Não há como conjugar responsabilidade orçamentária no âmbito do SUS dentro de um modelo descentralizado de repartição de competências sem considerar que os entes da federação têm autonomia política para delimitar suas formas de atuar. Quando afasta essa delimitação de competências, a jurisprudência fere o pacto federativo, pois se insere indevidamente no campo político e desorganiza as competências administrativas.

Claro que se pode argumentar que a decisão judicial apenas reconhece o comando constitucional de solidariedade para garantir o integral direito à saúde. Contudo, esse argumento esvai-se quando se percebe que a divisão de competências em momento algum fere ou diminui o integral direito à saúde; ao contrário, visa garanti-lo de modo mais eficiente, dentro de um sistema organizado que permita a cada ente estabelecer uma programação orçamentária para a aquisição dos medicamentos.

Além disso, não há dado efetivo algum que mostre que a competência solidária e a possibilidade de livre escolha contra quem demanda judicialmente seja melhor garantidora da eficiência no sistema de fornecimento de medicamentos. Ao contrário, os números (já descritos no início deste estudo) mostram que a interferência orçamentária causada por essa jurisprudência sobremaneira desastrosa gera alto grau de intervenção judicial no orçamento público. Mais que isso: gera despesas indevidas, especialmente para os estados, uma vez que, ao serem obrigados a fornecer determinados

medicamentos, obriga-os a pagarem contas que não seriam deles, mas da União, sem prévia programação financeira e mesmo sem recursos para tanto. Por isso, é preciso compreender que a ideia de solidariedade viola o pacto federativo, gerando graves distorções na programação financeira dos entes.

Essa compreensão permite abordar o segundo tipo de distorções, as orçamentárias. Os números já apresentados neste estudo mostraram que em 2016 cerca de 65% do orçamento da assistência farmacêutica em Santa Catarina foram destinados ao cumprimento de decisões judiciais. Todavia, além desse problema grave, há fatores mais profundos que pioram o quadro.

Quando não se respeita a delimitação de competências no fornecimento de medicamentos, ocorre uma séria distorção: muitas demandas são formuladas contra o estado de Santa Catarina requerendo medicamentos de alta complexidade, os dos Grupos 1A e 1B, que deveriam ser pagos pela União. Em razão disso, quando é obrigado a fornecer medicamentos dos referidos Grupos 1A e 1B, o estado está sendo compelido a comprar medicamentos com recursos próprios, quando na verdade tais medicamentos deveriam ser adquiridos com recursos da União. Esses valores que, por ordem judicial, o estado gasta com tais medicamentos não são ressarcidos pela União. Logo, embora a União seja a detentora dos recursos para comprar os medicamentos, quem paga a conta da demanda judicial contra o estado é exclusivamente este, sem nunca ser ressarcido, pois não há previsão legal para isso. Nem é preciso falar dos municípios, que, no caso de Santa Catarina, são de pequeno porte em sua grande maioria e não têm condições de fornecer assistência farmacêutica integral. Essa distorção interfere de forma gravíssima no orçamento do estado, uma vez que tais medicamentos costumam ser de custo elevado.

É certo o comando constitucional para a assistência integral à saúde. Contudo, é impossível negar que a jurisprudência da solidariedade na competência para fornecer os medicamentos, sem considerar as delimitações administrativas para a aquisição, que decorre também da CRFB e do próprio pacto federativo, distorce bastante o orçamento público, sobretudo o dos estados, como ocorre em Santa Catarina. Não faz o menor sentido continuar determinando que os estados (ou municípios), com orçamentos limitados, continuem cobrindo despesas que deveriam ser realizadas pela União, cujo orçamento é imensamente maior.

Igualmente, não faz sentido interpretar na CRFB a solidariedade dos entes da federação no fornecimento dos medicamentos sem considerar o pacto federativo e os comandos que determinam a organização das competências descentralizadas e a divisão dos recursos financeiros na manutenção do SUS. É preciso, portanto, rediscutir a jurisprudência do STF e avançar para um modelo mais condizente com a gestão administrativa da assistência farmacêutica, de modo a tentar eliminar as indevidas distorções orçamentárias e jurídicas que essa jurisprudência tem causado.

## 6 Conclusão

Este estudo propôs-se a analisar o direito à saúde no âmbito do dever fundamental do Estado de prestar assistência à saúde, especificamente na questão da delimitação federativa de competências para o fornecimento de medicamentos.

Estudou-se inicialmente o direito à saúde no âmbito dos direitos sociais, como direito a prestações positivas do Estado, observando-se que a eficácia dessa modalidade de direitos fundamentais é temperada pela proporcionalidade,

haja vista seu alto impacto financeiro sobre o orçamento público. Foi possível também identificar a saúde no âmbito dos deveres fundamentais, exigíveis do indivíduo, da comunidade e do Estado. Este último, aliás, é sujeito passivo do direito à saúde por previsão constitucional expressa, de modo que cabe ao Estado prestar o serviço de saúde pública aos necessitados. Nesse serviço está incluído o fornecimento de medicamentos.

Em seguida, analisou-se o modelo federativo nacional, o qual concentra a maior parte do poder e dos recursos no centro, ou seja, na União. Também se observou que a CRFB procurou construir um modelo federalista cooperativo, no qual os entes procuram delimitar suas competências a fim de dar eficiência máxima aos serviços públicos que prestam.

Ainda no âmbito das competências, estudou-se o modelo atual de prestação de assistência farmacêutica pelos três entes da federação (União, estados e municípios). Foi possível constatar que administrativamente se delimitaram de forma clara os papéis dos entes da federação e sua responsabilidade pela aquisição e fornecimento de medicamentos, conforme três grandes categorias, chamadas componente básico, especializado e estratégico de atendimento à saúde.

Retomando o problema de pesquisa: que problemas as demandas judiciais de fornecimento de medicamentos podem causar quando desrespeitam a delimitação administrativa de competências para o fornecimento de medicamentos? Constatou-se que as demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos, amparadas em jurisprudência do STF, não respeitam essa delimitação de competências federativas, podendo cada demandante escolher contra qual ente federativo pretende demandar judicialmente, independentemente da categoria do medicamento que deseja receber.

Verificou-se também que esse entendimento jurisprudencial gera significativas distorções na prestação do serviço de saúde, tanto de ordem jurídica quanto orçamentária, pois, além de permitir escolhas políticas (e não técnicas) sobre quem fornecerá o medicamento requerido judicialmente, ainda imprime pesado ônus financeiro, obrigando estados e municípios a custearem medicamentos que, segundo a repartição federativa das competências, seriam de responsabilidade da União, sem que os primeiros possam sequer obter ressarcimento dos valores gastos.

É preciso, pois, repensar esse entendimento jurisprudencial e rever a questão da competência no fornecimento de medicamentos, de modo a garantir o direito à saúde de todos e fazer os entes federativos cumprirem seu dever fundamental de fornecer os medicamentos para a preservação da saúde, sem que isso provoque instabilidade orçamentária e distorção nas responsabilidades de cada ente na aquisição de medicamentos a serem fornecidos.

### Sobre os autores

Clovis Demarchi é doutor e mestre em Ciência Jurídica pela Universidade do Vale do Itajaí (Univali), Itajaí, SC, Brasil; professor no programa de pós-graduação *stricto sensu* em Ciência Jurídica na Univali, Itajaí, SC, Brasil; membro do grupo de pesquisa em Direito, Constitucionalismo e Jurisdição no programa de pós-graduação *stricto sensu* em Ciência Jurídica na Univali, Itajaí, SC, Brasil.

E-mail: demarchi@univali.br

Douglas Cristian Fontana é mestre em Direitos Fundamentais pela Universidade do Oeste de Santa Catarina, Joaçaba, SC, Brasil; doutorando em Ciência Jurídica na Univali, Itajaí, SC, Brasil; juiz do Tribunal de Justiça do Estado de Santa Catarina, Seara, SC, Brasil.

E-mail: douglas.fontana@tjsc.jus.br

### Como citar este artigo

(ABNT)

DEMARCHI, Clovis; FONTANA, Douglas Cristian. Impactos das demandas judiciais no dever do Estado de prestar assistência farmacêutica. *Revista de Informação Legislativa: RIL*, Brasília, DF, v. 57, n. 226, p. 113-130, abr./jun. 2020. Disponível em: [http://www12.senado.leg.br/ril/edicoes/57/226/ril\\_v57\\_n226\\_p113](http://www12.senado.leg.br/ril/edicoes/57/226/ril_v57_n226_p113)

(APA)

Demarchi, C., & Fontana, D. C. (2020). Impactos das demandas judiciais no dever do Estado de prestar assistência farmacêutica. *Revista de Informação Legislativa: RIL*, 57(226), 113-130. Recuperado de [http://www12.senado.leg.br/ril/edicoes/57/226/ril\\_v57\\_n226\\_p113](http://www12.senado.leg.br/ril/edicoes/57/226/ril_v57_n226_p113)

## Referências

ALEXY, Robert. *Teoria dos direitos fundamentais*. Tradução de Virgílio Afonso da Silva. 2. ed. São Paulo: Malheiros, 2017. (Teoria & Direito Público).

BOBBIO, Norberto. *A era dos direitos*. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República, [2019a]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.Htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.Htm). Acesso em: 21 fev. 2020.

\_\_\_\_\_. *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, DF: Presidência da República, [2017a]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 27 fev. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017*. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde, [2020]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html). Acesso em: 21 fev. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017*. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde, [2019b]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html). Acesso em: 28 fev. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais*: RENAME, 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao\\_nacional\\_medicamentos\\_rename\\_2017.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_medicamentos_rename_2017.pdf). Acesso em: 21 fev. 2020.

\_\_\_\_\_. Supremo Tribunal Federal (Plenário). *Repercussão Geral no Recurso Extraordinário 855.178/SE*. Recurso extraordinário. Constitucional e administrativo. Direito à saúde. Tratamento médico. Responsabilidade solidária dos entes federados. Repercussão geral reconhecida. Reafirmação de jurisprudência [...]. Recorrente: União. Recorrida: Maria Augusta da Cruz Santos. Relator: Min. Luiz Fux, 5 de março de 2015. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=8015671>. Acesso em: 21 fev. 2020.

MAGALHÃES, José Luiz Quadros de (coord.). *Pacto federativo*. Belo Horizonte: Mandamentos, 2000. (Coleção Mandamento. Caderno de Pesquisa, 1).

NABAIS, José Casalta. *O dever fundamental de pagar impostos*: contributo para a compreensão constitucional do estado fiscal contemporâneo. Coimbra: Almedina, 2015. (Teses de Doutorado).

OLIVEIRA, Ricardo Victalino de. *Federalismo assimétrico brasileiro*. Belo Horizonte: Arraes, 2012.

PECES-BARBA MARTÍNEZ, Gregorio. *Lecciones de derechos fundamentales*. Madrid: Dykinson, 2004. (Derechos Humanos y Filosofía del Derecho).

PEDRON, Flávio Quinaud; DUARTE NETO, João Carneiro. Transformações do entendimento do STF sobre o direito à saúde. *Revista de Informação Legislativa*: RIL, Brasília, DF, v. 55, n. 218, p. 99-112, abr./jun. 2018. Disponível em: [https://www12.senado.leg.br/ril/edicoes/55/218/ril\\_v55\\_n218\\_p99](https://www12.senado.leg.br/ril/edicoes/55/218/ril_v55_n218_p99). Acesso em: 21 fev. 2020.

SANTA CATARINA. Tribunal de Contas. *Para onde vai o seu dinheiro 15*: versão simplificada do parecer prévio sobre as contas prestadas pelo governador do Estado ao Tribunal de Contas de Santa Catarina. Florianópolis: Tribunal de Contas de Santa Catarina, 2017. Disponível em: <http://www.tce.sc.gov.br/content/para-onde-vai-o-seu-dinheiro-15#prettyPhoto>. Acesso em: 27 fev. 2020.

SARLET, Ingo Wolfgang. *A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional*. 12. ed. rev., atual. e ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2015.