

A APLICABILIDADE DA SOLIDARIEDADE PASSIVA ENTRE OS ENTES FEDERATIVOS NAS DEMANDAS JUDICIAIS DE MEDICAMENTOS

THE APPLICABILITY OF PASSIVE SOLIDARITY AMONG FEDERAL ENTITIES IN JUDICIAL DEMANDS FOR MEDICATIONS

Diego Araujo da Silva¹
José Neurimar Azevedo de Andrade²

RESUMO: Este trabalho reflete sobre a aplicabilidade da solidariedade passiva entre os entes federativos (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) no fornecimento de medicamentos, conforme determinações judiciais, considerando a competência comum estabelecida pela Constituição Federal na área da saúde. A pesquisa é bibliográfica, utilizando livros, monografias, teses e artigos científicos disponíveis em bases de dados como Google Acadêmico, revistas e repositórios institucionais. Foram empregadas palavras-chave como "direito à saúde", "judicialização da saúde", "demandas judiciais de medicamentos", "responsabilidade solidária", "história da saúde pública no Brasil", "princípios e diretrizes do SUS" e "Assistência Farmacêutica no SUS". O material coletado foi submetido à leitura exploratória para identificar informações relevantes, pontos comuns e divergentes, e fontes confiáveis. Em seguida, realizou-se leitura analítica, selecionando citações e ideias para a construção do texto. A análise crítica das informações permitiu concluir que, apesar da complexidade do tema, é possível aplicar o princípio da solidariedade passiva nas demandas judiciais de medicamentos, desde que respeitados os princípios e normas do SUS, evitando comprometer sua estrutura e as ações de saúde coletiva.

Palavras-chave: Judicialização da saúde. Entes federativos. Solidariedade passiva.

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988, conhecida como “Constituição Cidadã”, consagrou direitos sociais, como saúde, educação e trabalho, fruto de lutas políticas globais e nacionais. A saúde, prevista no art. 6º, tornou-se um direito fundamental, passível de exigência judicial, o que levou ao fenômeno da “judicialização da saúde”. Esse fenômeno refere-se ao aumento de ações judiciais contra o Estado para obtenção de tratamentos, medicamentos e serviços médicos, incluindo itens de alto custo e procedimentos no exterior.

Entre 2020 e 2022, foram registrados 753.680 novos processos relacionados à saúde, conforme dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Isso gerou debates sobre a

¹ Discente do curso de Direito da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

² Orientador, especialista em Direito Processual Civil pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), professor efetivo do curso de Direito da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

legitimidade da interferência do Judiciário na gestão pública da saúde, especialmente em casos que envolvem tratamentos de eficácia duvidosa ou medicamentos experimentais. Além disso, há incertezas sobre a responsabilidade dos entes federativos (União, Estados e Municípios) no custeio desses tratamentos.

A judicialização da saúde traz consequências negativas, como a sobrecarga do Judiciário, a desorganização das políticas públicas e a realocação de recursos para atender demandas individuais, em detrimento de ações coletivas. Isso compromete a eficiência do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente em municípios com restrições orçamentárias.

Este trabalho busca refletir sobre a responsabilidade de cada esfera do SUS (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) diante de decisões judiciais que determinam o custeio de medicamentos. O objetivo é contribuir para o debate sobre a aplicação da solidariedade passiva entre os entes federativos, visando equilibrar as demandas individuais com as políticas públicas de saúde.

A pesquisa é bibliográfica, utilizando fontes como livros, artigos científicos e teses, coletadas em bases de dados como Google Acadêmico e repositórios institucionais. O estudo está estruturado em etapas: 1) levantamento de material; 2) seleção e análise de fontes relevantes; 3) leitura analítica e seleção de citações; 4) produção do texto com base na análise crítica das informações.

O trabalho aborda a evolução histórica da saúde pública no Brasil, desde o período colonial até a criação do SUS, os princípios que regem o sistema e a estrutura da Assistência Farmacêutica no SUS, também explora o impacto da judicialização da saúde na política de medicamentos e analisa o conceito de solidariedade passiva, confrontando-o com os princípios do SUS. Por fim, apresenta conclusões baseadas na pesquisa realizada.

1 A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA ASSISTÊNCIA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL

1.1 A SAÚDE NO BRASIL COLÔNIA

A expansão marítima nos séculos XV e XVI facilitou a circulação de doenças entre continentes. No Brasil, colonizadores trouxeram enfermidades como varíola, peste bubônica e cólera, enquanto escravos africanos introduziram febre amarela e filariose, somando-se a doenças tropicais como a malária. A preocupação com a saúde era secundária, focando-se na exploração econômica. O Conselho Ultramarino criou os cargos de físico-mor e cirurgião-mor

para assistência à saúde, mas a adesão foi baixa devido a salários ruins e riscos. A população recorria a práticas empíricas, como uso de ervas e rezas. Práticos ou barbeiros realizavam procedimentos como sangrias, muitas vezes agravando a saúde dos pacientes. As Santas Casas de Misericórdia, criadas a partir de 1543, ofereciam assistência, mas a maior parte da população permanecia desamparada, adoecendo e morrendo sem cuidados.

1.2 O BRASIL IMPERIAL E A SAÚDE PÚBLICA

A vinda da família real em 1808 trouxe melhorias sanitárias, como a criação de juntas municipais e controle de doenças em portos. Epidemias, como a varíola, impactaram a economia, levando o Estado a adotar medidas sanitárias. Foram criadas as primeiras faculdades de medicina no Rio de Janeiro (1813) e Bahia (1815), aumentando o número de médicos. A Imperial Academia de Medicina e a Inspetoria Geral de Higiene foram instituídas, mas os avanços foram insuficientes para enfrentar as doenças que assolavam a população.

1.3 A SAÚDE NA REPÚBLICA VELHA

A Proclamação da República (1889) fortaleceu a economia cafeeira, mas a saúde permaneceu secundária. A urbanização e industrialização aumentaram doenças como varíola, febre amarela e peste bubônica. Oswaldo Cruz, nomeado Diretor de Saúde Pública, implementou medidas de saneamento e combate a epidemias, incluindo um Código Sanitário. A campanha de vacinação obrigatória contra a varíola gerou a Revolta da Vacina (1904). O movimento sanitarista expandiu-se para áreas rurais, combatendo endemias como malária e doença de Chagas. A criação do Instituto Oswaldo Cruz e a introdução de educação sanitária marcaram avanços, apesar do caráter autoritário das ações.

1.4 A CRIAÇÃO DAS CAP'S E A SAÚDE NA ERA VARGAS

A industrialização e urbanização no início do século XX trouxeram más condições de trabalho. Movimentos operários conquistaram direitos, culminando na Lei Eloy Chaves (1923), que criou as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's), oferecendo benefícios como assistência médica e aposentadoria. Na Era Vargas, as CAP's foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP's), organizados por categorias profissionais. O Ministério da Educação e Saúde Pública (1930) e o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP)

foram criados, promovendo educação sanitária e assistência rural. A saúde pública, no entanto, continuou focada em interesses econômicos.

1.5 A SAÚDE PÚBLICA NO REGIME MILITAR

Após 1964, o regime militar unificou os IAP's no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS, 1967), expandindo a cobertura para trabalhadores urbanos e rurais. A assistência médica foi ampliada através de convênios com hospitais privados, criando o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS, 1978). Apesar do crescimento da rede privada, o sistema era ineficiente, deixando grande parte da população desassistida e agravando a situação sanitária.

1.6 A DEMOCRATIZAÇÃO E O SUS

Na década de 1980, movimentos sociais e conferências internacionais pressionaram por reformas na saúde. A VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) propôs a universalização do direito à saúde, base para o Sistema Único de Saúde (SUS). O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) foi criado como precursor do SUS, promovendo descentralização e regionalização. A Constituição Federal de 1988 incorporou essas propostas, estabelecendo o SUS com princípios de universalidade, integralidade e participação social, marcando um novo paradigma na saúde pública brasileira.

2 PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990) estabelecem os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), refletindo conquistas históricas e valores democráticos, humanistas e federalistas. Esses princípios e diretrizes devem ser compreendidos em sua dimensão histórica e epistemológica, como fruto dos movimentos pela Reforma Sanitária e da influência do Estado de Bem-Estar Social (Welfare State).

A legislação não distingue claramente princípios e diretrizes. A Constituição menciona apenas diretrizes, como descentralização, integralidade e participação da comunidade (Art. 198). Já a Lei 8.080/1990 lista esses mesmos elementos como princípios, gerando confusão. Para Matta (2007), princípios são valores fundamentais que embasam o SUS, enquanto diretrizes são estratégias para sua operacionalização. Alguns autores propõem a divisão em "princípios

doutrinários" (valores) e "princípios organizativos" (estratégias), mas Matta critica essa abordagem por ignorar o caráter histórico e político dos princípios.

2.1 PRINCÍPIOS FINALÍSTICOS

Os princípios finalísticos definem a natureza do SUS: Universalidade, Equidade e Integralidade.

A universalidade visa garantir acesso à saúde para todos, superando barreiras jurídicas, econômicas e socioculturais. A barreira jurídica foi superada com a Constituição de 1988, que eliminou a distinção entre contribuintes e não contribuintes da previdência. No entanto, barreiras econômicas persistem, como a dificuldade de acesso em áreas remotas ou periféricas. Barreiras socioculturais, como a falta de comunicação entre profissionais e usuários, também desafiam a universalidade, exigindo investimentos em educação e comunicação em saúde.

A equidade pressupõe tratar desigualmente os desiguais, priorizando grupos vulneráveis, como indígenas, negros e LGBTQIA+. Enquanto a igualdade refere-se ao acesso universal, a equidade foca nas necessidades específicas de cada grupo, considerando fatores socioeconômicos, culturais e históricos. A aplicação da equidade envolve redirecionar investimentos e reorientar ações de saúde conforme as necessidades regionais e populacionais.

718

A integralidade abrange ações preventivas, curativas e de reabilitação, articuladas em todos os níveis de complexidade do sistema. Esse princípio rompe com a dicotomia entre prevenção e cura, adotando uma visão ampliada da saúde que considera aspectos biopsicossociais. A integralidade também orienta a formação e prática dos profissionais de saúde, promovendo uma abordagem holística.

2.2 PRINCÍPIOS ORGANIZATIVOS OU DIRETRIZES ESTRATÉGICAS

As diretrizes organizacionais do SUS incluem descentralização, regionalização, hierarquização e participação da comunidade.

A descentralização redistribui responsabilidades e recursos entre União, Estados e Municípios, promovendo a municipalização da saúde. Apesar da autonomia local, a União mantém grande influência sobre as políticas e financiamento, o que pode limitar a efetiva descentralização.

A regionalização organiza os serviços de saúde com base em territórios, considerando indicadores epidemiológicos e necessidades locais. Essa abordagem visa otimizar recursos e promover equidade no acesso.

A hierarquização estrutura os serviços em níveis de complexidade, integrando unidades básicas a hospitais especializados por meio de sistemas de referência e contrarreferência. Essa organização é essencial para a integralidade da assistência.

A participação da comunidade é garantida por Conselhos e Conferências de Saúde, que envolvem usuários, profissionais e gestores na formulação e controle das políticas de saúde. A representação paritária dos usuários assegura que suas necessidades sejam consideradas.

Os princípios e diretrizes do SUS refletem uma visão ampliada da saúde, baseada em valores democráticos e humanistas. A universalidade, equidade e integralidade orientam a natureza do sistema, enquanto a descentralização, regionalização, hierarquização e participação da comunidade definem suas estratégias de organização. Apesar dos avanços, desafios como barreiras econômicas e socioculturais, além da centralização de decisões na União, persistem, exigindo esforços contínuos para a consolidação do SUS como um sistema verdadeiramente universal e equitativo.

3 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS

A assistência farmacêutica é fundamental no tratamento e cuidado à saúde, contribuindo para o controle e redução de enfermidades. Integrada ao SUS, ela visa garantir acesso a medicamentos essenciais, promovendo a resolubilidade dos serviços de saúde.

O início da política de assistência farmacêutica no Brasil ocorreu com a criação da Central de Medicamentos (Ceme) em 1971, que centralizava a aquisição e distribuição de medicamentos para a população carente. A Constituição de 1988 e a Lei 8.080/1990 consolidaram a saúde como direito social, incluindo a assistência farmacêutica como parte das ações do SUS. A Política Nacional de Medicamentos (PNM), instituída pela Portaria 3.916/1998, estabeleceu diretrizes para garantir segurança, eficácia e acesso a medicamentos essenciais, promovendo o uso racional e a produção nacional.

A RENAME lista medicamentos essenciais para tratar doenças prevalentes no SUS, priorizando a assistência ambulatorial. Ela é atualizada periodicamente e orienta a padronização de prescrições e o abastecimento de medicamentos. A RENAME é dividida em subcategorias, como Componente Básico, Estratégico, Especializado, Insumos Farmacêuticos

e Medicamentos de Uso Hospitalar. Além disso, Estados e municípios podem complementar a RENAME, desde que observem as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

3.1 FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O financiamento do SUS é compartilhado entre União, Estados e Municípios. Os recursos são repassados por meio de blocos de financiamento, como o Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde, que inclui a assistência farmacêutica, a qual se divide em três componentes:

Componente Básico: Destina-se à aquisição de medicamentos para a Atenção Primária à Saúde. O financiamento é compartilhado entre os entes federativos, com valores definidos conforme o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). A União repassa recursos mensalmente, enquanto Estados e Municípios devem investir valores mínimos por habitante.

Componente Estratégico: Foca no controle de endemias e doenças de impacto epidemiológico, como tuberculose, hanseníase e HIV/Aids. O Ministério da Saúde centraliza o financiamento e a aquisição dos medicamentos, distribuindo-os aos Estados e Municípios.

720

Componente Especializado: Oferece medicamentos para tratamentos complexos, conforme Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), o qual, por sua vez, se subdivide em três grupos:

Grupo 1: Medicamentos de alto custo para tratamentos de maior complexidade, financiados pelo Ministério da Saúde;

Grupo 2: Medicamentos para doenças cujo tratamento apresenta menor complexidade que àquelas atendidas pelo grupo 1 e que por algum motivo não possam ser tratadas com os medicamentos de primeira linha de cuidado, são custeados pelos Estados;

Grupo 3: Medicamentos do Componente Básico indicados nos PCDT como primeira linha de tratamento, cuja a aquisição fica a cargo dos Municípios.

A assistência farmacêutica no SUS enfrenta desafios em relação à garantia de acesso equitativo, à racionalização do uso de medicamentos e à sustentabilidade financeira. A descentralização e a participação da comunidade são essenciais para a efetividade das políticas, mas exigem coordenação entre os entes federativos. A RENAME e os PCDT são ferramentas importantes para orientar a prescrição e dispensação de medicamentos, promovendo o uso

racional e a integralidade do cuidado. Ou seja, a assistência farmacêutica no SUS é um pilar fundamental para a garantia do direito à saúde, exigindo esforços contínuos para superar desafios e garantir acesso universal e equitativo a medicamentos essenciais.

4 Judicialização da Saúde Pública: Impactos e Desafios

A judicialização da saúde pública refere-se ao aumento de ações judiciais contra o poder público para obtenção de tratamentos médicos, incluindo medicamentos, cirurgias, consultas e outros serviços. Esse fenômeno, que ganhou força na década de 1990 com demandas por medicamentos para HIV/AIDS, tem crescido exponencialmente, impulsionado por fatores como maior acesso à informação, ampliação do acesso ao Judiciário e decisões favoráveis baseadas no direito à saúde e nos princípios do SUS.

Embora muitas demandas sejam legítimas, a judicialização traz impactos negativos para o sistema de saúde. Um dos principais problemas é a desigualdade no acesso, já que os recursos públicos são redirecionados para atender demandas judiciais, prejudicando quem busca atendimento pela via administrativa. Além disso, muitos tratamentos solicitados judicialmente não são respaldados por evidências científicas, colocando em risco a segurança dos pacientes e desorganizando as prioridades das políticas públicas de saúde.

No âmbito da assistência farmacêutica, a judicialização interfere no ciclo de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos. Decisões judiciais muitas vezes exigem a compra emergencial de medicamentos sem registro ou fora das indicações terapêuticas aprovadas, o que eleva custos e compromete a eficiência do sistema. A prescrição de medicamentos "off label" ou sem registro também pode expor os pacientes a riscos desconhecidos.

A incorporação de medicamentos ao SUS é um processo complexo, envolvendo avaliações científicas, econômicas e de saúde pública. As etapas incluem: pesquisas clínicas para avaliar eficácia e segurança; registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); avaliação pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) para determinar custo-benefício; negociação de preços com fabricantes e, por fim, sua inclusão na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT).

Para uma tomada de decisão equilibrada sobre a imposição da disponibilização de medicamentos pelo poder público, é essencial verificar se o medicamento possui registro na

Anvisa; se a prescrição está alinhada com as indicações aprovadas; se o medicamento consta na RENAME ou em listas estaduais/municipais, assim como, se há evidências científicas que justifiquem o uso do medicamento para a condição do paciente.

Nessa esteira, para mitigar os impactos da judicialização, podem ser tomadas medidas como: melhoria na interlocução entre Poder Executivo e Judiciário, mediante o compartilhamento de informações sobre demandas judiciais; aprimoramento da comunicação interna no Executivo, especialmente entre setores jurídicos e de saúde; sistematização de indicadores de monitoramento para embasar discussões em conselhos de saúde e comissões Intergestores, bem como, a exigência de documentação médica detalhada para o ajuizamento de ações, incluindo diagnóstico, nome genérico do medicamento e justificativa terapêutica.

Em suma, a judicialização da saúde, embora legítima em muitos casos, exige uma abordagem cautelosa que considere evidências científicas, eficiência do sistema e o equilíbrio no uso dos recursos públicos. A articulação entre os poderes e a melhoria na gestão da assistência farmacêutica são fundamentais para garantir o direito à saúde sem comprometer a sustentabilidade do SUS.

5 A SOLIDARIEDADE PASSIVA

A solidariedade passiva prevista nos arts. 275 a 285 do Código Civil ocorre quando há mais de um devedor em uma obrigação, permitindo ao credor cobrar a dívida total de qualquer um deles. Esse mecanismo reforça a garantia de pagamento, sendo comum em contratos de empréstimos, beneficiando ao credor ao minimizar os riscos de insolvência e também aos devedores, uma vez que pode facilitar o acesso ao crédito, dada a maior segurança que oferece ao credor (GAGLIANO, 2019; FARIAS, 2017).

A solidariedade passiva apresenta dois aspectos principais: a integralidade da obrigação, ou seja, cada devedor responde pela totalidade da dívida, como se fosse o único responsável; e a liberdade do credor, significando que este pode cobrar a dívida total ou parcialmente de um ou mais devedores, sem se limitar à quota de cada um (FARIAS, 2017).

Analisando tal princípio de uma perspectiva externa, ou seja, da relação entre devedores e credor, é possível observar as seguintes características: a exigibilidade do pagamento total da dívida de qualquer devedor; o pagamento integral por um devedor desobriga os demais; se a obrigação se torna impossível por culpa de um devedor, somente este responde pelas perdas e danos, enquanto os demais permanecem obrigados apenas pela dívida original

(GONÇALVES, 2017). De outra forma, da perspectiva interna, com o foco na relação entre os devedores solidários, são evidenciados os seguintes elementos: o pagamento parcial ou a remissão em relação a um devedor não desobriga os demais; o devedor que paga a dívida integral tem direito a ação regressiva contra os outros, para cobrar suas quotas-partes da dívida (art. 283, CC); defesas pessoais de um devedor não beneficiam os demais; os devedores exonerados da solidariedade ainda respondem pela cota-parte do devedor insolvente (GAGLIANO, 2019; GONÇALVES, 2017).

Outro princípio aplicável às relações cíveis obrigacionais é o da responsabilidade subsidiária, o qual consiste em uma forma especial de solidariedade, onde um devedor principal responde primeiro pela dívida, e o devedor subsidiário só é acionado em caso de inadimplemento do primeiro, ou seja, há uma ordem preferencial de cobrança, começando pelos bens do devedor principal (GAGLIANO, 2019).

No âmbito processual, a solidariedade passiva permite ao devedor acionado convocar outros codevedores para o processo, por meio do chamamento ao processo. Isso ocorre quando o devedor, ao ser cobrado integralmente, chama os demais para compartilhar a responsabilidade. A sentença que julgar a ação do credor também decidirá sobre a pretensão do devedor em relação aos codevedores chamados, servindo como título executivo judicial contra eles (FARIAS, 2017).

No entanto, o chamamento ao processo pode contrariar o princípio da instrumentalidade, pois impõe ao credor a litigância contra réus que ele não escolheu, podendo retardar a resolução da demanda (FARIAS, 2017).

Do exposto podemos compreender a solidariedade passiva como um mecanismo que fortalece a garantia de pagamento para o credor, permitindo a cobrança integral de qualquer dos devedores solidários. Sua aplicação envolve aspectos externos (relação credor-devedor) e internos (relação entre devedores), além de implicações processuais, como o chamamento ao processo, merecendo, portanto, uma análise pormenorizada do caso concreto a fim de proceder com a aplicação adequada à cada situação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto se evidencia que apesar da competência comum em matéria de saúde estabelecida constitucionalmente entre a União, os Estados e os Municípios permitir a aplicação da solidariedade passiva entre os entes federativos em demandas judiciais por

medicamentos, é necessário que isto seja feito de maneira criteriosa, considerando a repartição de competências e os princípios do SUS, visto que tal compartilhamento de competência visa a autonomia de atuação para garantir a saúde da população, mas não deve ser convertida em obrigatoriedade indiscriminada.

Determinar que municípios com orçamentos limitados arquem com tratamentos de alto custo, muitas vezes sem respaldo científico, compromete o atendimento da coletividade em benefício de poucos.

Para evitar desequilíbrios financeiros e distorções no sistema, é essencial respeitar as pactuações entre os entes sobre quem assume cada encargo. Isso previne a sobrecarga de entes menos capacitados e o desperdício de recursos por esforços desarticulados.

Como opção à solidariedade passiva, poderia ser aplicado o princípio da subsidiariedade, ampliando o alcance do pedido sem sobrecarregar os entes. No entanto, em casos sem definição legal prévia sobre a responsabilidade, a solidariedade pode ser aplicada para não obstruir o direito à saúde, desde que avaliada a existência de alternativas terapêuticas e justificativas clínicas e científicas para o medicamento solicitado.

Ao aplicar a solidariedade, o ente que arcar com o ônus indevidamente deve ter garantido o direito de ressarcimento pelo ente legalmente responsável pela obrigação.

É crucial equilibrar o acesso à justiça e a preservação da estrutura do SUS, considerando suas limitações e a necessidade de atender às múltiplas demandas de saúde. Dessa forma, todos os atores envolvidos na judicialização da saúde precisam atuar conscientemente, contribuindo para uma nova conjuntura da saúde pública, alinhada aos princípios do SUS e aos valores constitucionais.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z.N. **SUS: Sistema Único de Saúde** – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo: Martinari, 2011.

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. **História das Políticas de Saúde no Brasil**: a trajetória do direito à saúde (capítulo 1 do livro: Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do SUS). FIOCRUZ e Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007. Organizadores: Gustavo Corrêa Matta e Ana Lúcia de Moura Pontes.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A gestão no trabalho e educação na saúde**. v.9. Brasília: CONASS, 2011. p. 10-37.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011. 186 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 7)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n 3.992, de 28 de dezembro de 2017**. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html>. Acesso em: 29 mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998**. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html>. Acesso em: 29 mai. 2023.

CARVALHO, G. **Os governos trincam e truncam o conceito de integralidade**. Radis, n.49, p.16, 2006.

CORREA, Carlos Roberto Silveira; RANGEL, Humberto de Araújo; SPERANDIO, Ana Maria Girotti. **Evolução das políticas públicas de saúde no Brasil**. (capítulo 4 do livro: Campinas no rumo das comunidades saudáveis). IPES Editorial, 2004. Organizadores: José Pedro Soares Martins e Humberto de Araújo Rangel.

COSTA e SILVA, Cristiane Maria; MENEGHIM, Marcelo de Castro; PEREIRA, Antônio Carlos; MIALHE, Fábio Luiz. **Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas**. Rio de Janeiro, Revista Ciência e Saúde Coletiva, vol. 15, n. 5, p. 2539-2550, agosto 2010.

CUNHA, J. P. P. & CUNHA, R. E. **Sistema Único de Saúde: princípios**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001.

725

FARIAS, Cristiano Chaves de; ROSENVALD, Nelson. **Curso de Direito Civil: Obrigações** – 11 ed. Salvador: Ed. JusPodivm, 2017.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. **SUS, um sistema fundado na solidariedade e na equidade, e seus desafios**. Vida Pastoral, janeiro-fevereiro 2011. Ed. Paulus, São Paulo, ano 52, n. 276, p. 22-27.

GAGLIANO, Pablo Stolze; FILHO, Rodolfo Pamplona. **Novo curso de direito civil**, volume 2 : obrigações – 20. ed. – São Paulo: Saraiva Educação, 2019.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito civil brasileiro**, volume 2 : teoria geral das obrigações – 14. ed. – São Paulo : Saraiva, 2017.

HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina M. Oliveira. **O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência**, 1937-45. In: PANDOLFI, D. (Org.). Representando o Estado Novo. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1999.

JOVENTINO MELO, Emanuella Silva. **Políticas de Saúde: Fundamentos e Diretrizes do SUS**. In: Portal de Periódicos eduCAP'S. Brasília. 25 mai 2018. Disponível em: <<http://educapes.capes.gov.br/handle/capes/206072>>. Acesso em: 21 mai 2023.

MATTA, Gustavo Corrêa. **Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde**. EPSJV, 2007. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/39223/Pol%C3%ADticas%20de%20?sequence=2>>. Acesso em: 21 mai. 2023.

MATTA, Gustavo Corrêa.; PONTES, Ana Lúcia de Moura. (Orgs.). **Políticas de Saúde: a organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007. p. 29-60.

MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade**: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A (Orgs.) Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, Abrasco, 2001.

NORONHA, JC., and PEREIRA, TR. **Princípios do sistema de saúde brasileiro**. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 19-32.

OLIVEIRA, André Luiz de. **História da saúde no Brasil**: dos primórdios ao surgimento do SUS. Encontro Teológicos. v. 61, n. 1, p. 31-42, 2012. Disponível em: <<https://facasc.emnuvens.com.br/ret/article/viewFile/198/189>>. Acesso em: 11 mai. 2023.

726

OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo; TEIXEIRA, Sônia M. Fleurj. **Previdência Social**: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Rio de Janeiro, 1985.

PAIM, J. S. **Políticas de saúde no Brasil**. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, organizadores. Epidemiologia e saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. P. 587-603.

PEPE, V.L.E. et al. **A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica**. Ciência & Saúde Coletiva, vol. 15, nº 5. p. 2405-2414. Rio de Janeiro, ago. 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/L4m7NMGV397wCRGnZthwJrD/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 29 mai. 2023.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. 2001. Disponível em: < <http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2165/livros>>. Acesso em: 21 mai. 2023.

SCLIAR, Moacir. **História do conceito de saúde**. PHYSYS: Revista Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 17 (1): 29-41, 2007.

SILVA, Heliana Marinho Da. **A Política Pública de Saúde no Brasil: Dilemas e Desafios para a Institucionalização do SUS**. 1996. 132 f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública). Fundação Getúlio Vargas – Escola Brasileira de Administração Pública, Rio de Janeiro, 1996.

TEIXEIRA, Carmen. **Os princípios do sistema único de saúde**. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia (2011).

VIEIRA FS. **Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil**. Rev Panam Salud Publica. 2010;27(2): 149–56.

WANG, Daniel Wei Liang. **Coleção Judicialização da Saúde nos Municípios: como responder e prevenir**. Vol. 2. Org. CONASEMS, jul, 2021. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/07/Cartilha_2_PROVA-3-1.pdf>. Acesso em: 29 mai. 2023.