

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL

Faculdade de Direito de Alagoas – FDA

ESLIJANAY MONTEIRO DE OLIVEIRA

**A JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE: ESTUDO DIRIGIDO AO
INDEFERIMENTO DE FÁRMACOS NÃO FORNECIDOS PELO SUS NO ESTADO
DE ALAGOAS**

Maceió/AL

Maió/2022

ESLIJANAY MONTEIRO DE OLIVEIRA

**A JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE: ESTUDO DIRIGIDO AO
INDEFERIMENTO DE FÁRMACOS NÃO FORNECIDOS PELO SUS NO ESTADO
DE ALAGOAS**

Monografia de conclusão de curso, apresentada à Faculdade de Direito de Alagoas (FDA/UFAL) como requisito parcial para conclusão de Curso de Bacharelado em Direito.

Orientadora: Prof.^a Dra. Juliana de Oliveira Jota Dantas

**Juliana Jota
Dantas**
Assinado de forma digital por Juliana
Jota Dantas
DN: cn=Juliana Jota Dantas, o=UFDA/
UFAL, email=juliana.dantas@fda.ufal.br,
c=br
Dados: 2022.08.10 10:37:34 -0300

Assinatura da orientadora

Maceió/AL

Maior2022

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

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

- O48j Oliveira, Eslijanay Monteiro de.
 A judicialização do direito à saúde : estudo dirigido ao indeferimento de fármacos não fornecidos pelo SUS no estado de Alagoas / Eslijanay Monteiro de Oliveira. – 2022.
 95 f. : il.
- Orientadora: Juliana de Oliveira Jota Dantas.
Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Direito) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Direito de Alagoas. Maceió, 2022.
- Bibliografia: f. 78-84.
Anexos: f. 86-95.
1. Saúde. 2. Assistência farmacêutica. 3. Medicamentos não incorporados ao SUS - Alagoas. 4. Direito à saúde. 5. Judicialização da saúde. I. Título.

CDU: 342.734(81)

ESLIJANAY MONTEIRO DE OLIVEIRA

**A JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE: ESTUDO DIRIGIDO AO
INDEFERIMENTO DE FÁRMACOS NÃO FORNECIDOS PELO SUS NO ESTADO
DE ALAGOAS**

Esta monografia de conclusão de curso de graduação em Direito, apresentada à Faculdade de Direito de Alagoas (FDA/UFAL) como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Direito, obteve a devida aprovação perante a presente banca examinadora.

Banca Examinadora:

**BECLAUTE OLIVEIRA
SILVA:AL180**

Assinado de forma digital por
BECLAUTE OLIVEIRA SILVA:AL180
Dados: 2022.07.05 10:13:59 -03'00'

Presidente: Prof. Dr. Beclaute Oliveira Silva – FDA/UFAL

Membro: Prof^ª. Dr^ª. Lana Lisiêr de Lima Palmeira – FDA/UFAL

Coord. do NPE: Prof. Dr. Hugo Leonardo Rodrigues dos Santo – FDA/UFAL

Maceió/AL

Maior2022

Documento assinado digitalmente

LANA LISIÊR DE LIMA PALMEIRA

Data: 05/07/2022 10:23:29-0300

Verifique em <https://verificador.itl.br>



Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já têm a mesma forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.

Fernando Teixeira de Andrade

RESUMO

A saúde é um direito de todo cidadão e cabe ao Estado o dever de garanti-lo. No tocante à medicamentos não disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) são crescentes os pedidos de fornecimento mediante processo judicial. Reconhecendo a importância do Poder Judiciário como ferramenta à efetividade dos direitos sociais, e em especial o direito à saúde, este trabalho trata-se de um estudo do processo de judicialização da saúde no Estado de Alagoas. O qual teve como objetivo avaliar os argumentos que caracterizam o indeferimento dos pedidos de medicamentos não incorporados ao SUS e verificar se são legítimos e adstritos às exigências fixadas pelo Superior Tribunal Judicial (STJ) ou funcionam como elemento restritivo da garantia fundamental do cidadão. Para tanto, foram observados 999 pareceres técnicos, elaborados por farmacêutico vinculado ao Núcleo Interinstitucional da Saúde (Nijus), os quais subsidiaram a Defensoria Pública do Estado de Alagoas (DPE-AL) em demandas que versavam sobre medicamentos no ano de 2018. Verificou-se que 660 ações individuais requeriam medicamentos não fornecidos pelo SUS, no entanto, apenas em 167 foram identificados algum tipo de indeferimento, contabilizando 11 justificativas para tal. O motivo de maior incidência para indeferimento da Tutela de Urgência foi a ausência de informação acerca do uso e ineficácia de medicamentos análogos disponibilizados pelo SUS para o tratamento da patologia, se mostrando legítima, uma vez que é um dos requisitos estabelecidos pelo Tema 106 do STJ. A insuficiência de orçamentos ficou em segundo lugar e a prescrição desatualizada foi a terceira causa. As demais causas tiveram incidência relativamente menor, aparecendo em casos isolados. Em sede de sentença, a causa de maior expressividade, foi o indeferimento da petição inicial por falta de prova e por ilegitimidade passiva do ente demandado, que ocasionava a extinção do processo sem resolução do mérito. Quanto a estas, não foi identificado amparo legal, tampouco jurisprudencial, principalmente porque posteriormente foram anuladas ou reformadas em sede recursal, mostrando-se dissociadas do papel do Judiciário na pacificação social e na entrega da prestação jurisdicional.

Palavras-chave: Saúde. Assistência Farmacêutica. Medicamentos não incorporados ao SUS. Direito à Saúde. Judicialização da Saúde.

ABSTRACT

Health is the right of all persons and it is incumbent on the Government guarantee it. In relation to medicines not supply by the Brazil's Unified Health System (SUS), requests for provide by means of lawsuit are increasing. Recognizing the Judiciary importance as a tool for the effectiveness of social rights, and in particular the right to health, this study is about the process of Judicial Review of health in the state of Alagoas. The purpose of this research it was to evaluate the arguments that characterize the rejection of requests for medicines not incorporated into the SUS. The main objective it was evaluate the arguments that characterize the rejection of requests for medicines not incorporated into the SUS. It was verified if the arguments were legitimate and attached to the requirements established by the Brazilian Superior Court of Justice (STJ) or if they were as a restrictive element of the citizens' fundamental rights. For this, 999 technical opinions were observed, prepared by a pharmacist employment relationship to the Interinstitutional Health Center (Nijus), which subsidized the Public Defender's Office of the State of Alagoas (DPE-AL) in demands address medicines in the year 2018. It was found that 660 individual lawsuits required medications not provided by the SUS, however, only in 167 were identified some type of rejection, tottaling 11 differents justifications for this. The reason for the highest incidence for rejection of the preliminary injunction was the absence information about the use and ineffectiveness of similar drugs made available by the SUS for the pathology treatment. This argument was legitimate, since it is one of the requirements established by Theme 106 of the STJ. Insufficient budgets ranked second and outdated prescriptions were the third cause. The other causes had a relatively lower incidence, appearing in isolated cases. In terms of judgment, the most expressive cause it was the rejection of the initial petition for absence of evidence and passive illegitimacy of the claimant. This fact led to the judge defunct the process without resolution of the merits. As for these, no legal or jurisprudential support was identified, mainly because the judgments were later annulled or reformed on appeal, proving to be dissociated from the role of the Judiciary in social pacification and in the yield of judicial services.

Keywords: health; pharmaceutical assistance; medicines not incorporated into the SUS; health rights; lawsuit

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxo de incorporação de tecnologias no Brasil	28
Figura 2 - Total de ações judiciais com pretensão de fornecimento de medicamentos demandadas na Defensoria Pública de Alagoas no ano de 2018	60
Figura 3 - Duração entre as etapas processuais	71

ÍNDICE DE QUADROS E TABELAS

Tabela 1 – Causas de indeferimento da Tutela de Urgência	61
Tabela 2 – Teor das sentenças	64
Tabela 3 – Indeferimento da petição inicial por falta de prova	64
Tabela 4 – Patologias nas demandas que foram extintas por ilegitimidade da parte em razão do pedido requerer medicamento de alta complexidade	67
Tabela 5 – Modificação da sentença após acórdão	69
Tabela 6 – Estágio atual dos processos	70

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
ADPF	Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ART.	Artigo
ATS	Avaliação de Tecnologias em Saúde
CAP	Coefficiente de Adequação de Preços
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CESAF	Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
CF	Constituição Federal
CFM	Conselho Federal de Medicina
CGU	Controladoria Geral da União
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CITEC	Comissão de Incorporação de Tecnologias
CMED	Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias
CPC	Código de Processo Civil
DOU	Diário Oficial da União
DPE-AL	Defensoria Pública do Estado de Alagoas
DPU	Defensoria Pública da União
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
EDcl	Embargos de Declaração
GM/MS	Gabinete do Ministro / Ministério da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
INC.	Inciso
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LOS	Lei Orgânica da Saúde
MIN.	Ministro
MS	Ministério da Saúde
NATS	Núcleos de Assessoramento Técnico em Saúde
NIJUS	Núcleo Interinstitucional de Judicialização da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PDCT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PF	Preço de Fábrica
PIB	Produto Interno Bruto
PMC	Preço Máximo ao Consumidor
PMVG	Preço Máximo de Venda ao Governo
PNM	Política Nacional de Medicamentos
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RE	Recurso Extraordinário
REMUNE	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
SCTIE	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SESAU	Secretaria de Saúde do Estado de Alagoas
STA	Suspensões de Tutela Antecipada
SL	Suspensão de Liminar
STF	Superior Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUS	Sistema Único de Saúde
TRF	Tribunal Regional Federal
TJAL	Tribunal de Justiça de Alagoas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 O DIREITO À SAÚDE E SUA EVOLUÇÃO NO ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO	13
2.1 A SAÚDE COMO UM DIREITO HUMANO FUNDAMENTAL	13
2.2 REGIME JURÍDICO DO DIREITO À SAÚDE	16
2.3 FINANCIAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE E O PAPEL DOS TRÊS NÍVEIS DE GOVERNO	19
2.4 A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS	23
2.4.1 Fluxo de incorporação de tecnologias e medicamentos nas relações do SUS.....	26
3 A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE	29
3.1 ATIVISMO JUDICIAL, LIMITES E CRÍTICAS À INTERFERÊNCIA DO PODER JUDICIÁRIO	29
3.1.1 Corrente contramajoritária.....	31
3.1.2 O Princípio da Separação dos Poderes	33
3.1.3 Princípio do Mínimo Existencial <i>versus</i> Princípio da Reserva do possível	34
3.2 PANORAMA DA JURISPRUDÊNCIA BRASILEIRA.....	42
3.2.1 Tema nº 106 do STJ: Parâmetros para a concessão pelo Poder Judiciário de medicamentos não incorporados através de atos normativos ao SUS	50
3.3 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE EM ALAGOAS.....	52
4 O PAPEL DA DEFENSORIA PÚBLICA NO ESTADO DE ALAGOAS NA EXIGIBILIDADE JUDICIAL DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE E O DIALÓGO INSTITUCIONAL ENTRE JUDICIÁRIO E ADMINISTRAÇÃO	55
4.1 ANÁLISE DAS DECISÕES JUDICIAIS E DAS CAUSAS DE INDEFERIMENTO DE MEDICAMENTOS NÃO FORNECIDOS PELO SUS EM AÇÕES AJUIZADAS PELA DPE-AL	59
4.1.1 Análise das principais causas de indeferimento da Tutela de Urgência.....	60
4.1.2 Análise da procedência do pedido.....	63
4.1.3 Análise dos Acórdãos e modificação da sentença.....	69
4.1.4 Estágio atual dos processos e duração das etapas processuais	70
5 CONCLUSÃO	72
REFERÊNCIAS	77
ANEXOS	84

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal (CF) de 1988 de forma inequívoca instituiu no capítulo dos direitos sociais que todo cidadão tem o direito à saúde, ao passo que estabeleceu ser este um dever do Estado (CF, art.6º c/c 196). Assim, transformou a saúde em direito individual e deu origem ao processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde, alterando profundamente a organização da saúde pública no país.

Com a negativa da Administração Pública, resta ao cidadão se valer do Judiciário para ter o seu direito satisfeito. No contexto do tema este fenômeno é denominado judicialização da saúde, que envolve não só a concessão de medicamentos, mas também, a realização de cirurgias, a busca por vagas em leitos hospitalares e até mesmo a realização de simples consultas com médico generalista, entre outros.

O fornecimento de medicamento mediante processo judicial sempre foi um assunto bastante controverso, sobretudo no que concerne aos não incorporados em atos normativos do Sistema Único de Saúde (SUS). As críticas doutrinárias quanto à judicialização à saúde se fundamentam em argumentos similares: a) o ativismo judicial, em si, viola o princípio da separação de poderes; b) as demandas geram gastos excessivos ao Erário, sendo necessário invocar e considerar o princípio da reserva do possível; c) a desorganização administrativa é um problema causado pela judicialização da saúde, já que o Estado deve retirar recursos destinados à efetivação de políticas públicas para custear demandas judiciais individuais.¹

Dessa forma, ao analisar a questão submetida na Primeira Seção que afetou o Recurso Especial Repetitivo nº 1.657.156/RJ, julgado em 25/04/2018, restou ao Superior Tribunal de Justiça (STJ) pacificar jurisprudencialmente a obrigação do poder público de fornecer medicamentos não incorporados ao SUS, fixando critérios para essa concessão no âmbito do Judiciário. Portanto, a pesquisa é relevante para compreender a efetividade do direito à saúde e a complexidade que envolve o tema, o que importará num maior esclarecimento tanto para a sociedade quanto para os profissionais de direito.

Ademais, discute-se o tema com foco no desenvolvimento dos processos judiciais na prática, evidenciando o caminho percorrido sob a ótica das partes da ação, principalmente no que diz respeito ao posicionamento dos juízes perante o fenômeno da judicialização da saúde,

¹ BARROSO, Luís Roberto. **Da falta de efetividade a judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial**. Revista de Direito Social, Porto Alegre, v. 34, p. 11-43, 2009, p. 16. Disponível em: <<https://edisdisciplinas.usp.br/mod/url/view.php?id=3112175>>. Acesso em: 19 abr. 2022

buscando possíveis imprecisões quanto aos parâmetros e argumentos utilizados nos indeferimentos, no intuito de compreender a extensão concreta da garantia do direito à saúde quando este é demandado judicialmente.

Para a elaboração da monografia foi utilizado o método dedutivo com estudo de caso voltado à análise da pergunta-problema “os argumentos que caracterizam o indeferimento dos pedidos de medicamentos não incorporados ao SUS são legítimos e adstritos às exigências fixadas pelo STJ ou funcionam como elemento restritivo da garantia fundamental do cidadão, contribuindo para a inefetividade das decisões judiciais?”

O trabalho foi desenvolvido em duas partes, inicialmente foi realizada a delimitação do objeto e investigação bibliográfica por meio da leitura de livros, artigos científicos e revistas jurídicas e posteriormente, efetuou-se um estudo de caso e análise do tema sob a perspectiva dos processos judiciais demandados na Seção de Saúde Pública da Defensoria Pública do Estado de Alagoas (DPE-AL) no ano de 2018, observados durante a vigência do estágio não obrigatório exercido na referida Instituição.

2 O DIREITO À SAÚDE E SUA EVOLUÇÃO NO ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO

2.1 A SAÚDE COMO UM DIREITO HUMANO FUNDAMENTAL

O direito à saúde foi positivado na Constituição Federal de 1988 como direito fundamental social, motivo pelo qual o início da reflexão sobre as possibilidades de efetivação desse direito partirá desse ponto. Sobre o assunto, Figueiredo² afirma que a noção de que a saúde constitui um direito humano e fundamental, passível de proteção e tutela pelo Estado, é resultado de uma longa evolução na concepção não apenas do direito, mas da própria ideia do que seja a saúde, em si considerada.

Não há consenso doutrinário acerca da terminologia e conceito dos direitos fundamentais. É muito comum, tanto na doutrina como na jurisprudência, o uso de variadas expressões e de diferentes sentidos para identificar os direitos da pessoa, enquanto homem e enquanto cidadão. Em decorrência da contínua e progressiva ampliação, assim como da transformação histórica dos direitos fundamentais, algumas expressões, como liberdades públicas, direitos subjetivos, direitos públicos subjetivos, direitos humanos, direitos fundamentais, são empregadas indistintamente, sem a devida delimitação científica.³

Segundo Sarlet, se faz relevante uma distinção terminológica entre direitos fundamentais e direitos humanos, senão vejamos:

Em que pese sejam ambos os termos (“direitos humanos” e “direitos fundamentais”), comumente utilizados como sinônimos, a explicação corriqueira e, diga-se de passagem, procedente para a distinção é de que o termo “direitos fundamentais” se aplica para aqueles direitos do ser humano reconhecidos e positivados na esfera do direito constitucional positivo de determinado Estado, ao passo que a expressão “direitos humanos” guardaria relação com os documentos de direito internacional, por referir-se àquelas posições jurídicas que se reconhecem ao ser humano como tal, independentemente de sua vinculação com determinada ordem constitucional, e que, portanto, aspiram à validade universal, para todos os povos e tempos, de tal sorte que revelam um inequívoco caráter supranacional (internacional).⁴

Em razão da interação entre direitos fundamentais e direitos humanos, levando em conta a proteção interna daqueles e internacional destes, essa distinção têm cada vez menos

² FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Direito fundamental à saúde: parâmetros para sua eficácia e efetividade**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007, p. 77.

³ CUNHA JR, Dirley da. **Curso de Direito Constitucional**. Salvador: Juspodivm, 9. ed, 2015, p. 448.

⁴ SARLET, Ingo Wolfgang. **Conceito de direitos e garantias fundamentais**. Enciclopédia jurídica da PUC-SP. CAPILONGO, C F; GONZAGA, A A e FREIRE, A L (coord.). Tomo: Direito Administrativo e Constitucional. NUNES JR, V S *et al* (coord. de tomo). São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2017. Disponível em: <<https://enciclopediajuridica.pucsp.br/verbete/67/edicao-1/conceito-de-direitos-e-garantias-fundamentais>>. Acesso em: 19 abr. 2022.

significância. Assim, a melhor classificação terminológica a ser adotada para o caso da saúde é aquela que a enquadra enquanto direito humano fundamental. Isto porque além de revelar a concepção de matriz internacional com proteção de certos valores e reivindicações essenciais de todos os seres humanos, resguarda a fundamentalidade formal decorrente da posituação constitucional, com a vantagem de ressaltar a unidade essencial e indissolúvel entre direitos humanos e direitos fundamentais.⁵

Por conseguinte, é possível identificar que o critério que permite a construção de um conceito material de direitos fundamentais ou direitos humanos positivados, tido como basilar, mas não exclusivo, é a dignidade humana, ao qual todos os direitos do homem se reportam, em maior ou menor grau⁶. A dignidade atribui sentido axiológico-normativo à ordem jurídica, servindo como pontos de partida e de chegada da hermenêutica jurídica contemporânea, que tem a proteção dos direitos humanos como objetivo central, tanto do ponto de vista do Direito Internacional dos Direitos Humanos como do Direito Constitucional de cada país.

Tendo em vista esse critério, conceitua-se os direitos fundamentais como aquelas posições jurídicas que investem o ser humano de um conjunto de prerrogativas, faculdades e instituições imprescindíveis a assegurar uma existência digna, livre, igual e fraterna de todas as pessoas. O alcance da noção de dignidade humana faz desse princípio o fundamento axiológico-normativo também do direito humano à saúde.⁷

Nesse contexto, antes de iniciar a discussão acerca do processo de judicialização da saúde, é necessário definir o que se entende por saúde, sem a pretensão de fornecer um conceito fechado sobre a matéria, apenas o suficiente para abordar o assunto e facilitar a compreensão do processo evolutivo pelo qual tem passado ao longo do tempo.

A ideia de saúde foi se desenvolvendo continuamente ao longo do tempo, sendo definida a partir das diversas visões de mundo, resultado de uma construção histórica e social que parte desde a concepção mágica da pré-história, época em que as causas das doenças eram entendidas como derivadas tanto de elementos naturais como de espíritos sobrenaturais. Em seguida, como

⁵ BARROS, Sérgio Rezende. **Direitos humanos: paradoxo da civilização**. Belo Horizonte: Del Rey, 2003, p. 29.

⁶ SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2002, p.117.

⁷ CUNHA JR, Dirley da. **Curso de Direito Constitucional**. Salvador: Juspodivm, 9. ed, 2015, p. 453.

o estado de ausência de doenças e mais adiante, passou de uma visão mecânica para uma visão abrangente e não estática do processo saúde-doença.⁸

Ao longo da história, as duas principais forças que sempre deram impulso especial ao desenvolvimento técnico foram o comércio e a guerra. Sem dúvida, a experiência de duas guerras, com imensa capacidade de destruição, forjou um consenso entre as nações. Carente de recursos econômicos, destruída a crença na forma de organização social e alijada de líderes, a sociedade sentiu a absoluta necessidade de promover um novo pacto com o Estado.⁹

Essa postura se manifestou na instituição da Organização das Nações Unidas (ONU), organismo que incentivou a criação de órgãos especiais, destinados a promover a garantia de direitos considerados fundamentais ao homem. Nessa conjuntura, já se entendia que era preciso proteger, de maneira mais ampla, os seres humanos dos riscos sociais, mediante um sistema que contemplasse a todos, não apenas os trabalhadores, e um maior universo de riscos, dentre eles o risco doença.¹⁰

Na Carta das Nações Unidas de 1945, está prevista a criação da Organização Mundial de Saúde (OMS), assim, a saúde, abandonou, de vez a esfera do trabalho, para alçar a sua condição de direito de todo o ser humano. A OMS foi efetivamente constituída no ano seguinte, estabelecendo em seu artigo 1 que o objetivo da organização será a aquisição, por todos os povos, do nível de saúde mais elevado que for possível.¹¹ Ao passo que, na Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), de 1948, no art. 25 ficou estabelecido que toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si, a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis.¹²

Em 1978 foi realizada a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada pela OMS em Alma-Ata, oportunidade em que a saúde foi definida como

⁸ CRUZ, Marly Marques da. **Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde**. In: Gondim R, Grabois V, Mendes Junior WV, organizadores. *Qualificação dos Gestores do SUS*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD, 2011, p. 21-33. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_14423743.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2022.

⁹RAEFFRAY, Ana Paula Oriola de. **Direito da Saúde de acordo com a Constituição Federal**. São Paulo. Quartier Latin, 2005, p. 93-94.

¹⁰ *Ibidem*, p. 95.

¹¹ BRASIL. Decreto nº 26.042, de 17 de dezembro de 1948. Promulga os Atos firmados em Nova York a 22 de julho de 1946, por ocasião da Conferência Internacional de Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1940-1949/decreto-26042-17-dezembro-1948-455751-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 19 abr. 2022

¹² ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Assembleia Geral (Resolução 217 A III) em 10 de dezembro 1948. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>>. Acesso em: 20 abr. 2022

um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade.¹³ Dessa forma, se reconheceu que a substancialidade do conceito reside no equilíbrio interno do homem, assim como, entre o homem e o meio ambiente, qualquer enunciado de saúde que ignore essa situação, deturparia a ideia essencial de saúde, indispensável à dignidade humana.¹⁴

O conceito ideal adotado pela OMS, neste sentido não é prático, uma vez que a saúde do indivíduo é definida em função das necessidades e possibilidades do sistema socioeconômico e sociopolítico, implicando numa avaliação do sistema em função das necessidades e possibilidades do indivíduo. Na perspectiva sociológica do conceito, a saúde varia no espaço e no tempo, cada cultura e cada época tem critérios próprios para distinguir o normal do patológico. A doença resulta não apenas de uma contradição entre o homem e o meio natural, mas também necessariamente de uma contradição entre o indivíduo e o meio social.¹⁵

Dessa forma, se consagrou uma visão não reducionista, de que os problemas de saúde estão intimamente conectados com os problemas de cidadania e de direitos humanos, porquanto a estrutura econômica, cultural e social da comunidade influi profundamente sobre seu estado de saúde e esta influência é exercida por forças sobre as quais a medicina não tem poder de atuação e sua prevenção é problema político e de governo. Feito um apanhado evolutivo com menção às diferentes concepções do que se entende por saúde, é relevante analisar a configuração do objeto desse direito humano fundamental positivado na Constituição de 1988, para que se compreenda a gama de prestações materiais que podem ser deduzidas do direito à saúde, e em seguida, adentrar na questão específica da Assistência Farmacêutica no Brasil.

2.2 REGIME JURÍDICO DO DIREITO À SAÚDE

Como visto anteriormente, os sistemas de saúde estão enraizados e penetrados pela cultura de cada sociedade e, um olhar histórico demonstra que, em geral, a introdução de um novo sistema de saúde deriva de grandes lutas sociais e de transformações nos Estados, sendo ponto incontroverso na doutrina a importância dos direitos humanos no ordenamento brasileiro após a Constituição de 1988, acolhidos na noção de dignidade humana que foi expressamente

¹³ OMS. **Cuidados Primários de Saúde**. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. UNICEF: Brasília, 1979. Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf;jsessionid=844EB7B8ACFE1D674736B5C386AA2536?sequence=5>. Acesso em: 20 abr. 2022

¹⁴ RAEFFRAY, Ana Paula Oriola de. **Direito da Saúde de acordo com a Constituição Federal**. São Paulo: Quartier Latin, 2005, p. 104.

¹⁵ *Ibidem*, p. 107.

prevista no art. 1º, inc. III, como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil, enquanto Estado Democrático de Direito.

A regulamentação constitucional do direito à saúde se inicia no supracitado princípio da dignidade da pessoa humana, assim como no próprio direito à vida, garantido no *caput* do art. 5º, e alçado expressamente à condição de direito fundamental social no art. 6º, onde foi estabelecido que todo cidadão tem o direito à saúde, educação, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância e assistência aos desamparados.

O plexo de posições jurídicas que decorre da positivação do direito à saúde na ordem constitucional brasileira faz suscitar uma série de debates, que se reflete diretamente no grau de efetividade que poderá ser conferido à norma. Especialmente, a suposta indeterminabilidade do conteúdo do direito, que muitas vezes é utilizada como fundamento para, a despeito da aplicabilidade imediata garantida pelo art. 5º da CF/88, negar a realização de alguma demanda concreta de natureza prestacional.¹⁶

A indeterminabilidade constitucional plena dos direitos sociais não decorre de uma atividade leniente do legislador constitucional. É justamente a natureza dessa categoria de direitos que impõe a necessidade de uma redação normativa mais aberta, haja vista a existência de variados fatores que devem ser considerados para o delineamento de seu conteúdo definitivo.¹⁷

O direito à saúde se encontra relacionado a inúmeros fatores, que muitas vezes não são previamente identificáveis, desse modo, a relativamente baixa densidade normativa do conteúdo constitucional do direito à saúde não pode ser compreendida como baixo nível de vinculação jurídica, pelo contrário, a natureza principiológica da norma é condição para que sua realização e proteção alcancem níveis adequados, de acordo com as especificidades de cada região e a partir das ações e serviços de saúde existentes em dado momento histórico.¹⁸

Ademais, a Constituição não se limitou a enumerar genericamente o direito à saúde como direito fundamental, tratando do tema nos arts. 196 a 200, onde são especificadas as linhas gerais que norteiam a gestão administrativa dos serviços de saúde, bem como, são estabelecidos

¹⁶ PIVETTA, Saulo Lindorfer. **Direito Fundamental à Saúde: regime jurídico, políticas públicas e controle judicial**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014, p. 55

¹⁷ NOVAIS, Jorge Reis. **Direitos Sociais: teoria jurídica dos direitos sociais enquanto direitos fundamentais**. Coimbra: Coimbra Ed, 2010, p.143

¹⁸ PIVETTA, Saulo Lindorfer. **Direito Fundamental à Saúde: regime jurídico, políticas públicas e controle judicial**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014, p. 59

parâmetros para a definição do conteúdo normativo do direito. Com efeito, o art. 196 dispõe que 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, bem como ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

O legislador constituinte estabeleceu também o SUS, constituído por uma rede regionalizada e hierárquica de ações e serviços de saúde (CF, art. 198). No que se refere a esse sistema de saúde, o art. 200 define as suas competências, dentre as quais: o controle e fiscalização de procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde a participação da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos (inc. I); o incremento do desenvolvimento científico, tecnológico e a inovação em sua área de atuação (inc. V), atribuições relacionadas à política de dispensação de medicamentos no Brasil.

A própria constituição, portanto, explicita em termos gerais os conteúdos do direito à saúde, que o torna determinável, amparando a tese de que o conteúdo de tal direito é apenas parcialmente indeterminado. Isso não elide a relevância da legislação infraconstitucional, haja vista que as normas legais são imprescindíveis para se definir, com maior rigor, a extensão e os limites das prestações asseguradas pelo direito à saúde, entretanto a atividade conformadora da legislação ordinária não esvazia o conteúdo jusfundamental e a aplicabilidade imediata do direito à saúde.¹⁹

Neste diapasão, a partir do reconhecimento da saúde como um direito fundamental de todos e um dever do Estado, ocorreu uma rápida e consistente ampliação da regulação estatal, o que deu ensejo a um complexo normativo ligado especificamente às questões de saúde e à sua necessária efetividade.²⁰ O dever do Estado foi densificado na legislação infraconstitucional, através da Lei nº 8.080/90, conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOS), complementada pela Lei n. 8.142/90, por meio da qual a organização e o funcionamento do SUS também foram regulamentados.

A definição de saúde presente no art. 3º da LOS, foi além da apresentada pela OMS, ao explicitar que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação,

¹⁹ *Ibidem*, p. 67

²⁰ AITH, Fernando. **Curso de Direito Sanitário**. São Paulo: Quartier Latin, 2007, p. 60

o transporte, o lazer, o acesso a bens e serviços essenciais, afirmando ainda, que os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país.

O SUS é definido na referida legislação como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (LOS, art. 4º). Em seu campo de atuação, a lei previu a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive a farmacêutica e de formular a política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde, dando concreção à integralidade (LOS, art. 6º, inc. I, alínea d c/c inc. V).

O sistema público de saúde brasileiro é um dos maiores do mundo, e traduz a forma de organização eleita pelo Constituinte para o gerenciamento de toda a rede, abrangendo desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país, entretanto, as medidas nem sempre se mostram suficientes a fazer frente às demandas da população. Esse panorama expõe uma questão de fundamental importância para a compreensão dogmática dos direitos sociais: “quando se trata de atuações positivas do Estado para concretizar um direito, é sempre possível fazer diferente, mais e melhor, há sempre, mesmo quando o Estado já faz alguma coisa, algo mais a fazer.”²¹

2.3 FINANCIAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE E O PAPEL DOS TRÊS NÍVEIS DE GOVERNO

Conforme previsto no art. 23, II, da CF/88, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios têm competência comum para cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas com deficiência. Em contrapartida, o art. 30, VII, estabelece o foco na prestação municipalizada dos serviços de atendimento à saúde da população, com a cooperação técnica e financeira da União e dos Estados. No tocante à competência legislativa sobre a proteção e defesa da saúde, a competência é concorrente entre a União, os Estados e o Distrito Federal, segundo o art. 24, inc. XII, da CF/88.

A Constituição não apenas delimitou o âmbito de proteção do direito à saúde, como também definiu a forma de financiamento das políticas sanitárias e por expressa previsão do art. 198, § 1º estabelece que as ações do SUS serão financiadas com recursos do orçamento da

²¹ NOVAIS, Jorge Reis. **Direitos Sociais: teoria jurídica dos direitos sociais enquanto direitos fundamentais**. Coimbra: Coimbra Ed., 2010, p. 294

seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. O § 2º do art. 198 também consignou a obrigatoriedade de aplicação de recursos mínimos em saúde por todos os entes da federação, prevendo ainda no § 3º, que os patamares mínimos de aplicação seriam estabelecidos em Lei Complementar, a ser reavaliada pelo menos a cada cinco anos.

Nesse ínterim, a LOS determina de forma detalhada as atribuições comuns (art. 15) e específicas de cada ente federativo no que tange ao SUS. Embora as funções de gestão e organização sejam atribuídas à União (art. 16), não se percebe em nenhum dispositivo a indicação da execução do serviço seja feita diretamente por ela. Excepcionalmente, nos casos de calamidade grave que escapem do controle dos demais entes federados, ou que representem risco de disseminação nacional, é que a lei prevê a competência da União Federal para executar diretamente ações de saúde (§ 1º do art. 16).

Ao tratar da competência dos Estados (art. 17) determinou que estes promovam a descentralização para os Municípios dos serviços e ações de saúde, além de prestarem apoio técnico e financeiro, indicando que a execução direta do serviço de saúde é em caráter complementar. Aos Municípios (art.18) cabe planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, gerir e executar os serviços públicos de saúde. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios (art. 19).

Em relação à distribuição de medicamentos, a competência da União, Estados e Municípios não está especificada na legislação constitucional e infraconstitucional, e os critérios para a repartição de competências é esboçada em inúmeros atos administrativos federais, estaduais e municipais.

A Lei nº 8.142/90 criou os Fundos de Saúde, consubstanciando requisitos para que os Estados e Municípios pudessem receber recursos federais para serem empregados nas atividades de saúde. E somente em 13 de janeiro de 2012 foi sancionada a Lei Complementar nº 141/12, que disciplinou o art. 198, § 3º da CF/88 ao definir os gastos com saúde, contudo, não trouxe grandes inovações, uma vez que manteve os parâmetros previstos no art. 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT).

Assim, os percentuais de 15% para os Municípios e de 12% para os Estados e o Distrito Federal também foram mantidos, no entanto, restou ausente a fixação de porcentagem mínima a ser investida pela União, prevendo apenas que o ente permanece vinculado a destinar apenas o valor empenhado no exercício financeiro anterior acrescido da variação nominal do Produto

Interno Bruto (PIB) ocorrida no período, se resumindo praticamente a determinar que não sejam diminuídos os valores a serem destinados para esta finalidade.

O que se verifica é que o legislador ordinário modificou arbitrariamente o parâmetro de aferição do patamar mínimo a ser utilizado na saúde pela União, em vez de fixar uma porcentagem mínima, como ordena o texto constitucional. Frise-se que não é meramente formal o rigor do termo “percentuais” contido no art. 198, § 3º, inc. I da CF/88, o objetivo de se consignar no texto constitucional a vinculação orçamentária era justamente o de se ampliar as fontes de financiamento das atividades sanitárias.²²

Diante desse panorama, cabe o questionamento: haveria realmente falta de recursos financeiros para a prestação de serviços de saúde qualificados, de acordo com os parâmetros constitucional e legalmente traçados? Ou o problema seria de má gestão dos recursos existentes? Certamente a gestão dos recursos públicos possui aspectos problemáticos, muitos deles inerentes à própria estrutura administrativa brasileira, por vezes marcada pelo baixo nível de profissionalização e por práticas incompatíveis com uma racionalidade pública, como a corrupção. Contudo, as más práticas administrativas não são problema exclusivo das políticas sanitárias, e que merecem atenção constante, inclusive por parte dos pesquisadores da área jurídica, para que sejam aperfeiçoados os mecanismos que viabilizem uma Administração Pública eficiente.²³

Por outro lado, indubitavelmente o SUS recebe investimentos insuficientes, e é nesse ponto onde talvez resida a principal problemática da saúde pública brasileira. Dados divulgados em janeiro de 2012 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), referentes a pesquisas desenvolvidas no período de 2007 a 2009, revelam que os gastos com saúde do Estado brasileiro alcançaram, em 2009, apenas 3,8% do PIB, aproximadamente R\$ 123,5 bilhões. De acordo com a OMS, países que adotam sistemas universais de cobertura, como o Brasil, deveriam aplicar ao menos 6,5% do PIB para fazer frente às demandas sanitárias. Seria necessário dobrar os valores que são aplicados em ações e serviços de saúde para que se pudesse, efetivamente, considerar satisfeito o comando constitucional de estruturação do SUS sob as diretrizes de universalidade e integralidade.²⁴

²²PIVETTA, Saulo Lindorfer. **Direito Fundamental à Saúde: regime jurídico, políticas públicas e controle judicial**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014, p. 157

²³ *Ibidem*, p. 161

²⁴ PIVETTA, Saulo Lindorfer. **Direito Fundamental à Saúde: regime jurídico, políticas públicas e controle judicial**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014, p. 162

Em 2017 uma nota foi emitida em conjunto pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), expondo um diagnóstico acerca do financiamento do SUS, senão vejamos:

Em termos comparados, nos países com sistemas universais o gasto público corresponde a 70% do gasto total com saúde. Já no Brasil, esse índice corresponde a apenas 47,5% (OMS 2015). O Brasil não gasta pouco em saúde, porque nosso gasto total é de 9,6% do PIB. **O insuficiente é o nosso gasto público que é de apenas 4,5%. Conasems e Conass afirmaram incontáveis vezes que a União é responsável por um “desfinanciamento” progressivo do SUS. Isto porque em 1993, ela era responsável por 72% dos gastos públicos com ações e serviços de saúde reduzindo, em 2015, a apenas 43,08%.** Tal redução, por sua vez, obrigou municípios, estados e o Distrito Federal a ampliarem o financiamento das necessidades em saúde. As consequências têm sido o retardamento da consolidação do SUS, no alcance do que determinam os preceitos constitucionais. Há de se admitir a necessidade de qualificação da gestão e aprimoramento do modelo de atenção à saúde, adequando-os à realidade epidemiológica. **Contudo, é imperioso afirmar que o subfinanciamento da saúde no Brasil é um fato e que se assevera nas dificuldades crescentes para a gestão.**²⁵ (grifo nosso)

De acordo com o levantamento divulgado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) em novembro de 2018, o Estado de Alagoas investia abaixo da média nacional em saúde pública, enquanto o investimento no Brasil ficava em torno de R\$ 1.271,65, o gasto *per capita* de Alagoas era de R\$ 863,18, ocupando a 23ª posição entre os demais estados.²⁶ Por sua vez, em 2019 Alagoas apareceu em 19º lugar, com gasto *per capita* de R\$1.017,16.²⁷ E em 2021 o investimento em Saúde representou 16,84% (R\$ 1,8 bilhão) da receita do Estado, maior percentual já registrado²⁸.

Os governos têm a opção de reexaminar as suas prioridades orçamentais, e há vários motivos pelos quais os países não priorizam à saúde, alguns fiscais, outros políticos, refletindo o grau de preocupação com a saúde do seu povo, que têm, ou são levados a ter, aqueles que governam. Tratar da cobertura universal de saúde também significa tratar dos pobres e marginalizados, pessoas que frequentemente são politicamente excluídas e sem representação.²⁹

²⁵ CONASEMS, CONASS. **Financiamento da saúde.** Publicado em: 26 set 2017. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/nota-conjunta-conasemsconass-financiamento-da-saude/>> Acesso em: 24 abr. 2022.

²⁶ GAZETA WEB. **Alagoas gasta R\$ 863 com saúde pública per capita e fica na 23ª posição nacional.** Publicado em: 13/11/2018. Disponível em: <<https://www.gazetaweb.com/noticias/maceio/alagoas-gasta-r-863-com-saude-publica-per-capita-e-fica-na-23a-posicao-nacional/>>. Acesso em: 24 abr. 2022.

²⁷ GAZETA WEB. **Alagoas ocupa 19º lugar do país em investimentos na saúde.** Publicado em: 24 out. 2020. Disponível em: <<https://d.gazetadealagoas.com.br/economia/294392/alagoas-ocupa-19-lugar-do-pais-em-investimentos-na-saude>>. Acesso em: 19 jul. 2022.

²⁸ SEFAZ. **Com R\$ 8,6 bilhões, AL alcança o maior ciclo de investimentos de sua história.** Publicado em: 24 jan. 2022. Disponível em: <<http://www.sefaz.al.gov.br/noticia/item/3075-com-r-8-6-bilhoes-al-alcanca-o-maior-ciclo-de-investimentos-de-sua-historia>>. Acesso em: 19 jul. 2022.

²⁹ OMS. **Relatório mundial da saúde 2010.** Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal. Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP). Portugal, 2011. Disponível em:

2.4 A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS

Após a institucionalização do SUS como política pública para a saúde no Brasil, se realizou a inclusão formal da Assistência Farmacêutica como uma de suas estratégias, por meio da Política Nacional de Medicamentos (PNM), editada pela portaria GM/MS nº 3.916, em 30 de outubro de 1998.³⁰

Essa política fortalece os princípios e diretrizes constitucionais do SUS, e se baseia no princípio de que é necessário construir uma gestão na qual o medicamento possua relevância nas práticas assistenciais, contribuindo para melhorar as condições de vida e de saúde da população, tendo como finalidade principal garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais.³¹ Se entende que há uso racional quando pacientes recebem medicamentos para suas condições clínicas em doses adequadas às suas necessidades individuais, por um período adequado e ao menor custo para si e para a comunidade.³²

Nesse contexto, o Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), considerando as deliberações da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica sob o tema “Efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na Assistência Farmacêutica, com controle social”, por meio da Resolução nº 338/04, aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF).³³

Na oportunidade, a Assistência Farmacêutica foi compreendida como um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44371/9789899717848_por.pdf?sequence=33&isAllowed=y>. Acesso em: 24 abr. 2022.

³⁰ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **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: 24 abr. 2022.

³¹ CONASS. **Para entender a Gestão do SUS**. Brasília, 2003, p.176. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2022.

³² BRASIL. MS. **Uso Racional de Medicamentos**. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sctie/daf/u>>. Acesso em: 25 abr. 2022

³³ MINISTÉRIO DA SAÚDE. CNS. **Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004**. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html>. Acesso em: 24 abr. 2022.

resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (Resolução nº 338/04, art. 1º, inc. III).

As responsabilidades das instâncias gestoras do SUS, em relação aos medicamentos estão definidas em três componentes que constituem o Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica: Básico, Estratégico e Especializado, além do Programa Farmácia Popular (Portaria GM/MS nº 204/07). Com exceção do Farmácia Popular, em todos os outros componentes o financiamento e a escolha de qual componente o medicamento fará parte é tripartite, ou seja, a responsabilidade é da União, dos estados e os municípios.³⁴

Nessa seara, a Lei 12.401/11, inseriu o capítulo VIII à LOS, que trata da assistência terapêutica e da incorporação de tecnologia em saúde. Nesse capítulo, definiu que a assistência terapêutica integral consiste na dispensação de medicamentos e produtos de interesse para saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou agravo à saúde a ser tratado ou, na ausência do protocolo, com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS ou, de forma suplementar, pelos gestores estaduais e municipais (Lei 8.080/90, art. 19-M, inc. I c/c art. 19-P). Consiste também na oferta de procedimentos terapêuticos constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do SUS (Lei 8.080/1990, art. 19-M, inciso II).

A Lei 12.401/2011 também criou a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), que é a responsável pela incorporação, a exclusão ou a alteração de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolos clínicos ou de diretriz terapêutica (art. 19-Q). Assim, a integralidade da assistência à saúde é norteadas por três instrumentos que orientam o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde do SUS: 1) os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PDCT), 2) as relações de ações e serviços de saúde e, 3) as relações de medicamentos essenciais. Esses instrumentos devem ser atualizados e publicados a cada dois anos (Decreto. 7.508/11, art. 22, parágrafo único c/c 26, parágrafo único).

Os PDCT definem os critérios de diagnóstico de cada doença ou do agravo à saúde, o tratamento com os medicamentos e demais produtos apropriados, as posologias recomendadas, os mecanismos para o monitoramento clínico da efetividade do tratamento e para a supervisão de possíveis efeitos adversos, além de mecanismos para a garantia da prescrição segura e eficaz

³⁴MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sobre a Assistência Farmacêutica no SUS**. Publicado em 07/01/2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sctie/daf/sobre-a-assistencia-farmacutica-no-sus>>. Acesso em: 24 abr. 2022.

(Decreto 7.508/11, art. 2º, inciso VIII, e art. 26). Por sua vez, as relações de ações e serviços de saúde se referem a cada nível federativo. No âmbito federal, cabe ao Ministério da Saúde dispor sobre a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), compreendendo todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde (Decreto 7.508/11, arts. 21 e 22).

Por fim, as relações de medicamentos também se desdobram nos três níveis federativos. No nível federal, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), elaborada pelo Ministério da Saúde, compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças e agravos no âmbito do SUS (Decreto 7.508/011, arts. 25 e 26). Os Estados, o Distrito Federal (DF) e os Municípios poderão adotar relações específicas e complementares à RENAME. Todos os produtos constantes dessas listas deverão ter sido registrados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Nos termos do art. 4º da Resolução nº 1, de 17 de janeiro de 2012³⁵, da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a RENAME está dividida em Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF), Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), além de determinados medicamentos de uso hospitalar e cabe a cada município estabelecer sua própria relação de medicamentos de acordo com suas características epidemiológicas. Hospitais possuem descrição nominal própria de tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais do SUS.

O acesso aos medicamentos previstos na RENAME pressupõe o preenchimento de quatro condições cumulativas: a) o usuário deve estar assistido por ações e serviços de saúde do SUS; b) o medicamento deve ter sido prescrito por profissional de saúde do SUS, no exercício regular de suas funções; c) a prescrição deve estar em conformidade com os PDCT e com a RENAME ou com relações complementares de medicamentos; e d) a dispensação deve ocorrer em unidades indicadas pela direção do SUS (Decreto nº 7.508/11, art. 28).

Diante da impossibilidade de ofertar toda e qualquer terapêutica para todos os usuários do SUS, é necessário alocar os recursos disponíveis de forma racional, considerando critérios de eficácia, segurança e custo-efetividade. Ocorre que, mesmo com avanços como a política

³⁵MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. CIT. **Resolução nº 1, de 17 de janeiro de 2012**. Estabelece as diretrizes nacionais da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). disponível em: <<https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2017/02/CIT1-2012.pdf>> Acesso em: 24 abr. 2022.

dos genéricos, as pesquisas com fitoterápicos, a política da Farmácia Popular e a ampliação da relação de medicamentos oferecidos, ainda é grande a desigualdade no acesso a medicamentos por parte da população brasileira, havendo muitas fragilidades e desafios a serem encarados pelos gestores.

2.4.1 Fluxo de incorporação de tecnologias e medicamentos nas relações do SUS

No Brasil, há mais de 10.000 (dez mil) apresentações medicamentosas registradas na Anvisa.³⁶ Diante da impossibilidade de adquirir todas essas apresentações, o SUS seleciona um elenco de medicamentos com o objetivo de atender as demandas prioritárias da população.

Como dito no tópico anterior, foi a Lei 12.401/11 que estabeleceu a Conitec como o órgão de assessoramento ao Ministério da Saúde nas atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração de novos medicamentos pelo SUS, produtos e procedimentos, bem como, na constituição ou alteração de PCDT. Para regulamentar a composição, as competências e o funcionamento, foi publicado o Decreto n° 7.646 de 21 de dezembro de 2011.

A estrutura de funcionamento da Conitec é formada por dois fóruns: Plenário e Secretaria-Executiva. O Plenário é o fórum responsável pela emissão de recomendações para assessorar o Ministério da Saúde na incorporação, exclusão ou alteração das tecnologias, no âmbito do SUS, na constituição ou alteração de PCDT e na atualização da RENAME. É composto por representantes do Ministério da Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), da Anvisa, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Conselho Federal de Medicina (CFM). Cabe à Secretaria-Executiva a gestão e a coordenação das atividades da Conitec, bem como a emissão do relatório final sobre a tecnologia a ser incorporada.

Para a incorporação de tecnologias no SUS é necessária a investigação das consequências clínicas, econômicas e sociais da utilização destas, este processo é chamado Avaliação de Tecnologia em Saúde (ATS). Pela lei, a análise deve ser baseada em evidências científicas disponíveis na literatura, levando em consideração aspectos como eficácia, acurácia, efetividade e a segurança da tecnologia, além da avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já existentes. Estabelece, ainda, a exigência

³⁶PORTAL BRASILEIRO DE DADOS ABERTOS. **Medicamentos Registrados no Brasil**. Disponível em: <<https://dados.gov.br/dataset/medicamentos-registrados-no-brasil>>. Acesso em: 24 abr. 2022.

do registro prévio do produto na Anvisa para que este possa ser avaliado para a incorporação no SUS. (Decreto 7.646/11, arts. 15º e 18º).

A legislação não faz qualquer restrição quanto a legitimidade para demandar, portanto, qualquer pessoa ou instituição pode solicitar a análise da Conitec a respeito da incorporação, alteração e exclusão de tecnologias no elenco do SUS. No entanto, as demandas devem preencher os requisitos documentais exigidos legalmente, conforme determina o art. 15 do Decreto nº 7.646/2011. As informações sobre a elaboração das propostas de incorporação podem ser acessadas no portal eletrônico da Conitec,³⁷ onde constam as instruções detalhadas sobre a elaboração das propostas de incorporação: links para os formulários específicos, de acordo com o tipo de tecnologia, e informações sobre a montagem do processo físico (dossiê) que deve ser entregue.

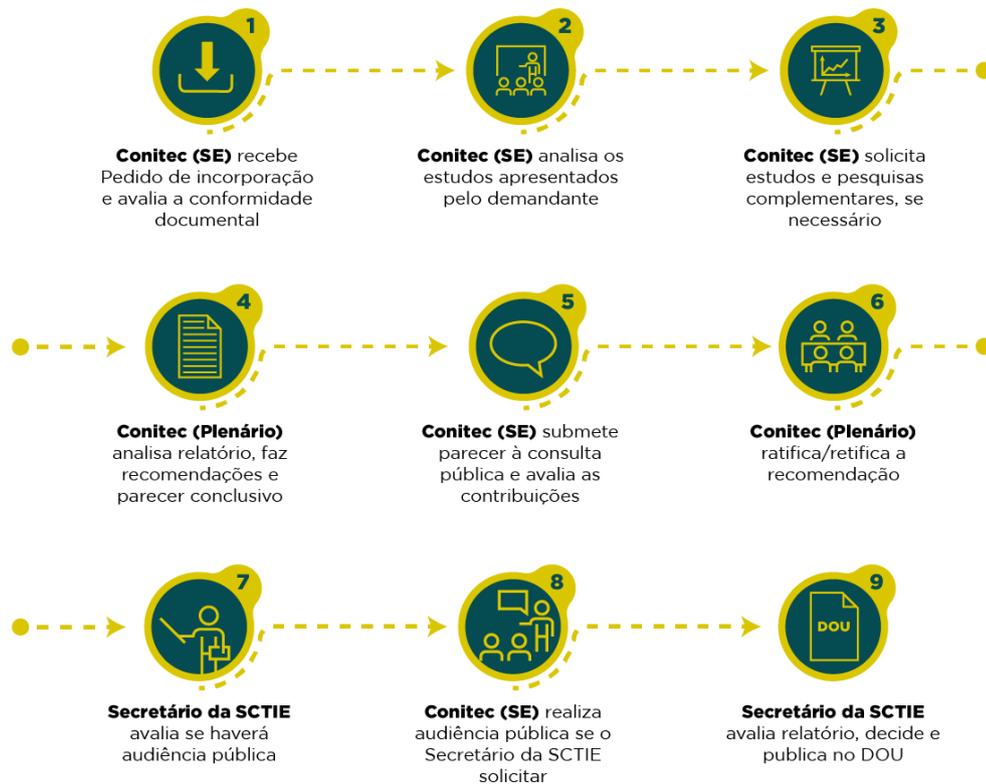
O documento principal desse dossiê deve conter: a) descrição da doença/condição de saúde relacionada à utilização da tecnologia; b) descrição da tecnologia; c) descrição das evidências científicas da tecnologia comparada à(s) já disponibilizada(s) no SUS (Revisão Sistemática ou Parecer Técnico-Científico); d) estudo de avaliação econômica na perspectiva do SUS; e) análise de impacto orçamentário; f) referências bibliográficas; g) cópia da bula ou instrução de uso aprovada na Anvisa.

O prazo para análise é de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir da data do protocolo de solicitação do pedido, admita a prorrogação por mais 90 (noventa) dias, quando as circunstâncias exigirem. A decisão final é publicada no Diário Oficial da União (DOU) e disponibilizada no endereço eletrônico da Conitec, cabendo interposição de recursos, sem efeito suspensivo, no prazo de 10 (dez) dias. Por fim, a partir da publicação da decisão final optando pela incorporação, as áreas técnicas terão prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias para efetivar a oferta ao SUS (Decreto 7.646/11, art. 24-26).

Em caso de decisão desfavorável ao pleito, o interessado pode, em qualquer tempo, submeter novamente a proposta, desde que seja apresentado fato novo, oportunidade em que será refeito todo o rito administrativo. O fluxo de avaliação e incorporação de tecnologias em saúde no SUS se encontra detalhado na figura abaixo (Figura 1):

³⁷ Disponível em: <<http://conitec.gov.br/faca-sua-proposta-de-incorporacao>>

Figura 1 - Fluxo de incorporação de tecnologias no Brasil



Fonte: Ministério da Saúde, 2014 ³⁸

No processo de ATS há previsão de realização de audiência pública, conforme o art. 19-R da LOS e art. 21 do Decreto nº 7.646/11. Esse processo ocorre após a recomendação final da Conitec, quando o relatório técnico, contendo a deliberação do Plenário, e o registro de deliberação são remetidos para decisão final. Assim, caso o Secretário da SCTIE/MS entenda que sejam necessários mais subsídios, pode solicitar a realização de audiência pública para colher a manifestação da sociedade antes de tomar sua decisão.

A audiência pública é um importante instrumento de participação social, e consequentemente, dos pacientes, no processo de incorporação de tecnologias no SUS. Embora os resultados das ATS sejam relevantes para uma série de interessados, por vezes, as evidências existentes podem não trazer informações suficientes sobre o impacto da tecnologia na realidade dos pacientes e seus cuidadores, além disso, esse público é o grupo mais diretamente afetado pelas decisões, portanto, é importante que o seu ponto de vista seja considerado no processo.³⁹

³⁸ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conitec. **Fluxo de Incorporação de Tecnologias no SUS**. Publicado em: 29/07/2014. Disponível em: <<http://conitec.gov.br/index.php/fluxo-de-incorporacao-de-tecnologias-no-sus>>. Acesso em: 24 abr. 2022.

³⁹MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Entendendo a incorporação de tecnologias em saúde no sus: como se envolver**. Brasília: Ministério da Saúde Ed, 2016, 34p.

Para concluir esse tópico, correlacionando ao ponto específico deste trabalho, convém mencionar que enquanto alguns defendem análises aprofundadas antes de incorporar fármacos ao SUS, a demora na conclusão desses estudos pode ser crucial para os pacientes que dependem das aprovações e justamente por isso, em alguns casos, há reivindicação no Judiciário para o uso dos medicamentos ainda não incorporação pelos órgãos responsáveis.

3 A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

3.1 ATIVISMO JUDICIAL, LIMITES E CRÍTICAS À INTERFERÊNCIA DO PODER JUDICIÁRIO

A Constituição de 1988 prestigiou o Poder Judiciário, mais do que isso, ofereceu meios para de modo eficaz, fiscalizar a atuação dos demais Poderes do Estado e dar vazão ao exercício da cidadania, com o fim de admitir a provocação do Judiciário por meio de instrumentos processuais adequados à tutela de interesses coletivos, difusos e individuais homogêneos.⁴⁰

Por força do art. 5º, inc. XXXV, da CF/88, que reproduz o princípio da inafastabilidade da Jurisdição, nenhuma lesão ou ameaça de direito será afastada da apreciação do Poder Judiciário. É incontroverso que existe o dever estatal de prestar de forma articulada os serviços de saúde preventivos e curativos, individuais e coletivos, no seu aspecto mais amplo possível e na ausência ou insuficiência dessas prestações materiais, cabe indiscutivelmente a efetivação judicial desse direito originário à prestação.⁴¹

Nessa linha, Barroso leciona que as normas constitucionais, como as normas jurídicas em geral, são dotadas do atributo da imperatividade, portanto, contêm comandos e ocorrida a violação, o sistema constitucional e infraconstitucional, proveem por meio da ação e da jurisdição a tutela do direito ou bem jurídico afetado e restauração da ordem jurídica, dessa forma, ocorrendo uma lesão, o titular do direito ou alguém com legitimação ativa para protegê-lo pode ir a juízo postular reparação. O Poder Judiciário, como consequência, passa a ter papel ativo e decisivo na concretização da Constituição.⁴²

Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/entendendo_incorporacao_tecnologias_sus_envolver.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2022.

⁴⁰CLÈVE, Clèmerson Merlin, BARROSO, Luís Roberto (Org.). **Doutrinas Essenciais: Direito Constitucional**. vol. V. São Paulo: Ed. RT. 2011, p.896

⁴¹CUNHA JR, Dirley da. **Curso de Direito Constitucional**. Salvador: Juspodivm, 9. ed, 2015, p. 612

⁴²BARROSO, Luís Roberto. **Da falta de efetividade a judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial**. Revista de Direito Social, Porto Alegre, v. 34, p. 11-43, 2009, p. 16 Disponível em: <<https://edisciplinas.usp.br/mod/url/view.php?id=3112175>>. Acesso em: 19 abr. 2022.

Segundo o autor, a judicialização “significa que algumas questões de larga repercussão política ou social estão sendo decididas por órgãos do Poder Judiciário, e não pelas instâncias políticas tradicionais: o Congresso Nacional e o Poder Executivo”, e enfatiza que envolve uma transferência de poder para juízes e tribunais.⁴³ Nesse contexto, Marcelo Novelino afirma que se os Poderes Legislativo e Executivo agem de forma desinteressada pela efetivação dos direitos fundamentais sociais, deve o Judiciário viabilizar, a todos, o acesso aos bens cuja fruição lhes haja sido injustamente recusada pelo Estado. Com isso, ao invés da resposta estatal vir dos órgãos do Executivo e Legislativo, o Judiciário passa a atuar para suprir a demanda.⁴⁴

Apesar da densidade do tratamento normativo constitucional e infraconstitucional, o Brasil ainda apresenta deficiências consideráveis na efetivação do direito fundamental à saúde quanto ao acesso a diversos bens e serviços específicos. No que diz respeito ao desempenho dos diferentes agentes políticos no processo de realização de políticas e suas motivações, Krell pontua que:

É notório que, no caso, do Brasil, as dificuldades na aplicação das normas sobre saúde, educação, meio ambiente etc. decorrem também de antigos problemas do desempenho dos órgãos públicos, como a falta de vontade política, o clientelismo, a corrupção, bem como a falta de estratégias e programas adequados de implementação legal. Da mesma maneira, é óbvio que na arena de definição e execução das políticas públicas sempre haverá pressões de grupo de interesse, barganhas partidárias e troca de favores, ameaças e coações, medidas de geração de consenso, de persuasão etc.⁴⁵

Sob essa perspectiva, o Judiciário brasileiro tem exibido uma posição claramente ativista. A ideia de ativismo judicial está associada a uma participação mais ampla e intensa do Judiciário na concretização dos valores e fins constitucionais, com maior interferência no espaço de atuação dos outros dois Poderes, podendo se manifestar por meio de diferentes condutas, dentre elas, a imposição de condutas ou de abstenções ao Poder Público, notadamente em matéria de políticas públicas. Nessa categoria, provavelmente o exemplo mais notório é o da distribuição de medicamentos e determinação de terapias mediante decisão judicial.⁴⁶

⁴³ BARROSO, Luís Roberto. **Judicialização, Ativismo Judicial e Legitimidade Democrática**. In: *Suffragium*. Revista do Tribunal Regional Eleitoral do Ceará. Vol. 5, nº 8, p.1-177. Ceará, 2009, p.12. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.tse.jus.br/xmlui/handle/bdtse/5498>> Acesso em: 01 maio 2022.

⁴⁴ NOVELINO, Marcelo. **Dos direitos sociais**. In: NOVELINO, Marcelo. Direito constitucional. São Paulo: Método, 2008, p.371-379.

⁴⁵ KRELL, Andreas J. Para além do fornecimento de medicamentos para indivíduos – O exercício da cidadania jurídica como resposta à falta de efetivação dos direitos sociais: em defesa de um ativismo judicial moderado no controle de políticas públicas. In: FEITOSA, Enoque et al (org.). **O Judiciário e o Discurso dos Direitos Humanos**, vol. 2. Recife: UFPE, 2012, p. 136

⁴⁶ BARROSO, Luís Roberto. *Op. Cit.* p.14-16.

Conforme informações do CNJ o número de demandas judiciais relativas à saúde aumentou 130% entre 2008 e 2017, enquanto o número total de processos judiciais cresceu 50%. Acrescenta ainda que em sete anos houve um crescimento de aproximadamente 13 vezes nos gastos com demandas judiciais, atingindo R\$1,6 bilhão em 2016, fazendo a ressalva que esse montante, ainda que pequeno, comparado ao orçamento público para a saúde, representa parte substancial do valor disponível para alocação discricionária da autoridade pública, atingindo níveis suficientes para impactar a política de compra de medicamentos, um dos principais objetos das demandas judiciais.⁴⁷

Diante do crescente aumento de ações judiciais dessa natureza, surgem diversas discussões sobre a necessidade de se impor limites ao ativismo judicial e críticas acerca das implicações da judicialização de medicamentos não fornecidos pelo SUS, sob a acusação de que causam inúmeros inconvenientes, dentre os quais, déficit democrático, quebra da separação de poderes, desequilíbrio financeiro e inviabilidade de um adequado planejamento administrativo por parte dos diversos entes federativos.⁴⁸

3.1.1 Corrente contramajoritária

Para Barroso, o fenômeno do ativismo judicial se desvincula do processo legislativo ordinário e expressa postura ativa do intérprete, que por consequência, atua como legislador positivo, senão vejamos:

O ativismo judicial, por sua vez, expressa uma postura do intérprete, um modo proativo e expansivo de interpretar a Constituição, potencializando o sentido e alcance de suas normas, para ir além do legislador ordinário. Trata-se de um mecanismo para contornar, *bypassar* (sic) o processo político majoritário quando ele tenha se mostrado inerte, emperrado ou incapaz de produzir consenso. Os riscos da judicialização e, sobretudo, do ativismo envolvem a legitimidade democrática, a politização da justiça e a falta de capacidade institucional do Judiciário para decidir determinadas matérias.⁴⁹

Neste ponto reside uma das críticas feitas à judicialização do direito à saúde, a suposta falta de legitimidade democrática do Poder Judiciário para atuar nesta matéria, uma vez que

⁴⁷ CNJ. **Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas de solução** (Insper). Brasília, 2019, p.13. Disponível em: <<http://cnsaude.org.br/wp-content/uploads/2019/07/JUDICIALIZAÇÃO-DA-SAÚDE-NO-BRASIL.pdf>>. Acesso em: 01 maio 2020.

⁴⁸ MOREIRA, Davi Antônio Gouvêa Costa. **A concretização do direito fundamental à saúde e a judicialização do acesso a medicamentos: em busca de parâmetros adequados para a tutela judicial**. Dissertação (Mestrado em Direito) – UFAL/FDA. Programa de Pós-Graduação em Direito. 181 f. Maceió, 2015, p. 93-95. Disponível em <<http://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/1882>>. Acesso em: 01 maio 2022

⁴⁹ BARROSO, Luís Roberto. **Judicialização, Ativismo Judicial e Legitimidade Democrática**. In: *Suffragium* - Revista do Tribunal Regional Eleitoral do Ceará. Vol. 5, nº 8, p.1-177. Ceará, 2009, p. 20. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.tse.jus.br/xmlui/handle/bdtse/5498>> Acesso em: 01/05/2022

esta demanda dos seus atores a confirmação popular, chegando ao ponto de se afirmar que a judicialização promove um governo dos juízes, em vez de um governo do povo.⁵⁰

Ocorre que, pode acontecer de a maioria política, com representantes democraticamente eleitos, violar direitos fundamentais sociais. Nesses casos, se essa atuação é para preservar um direito fundamental previsto na Constituição ou para dar cumprimento à alguma lei existente, e não um ato de vontade própria do órgão julgador, vai surgir a possibilidade de o Judiciário interferir em deliberações do Legislativo e o Executivo, órgãos que, em regra, representam maiorias políticas.⁵¹

Esse também foi o entendimento esposado nos autos da Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 45 (Informativo/STF nº 345/2004). Na decisão foi observado pelo Relator Min. Celso de Mello que não se inclui ordinariamente, no âmbito das funções institucionais do Poder Judiciário a atribuição de formular e implementar políticas, pois, nesse domínio o encargo reside, primariamente, nos Poderes Legislativo e Executivo, contudo, poderá se atribuir, ainda que excepcionalmente, ao Judiciário, se e quando os órgãos estatais competentes, por descumprirem os encargos político-jurídicos que sobre eles incidem em caráter mandatário, vierem a comprometer a eficácia e a integridade dos direitos individuais e/ou coletivos impregnados de estatura constitucional.⁵²

Dessa forma, a crítica a respeito da legitimidade da tutela judicial em face da omissão ou a atuação insuficiente do Estado no que concerne à dispensação de medicamentos configura um enfraquecimento dos avanços conquistados pelo sistema normativo brasileiro.⁵³ Segundo Moreira “o ponto mais sensível é de que maneira pode essa atuação lidar produtivamente com certos aspectos condicionantes como, por exemplo, a separação de poderes e a reserva do possível, sem enveredar pelos riscos decorrentes da superlitigação”.⁵⁴

⁵⁰ MOREIRA, Davi Antônio Gouvêa Costa. **A concretização do direito fundamental à saúde e a judicialização do acesso a medicamentos: em busca de parâmetros adequados para a tutela judicial**. Dissertação (Mestrado em Direito) – UFAL/FDA. Programa de Pós-Graduação em Direito. 181 f. Maceió, 2015, p. 95. Disponível em <<http://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/1882>>. Acesso em: 01 maio 2022

⁵¹ BARROSO, Luís Roberto. **Judicialização, Ativismo Judicial e Legitimidade Democrática**. In: *Suffragium* - Revista do Tribunal Regional Eleitoral do Ceará. Vol. 5, nº 8, p.1-177. Ceará, 2009, p. 11. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.tse.jus.br/xmlui/handle/bdtse/5498>> Acesso em: 01/05/2022.

⁵² STF - ADPF: 45 DF, Relator: Min. CELSO DE MELLO, Data de Julgamento: 29/04/2004, Data de Publicação: DJ 04/05/2004

⁵³ SANT'ANA, João Maurício Brambati et al. Essencialidade e assistência farmacêutica: considerações sobre o acesso a medicamentos mediante ações judiciais no Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**. 2011, p. 138. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/rpsp/2011.v29n2/138-144/#ModalArticles>>. Acesso em: 01 maio 2022.

⁵⁴ MOREIRA, Davi Antônio Gouvêa Costa. *Op. Cit.*, p. 97.

3.1.2 O Princípio da Separação dos Poderes

Essa crítica se funda no entendimento de que a imposição pelo Judiciário aos entes federados a concederem tratamentos de saúde fere o princípio constitucional da separação dos poderes previsto no art. 2º da CF/88.

A essência da separação de Poderes é sintetizada por Cunha Jr em duas vertentes, na separação funcional, onde cada função deve ser confiada a cada órgão da maneira mais especializada possível, e na separação orgânica, onde os órgãos da soberania devem ter interdependência mútua e estar em pé de igualdade. Esclarece ainda que o que caracteriza a independência entre os Poderes políticos não é a exclusividade no exercício das funções que lhes são atribuídas, mas a predominância no seu desempenho e que a participação de um Poder na função típica de outro não ameaça a separação das funções estatais, uma vez que estas não são absolutas, mas tão-somente relativas.⁵⁵

A observância deste princípio importa que a um poder não podem ser atribuídas funções de uma maneira tal que promova o esvaziamento das atribuições precípuas de um outro poder. À vista disso, o controle de políticas públicas de saúde pelo Judiciário não se presta à invasão da esfera essencial de atuação dos demais poderes, quando justificados pela inércia ou pela inadequação dos atos por eles praticados.⁵⁶

Fazendo referência mais uma vez ao voto do Min. Celso de Melo proferido na ADPF nº 45⁵⁷, segue trecho em que fica claro o entendimento de que a judicialização da saúde não é uma violação da separação de poderes, pelo contrário, reflete o relevante papel concretizador desempenhado por juízes e tribunais em matéria de direitos fundamentais:

No entanto, parece-nos cada vez mais necessária a revisão do vetusto dogma da Separação dos Poderes em relação ao controle dos gastos públicos e da prestação dos serviços básicos no Estado Social, visto que os Poderes Legislativo e Executivo no Brasil se mostraram incapazes de garantir um cumprimento racional dos respectivos preceitos constitucionais. [...] Muitos autores e juízes não aceitam, até hoje, uma obrigação do Estado de prover diretamente uma prestação a cada pessoa necessitada de alguma atividade de atendimento médico, ensino, de moradia ou alimentação. Nem a doutrina nem a jurisprudência têm percebido o alcance das normas constitucionais programáticas sobre direitos sociais, nem lhes dado aplicação adequada como princípios-condição da justiça social. A negação de qualquer tipo de obrigação a ser

⁵⁵ CUNHA JR, Dirley da. **Curso de Direito Constitucional**. Salvador: Juspodivm, 9. ed, 2015, p. 437-440

⁵⁶ MOREIRA, Davi Antônio Gouvêa Costa. **A concretização do direito fundamental à saúde e a judicialização do acesso a medicamentos: em busca de parâmetros adequados para a tutela judicial**. Dissertação (Mestrado em Direito) – UFAL/FDA. Programa de Pós-Graduação em Direito. 181 f. Maceió, 2015, p. 98. Disponível em <<http://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/1882>>. Acesso em: 01 maio 2022

⁵⁷ STF - ADPF: 45 DF, Relator: Min. CELSO DE MELLO, Data de Julgamento: 29/04/2004, Data de Publicação: DJ 04/05/2004

cumprida na base dos Direitos Fundamentais Sociais tem como consequência (sic) a renúncia de reconhecê-los como verdadeiros direitos.

A crítica por meio dessa linha argumentativa, principalmente quando exclui a possibilidade de dedução em juízo de um direito subjetivo originário a prestações de caráter material, não pode subsistir, em razão do teor literal da norma contida no art. 5º, § 1º, da CF/88, assim como, pelo fato de que os direitos sociais perderiam a sua condição de direitos fundamentais, caso seu objeto e a decisão sobre sua eficácia e efetividade ficassem integralmente subordinados ao legislativo e ao executivo, transformando tais direitos em direitos apenas na medida da lei, em que pese, se reconheça o papel prioritário e indispensável do legislador e do administrador para a efetividade dos direitos sociais.⁵⁸

3.1.3 Princípio do Mínimo Existencial *versus* Princípio da Reserva do possível

Os direitos sociais têm por propósito garantir um mínimo necessário a uma existência digna, o chamado mínimo existencial, traduzido na disponibilidade de recursos materiais indispensáveis à satisfação dos postulados da justiça social e em razão disso, em regra, dependem de prestações materiais positivas do Executivo e de providências jurídico-normativas do Legislativo.⁵⁹

Convém esclarecer que o mínimo existencial tem um sentido mais abrangente que o mínimo vital, este compreende apenas as prestações materiais necessárias à subsistência, ao passo que aquele envolve todas as prestações necessárias a uma vida com dignidade, portanto, não se resumindo à sobrevivência.⁶⁰ Na concepção de Ricardo Lobo Torres, os três pilares que sustentam o conceito de mínimo existencial seriam o direito à saúde, à educação e à alimentação, dessa maneira, deixar de concretizá-los conduziria à ofensa ao princípio da dignidade da pessoa humana.⁶¹

Barcellos defende que não é qualquer prestação de saúde que integra o mínimo existencial, apenas aquelas prestações que podem ser disponibilizadas a toda e qualquer pessoa, que conformaria o que a autora denomina de “saúde básica”, ou seja, o critério seria a universalização do acesso ao bem jurídico. Conclui que estas prestações que compõem o mínimo existencial são exigíveis de plano, independentemente de regulamentação

⁵⁸ SARLET, Ingo Wolfgang. **Curso de Direito constitucional** / Ingo Wolfgang Sarlet, Luiz Guilherme Marinoni e Daniel Mitidiero. 8. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2019, p. 654

⁵⁹ CUNHA JR, Dirley da. **Curso de Direito Constitucional**. Salvador: Juspodivm, 9. ed, 2015, p.657

⁶⁰ FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Direito fundamental à saúde: parâmetros para sua eficácia e efetividade**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007, p. 188

⁶¹ TORRES, Ricardo Lobo. **Os direitos humanos e a tributação**. Rio de Janeiro: Renovar, 1995, p. 133.

infraconstitucional, entretanto, para as demais prestações é exigível a intervenção do legislador ordinário.^{62 63}

Partindo do aludido critério da universalização da saúde, especificamente no que se refere à assistência terapêutica integral por meio da dispensação de medicamentos, merecem destaque algumas alterações promovidas na LOS pela Lei. 12.401/11, *in verbis*:

Art. 19-M. A assistência terapêutica integral a que se refere a alínea d do inciso I do art. 6º consiste em: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - Dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011) [...]

Art. 19-N. Para os efeitos do disposto no art. 19-M, são adotadas as seguintes definições: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011) [...]

II - Protocolo clínico e diretriz terapêutica: documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011) [...]

Art. 19-P. Na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - Com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, observadas as competências estabelecidas nesta Lei, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

É possível constatar que os PCDT delimitam o conteúdo do direito à saúde assegurado ao cidadão e orientam a ação dos profissionais da saúde pública, assim, inicialmente, o usuário do SUS não terá acesso ao tratamento que lhe convir, mas sim àquele que se mostrar adequado ao seu caso, conforme orientação dos PCDT. Não obstante, toda padronização comporta exceções, de maneira que existem hipóteses em que os tratamentos e remédios definidos nos protocolos e diretrizes não são adequados a determinados casos médicos, ou para um paciente específico, ensejando assim, uma intervenção alternativa.⁶⁴

Quanto à essas situações, necessário apontar que a supracitada norma não prescreve “apenas” serão receitados tratamentos previstos nos protocolos e diretrizes, portanto, estes

⁶² BARCELLOS, Ana Paula. **O direito a prestações de saúde: complexidades, mínimo existencial e o valor das abordagens coletivas e abstrata.** *Apud* SOUZA NETO, Cláudio Pereira, SARMENTO, Daniel (coord.). Direitos sociais: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie. Rio de Janeiro. Lumen Juris, 2008. p. 807-815.

⁶³ BARCELLOS, Ana Paula. **A eficácia jurídica dos princípios constitucionais.** Rio de Janeiro: Renovar, 3. ed. 2011, p. 328-329.

⁶⁴ PIVETTA, Saulo Lindorfer. **Direito Fundamental à Saúde: regime jurídico, políticas públicas e controle judicial.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014, p. 150-152

devem ser interpretados como normas de orientação, no entanto, se verificada a ineficiência do tratamento nele previsto, ou a ausência de protocolo clínico para o quadro, é perfeitamente plausível que o médico receite o medicamento adequado ao paciente.⁶⁵

Qualquer entendimento que considere apenas a prescrição expressamente prevista no PCDT viola a diretriz constitucional de atendimento integral, que segundo o art. 7º, inc. II da LOS, é “entendida como 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”. A padronização do atendimento não deve significar engessamento do SUS, assegurando que os cidadãos tenham acesso ao tratamento adequado à sua enfermidade.

Nesse contexto, provavelmente o ponto mais polêmico em termos de exigibilidade do fornecimento de medicamentos não listados no SUS, assim como o controle jurisdicional de políticas públicas como um todo, diz respeito à denominada reserva do possível, ou seja, com a dimensão econômica dos direitos sociais, naquilo que guarda relação com a destinação, criação e (re)distribuição de recursos materiais e humanos.⁶⁶

Apesar de se reconhecer que todos os direitos sempre acarretam gastos para sua efetivação, parte da doutrina sustenta que, se sempre é necessária a alocação de recursos públicos para assegurar o fornecimento dessas prestações, a efetividade desses direitos seria dependente da conjuntura econômica, insurgindo a questão acerca da (im)possibilidade de o Poder Judiciário impor aos demais entes estatais a satisfação das prestações reclamadas por particulares, uma vez que poderia impactar o provimento de bens e serviços que integram o esquema de políticas públicas já regulado.⁶⁷

Ocorre que, o âmago da questão relativa à reserva do financeiramente possível, é que sua compreensão por vezes é distorcida em razão da recepção de um conceito germânico, e apesar das contribuições da doutrina estrangeira que indiscutivelmente proporcionaram avanços na literatura jurídica nacional, é discutível o traslado das teorias desenvolvidas em países com contextos socioeconômicos e políticos completamente distintos da realidade histórico-concreta brasileira.⁶⁸

⁶⁵ PIVETTA, Saulo Lindorfer. **Direito Fundamental à Saúde: regime jurídico, políticas públicas e controle judicial**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014, p. 153

⁶⁶ SARLET, Ingo Wolfgang. **Curso de Direito constitucional** / Ingo Wolfgang Sarlet, Luiz Guilherme Marinoni e Daniel Mitidiero. 8. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2019, p. 654

⁶⁷ *Ibidem*, p. 656

⁶⁸ CUNHA JR, Dirley da. **Curso de Direito Constitucional**. Salvador: Juspodivm, 9. ed, 2015, p. 620

Nesse sentido, Krell mostra que a reserva do possível consiste em uma falácia, decorrente de um Direito Constitucional comparado equivocadamente, transferido sem as devidas adaptações, na medida em que a situação social brasileira não pode ser comparada àquela dos países membros da União Europeia.⁶⁹ Também faz um alerta relevantíssimo, que na Alemanha não há grande contingente de pessoas que não acham uma vaga nos hospitais mal equipados da rede pública, não há necessidade de organizar a produção e distribuição da alimentação básica a milhões de indivíduos para evitar subnutrição ou morte, entre outros, conjecturando que os doutrinadores germânicos fossem inseridos na mesma situação socioeconômica de exclusão social, passariam a exigir com veemência a interferência do Poder Judiciário.⁷⁰

É certo que as limitações relacionadas à reserva do possível não são em si uma falácia, conforme assevera Sarlet, “o que de fato é falacioso é a forma pela qual o argumento tem sido por vezes utilizado entre nós, como óbice à intervenção judicial e desculpa genérica para uma eventual omissão estatal no campo da efetivação dos direitos fundamentais, especialmente daqueles de cunho social.”⁷¹ Além disso, há que se acrescentar que a problemática da escassez de recursos é de caráter moderado, jamais absoluto, uma vez que não se está a falar sobre um Estado despojado de recursos financeiros, pelo contrário, a atividade de arrecadação tributária no Brasil é bastante significativa.⁷² Existe e sempre existirá recursos financeiros, só que não se encontra devidamente distribuído, este sim é o caso.⁷³

Para exemplificar a afirmação acima, menciona-se os custos do funcionalismo público, que segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea),⁷⁴ em 2006 era de aproximadamente R\$ 472 bilhões e em 2017 chegou a R\$751 bilhões, o equivalente a um aumento de 59%. Além disso, conforme estudo realizado pelo Instituto Millenium, estima-se que esse valor chegou a R\$930 bilhões em 2019, de tal maneira que 13,7% do PIB daquele ano foi usado para essa finalidade, contra 6% em educação e 3,9% em saúde.⁷⁵

⁶⁹ KRELL, Andreas Joachim. **Direitos Sociais e Controle Judicial no Brasil e na Alemanha: os (des)caminhos de um direito constitucional “comparado”**. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 2002, p.53-54.

⁷⁰ *Ibidem*, p.108-109.

⁷¹ SARLET, Ingo Wolfgang. **Curso de Direito constitucional** / Ingo Wolfgang Sarlet, Luiz Guilherme Marinoni e Daniel Mitidiero. 8. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2019, p.658

⁷² PIVETTA, Saulo Lindorfer. **Direito Fundamental à Saúde: regime jurídico, políticas públicas e controle judicial**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014, p.75

⁷³ CUNHA JR, Dirley da. Op. Cit, p.622

⁷⁴ IPEA. FELIX Lopez, Felix; GUEDES, Erivelton. Três décadas de evolução do funcionalismo público no Brasil (1986-2017). Disponível em <<https://www.ipea.gov.br/atlasestado/download/154/tres-decadas-de-funcionalismo-brasileiro-1986-2017>>. Acesso em: 03 maio 2022.

⁷⁵ ANDREASSA, Luiz. **Qual é o custo do funcionalismo público no Brasil?** Publicado em: 24/11/2020. Disponível em: <<https://www.politize.com.br/qual-o-custo-do-funcionalismo-publico/>>. Acesso em: 04 maio 2022

Dentre as causas desses gastos, se evidencia os chamados supersalários, que ultrapassam o teto das remunerações dos funcionários públicos, correspondente ao subsídio dos ministros do STF, hoje determinado em aproximadamente R\$39 mil reais, esclarecendo que neste valor ainda não estão incluídos os demais benefícios. Os supersalários se explicam em razão do acúmulo de benesses concedidas, de modo que, apesar de o salário-base ser mais baixo que o teto, quando somado aos benefícios ultrapassam o limite legal. É o que acontece quando auxílio-moradia, auxílio-alimentação, auxílio passagens, verbas indenizatórias e gratificações não entram na conta, mas afetam o erário.⁷⁶

Se comparado com o salário-mínimo de 2022, fixado em R\$1.212,00 (mil duzentos e doze reais), o vencimento-base dos representantes da Suprema Corte é 32,4x superior ao valor do salário-mínimo. Não bastasse isso, dados do CNJ apontaram que 54% dos desembargadores receberam ao menos um vencimento acima do teto constitucional permitido por lei durante a pandemia. Desembargadores e juízes estaduais receberam, somados, ao menos R\$176 milhões de reais acima do limite, o suficiente para pagar uma parcela do auxílio emergencial de R\$600,00 (seiscentos reais) para 294 mil pessoas, ou todos os beneficiários do auxílio em Maceió.⁷⁷

Outrossim, pode ser mencionado o custo da manutenção dos parlamentares brasileiros, todos os anos cerca de R\$24,7 milhões são necessários para garantir os salários, benefícios, entre outros gastos dos 81 senadores e 513 deputados federais. Além do salário de quase R\$34 mil reais por mês, contam ainda com até R\$106 mil por mês para contratar até 25 secretários. Os dados foram divulgados em 2021 por pesquisadores das Universidades de Brasília, do Sul da Califórnia e do Instituto de Matemática Pura e Aplicada, após comparação de 33 democracias pelo mundo, concluindo ao final que o orçamento anual para a manutenção do Poder Legislativo nacional é 528 vezes a renda média da população brasileira, de modo que o Brasil é o país que mais gasta por parlamentar em comparação com a renda média do país.⁷⁸

Em mais um exemplo de clara má distribuição dos recursos públicos, cita-se os eventos culturais promovidos pela Administração Pública com a participação de figuras consideradas famosas. Recentemente o Min. presidente do STJ, Humberto Martins, suspendeu os efeitos de

⁷⁶ *Ibidem*, [online]

⁷⁷ MAZZA, Luigi; LOPES, Plínio e BUONO, Renata. **Na pandemia, metade dos juízes estaduais recebeu acima do teto**. Publicado em: 11/09/2020. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/na-pandemia-metade-dos-juizes-estaduais-recebeu-acima-do-teto/>>. Acesso em: 04 maio 2022

⁷⁸ VEIGA, Edison. **Entre auxílios e benefícios, parlamentares do Brasil estão entre os mais bem pagos**. Política. CNN Brasil. Publicado em: 18/03/2022. Disponível em < <https://www.cnnbrasil.com.br/politica/entre-auxilios-e-beneficios-parlamentares-do-brasil-estao-entre-os-mais-bem-pagos/>> Acesso em: 04 maio 2022

decisão do Tribunal de Justiça do Maranhão que havia autorizado um show do cantor Wesley Safadão, a ser realizado pela segunda vez em comemoração ao aniversário do município. O evento custaria mais de R\$500 mil para a prefeitura de Vitória do Mearim, sendo reconhecido pelo STJ a incompatibilidade com a realidade orçamentária do ente, sob pena de comprometer a oferta de serviços públicos básicos à população. Na decisão foi evidenciado que o município respondia demandas judiciais relativas à eficiência das ações governamentais em áreas como saúde e educação, o que indicava insatisfação com a gestão municipal.⁷⁹

Para além disso, especificamente na questão do orçamento atribuído para medicamentos de alto custo, segundo relatório da Controladoria-Geral da União, em 2014 e 2015, 11 Estados e o Distrito Federal jogaram remédios fora em decorrência do vencimento da validade e armazenagem incorreta, desperdício que chegou a R\$16 milhões. Observou-se também que em Alagoas, no ano de 2014 a Secretaria de Saúde deixou de usar a isenção do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) na compra de remédios e ao pagar o imposto de forma indevida houve o prejuízo de R\$156 mil reais. Além disso, em investigação em conjunto com a Polícia Federal, foi identificado fraudes em licitações da Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas (SESAU), agentes públicos usavam brechas na lei para dispensar a licitação e escolher os fornecedores de remédios. No total R\$237 milhões foram gastos desta forma, enquanto isso, faltaram insumos básicos na saúde estadual, como seringas descartáveis.⁸⁰

Como se vê, é precipitado atribuir à judicialização da saúde, mais especificamente ao fornecimento de medicamento, a culpa pela ruptura do sistema de saúde e pelo comprometimento total do orçamento inicialmente reservado para Assistência Farmacêutica, porque a (in)efetividade do SUS é multifatorial. Embora o ativismo judicial nessa matéria seja passível de críticas, de igual modo é suscetível de questionamento a atuação do Legislador e do Administrador em relação a concretização desse direito social, que parte desde a conduções dos recursos financeiros abaixo do necessário, até a ingerência e fraudes do próprio sistema, de modo que ambos causam prejuízos.

Considerar a reserva do possível como um limite indissociável das prestações materiais positivas dos direitos sociais, ainda que logicamente aceitável, gera um grave enfraquecimento

⁷⁹ BRASIL. STJ. **Suspensão de Liminar e de Sentença nº 3099/MA** (2022/0114603-0). Relator Ministro Presidente do STJ. Autuado em 23/04/2022. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/dl/stj-decisao-humberto-safadao.pdf>>. Acesso em: 04 maio 2022

⁸⁰ SHALDERS, André. **SUS joga fora R\$ 16 milhões em medicamentos de alto custo**. BBC Brasil. São Paulo. Publicado em 28 de agosto de 2017. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-41007650>> Acesso em: 04 maio 2022.

no sistema de proteção destes direitos, já que o poder constituído legitimado a descrever o âmbito normativo de um direito, terá discricionariedade para afirmar o que é possível e o que não é. A escassez dos recursos econômicos destinados à realização destes direitos não é natural, mas artificial, fruto da escolha realizada pelos poderes públicos, entretanto, esta possibilidade muitas vezes, advém de escolhas dirigidas a determinados fins, que não necessariamente decorrem da lógica de beneficiar a coletividade.

Apresenta grande relevância nesse ponto o posicionamento adotado pelo STF quando do julgamento da ADPF nº 45, onde ficou consignado não ser lícito ao Poder Público criar obstáculos artificiais, decorrentes da manipulação de sua atividade político-financeira, com o ilegítimo e arbitrário fim de frustrar a preservação, em favor de seus cidadãos, de um conjunto de condições materiais mínimas de existência digna.⁸¹

Ora, a Administração Pública não suscita escassez de recursos quando opta por custear vultosos benefícios a parlamentares, magistrados e outras autoridades políticas, não obstante, já possuam um vencimento fixo muito superior à renda média nacional. É razoável afirmar que se essa verba fosse investida em políticas públicas, atingiria um número maior de pessoas, sendo certo que o funcionalismo público, inquestionavelmente, é custeado pelo mesmo orçamento público que provê as políticas públicas. Então se o argumento é de que inexistem recursos suficientes para promover uniformemente todos os direitos, a decisão política deveria priorizar a destinação destes recursos pautada em critérios que maximizem os resultados para a parcela que mais precisa. Entretanto, num Estado em que há clara concentração de renda e que o povo reclama um padrão mínimo de prestações sociais para sobreviver, paradoxalmente, é justamente a necessidade específica daquele que é socialmente excluído que deve ser sacrificada em detrimento da coletividade.

Nesse interím, se os recursos não são suficientes, necessária sua redistribuição, retirando-os de outras áreas (transportes, fomento econômico a empresas concessionárias ou permissionárias mal administradas, serviços da dívida, mordomias no tratamento de certas autoridades políticas, como jatinhos, palácios residenciais, festas pomposas, seguranças desnecessários, carros blindados, comitivas desnecessárias em viagens internacionais, pagamento de diárias excessivas, manutenção de mordomias a ex-Presidente da República,

⁸¹ BRASIL. STF. **ADPF 45 MC/DF**, Relator: Min. Celso de Mello. Data de Julgamento: 29/04/2004. Data da Publicação: 04/05/2004.

gastos com publicidade etc, onde sua aplicação não está tão intimamente ligada aos direitos mais essenciais do homem: sua vida, integridade e saúde.^{82 83}

Krell adverte que um relativismo nessa área poderia levar a ponderações perigosas e anti-humanistas do tipo “por que gastar dinheiro com doentes incuráveis ou terminais?”⁸⁴ Nessa perspectiva, a Constituição em seu art. 5º, inc. III, dispôs expressamente que ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante. Esse dispositivo geralmente é utilizado na esfera penal em relação à execução penal, quando se argumenta que determinado presídio não apresenta condições dignas para o cumprimento da pena privativa de liberdade, não obstante, o seu conteúdo também remete ao direito à saúde e recaem sobre a Administração Pública.

É obrigação do Estado disponibilizar as condições necessárias para que a prestação dos serviços de saúde seja compatível com a dignidade da pessoa humana, sob pena de se considerar a dispensação de tratamento, desumano e degradante. É pertinente tal reflexão, sobretudo ao se considerar a realidade da saúde pública brasileira, em que a superlotação dos hospitais ou falta de materiais impõe, em muitos casos, condições bastante precárias de atendimento aos cidadãos.⁸⁵

Sobre essa vertente Sarlet pondera que, embora se reconheça a existência da reserva do possível e da reserva parlamentar em matéria orçamentária, isso implica certa relativização no âmbito da eficácia e efetividade dos direitos sociais prestacionais, e levando em conta que a nossa ordem constitucional veda expressamente a pena de morte, a tortura e a imposição de penas desumanas e degradantes mesmo aos condenados por crime hediondo, não se poderá sustentar que, com base numa alegada (e mesmo comprovada) insuficiência de recursos, se acabe involuntariamente condenando à morte a pessoa cujo único crime foi o de ser vítima de um dano à saúde e não ter condições de arcar com o custo do tratamento.⁸⁶

Verifica-se, portanto, que a necessidade de recursos financeiros não pode obstar a eficácia do mínimo existencial, tampouco, fulminar a jusfundamentalidade do direito à saúde, devendo ser compreendida não como um obstáculo intransponível para a realização de

⁸² KRELL, Andreas Joachim. **Direitos Sociais e Controle Judicial no Brasil e na Alemanha: os (des)caminhos de um direito constitucional “comparado”**. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 2002, p.53.

⁸³ CUNHA JR, Dirley da. **Curso de Direito Constitucional**. Salvador: Juspodivm, 9. ed, 2015, p. 622

⁸⁴ KRELL, Andreas Joachim. *Op. Cit.* p.53.

⁸⁵ BACELLAR FILHO, Romeu Felipe. Governo, políticas públicas e o cidadão p. 100-101 *Apud* PIVETTA, Saulo Lindorfer. **Direito Fundamental à Saúde: regime jurídico, políticas públicas e controle judicial**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014, p. 66

⁸⁶ SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional**. 11. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012, p. 13

prestações fáticas, mas sim como um fator que direciona a forma como os recursos são alocados para o cumprimento das finalidades do Estado.⁸⁷

Por fim, não se pretende afirmar que a atuação judicial seja a via preferencial, pois, mais do que uma tarefa meramente jurídica, a garantia dos direitos sociais envolve um complexo de serviços e ações estatais e muito progresso será feito quando as políticas de saúde pública existentes forem efetivamente e integralmente cumpridas. Por ora, além dos problemas complexos, mas superáveis, associados às reservas orçamentárias públicas, a atuação judicial conformadora dos direitos fundamentais continua sendo frequente e necessária.^{88 89}

3.2 PANORAMA DA JURISPRUDÊNCIA BRASILEIRA

Diante da significativa quantidade de ações envolvendo o fornecimento das mais variadas prestações de saúde pelo SUS em trâmite e por essas decisões suscitarem inúmeras alegações de lesão à ordem, à segurança, à economia e à saúde públicas, em 2009, o Presidente do STF, à época, Min. Gilmar Mendes, convocou a paradigmática Audiência Pública nº 4 sobre Judicialização do direito à saúde, com a finalidade de ouvir especialistas e esclarecer questões técnicas, científicas, administrativas, políticas, econômicas e jurídicas, para estimular o consenso em relação às decisões judiciais sobre o fornecimento de medicamentos e tratamentos não contemplados pelo SUS.⁹⁰

No despacho convocatório contém uma lista das temáticas que foram abordadas, todas diretamente ligadas ao SUS, quais sejam: 1) a responsabilidade dos entes da federação em matéria de saúde; 2) a obrigação estatal quanto ao fornecimento de prestação de saúde prescrita por médico externo ao SUS ou sem a prévia formalização de pedido na esfera administrativa; 3) a obrigação estatal de fornecer prestação de saúde para além das políticas públicas existentes; 4) a obrigação estatal de fornecimento de medicamento experimental não registrado na Anvisa ou desaconselhado pelos protocolos clínicos do SUS; 5) a obrigação de fornecimento estatal de

⁸⁷ PIVETTA, Saulo Lindorfer. **Direito Fundamental à Saúde: regime jurídico, políticas públicas e controle judicial**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014, p. 74

⁸⁸ MOREIRA, Davi Antônio Gouvêa Costa. **A concretização do direito fundamental à saúde e a judicialização do acesso a medicamentos: em busca de parâmetros adequados para a tutela judicial**. Dissertação (Mestrado em Direito) – UFAL/FDA. Programa de Pós-Graduação em Direito. 181 f. Maceió, 2015, p. 98. Disponível em <<http://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/1882>>. Acesso em: 01 maio 2022.

⁸⁹ *Ibidem*, p. 108

⁹⁰ O acervo de documentos, falas, vídeos, bibliografia, jurisprudência, legislação correlata e contribuições está disponível em: <<https://portal.stf.jus.br/audienciapublica/audienciaPublica.asp?tipo=realizada&pagina=2>>.

medicamento que não foi objeto de licitação e não previsto em lista oficial; e 6) as fraudes no SUS.⁹¹

Foram seis dias de debates, oportunidade em que se ouviram mais de cinquenta pessoas, incluindo usuários do SUS, médicos, técnicos de saúde, gestores do SUS, advogados, promotores de justiça, defensores públicos, magistrados e professores. Dentre as falas, se destaca a resposta do professor e juiz Ingo Sarlet a respeito das diversas propostas de supressão da participação do Judiciário na área da saúde:⁹²

O que me preocupa aqui é a dupla exclusão: é a exclusão de quem não recebe nem o medicamento que o protocolo, a lei impõe o fornecimento, e a exclusão de que essa pessoa não poderia, então, buscar o Poder Judiciário, seja por via coletiva, seja por via individual. É dupla exclusão do sistema: ou seja, temos que nos conformar a sermos atendidos na medida do sistema existente e não sermos atendidos, ainda que a lei, os protocolos imponham esse atendimento.

Os apontamentos feitos na audiência impactaram diversas decisões do pleno do STF quando do julgamento de ações de Suspensões de Tutela Antecipada (STA), Suspensões de Segurança (SS), Suspensão de Liminar (SL), interpostas pela Administração Pública em virtude de sua condenação em decisões judiciais que determinaram ao SUS o fornecimento de medicamentos e tratamentos não oferecidos pelo sistema a pacientes de doenças graves.⁹³

A primeira decisão foi proferida no Agravo Regimental (AgRg) na SL nº 47, consignando o posicionamento definido pelo STF. Com efeito, o Min. Gilmar Mendes lavrou voto em que foram delineados critérios para a concessão judicial da tutela. O primeiro dado a ser considerado é a existência ou não, de política estatal que abranja a prestação de saúde pleiteada pela parte. Em caso positivo, a existência de um direito público subjetivo é evidente e a Administração deverá ser obrigada a fornecer a prestação. Se a prestação pleiteada não estiver entre as políticas do SUS necessário distinguir se a não prestação decorre de 1) decisão administrativa de não a fornecer ou, 3) de uma vedação legal a sua dispensação, afirmando ser

⁹¹ BRASIL. STF. **Despacho de convocação de Audiência Pública, de 5 de março de 2009**. Disponível em: <www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/Despacho_Convocatorio.pdf>. Acesso em: 05 maio 2022.

⁹² BRASIL. STF. **Audiência Pública nº4/2009. A judicialização do direito à saúde**. Brasília. 2009. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/Sr._Ingo_Sarlet__titular_da_PUC_.pdf>. Acesso em 05 maio 2022

⁹³ LEMOS JR, Eloy Pereira; ARAÚJO, Dalvaney Aparecida. **Os parâmetros de ativismo judicial na conflituosa concessão de medicamentos de alto custo**. In: Cadernos do Programa de Pós-graduação em Direito. PPGDir/UFRGS. Edição Digital, p.204-235. Porto Alegre. Vol. XIII, n.1. 2018, p 20. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/ppgdir/article/view/80244>>. Acesso em: 05 maio 2022

vedado o fornecimento de fármaco que não possua registro na Anvisa, salvo casos excepcionais.⁹⁴

Nos casos em que houver negativa de prestação em razão de decisão administrativa motivada, deve-se atentar a justificativa apresentada: 1) o SUS fornece tratamento alternativo, mas não adequado a determinado paciente, 2) o SUS não tem tratamento específico para o caso. Na primeira hipótese, em geral deve ser privilegiado o tratamento fornecido pelo SUS, sempre que não for comprovada a ineficácia do fármaco existente, contudo, não afasta a possibilidade de o Poder Judiciário, ou de a própria Administração, decidir que medida diferente da custeada pelo SUS deve ser fornecida a determinada pessoa que, por razões específicas do seu organismo, comprove que o tratamento fornecido não é eficaz no seu caso.

Na hipótese de inexistência de tratamento na rede pública é preciso diferenciar os tratamentos experimentais dos novos tratamentos ainda não testados pelo SUS. Não é possível obrigar a Administração Pública a custear os tratamentos sem comprovação científica de sua eficácia. Por outro lado, a aprovação de novas indicações terapêuticas pode ser lenta e excluir o acesso de pacientes do SUS a tratamento eficaz há muito prestado pela iniciativa privada, poderá ser concedida a tutela judicial. Dessa forma, a revisão periódica dos PCDT existentes deve ser sempre realizada.

O Ministro fez o alerta de que independentemente da hipótese levada à consideração do Judiciário é necessária instrução das demandas para que não ocorra a produção padronizada de peças processuais que muitas vezes não contemplam as especificidades do caso concreto, impedindo que o julgador concilie a dimensão subjetiva (individual e coletiva) com a dimensão objetiva do direito à saúde. E, no caso de comprovada responsabilidade do Estado, essa é solidária entre os entes da federação .

É de se destacar também o julgado realizado perante o pleno do STF relativo à STA-AgR 175, apensada a STA-AgR 178. No voto o Relator Min. Gilmar Mendes ponderou que não é viável a concessão individual de prestação de saúde, caso essa medida provoque prejuízo ao regular funcionamento do SUS, circunstância que demanda prova consistente por parte da Administração Pública.⁹⁵ Suscitou também que o foco da análise permanecia incidindo

⁹⁴BRASIL. STF. **Suspensão de Liminar 47/PE**. Relator Min. Gilmar Mendes (Presidente), Tribunal Pleno. Data do Julgamento: 17/03/2010. Data de Publicação: 29/04/2010. Disponível em: <<https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=610254>>. Acesso em 05 maio 2022.

⁹⁵ BRASIL. STF. **Suspensão de Tutela Antecipada nº 175/CE**. Relator Min. Gilmar Mendes (Presidente). Tribunal Pleno. Data do julgamento: 17/03/2010. Data da Publicação: 30/04/2010. Disponível em <<https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=610255>>. Acesso em: 05 maio 2022.

principalmente sobre a microjustiça ao invés de enfrentar estruturalmente a macrojustiça e afirmou ser necessário deslocar o problema do *déficit* de eficácia do direito fundamental à saúde para a seara da macrojustiça orçamentária atinente à consecução da política pública que lhe materializa:

[...] em razão da inexistência de suportes financeiros suficientes para a satisfação de todas as necessidades sociais, enfatiza-se que a formulação das políticas sociais e econômicas voltadas à implementação dos direitos sociais implicaria, invariavelmente, escolhas alocativas. **Essas escolhas seguiriam critérios de justiça distributiva (o quanto disponibilizar e a quem atender), configurando-se como típicas opções políticas, as quais pressupõem “escolhas trágicas” pautadas por critérios de macrojustiça.** É dizer, a escolha da destinação de recursos para uma política e não para outra leva em consideração fatores como o número de cidadãos atingidos pela política eleita, a efetividade e a eficácia do serviço a ser prestado, a maximização dos resultados etc. Nessa linha de análise, argumenta-se que **o Poder Judiciário, o qual estaria vocacionado a concretizar a justiça do caso concreto (microjustiça), muitas vezes não teria condições de, ao examinar determinada pretensão à prestação de um direito social, analisar as consequências globais da destinação de recursos públicos em benefício da parte, com invariável prejuízo para o todo.** [...] Ainda que essas questões tormentosas permitam entrever os desafios impostos ao Poder Público e à sociedade na concretização do direito à saúde, é preciso destacar de que forma a nossa Constituição estabelece os limites e as possibilidades de implementação deste direito [...]. (grifo nosso)

O CNJ ciente dessa realidade, objetivando auxiliar a atuação judicial em matéria de saúde, realizou jornadas onde editou alguns atos, tais como as Recomendações nº 31 e nº 43, buscando subsídios teórico-instrumentais para lidar com a expansão vertiginosa de pretensões judiciais em relação ao SUS, além de estruturar por meio da Resolução nº 107 o Fórum Nacional de Saúde com vistas ao monitoramento e à resolução das demandas relacionadas à assistência à saúde.⁹⁶

A Recomendação nº 31, de 30 de março de 2010⁹⁷ sugeria aos Tribunais a “adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde”, como a criação de convênios para apoio técnico, compostos por médicos e farmacêuticos. Por sua vez, foi publicada em 20 de agosto de 2013 a Recomendação nº 43, para que os Tribunais promovessem a especialização das varas para processar e julgar as demandas relacionadas ao direito à saúde pública.⁹⁸

⁹⁶ *Ibidem*, p. 12

⁹⁷ CNJ. **Recomendação nº 31 de 30 de março de 2010**. DJE/CNJ nº 61/2010, de 07/04/2010, p. 4-6. Brasília. Disponível em: <<https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/877>>. Acesso em: 05 maio 2022.

⁹⁸ CNJ. **Recomendação nº 43 de 20 de 08 de 2013**. DJE/CNJ nº 157/2013, de 21/8/2013, p. 2 6. Brasília. Disponível em: <<https://atos.cnj.jus.br/files/original223305201910305dba0fa17e435.pdf>>. Acesso: 05 maio 2022.

Em maio de 2014 foi realizada a I Jornada de Direito da Saúde, com tema “A Justiça faz bem à Saúde”, e na oportunidade foram aprovados 45 (quarenta e cinco) enunciados relacionados à tutela individual e coletiva da saúde, sendo 19 (dezenove) concernentes à saúde pública, onde 13 deles faziam referências diretas ao fornecimento de medicamentos. Em maio de 2015 se deu a II Jornada de Direito, sobre o mesmo tema, sendo aprovados mais 23 (vinte e três) enunciados, dos quais, 18 (dezoito) eram sobre saúde pública.⁹⁹

No que se refere especificamente à concessão de fármacos, em 2018 o STJ definiu tese que versa sobre a obrigatoriedade do Poder Público em fornecer medicamentos não constantes na lista do SUS, desde que cumprido alguns requisitos estabelecidos no julgamento do Recurso Especial (REsp) nº 1.657.156, que será tratado no próximo tópico. Ademais, em 2019 também foram consolidados alguns entendimentos em sede de repercussão geral pelo STF nos Recursos Extraordinários 657.718/MG e 855.178. No caso do RE 657.178/MG de relatoria do Min. Marco Aurélio, se discutia a possibilidade, ou não, de o Estado ser obrigado a fornecer medicamento não registrado na Anvisa, e ao final apreciando o Tema 500, nos termos do voto do Min. Roberto Barroso, foi fixada a seguinte tese:

1. O Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos experimentais. 2. A ausência de registro na ANVISA impede, como regra geral, o fornecimento de medicamento por decisão judicial. 3. É possível, excepcionalmente, a concessão judicial de medicamento sem registro sanitário, em caso de mora irrazoável da ANVISA em apreciar o pedido (prazo superior ao previsto na Lei nº 13.411/2016), quando preenchidos três requisitos: (i) a existência de pedido de registro do medicamento no Brasil (salvo no caso de medicamentos órfãos para doenças raras e ultrarraras);(ii) a existência de registro do medicamento em renomadas agências de regulação no exterior; e (iii) a inexistência de substituto terapêutico com registro no Brasil. 4. As ações que demandem fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA deverão necessariamente ser propostas em face da União. (RE 657.718, Relator Ministro Marco Aurélio, Redator para o acórdão Ministro Roberto Barroso, julgado no Plenário Presencial em 22.5.2019).¹⁰⁰

No RE 855.178/SE se discutia a existência, ou não, de responsabilidade solidária entre os entes federados pela promoção dos atos à concretização do direito à saúde. Por ocasião do julgamento dos Embargos Declaratórios opostos no recurso extraordinário, foi mantida a tese da responsabilidade solidária fixada no Tema 793, que a delineou da seguinte forma:

⁹⁹ CNJ. **Enunciados da I, II e III Jornadas de Direito da Saúde**. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/03/e8661c101b2d80ec95593d03dc1f1d3e.pdf>>. Acesso em: 05 maio 2022.

¹⁰⁰ BRASIL. STF - RE: 657718 MG. **Tema de Repercussão geral nº 500. Dever do Estado de fornecer medicamento não registrado pela ANVISA** Relator: Marco Aurélio, Data de Julgamento: 22/05/2019, Tribunal Pleno, Data de Publicação: 09/11/2020. Disponível em: <<https://www.stf.jus.br/portal/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4143144&numeroProcesso=657718&classeProcesso=RE&numeroTema=500#>>>. Acesso em: 05 maio 2022.

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. (RE 855.178, Relator Ministro Luiz Fux, Redator para o acórdão Ministro Edson Fachin, julgado no Plenário Presencial em 23.5.2019).¹⁰¹

Convém tecer alguns apontamentos quanto a este tema, porque por vezes a Administração Pública e até magistrados, o utilizam de forma equivocada, seja na tentativa de se eximir da responsabilidade de financiar tratamentos, sob a alegação de que segundo a organização administrativa a obrigação não lhe compete, seja para declinar de ofício a competência para outro juízo. A ementa do acórdão em questão está assim redigida:

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, 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. (RE 855178 ED, Relator(a): Min. LUIZ FUX, Relator(a) p/ Acórdão: Min. EDSON FACHIN, Tribunal Pleno, julgado em 23/05/2019, PROCESSO ELETRÔNICO DJe-090 DIVULG 15-04-2020 PUBLIC 16-04-2020) – (grifo nosso)

A obrigação solidária dos devedores é uma vantagem que o ordenamento jurídico traz para o credor, não podendo ser interpretada de forma prejudicial a este. Ao estabelecer a responsabilidade solidária dos entes federados na prestação à saúde, a Constituição quis assegurar ao cidadão o direito de buscar guarida, em qualquer deles, nos momentos de enfermidade, facilitando o acesso à tutela jurisdicional de saúde, cabendo ao interessado,

¹⁰¹ BRASIL. STF - RE: 855178 SE. **Tema de Repercussão geral nº 793. Responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever de prestar assistência à saúde.** Relator: Min. Luiz Fux, Data de Julgamento: 23/05/2019, Tribunal Pleno, Data de Publicação: 15/04/2020. Disponível em: <<https://www.stf.jus.br/portal/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4678356&numeroProcesso=855178&classeProcesso=RE&numeroTema=793>>. Acesso em: 05 maio 2022.

quando do ingresso da ação, na condição de autor, estabelecer contra quem deseja demandar, porque a solidariedade obrigatória não traduz litisconsórcio necessário.¹⁰²

Ressalta-se que no RE 855.178/SE, que gerou a tese fixada, foi vencida a tese proposta pelo Relator, Ministro Fux:

A demanda que veicular pedido de medicamento, material, procedimento ou tratamento, constante das políticas públicas, **deve ser proposta em face da pessoa política com competência administrativa para o fornecimento, dispensação daquele medicamento, tratamento ou material, ressalvada, em todos os casos, a responsabilidade subsidiária da União.** (grifo nosso)¹⁰³

Além disso, em que pese, no voto do Min. Edson Fachin tenha constado que “se a pretensão veicular pedido de tratamento, procedimento, material ou medicamento não incluído nas políticas públicas (em todas as suas hipóteses), a União necessariamente comporá o polo passivo” e, conseqüentemente o juiz poderia até declinar a competência, na conclusão da tese fixada, tais assertivas não se mantiveram em razão das ponderações feitas pelo Min. Ricardo Lewandowski, que entendia ser temerário definir tese sobre competência de cada ente, diante da complexa repartição administrativa de competência do SUS e sob pena de lesão ao direito do doente que demanda por tratamento, senão vejamos:

Então, eu penso, Senhor Presidente, na linha um pouco - e me permito aí até uma citação um tanto quanto acadêmica - de Norberto Bobbio. É que, na evolução dos direitos humanos, essas questões podem ser vistas sob dois aspectos: *ex parte principis* ou *ex parte populi*. **Ou nós examinamos a questão da saúde do ponto de vista do Estado; ou do povo, do homem comum da rua.** [...] O que é preciso, neste momento, decidirmos? **Nós vamos resolver a questão do Estado, e da carência de recursos; ou vamos resolver a questão ou problema daquele que está na ponta do sistema, que precisa urgentemente do remédio? Ele precisa do medicamento e, para ele, não importa quem é que ele vai acionar: Se é o município, o Estado ou a União. Ele precisa resolver o seu problema de saúde, sob pena de falecer.** Então, acho que, neste momento, não está em questão a solução dos problemas orçamentários dos municípios, dos Estados e da própria União, no que diz respeito à saúde. Precisamos, enquanto Suprema Corte, enquanto última “trincheira” da defesa dos direitos e garantias do cidadão, verificar como é que vamos resolver, da melhor forma, o problema daquele indivíduo que está - eu repito e me permito -, infelizmente, na ponta do sistema, precisando de um remédio e de um tratamento? (grifo nosso)¹⁰⁴

Nesse sentido, aduziu o Ministro Edson Fachin:

¹⁰² GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito Civil 1: esquematizado: parte geral, obrigações e contratos**. 8. ed, São Paulo: Saraiva Educação, 2018, p. 517.

¹⁰³ BRASIL. STF. **Embargo de Declaração no Recurso Extraordinário 855178/SE**. Tribunal do Pleno, p. 136 Disponível em: <<https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=752469853>>. Acesso em: 05 maio 2022.

¹⁰⁴ BRASIL. STF - RE: 855178 SE. **Tema de Repercussão geral nº 793**. Responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever de prestar assistência à saúde. Relator: Min. Luiz Fux, Data de Julgamento: 23/05/2019, Tribunal Pleno, Data de Publicação: 15/04/2020. Disponível em: <<https://www.stf.jus.br/portal/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4678356&numeroProcesso=855178&classeProcesso=RE&numeroTema=793>>. p.130 Acesso em: 05 maio 2022.

Por isso que a proposta da tese, na sua primeira parte, reafirma a solidariedade e, ao mesmo tempo, atribui esse poder/dever à autoridade judicial para direcionar o cumprimento. **Não se trata da formação do polo passivo, tomei esse cuidado para evitar o debate sobre formação de litisconsórcio ou a extensão de um contraditório deferido para direcionar o cumprimento.** Ainda que direcione e, por algumas circunstâncias, depois se alegue que o atendimento - exatamente naquela diferença de Bobbio citada por Vossa Excelência ontem - às demandas da cidadania possa ter levado a um eventual ônus excessivo a um ente da Federação, **a autoridade judicial determinará o ressarcimento - é a parte final - a quem suportou o ônus financeiro.** (grifo nosso)¹⁰⁵

Deste modo, é inquestionável que na nova tese fixada pelo STF não houve nenhuma menção de que a União deva figurar no processo como ré quando a pretensão veicular tratamento de saúde não padronizado pelo SUS, e sim àqueles não registrados na Anvisa. É absolutamente equivocado qualquer entendimento no sentido de autorizar a formação de litisconsórcio necessário e facultar a Autoridade Judicial a inclusão de ente não demandado no polo passivo da demanda, tal tese se mostra incompatível até mesmo com a natureza da obrigação solidária.

O real intuito da decisão do STF foi permitir ao Poder Judiciário "determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro", como se diz expressamente no item 2 da ementa do RE 855.178/SE, para possibilitar posterior compensação entre os entes federativos através de Câmaras de Compensação ou, em caso de resistência, pela via judicial. Contudo, tal possibilidade não pode ser suscitada em prejuízo à necessária celeridade que permeia as demandas de saúde, pois a responsabilidade solidária não sofre os limites das regras de repartição de competência administrativa e financeira do SUS ao ajuizar a ação.

Por fim, futuramente poderão surgir novos entendimentos quanto ao tema do fornecimento de medicamentos mediante ação judicial, especialmente quando for decidido no Plenário a controvérsia discutida no RE 566.471/RN (Tema 6), de relatoria do Min. Marco Aurélio. O STF julgou o mérito da questão em 11/03/2020, e por maioria de votos os Ministros decidiram que, em regra, o Estado não é obrigado a fornecer medicamentos de alto custo solicitados judicialmente, quando não estiverem previstos na relação do Programa de Dispensação de Medicamentos em Caráter Excepcional do SUS, entretanto, o Tribunal deliberou fixar a tese de repercussão geral em assentada posterior, para definir os critérios excepcionais em que o Estado deve fornecer medicamento de alto custo.¹⁰⁶

¹⁰⁵ *Ibidem*, p.162.

¹⁰⁶ BRASIL. STF – RE 566471/RN. **Tema de Repercussão geral nº 6.** Dever do Estado de fornecer medicamento de alto custo a portador de doença grave que não possui condições financeiras para comprá-lo. Relator: Min. Marco Aurélio, Data de Julgamento: 11/03/2020, Tribunal Pleno, Data de Publicação: 16/03/2020. Disponível em:

3.2.1 Tema nº 106 do STJ: Parâmetros para a concessão pelo Poder Judiciário de medicamentos não incorporados através de atos normativos ao SUS

O expressivo número de ações judiciais envolvendo a obtenção de prestações materiais no âmbito do SUS, a despeito dos esforços de sistematização empreendidos, ainda não havia logrado êxito em encontrar um equacionamento uniformemente aceito quanto à maioria das questões polêmicas.¹⁰⁷ De forma que, após quase uma década, apesar de todo o debate realizado direta ou indiretamente nos Tribunais Superiores e das orientações do CNJ sobre o tema, nada disso foi suficiente para mitigar a trajetória de crescimento de 130% no número de demandas judiciais relativas à saúde entre 2008 e 2017.¹⁰⁸

Nesse contexto, em razão do grande número de ações requerendo o fornecimento de medicamentos não contemplados em atos normativos do SUS, os Ministros da Primeira Seção do STJ, por unanimidade, decidiram aferir ao rito do art. 1036 e ss. do CPC/2015, nos termos da proposta de afetação apresentada pelo Relator Min. Benedito Gonçalves, para julgamento pelo sistema dos recursos repetitivos o Resp nº 1.657.156/RJ.¹⁰⁹

No caso representativo da controvérsia, uma mulher diagnosticada com Glaucoma Crônico Bilateral apresentou laudo médico que teria comprovado a necessidade de uso de dois colírios não especificados em lista de fornecimento gratuito pelo SUS. O Estado do Rio de Janeiro interpôs recurso sob a alegação de que por não estarem os medicamentos requeridos pela parte autora previstos nos Protocolos Clínicos incorporados pelo Ministério da Saúde, ou nas listas de dispensação dos entes públicos, não seria obrigação da Edilidade fornecê-los. O pedido de fornecimento foi acolhido em primeira e segunda instância e mantido pela Primeira Seção do STJ.

Ao final a tese fixada estabeleceu que constitui obrigação do poder público o fornecimento de medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS, desde que

<<https://www.stf.jus.br/portal/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=2565078&numeroProcesso=566471&classeProcesso=RE&numeroTema=6>>. Acesso em: 06 maio 2022

¹⁰⁷ SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações**. In: Revista de Doutrina da 4ª Região, Porto Alegre, n. 24, jul. 2008. Disponível em: <https://revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao024/ingo_mariana.html>. Acesso em: 06 maio 2022.

¹⁰⁸ CNJ. **Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas de solução** (Insper). Brasília, 2019, p.13. Disponível em: <<http://cnsaude.org.br/wp-content/uploads/2019/07/JUDICIALIZAÇÃO-DA-SAÚDE-NO-BRASIL.pdf>>. Acesso em: 01 maio 2022

¹⁰⁹ BRASIL. STJ. **REsp nº 1.657.156 -RJ (2017/0025629-7). Tema 106 STJ**. Relator Ministro Benedito Gonçalves. Data de Julgamento: 25/04/2018, S1- Primeira Seção. Data de Publicação: 04/05/2018. Disponível em: <<https://processo.stj.jus.br/processo/pesquisa/?aplicacao=processos.ea&tipoPesquisa=tipoPesquisaGenerica&termo=REsp%201657156>> Acesso em: 06 de maio de 2022.

presentes, cumulativamente, os seguintes requisitos: 1) comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS; 2) incapacidade financeira de arcar com o custo do medicamento prescrito; 3) existência de registro na Anvisa do medicamento, observados os usos autorizados pela agência.

Quanto ao segundo requisito, em seu voto o Min. Benedito Gonçalves esclarece que consiste na devida comprovação da hipossuficiência daquele que requer o medicamento, ou seja, que a sua aquisição implique o comprometimento da sua própria subsistência e/ou de seu grupo familiar. Portanto, não se exige comprovação de pobreza ou miserabilidade, mas, tão somente, a incapacidade de arcar com os custos referentes à aquisição do medicamento prescrito. Advertiu também, que após o trânsito em julgado de cada processo, o Ministério da Saúde e a Conitec devem ser comunicados para que realizem estudos quanto à viabilidade de incorporação do medicamento pleiteado no âmbito do SUS.

Conforme previsto nos artigos 121-A do Regimento Interno do STJ e 927 do CPC, a definição da tese pelo STJ servirá de orientação às instâncias ordinárias da Justiça, inclusive aos juizados especiais, para a solução de casos fundados na mesma controvérsia. À vista disso, os efeitos com relação ao Tema 106 foram modulados, para que os requisitos acima elencados fossem exigidos de forma cumulativa somente quanto aos processos distribuídos a partir da data da publicação do acórdão proferido no julgamento dos Embargos de Declaração no REsp 1.657.156 / RJ, ou seja, dia 04 de maio de 2018.¹¹⁰

Após a fixação do Tema 106, o CNJ realizou a III Jornada Nacional da Saúde, para debater, revisar e consolidar todos os enunciados interpretativos sobre o direito à saúde, anteriormente aprovados. Na ocasião, revisou-se 38 enunciados, além se serem aprovados mais 35, que tratam de temas como acesso a medicamentos e o diálogo com os Núcleos de Assessoramento Técnico em Saúde (NATS), dentre os quais se evidencia:

ENUNCIADO Nº 18 - Sempre que possível, as decisões liminares sobre saúde devem ser precedidas de notas de evidência científica emitidas por Núcleo de Apoio Técnico do Judiciário – NatJus e/ou consulta do banco de dados pertinente. (Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)

¹¹⁰ BRASIL. STJ. **EDcl no REsp nº 1.657.156 -RJ (2017/0025629-7)**. Tema 106 STJ. Relator Ministro Benedito Gonçalves. Data de Julgamento: 12/09/2018, S1- Primeira Seção. Data de Publicação: 21/09/2018. Disponível em: <https://processo.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ATC&sequencial=76923856&num_registro=201700256297&data=20180504&tipo=91&formato=PDF>. Acesso em: 06 maio 2022.

ENUNCIADO Nº 58 - Quando houver prescrição de medicamento, produto, órteses, próteses ou procedimentos que não constem em lista Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME ou na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES ou nos protocolos do Sistema Único de Saúde – SUS, recomenda-se a notificação judicial do médico prescritor, para que preste esclarecimentos sobre a pertinência e necessidade da prescrição, bem como para firmar declaração de eventual conflito de interesse.

ENUNCIADO Nº 60 - A responsabilidade solidária dos entes da Federação não impede que o Juízo, ao deferir medida liminar ou definitiva, direcione inicialmente o seu cumprimento a um determinado ente, conforme as regras administrativas de repartição de competências, sem prejuízo do redirecionamento em caso de descumprimento.

Os enunciados interpretativos sobre o direito à saúde tratam de orientações à comunidade jurídica sobre alguns temas recorrentes, mas não possuem força de lei ou obrigatoriedade para serem seguidos. Segundo o desembargador João Pedro Gebran Neto, do Tribunal Regional Federal da 4ª Região e membro do Comitê Executivo do Fórum Nacional de Saúde, os enunciados auxiliam na tomada de decisão, sem entrar no mérito, servindo de guia, pois são elaborados por especialistas na área, mostrando como a judicialização pode funcionar melhor.¹¹¹

Assim, tendo em vista que o fenômeno da judicialização da saúde se reveste de elevada complexidade, com diferenças regionais que se refletem nos sistemas de assistência à saúde e no sistema de justiça, indicando características variadas a depender do local analisado,¹¹² o próximo capítulo irá se desenvolver a partir da perspectiva da judicialização da saúde no Estado de Alagoas, inclusive, no que se refere a participação e atuação desses núcleos de assessoria técnica sugeridos pelo CNJ, assim como, na análise se as decisões judiciais que fornecem medicamentos não listados no SUS estão em conformidade com os parâmetros construídos jurisprudencialmente, especialmente o Tema 106 do STJ.

3.3 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE EM ALAGOAS

Apesar de ser um tema de inúmeras controvérsias e ensejador de intensos debates doutrinários, Barreiro e Furtado apontaram que a judicialização é pouco analisada pelos estudiosos da Administração Pública, principalmente em trabalhos ligados ao tema de gestão

¹¹¹ TJPR. Notícias. **III Jornada de Direito da Saúde aprova 35 novos enunciados**. Publicado em: 22/03/2019. Disponível em: <https://www.tjpr.jus.br/noticias/-/asset_publisher/9jZB/content/iii-jornada-de-direito-da-saude-aprova-35-novos-enunciados/18319?inheritRedirect=false>. Acesso em: 07 maio 2022

¹¹² CNJ. **Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas de solução** (Insper). Brasília, 2019, p. 56. Disponível em: <<http://cnsaude.org.br/wp-content/uploads/2019/07/JUDICIALIZAÇÃO-DA-SAÚDE-NO-BRASIL.pdf>>. Acesso em: 01 maio 2022

de políticas públicas.¹¹³ No mesmo sentido, Borges afirma que em Alagoas, cientificamente, o cenário da judicialização de medicamentos ainda é pouco explorado, principalmente no que se refere a qualidade dos medicamentos adquiridos por esta via.¹¹⁴

Em pesquisa realizada pelo Insper em parceria com o CNJ, junto aos Tribunais nacionais (1ª e 2ª instâncias), compreendendo o período entre 2008 e 2017, se constatou que em Alagoas o principal assunto discutido nos processos em primeira instância é “tratamento médico-hospitalar e/ou Fornecimento de medicamentos”, ambos relacionados ao sistema de saúde pública, sendo os municípios (41,05%) e o Estado (36,06%) os principais demandados.¹¹⁵ Também foi identificado que no âmbito nacional os Tribunais e juízes estariam mais dispostos a decidir casos individuais de forma favorável, do que a realizar reformas estruturais sobre a política pública de saúde por meio de ações coletivas.¹¹⁶

Macêdo *et al* analisaram a evolução das demandas judiciais que versavam sobre o direito à saúde, a procedência das ações, assim como, a evolução dos gastos com demandas judiciais em Alagoas entre os anos de 2009 e 2014, sendo demonstrado que as demandas por medicamentos possuem expressiva superioridade, correspondendo a 3.277 (três mil duzentos e setenta e sete) solicitações, mais que o dobro das solicitações de realização de procedimentos médicos e cirúrgicos (n=1.488) requeridos no período analisado.¹¹⁷

Foi identificado também que os demandantes estavam assistidos especialmente pela Defensoria Pública Estadual de Alagoas (DPE-AL), seguida da Defensoria Pública da União (DPU). Especificamente entre janeiro e novembro de 2014, os órgãos públicos atenderam aproximadamente 76% do total de ações, ao passo que, os processos judiciais representados por advogados particulares corresponderam a apenas 5,9% no mesmo período.

¹¹³ BARREIRO, Guilherme Scodeler de Souza e FURTADO, Renata Pedretti Moraes. **Inserindo a judicialização no ciclo de políticas públicas**. Revista de Administração Pública [online], 2015, v. 49, n. 2. p 293-314. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7612126144>>. Acesso em: 07 maio 2022

¹¹⁴ BORGES, Gabriela Ferreira. **Judicialização da saúde: análise técnica baseada em evidência das demandas judiciais de medicamentos em Alagoas**. 2017. 80 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Escola de Enfermagem e Farmácia, Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2018. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/3325>>. Acesso em: 07 maio 2022

¹¹⁵ CNJ. **Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas de solução** (Insper). Brasília, 2019, p. 52,57. Disponível em: <<http://cnsaude.org.br/wp-content/uploads/2019/07/JUDICIALIZAÇÃO-DA-SAÚDE-NO-BRASIL.pdf>>. Acesso em: 01 maio 2020.

¹¹⁶ *Ibidem*, p. 128.

¹¹⁷ MACÊDO, Dartagnan Ferreira de; *Et al*. **Análise da Judicialização do Direito à Saúde, Subfinanciamento do setor e Políticas Públicas: Estudo de Caso no Estado de Alagoas**. In: Revista de Administração de Roraima-UFRR, Boa Vista, Vol. 5 n. 2, p.300-325, jul.-dez. 2015, p. 314-316. Disponível em: <<http://revista.ufr.br/index.php/adminrr/>> Aceso em: 09 maio 2022

No que se refere aos valores despendidos pela SESAU, o custo da judicialização da saúde atingiu R\$ 106 milhões entre 2009 e 2014, apresentando relativa estabilidade dos recursos que ano após ano foram destinados a atender as determinações judiciais, excetuando-se o ano de 2011, em que foram gastos mais de R\$ 29,3 milhões. No entanto, a partir daquele mesmo ano foi evidenciada diminuição gradual, e esse declínio foi parcialmente atribuído ao papel desempenhado pelo Nijus, que será abordado mais adiante.

Ademais, segundo pesquisa elaborada por Silva *et al*, no período de 2010 e 2017, em Alagoas os gastos contabilizados na função Saúde alcançaram R\$ 7,69 bilhões, dos quais R\$ 426,9 milhões foram destinados à assistência farmacêutica. Ao passo que, os gastos específicos com medicamentos em decorrência de decisão judicial totalizaram R\$ 79,5 milhões, representando aproximadamente 18% do orçamento atribuído à assistência farmacêutica.¹¹⁸

Ao analisar a evolução temporal dos dispêndios com medicamentos judicializados sob a responsabilidade do Estado de Alagoas, identificaram que os gastos com este subelemento foram de aproximadamente 0,5% do orçamento total empenhado na Função Saúde. E especificamente em 2017 representaram 10,3% de todo o dispêndio realizado com medicamentos pelo Governo do Estado, que foi de R\$ 61,4 milhões, concluindo assim, que tal patamar não possui o condão de desequilibrar o planejamento orçamentário e logístico das aquisições de medicamentos do Estado, uma vez que apresentaram um crescimento nominal de apenas 28% em relação ao ano de 2010.¹¹⁹

No Tribunal de Justiça do Estado de Alagoas (TJAL) o entendimento sobre o tema foi sumulado em 2016, *in verbis*:

Súmula TJ/AL nº 01: 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. (Decisão: 18 de outubro de 2016. DJE: 26 de outubro de 2016).

Súmula TJ/AL nº 02: Inexiste óbice jurídico para que o Poder Judiciário determine o fornecimento de equipamentos, insumos, medicamentos, cirurgias e tratamentos para garantir o direito fundamental à saúde, incluindo determinada política pública nos planos orçamentários do ente público, mormente quando este não comprovar objetivamente a sua incapacidade econômico-financeira. (Decisão: 18 de outubro de 2016. DJE: 26 de outubro de 2016).

¹¹⁸ SILVA, Rogério Lira; *Et al*. **Judicialização e políticas públicas: o impacto do fornecimento de medicamentos por determinação judicial no orçamento da política de saúde do estado de alagoas (2010-2017)**. Revista de Administração de Roraima-UFRR, Boa Vista, Vol. 8 n.2, p. 326-350, jul-dez. 2018, p. 341. Disponível em: <<http://revista.ufrr.br/index.php/adminrr/>>. Acesso em: 09 maio 2022.

¹¹⁹ *Ibidem*, p. 346.

Súmula TJ/AL nº 03: O direito à saúde não deve ser limitado ao que está disposto nas listas do Ministério da Saúde para o tratamento dos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS. (Decisão: 18 de outubro de 2016. DJE: 26 de outubro de 2016).¹²⁰

Além disso, no mesmo ano, em conformidade com a Recomendação nº 31/10 do CNJ, foi instituída a Câmara Técnica de Saúde (CTS) no âmbito do Poder Judiciário do Estado de Alagoas, por meio da Resolução nº 18, de 15 de março de 2016. O objetivo é subsidiar os magistrados em suas decisões, com informações especializadas que envolvam a pertinência técnica ou contratual de benefícios, medicamentos, procedimentos cirúrgicos, diagnósticos, internações ou afins, relativo ao setor público ou a Saúde Suplementar, como forma de assegurar maior eficiência na solução de demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde.¹²¹

Inicialmente as atividades se realizaram apenas nos Juizados e Varas da Fazenda Pública Estadual e Municipal, e posteriormente, em 2018, se estenderam a todas as unidades judiciárias do Estado. O setor é composto por médicos, enfermeiros e dentistas, que respondem os questionamentos feitos pelos magistrados em até 24h. Segundo declarações do juiz Antônio Emanuel Dória Ferreira, titular da 14ª Vara Cível da Capital (Fazenda Municipal), a CT realiza um trabalho de suma importância, além de serem rápidos e precisos, ajudando sobremaneira os operadores do Direito, uma vez que os relatórios médicos são de difícil compreensão.¹²²

4 O PAPEL DA DEFENSORIA PÚBLICA NO ESTADO DE ALAGOAS NA EXIGIBILIDADE JUDICIAL DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE E O DIALÓGO INSTITUCIONAL ENTRE JUDICIÁRIO E ADMINISTRAÇÃO

O Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos, é o que prevê o art. 5º, inc. LXXIV da CF/88, em complemento, preceitua no art. 134 que a Defensoria Pública é instituição essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a orientação jurídica e a defesa, em todos os graus, dos necessitados.

¹²⁰ ESTADO DE ALAGOAS. Poder Judiciário de Alagoas. Jurisprudência. **Súmulas do TJAL**. Disponível em: <<https://www.tjal.jus.br/index.php?pag=jurisprudenciaSumulas>>. Acesso em: 09 maio 2022

¹²¹ ESTADO DE ALAGOAS. Poder Judiciário de Alagoas. **Resolução nº 18, de 15 de março de 2016**. Institui a Câmara Técnica de Saúde no âmbito do Poder Judiciário do Estado de Alagoas e adota providências correlatas. Disponível em: <https://www.tjal.jus.br/camara_tec/RESOLUCAO.N.18.DE.15.DE.MARCO.DE.2016.pdf> Acesso em: 09 maio 2022

¹²² CNJ. **Judicialização da saúde: núcleo técnico dobra nº de laudos em Alagoas**. In: Trindade Almeida Advogados Associados. [online]. Alagoas. Publicado em 10/01/2019. Disponível em: <http://trindadealmeida.com.br/detalhe_noticia/judicializacao-da-saude-nucleo-tecnico-dobra-no-de-laudos-em-al> Acesso em: 09 maio 2022

Em conformidade com o disposto no art. 1º da Lei Complementar nº 80/94, a assistência jurídica prestada pelo Estado através da Defensoria Pública ao abranger todos os graus, incluiu a via extrajudicial e abarcou não só os direitos coletivos, mas de igual forma, os direitos individuais.¹²³ No mesmo sentido dispõe o art. 7º da Lei Complementar nº 29/01, que organiza a DPE-AL.

Esse papel ganhou uma dimensão ainda maior após o advento da Lei Complementar nº 132/09, que incluiu a Defensoria Pública no rol de legitimados para a propositura de Ação Civil Pública e outras espécies de ações tendentes a “propiciar a adequada tutela dos direitos difusos, coletivos ou individuais homogêneos, quando o resultado da demanda puder beneficiar grupo de pessoas hipossuficientes”.¹²⁴ Nesse sentido, o alargamento da legitimidade para propor ações dessa natureza intensifica a participação do cidadão e dos grupos nas instâncias de poder e na vida social em geral.

A Defensoria Pública é uma instituição muito próxima dos setores mais vulneráveis da sociedade,¹²⁵ e justamente por isso, desempenha importante papel nas ações objeto deste trabalho, viabilizando o acesso à Justiça ao ingressar com milhares de ações para concretizar o direito à saúde. Diariamente, cidadãos, em regra carentes, necessitam de medicamentos, utensílios terapêuticos, exames e cirurgias, leitos, dentre outros tratamentos, e por não poderem provê-los por si só, procuram restabelecer sua dignidade ajuizando ações para compelir o Estado a fornecê-los.

No segundo semestre de 2019, segundo relatório da DPE-AL, 8.731 (oito mil setecentos e trinta e um) pessoas foram atendidas pelo Núcleo de Saúde Pública, ao final aproximadamente 17% (n=1.472) dos casos foram judicializados, dos quais 392 (trezentos e noventa e dois) versavam sobre medicamentos, seguidos por exames (n=314) e procedimentos cirúrgicos (n=211).¹²⁶ Nesse contexto, sendo certo que o direito à assistência jurídica integral vai muito além do mero acesso formal ao Poder Judiciário, uma estratégia utilizada no Estado de Alagoas

¹²³ BRASIL. **Lei complementar nº 80, de 12 de janeiro de 1994**. Organiza a Defensoria Pública da União, do Distrito Federal e dos Territórios e prescreve normas gerais para sua organização nos Estados, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp80.htm>. Acesso em: 09 maio 2022

¹²⁴ ESTADO DE ALAGOAS. **Lei complementar nº 29, de 01 de dezembro de 2011**. Organiza a Defensoria Pública do Estado de Alagoas e institui o regime jurídico da carreira de Defensor Público do Estado. Disponível em: <<https://sapl.al.al.leg.br/norma/12>>. Acesso em: 09 maio 2022

¹²⁵ A DPE-AL presta assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovam insuficiência de recursos, presumindo como necessitada a pessoa que aufera renda familiar mensal não superior a 03 (três) salários-mínimos federais, conforme estabelecido na Resolução CSDPE/AL nº 003, de 27 de abril de 2017.

¹²⁶ SILVA, Mayara Thayná Aureliano. **A judicialização da saúde: uma análise sobre a crescente demanda judicial no Estado de Alagoas**. 2020. 63 f. Monografia (Graduação em Direito) - Sociedade de Ensino Universitário do Nordeste (SEUNE) p. 36.

para racionalizar a judicialização da saúde tem sido o diálogo institucional entre a DPE-AL e a SESAU, através do Nijus, ampliando as possibilidades de sua atuação e de efetivação do direito à saúde por vias não judiciais.

Para prestar esta assistência o núcleo conta com uma equipe de técnicos formada por farmacêutico, médico, fisioterapeuta, nutricionista e assistente social, responsáveis por avaliar as demandas que chegam à DPE-AL e diligenciar uma solução extrajudicial, dessa forma, somente evoluem para a judicialização os casos em que foi esgotado o fluxo de resolução administrativa. Em 2018, de acordo com a defensora pública Ana Karine Brito, à época, coordenadora do Núcleo da Saúde, a presença dos especialistas garante ao assistido um atendimento mais completo, e explica:

Diariamente constatamos situações em que a receita apresentada pelo assistido está equivocada, casos como pedidos de suplementos que são destinados a um tipo de tratamento sendo receitado para outro ou uma receita de uma cadeira rodas ou prótese inadequada para a situação física do paciente, por isso, contamos com o auxílio do NIJUS para analisar o caso e nos informar sobre qual o tratamento mais indicado ao assistido e a possibilidade de uma solução administrativa ou a necessidade de judicialização da demanda. Com o atendimento dos especialistas diretamente na Defensoria e as visitas in loco, reduziremos o caminho percorrido pelo assistido, facilitando o atendimento e dando uma solução mais rápida para o caso.¹²⁷

O objetivo é reduzir a judicialização da saúde por meio de vias alternativas, por conseguinte, reduzir gastos, facilitar a comunicação com os usuários para que tenham uma resposta mais rápida, além de fornecer subsídios ao Judiciário nas ações que inevitavelmente devam ser intentadas, atuando antes do ajuizamento da ação, por meio da Defensoria, e pós judicialização, nas audiências na Justiça Federal e nos pareceres dos processos da Justiça Estadual, assim como, em despachos e ofícios à Procuradoria Geral do Estado. Em 2019 se estimava que a atuação do Nijus junto ao TJAL já havia reduzido em 60% as demandas judiciais no âmbito do SUS.¹²⁸

No que se refere às solicitações de medicamentos, o farmacêutico avalia as prescrições médicas, identificando se a substância está disponível na relação dos componentes especializados da assistência farmacêutica, na RENAME, ou na REMUME, e se é possível o

¹²⁷ ASCOM/DPE-AL. **Defensoria expande parceria com o NIJUS e passa a contar com nutricionista e fisioterapeuta.** Alagoas 24 horas. Publicado em 06/04/2018. Disponível em: <<https://www.alagoas24horas.com.br/1143521/defensoria-expande-parceria-com-o-nijus-e-passa-continuar-com-nutricionista-e-fisioterapeuta/>>. Acesso em: 09 maio 2022

¹²⁸ VITAL, Marcel. **Parceria entre Saúde e Defensoria agiliza atendimento nutricional e fisioterapêutico.** [online] Agência Alagoas. Governo do Estado de Alagoas. Alagoas, 01 fev. 2019. Disponível em <<http://www.agenciaalagoas.al.gov.br/noticia/item/28874-parceria-entre-saude-e-defensoria-agiliza-atendimento-nutricional-e-fisioterapeutico>> Acesso em: 03 mar. 2022

seu fornecimento pela via regular. Nos casos em que essa dispensação é viável, os pacientes são orientados acerca do rito administrativo e encaminhados às unidades básicas de saúde e/ou à sede da farmácia dos Componentes Especializados da Assistência Farmacêutica (CEAF) para a sua aquisição.

No caso de medicamentos que fazem parte do elenco do SUS, mas não são dispensados para a patologia do paciente ou estão em desabastecimento, é elaborado parecer técnico mencionando o motivo da judicialização. Na hipótese de desabastecimento, quando o estoque é regularizado o farmacêutico entra em contato com o paciente para que o receba pela via administrativa, além disso, é enviado ofício à Procuradoria Geral do Estado com o fim de dar ciência ao magistrado nos autos do processo acerca da regularização da distribuição.

Quando o medicamento não está em lista oficial do SUS, é elaborado relatório técnico, conforme o caso, mas em regra constam as seguintes informações: 1) se a indicação do tratamento é adequada para a patologia sob exame, 2) se há alternativas terapêuticas disponibilizadas no SUS para a patologia, 3) o valor do tratamento conforme a tabela da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), 4) se o medicamento possui registro na Anvisa, 5) se há parecer da Conitec favorável, ou não, para incorporação do medicamento nas listas oficiais do SUS e 6) qual ente federativo seria competente pelo financiamento com base no componente do medicamento.

Na eventualidade de no atendimento inicial na DPE-AL se constatar ausência de prescrição médica, inconformidades nos pedidos ou informações incompletas, o assistido é orientado a retornar ao médico em posse de formulário para aquisição de medicamento não constante no SUS, elaborado pelo Nijus. Destaca-se que ambos os documentos, formulário para aquisição de medicamentos (Anexo A e B) e parecer técnico do farmacêutico (Anexo C e D), sofreram alterações ao longo do tempo, para se adaptar aos requisitos que eram exigidos pelos magistrados quando do (in)deferimento dos pedidos, com o propósito de desburocratizar o trâmite para o assistido e aumentar as chances de procedência da ação.

Não obstante, o órgão se depara com entraves, dentre os quais pode-se citar o fato de o assistido às vezes demorar a conseguir uma consulta no SUS para que o médico preencha o formulário de medicamento, de modo que, em alguns casos é necessário a atuação do Nijus em processo administrativo apartado para viabilizar essa marcação. Outra dificuldade é que alguns médicos não compreenderem que a dispensação de medicamentos não fornecidos pelo SUS por meio da via judicial possui uma metodologia diversa da regular, com requisitos pré-estabelecidos que demandam uma prescrição o mais completa possível, e por vezes se recusam

e/ou dificultam o preenchimento correto do formulário/receituário (Anexo E). Além disso, conseguir os orçamentos dos medicamentos, especialmente se for de uso hospitalar que são concedidos apenas a pessoas jurídicas, pode ser um desafio para o assistido.

Após o atendimento inicial a DPE-AL concede um prazo de até 30 (trinta) dias para solucionar as demandas junto Njius, em caso negativo é ajuizada a ação e o número processual é fornecido à parte. Antes da criação do núcleo, todos os pedidos independentemente do fármaco solicitado eram judicializadas, uma vez que não era possível aferir por meio de triagem técnica se o medicamento era fornecido pelo SUS.¹²⁹ Ao final de cada ano é elaborado pelo Núcleo de Saúde Pública da DPE-AL relatório informando quais medicamentos que não são fornecidos pelo SUS estão sendo demandados frequentemente e encaminhados ao Núcleo da Tutela Coletiva da DPE-AL para viabilidade de ajuizamento de ação coletiva.

4.1 ANÁLISE DAS DECISÕES JUDICIAIS E DAS CAUSAS DE INDEFERIMENTO DE MEDICAMENTOS NÃO FORNECIDOS PELO SUS EM AÇÕES AJUIZADAS PELA DPE-AL

Para contextualizar como funciona na prática o processo de judicialização de medicamentos não ofertados pelo SUS no Estado de Alagoas, foi realizado estudo de caso com coleta de dados do período compreendido entre 01 de janeiro de 2018 a 31 de dezembro de 2018, durante a vigência do Estágio não obrigatório exercido na DPE-AL, especificamente no setor de Saúde Pública.

Nesse estudo foram coletadas informações de 999 pareceres emitidos por profissional farmacêutico vinculado ao Nijus por meio do sistema utilizado na defensoria, Audora Gerencial. Fazendo uso do nome do paciente foi possível detectar o cadastro administrativo no sistema e observar se a demanda havia sido resolvida de forma extrajudicial ou judicial, dessa forma, foram excluídos os pareceres que não geraram número judicial e os que foram resolvidos administrativamente através da farmácia do CEAF.

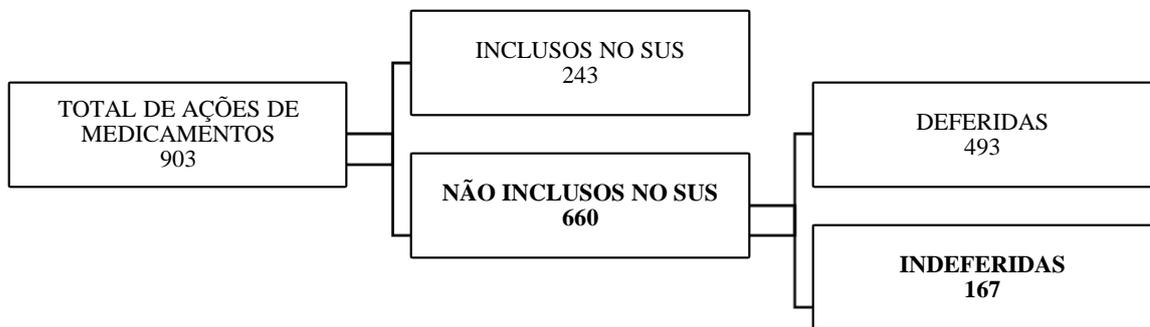
Do mesmo modo foi analisado se a demanda judicial requeria medicamento em decorrência do seu desabastecimento no SUS ou se em razão da sua não incorporação em atos

¹²⁹ BORGES, Gabriela Ferreira. **Judicialização da saúde: análise técnica baseada em evidência das demandas judiciais de medicamentos em Alagoas**. 2017. 80 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Escola de Enfermagem e Farmácia, Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2018, p.86. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/3325>>. Acesso em: 07 maio 2022

normativos do SUS, sendo identificado que 660 ações individuais se enquadravam na sistemática do Tema nº 106 do STJ.

Posteriormente, mediante consulta dos processos judiciais no portal e-SAJ do TJAL, foi verificado se os pedidos foram (in)deferidos, e ao final, apenas 167 integraram o objeto do estudo e foram analisados a fundo, por apresentarem no curso da ação judicial alguma causa de indeferimento. (Figura 2)

Figura 2 - Total de Ações Judiciais com pretensão de fornecimento de medicamentos demandadas na Defensoria Pública de Alagoas no ano de 2018



Fonte: elaboração própria, 2022

No que se refere ao réu da ação, 95 foram demandados contra o Estado de Alagoas e 72 em face do Município de Maceió. Ressalta-se que, fundado na divisão de responsabilidades tripartite que segue o regramento de financiamento dos componentes de medicamentos estabelecido na RENAME, o Nijus faz a sugestão do réu, não obstante, fica a critério dos defensores públicos estabelecer contra qual ente a ação será demandada.

Como dito anteriormente, apenas os medicamentos que não possuem registro na Anvisa é que deverão ser obrigatoriamente propostos em face da União, todo o restante, que inclusive é a grande maioria dos casos que chegam a DPE-AL deve seguir o princípio da solidariedade, cabendo ao cidadão escolher contra quem quer demandar.

4.1.1 Análise das principais causas de indeferimento da Tutela de Urgência

Ao analisar os autos das ações judiciais, verificou-se a existência de 11 causas de indeferimento. Tendo em vista que algumas dessas causas são cumulativas em um mesmo processo elas foram contabilizadas levando em consideração a quantidade de vezes em que foram suscitadas.

O motivo que ensejou mais indeferimentos, foi a ausência de informação na prescrição acerca do uso e ineficácia de medicamentos análogos para o tratamento da patologia disponibilizados pelo SUS, aparecendo em 85 processos judiciais. A insuficiência de orçamentos ficou em segundo lugar, aparecendo em 38 processos. A prescrição desatualizada foi a terceira causa, surgindo em 28 processos. As demais causas tiveram incidência relativamente menor, aparecendo em casos isolados. (Tabela 1)

Tabela 1 – Causas de indeferimento da Tutela de Urgência

CAUSAS DE INDEFERIMENTO DA TUTELA DE URGÊNCIA		1 ^a	2 ^a
1	Prescrição sem informação acerca da ineficácia de medicamento análogos disponibilizados pelo SUS	85	0
2	Orçamentos (quantidade insuficiente, informações sobre o fornecedor incompletas)	32	5
3	Prescrição desatualizada	3	25
4	Prescrição sem concentração do medicamento	4	0
5	Prescrição sem informação acerca da imprescindibilidade do uso do medicamento	2	0
6	Prescrição sem a quantidade do medicamento	1	0
7	Prescrição sem a duração de uso do medicamento	2	0
8	Prescrição ilegível	1	0
9	Sem prescrição	2	0
10	Prescrição nova de acordo com o parecer da câmara técnica de saúde	1	0
11	Prescrição com informação divergente do pedido na inicial	0	1

Fonte: elaboração própria, 2022

No que diz respeito a causa mais frequente, está intimamente relacionada ao fato de ser um dos requisitos estabelecidos pelo STJ para concessão do medicamento não listados em atos normativos do SUS, o que justificaria o indeferimento da tutela de urgência. Salienta-se que no verso do formulário fornecido aos assistidos da defensoria, há espaço para que o médico preencha e justifique expressamente a necessidade de utilização do medicamento prescrito, se no SUS contém algum medicamento disponível como alternativa terapêutica para o tratamento do paciente, e em caso positivo, o por que não foi prescrito.

Em relação à aos orçamentos, a maioria fazia alusão a quantidade insuficiente acostada aos autos, uma vez que a jurisprudência entende serem necessários ao menos 3 cotações para o bloqueio de verbas públicas. Sobre essa questão, o Enunciado nº 56 do CNJ recomenda que antes da apreciação do pedido, deve ser exigida da parte a apresentação prévia de até 3 orçamentos, excetuando-se as hipóteses de complexa definição de custos, em que outros parâmetros poderão ser observados.

Essa inovação é pertinente e benéfica ao requerente, tendo em vista que por vezes os medicamentos não são comercializados em farmácias comuns do Estado, principalmente os de uso hospitalar, sendo vedada a comercialização diretamente para pessoas físicas, o que dificulta a obtenção da quantidade exigida. A partir dessa problemática a defensoria tem adotado a prática de emitir ofício solicitando o orçamento, no entanto, há casos em que mesmo em posse de tal documento, os assistidos não logram êxito, seja pela ausência da comercialização dos

fármacos ou pela demora/negativa do fornecedor em confeccionar a cotação, sendo necessário que o magistrado pondere diante de cada caso concreto a rigidez quanto à exigência dos 3 orçamentos.

Além disso, há outra problemática que envolve a questão dos valores dos medicamentos, uma vez que ao ser informado nos autos do processo o descumprimento da liminar e solicitado o bloqueio de verbas públicas, em razão da urgência, situação que se enquadra na hipótese de dispensa da licitação prevista no art. 24, inc. IV, da Lei n.º 8.666/93, será adotado o menor orçamento acostado pela parte requerente. Ocorre que, essas cotações fornecidas por farmácias e drogarias de rede privada consideram os preços ofertados à consumidores comuns.

Em relação a precificação, a Anvisa exerce a função de secretaria executiva da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), órgão interministerial responsável por regular o mercado e estabelecer critérios para a definição e o ajuste de preços. Por meio da Resolução nº 2, de 5 de março de 2004, a CMED instituiu o preço de fábrica ou fabricante (PF) e o coeficiente de adequação de preços (CAP).¹³⁰

O PF é o preço praticado pelas empresas produtoras/importadoras/distribuidoras dos produtos, sendo o valor máximo permitido para venda a farmácias, drogarias e para entes da Administração Pública. O CAP é um desconto mínimo obrigatório incidente sobre o PF, de alguns medicamentos, nas compras realizadas pelos entes da Administração Pública. Dessa forma, a aplicação do CAP sobre o PF resulta no preço máximo de venda ao governo (PMVG).

Por meio da Orientação Interpretativa nº 02/2006, a CMED determina que nos fornecimentos para órgãos públicos através de licitações ou não, o distribuidor é obrigado a vender os produtos, tendo como referencial máximo o PF.¹³¹ Outrossim, a Resolução nº 4/2006 regulamenta, em seu art. 1º, que distribuidoras, empresas produtoras de medicamentos, representantes, postos de medicamentos, unidades volantes, farmácias e drogarias devem aplicar o CAP ao preço dos produtos definidos no art. 2º dessa Resolução, sempre que realizarem vendas a entes da Administração Pública.¹³²

¹³⁰ CMED. **Resolução nº 2/2004**. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/cmed/air/arquivos/5517json-file-1/view>>. Acesso em: 07 maio 2022.

¹³¹ CMED. **Orientação Interpretativa nº 02/2006**. Nos fornecimentos para órgãos públicos através de licitações ou não, o Distribuidor é obrigado a vender os produtos, tendo como referencial máximo o preço fabricante. Disponível em: <<http://antigo.anvisa.gov.br/orientacao-interpretativa-n-02-de-13-de-novembro-de-2006>>. Acesso em: 07 maio 2022.

¹³² CMED. **Resolução nº 4/2006**. Dispõe sobre o Coeficiente de Adequação de Preços – CAP, sua aplicação, e altera a Resolução CMED nº. 2, de 5 de março de 2004. Disponível em: <<http://antigo.anvisa.gov.br/cap/resolucoes-da-cmed>>. Acesso em: 07 maio 2022.

Assim, as cotações juntadas aos autos pelo requerente são realizadas junto às farmácias e/ou drograrias da rede privada, que por sua vez, são elaboradas se baseando no preço máximo ao consumidor (PMC), sem aplicação do CAP, e incluindo os impostos incidentes por Estado. Portanto, quando o ente deixa de atender as determinações judiciais, se sujeitando ao bloqueio de verbas para que o autor adquira o medicamento por conta própria, acaba por onerar ainda mais as contas públicas.

Nesse contexto, o enunciado nº 53 do CNJ recomenda que mesmo quando já efetuado o bloqueio de numerário por ordem judicial, pelo princípio da economicidade, deve ser facultada a aquisição imediata do produto por instituição pública ou privada vinculada ao SUS, observado PMVG, estabelecido pela CMED. As decisões judiciais não fazem referência a esse entendimento, à vista disso, o ideal é que, sendo necessário o bloqueio de verbas, fosse emitido ofício pelo Juízo direcionado à farmácia que disponibilizou o menor orçamento, para que se aplicasse o CAP, em respeito ao preço máximo de venda ao governo¹³³, uma vez que é Administração Pública quem vai custear a venda.

Por fim, em relação ao indeferimento em razão da prescrição desatualizada, apenas em 3 casos foram identificados quando do protocolo da petição inicial, os 25 demais casos se deram após prolação do acórdão e retorno dos autos à vara de origem, e conseqüentemente, o primeiro despacho para o regular seguimento do feito solicitava prescrições atualizadas.

4.1.2 Análise da procedência do pedido

No tocante à (im)procedência do pedido, foram consideradas apenas as sentenças proferidas antes do 1º acórdão, pelo motivo de haver ações em que as decisões foram reformadas/anulas, de maneira que ainda se encontram em regular processo de conhecimento, o que impossibilita uma quantificação precisa quanto à reanálise do pedido.

Identificou-se que 37 processos foram julgados como parcialmente procedentes, sendo esta parcialidade referente à restrição do fornecimento do medicamento por 12 meses nos casos em que o pedido continha o uso por tempo indeterminado. Por sua vez, 59 processos foram extintos sem resolução do mérito em razão da inépcia da petição, dos quais 35 se deram por falta de prova e 23 em razão de ilegitimidade passiva da parte ré. Apenas 18 processos foram considerados totalmente procedentes e 16 foram extintos por inércia da parte.

¹³³ O PMVG é atualizado mensalmente e disponibilizado para consulta ao público em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/cmmed/precos>>.

Tabela 2 – Teor das sentenças

TEOR DAS SENTENÇAS		1ª	2ª
Parcialmente procedente (fornecimento do medicamento por 12 meses)		37	
Extinto sem resolução do mérito, indeferimento da petição por falta de prova		35	
Extinto sem resolução do mérito, indeferimento da petição por ilegitimidade passiva da parte (Tema 973 STF =3)		26	
Improcedente		23	
Totalmente procedente		18	
Extinto sem resolução do mérito, indeferimento da petição inicial por inércia da parte		16	
Parcialmente procedente (alguns medicamentos foram negados)		3	
Extinto sem resolução do mérito por abandono de causa do autor		4	
Extinto sem resolução do mérito por litispendência		2	
Extinto sem resolução do mérito por falta de interesse superveniente		1	
Extinto sem resolução do mérito, indeferimento da petição inicial por divergência entre a prescrição e o pedido na exordial		1	
Aguardando sentença inicial		1	
		TOTAL	167

Fonte: elaboração própria, 2022

Cabe esclarecer que em todos os processos extintos por falta de prova, a motivação possuía relação com a ausência de alguma informação na prescrição médica, conforme especificado abaixo.

Tabela 3 – Indeferimento da petição inicial por falta de prova

INDEFERIMENTO DA PETIÇÃO INICIAL POR FALTA DE PROVA	
Prescrição sem concentração do medicamento	25
Prescrição sem quantidade do medicamento	2
Prescrição sem duração do tratamento	4
Prescrição ilegível	1
Prescrição desatualizada	1
Sem prescrição	2
	TOTAL 35

Fonte: elaboração própria, 2022

Além disso, da totalidade dos processos com petição inépta em razão da falta de prova, 30 foram extintos pelo mesmo magistrado sem o prévio despacho saneador, em manifesta oposição ao preconizado no Código de Processo Civil, que assim dispõe:

Art. 6º Todos os sujeitos do processo devem cooperar entre si para que se obtenha, em tempo razoável, decisão de mérito justa e efetiva.[...]

Art. 317. Antes de proferir decisão sem resolução de mérito, o juiz deverá conceder à parte oportunidade para, se possível, corrigir o vício.[...]

Art. 321. O juiz, ao verificar que a petição inicial não preenche os requisitos dos arts. 319 e 320 ou que apresenta defeitos e irregularidades capazes de dificultar o julgamento de mérito, determinará que o autor, no prazo de 15 (quinze) dias, a emende ou a complete, indicando com precisão o que deve ser corrigido ou completado.

Parágrafo único. Se o autor não cumprir a diligência, o juiz indeferirá a petição inicial.

Nesse contexto, cita-se por oportuno, o entendimento exarado na sentença do processo sob o nº 0709968-52.2018.8.02.0001, em trâmite no Juizado Especial da Fazenda Pública Estadual e Municipal da Comarca de Maceió/AL, que inclusive foi replicado nas demais ações:

[...] Mesmo considerando os princípios da simplicidade e da informalidade que regem o procedimento sumaríssimo nos Juizados Especiais, a parte autora não observou os documentos essenciais que devem instruir a petição inicial.

Analisando o histórico deste Juizado, observei que a concessão de prazo para emenda da inicial tem se mostrado um grande complicador ao bom funcionamento da Unidade, indo de encontro aos princípios da celeridade e da economia processual previstos no artigo 2º da Lei nº 9.099/1995.

Numa ponderação de valores, entendo que deverão prevalecer os princípios acima mencionados, associados ao princípio da cooperação entre todos os sujeitos do processo (partes, Ministério Público e Juiz) previsto no art. 6.º do CPC, razão pela qual afasto a incidência do art. 321 do CPC por ser incompatível com o rito sumaríssimo.

Não posso entender razoável que se movimente a máquina do Judiciário, já tão assoberbada de processos, sem um mínimo de atenção no tocante aos documentos indispensáveis ao andamento e à análise da demanda que devem instruir a petição inicial, **desafiando quem o fez a receber medidas sancionadoras aplicadas pelos Órgãos Jurisdicionais, mormente os que compõem o microsistema dos Juizados Especiais, que é norteado pela celeridade e economia processual.**

Ante o exposto, com fundamento no art. 485, inciso I, do CPC, extingo o processo sem resolução do mérito. ¹³⁴ (grifo nosso)

Aproximadamente um ano depois a referida sentença foi anulada pela 2ª Turma Recursal da 1ª Região do Estado de Alagoas, que por unanimidade de votos, conheceu o recurso inominado interposto pela DPE-AL, e determinou a intimação da parte autora para que apresentasse prescrição médica legível constando a concentração do medicamento solicitado, sob o fundamento de que houve violação ao devido processo legal e cerceamento de defesa pelo juízo de origem. Na oportunidade, foi evidenciado que o entendimento de que a emenda a inicial se mostra incompatível com os Juizados Especiais, em razão da economia e celeridade processual que o rito exige, se mostra incongruente e equivocado:

Nas inúmeras decisões apreciadas por esta Turma, o magistrado *a quo* aduz, em síntese, que "a concessão de prazo para emenda da inicial tem se mostrado um grande complicador ao bom funcionamento da Unidade, indo de encontro aos princípios da celeridade e da economia processual" (sic). **À evidência, o afastamento do art. 321 do CPC sob o argumento de incompatibilidade com o rito especial, se apresenta completamente desagregado das próprias diretrizes da Lei 9.099.** Além da possibilidade de emenda à inicial no âmbito dos juizados especiais traduzir matéria plenamente pacificada na jurisprudência, **a argumentação do Juízo a quo não apresenta lógica jurídico-dedutiva. Se sua preocupação advém da economia e celeridade processuais, a extinção prematura de uma ação, que necessariamente será reproposta, mostra-se extremamente equivocada e incongruente; mormente porque a conservação e aproveitamento dos atos processuais traduz emanação direta da economicidade.** Indiscutivelmente, a emenda para correções consiste em medida mais rápida, mais econômica e mais eficiente para atender ao escopo material do processo, qual seja, tutelar o direito. Convém salientar que o Código de Processo Civil atua como norma integrativa da Lei 9.099, não se limitando à aplicação meramente subsidiária e optativa. Portanto, ao afastar a aplicação de dispositivo previsto na Lei 13.105, o Juízo *a quo*, além de ignorar os postulados de economia e celeridade no processo, afasta o instrumento normativo que sustenta amplamente o procedimento especial. **Não posso deixar de ponderar que a desenfreada preocupação com os númerose estatísticas tem levado à adoção de medidas**

¹³⁴ TJAL. Sentença: 0709968-52.2018.8.02.0001. Juiz: Geraldo Tenório Silveira Júnior. Data de Julgamento: 25/04/2018, Juizado Especial da Fazenda Pública Estadual e Municipal. Data da Publicação: 27/04/2018.

açodadas e injustas, que se dissociam por completo do grande papel do Judiciário na pacificação social e na entrega da prestaçãojurisdicional. [...] ¹³⁵ (grifo nosso)

Desse modo, se identificado pelo órgão julgador que a petição inicial não oferece condições satisfatórias para a correta compreensão da lide, deve ser concedido prazo para emenda da petição inicial, por se tratar de direito subjetivo do autor, sendo certo que a imediata declaração da inépcia sem a concessão do prazo para emenda, importa violação a esse direito. Em complemento, o Enunciado nº 95 do CNJ recomenda que a alteração de dosagem, posologia, quantidade ou forma de apresentação de medicamento, em relação ao postulado na inicial não implica ampliação dos limites objetivos da lide, devendo ser aplicada a regra da fungibilidade.

No que diz respeito aos processos que foram extintos sem resolução do mérito por ilegitimidade passiva da parte, o conjunto (n=26) é fragmentado da seguinte forma: a) 23 se deram no âmbito da 17ª Vara Cível da Capital/ Fazenda Estadual, em demandas que requeriam medicamento de alta complexidade; b) 3 ações foram extintas após a fixação do Tema 793 do STF, no âmbito da 30ª Vara Cível da Capital - Fazenda Pública e Juizado Especial da Fazenda Pública Adjunto - Saúde Pública;

Em relação aos medicamentos de alta complexidade, o magistrado argumenta que, ainda que se entenda pela responsabilidade solidária dos entes federativos, ela deve ser relativizada. Defende que a LOS indicou a União como responsável pela coordenação de assistência de alta complexidade e que o Estado de Alagoas não tem condições de suportar os custos da demanda, notadamente quando se considera a quantidade de ações desta natureza perpetradas contra o ente. Levanta ainda o questionamento, se existe a solidariedade, por que nestes casos a ação não foi proposta perante a União, cujo orçamento e finanças possui solidez.¹³⁶

Ocorre que, as conclusões elencadas se encontram em dissonância não só com os precedentes jurisprudenciais dos Tribunais Superiores, mas também, com o entendimento do Egrégio Tribunal de Justiça de Alagoas. É imperioso que a medida relativa à saúde seja concedida de forma célere, sem delongas processuais, o que, decerto, aconteceria se fosse determinada a ampliação do polo passivo da demanda com o chamamento de outros entes federativos à lide, motivo pelo qual entenderam ser desnecessário tal procedimento.

¹³⁵ TJAL. Recurso Inominado: 0709968-52.2018.8.02.0001, Relator: Juiz Helestron Silva da Costa. Data de julgamento: 06/05/2019, 2ª Turma Recursal da 1ª Região – Maceió. Data da publicação: 23/05/2019

¹³⁶ TJAL. Sentença: 0711376-78.2018.8.02.0001. Juiz: Alberto Jorge Correia de Barros Lima. Data de Julgamento: 17/09/2018, Juízo de Direito da 17ª Vara Cível da Capital / Fazenda Estadual. Data da Publicação: 18/09/2018

Ressalta-se que é justamente nesse sentido a Súmula nº 01 do TJAL, que os entes federativos são solidariamente responsáveis no dever de assegurar o direito à saúde, sendo desnecessário o chamamento ao processo de todos eles. À vista disso, em 17 processos houve a interposição de recurso de apelação e ao final, todos as sentenças foram reformadas ante o reconhecimento do Estado de Alagoas como parte legítima para figurar no feito. Além disso, quando preenchidos os requisitos do Tema nº 106 do STJ, a tutela de urgência recursal foi concedida, no sentido de fornecer o medicamento requerido na petição inicial.

Na perspectiva do demandante, caso fosse necessário a inclusão da União no polo passivo, o processo obrigatoriamente deveria ser intentado na Justiça Federal, e conseqüentemente, o usuário teria que ser assistido pela DPU e não pela DPE-AL. Vale mencionar que a Defensoria da União não possui parceria com o Nijus, no que se refere a ampará-los acerca das ações que inevitavelmente devam ser judicializadas, ou seja, atendimento antes do protocolo da ação, se limitando a atuar após a judicialização.

Além disso, os medicamentos de alta complexidade frequentemente estão relacionados a patologias de maior potencial lesivo, exemplo disso é que das 23 demandas extintas, 14 estavam relacionadas a algum tipo de carcinoma, consoante demonstrado na tabela abaixo. Outrossim, sobreveio que neste interregno, consta nos autos de 7 processos que lamentavelmente, o demandante veio a óbito.

Tabela 4 – Patologias nas demandas que foram extintas por ilegitimidade da parte em razão do pedido requerer medicamento de alta complexidade

PATOLOGIAS NAS DEMANDAS QUE FORAM EXTINTAS POR ILEGITIMIDADE DA PARTE EM RAZÃO DO PEDIDO REQUERER MEDICAMENTO DE ALTA COMPLEXIDADE	
Câncer de Fígado	3
Câncer de Pele (Melanoma)	1
Câncer de Próstata	1
Câncer de Próstata Metastático	1
Câncer de Rins	2
Câncer do Cólon	1
Câncer Hematológico - Tricoleucemia	1
Câncer Hematológico - Leucemia Mielóide Crônica	1
Câncer Linfático - Linfoma de Hodgkin	1
Câncer Linfático - Linfoma Não Hodgkin	1
Degeneração Macular Relacionada à Idade (DMRI) Exsudativa	1
Fibrose Pulmonar	3
Glioma de Alto Grau – Tumor cerebral	1
Neoplasia Maligna do Encéfalo	1
Oclusão do Ramo Venoso da Retina	1
Osteopenia difusa	1
Púrpura Trombocitopênica	1
Retinopatia Diabética proliferativa	1
TOTAL	23

Fonte: elaboração própria, 2022

Em relação aos 3 processos que foram extintos após a fixação do Tema 793 do STF, como dito em tópico anterior, estabeleceu-se que poderia a autoridade judiciária direcionar o cumprimento da determinação judicial caso a caso, conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro, entretanto, não é possível reconhecer a necessidade da formação de litisconsórcio ou a ilegitimidade passiva daquele que foi demandado, nem tampouco determinar a denunciação à lide ou o chamamento ao processo do legalmente obrigado, cabendo tão somente o direito de regresso a ser exercido, em ação futura.

Recentemente o E. TJAL, no agravo sob o nº 0802773-85.2022.8.02.0000, que versa sobre a mesma matéria, o Relator Dr. Des. Carlos Cavalcanti de Albuquerque Filho, proferiu decisão monocrática concedendo o efeito suspensivo requerido pela Defensoria, para determinar o processamento e julgamento do processo sob o nº 0729555-55.2021.8.02.0001 perante o juízo de origem, qual seja, a 17ª Vara Cível da Capital/ Fazenda Estadual, sob o entendimento que o julgamento feito pela 1ª Turma do STF em sede de reclamação não vincula os processos, porquanto, não é entendimento pacífico do STF:

[...] Cumpre esclarecer que a questão em deslinde gira em torno da competência para apreciar e julgar o feito, se da Justiça Estadual ou se da Justiça Federal. Verifico que o Juízo de origem, ao decidir por encaminhar os autos à Justiça Federal de Alagoas, alicerçou-se, em resumo, no seguinte: [...] Em 22 de março de 2022, a 1ª Turma do STF, em sede de Reclamação (RCLs nº 49890 e nº 50414), decidiu, unanimemente, que deve ser incluída a União como parte nos processos e a remessa dos autos à Justiça Federal para julgamento das ações que tratam sobre o fornecimento de fármacos que, não obstante serem registrados pela Anvisa, não estejam previstos em protocolo clínico do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ocorre que, a meu pensar, o julgamento pela 1ª Turma do STF, em sede de Reclamação, necessariamente não vincula ao processo ora sob análise, em especial porque a decisão não é pacífica do STF, uma vez que a 2ª Turma, pelo menos até o momento, não acolheu esse entendimento. Assim, não tendo a aludida decisão atribuído efeito vinculativo, reconheço, ao menos em sede de cognição sumária, que a mencionada decisão não gera efeitos vinculativos ou modificativos quanto ao Tema 793.** [...] Configurada, portanto, a plausibilidade do direito da parte agravante. Quanto ao risco da demora, entendo presente na medida em que, ao se transferir à Justiça Federal a análise e julgamento deste processo, retardará efetivada eventual sentença transitada em julgado que lhe assegure o tratamento de sua doença. [...] ¹³⁷

Adiante será demonstrado a média de duração dos processos judiciais e considerando que a maioria das sentenças que extinguíram o processo por inépcia da inicial foram posteriormente anuladas, com o retorno dos autos à vara de origem, tem-se que o entendimento

¹³⁷ TJAL. AI: 0802773-85.2022.8.02.0000 AL, Relator: Des. Carlos Cavalcanti de Albuquerque Filho. Data de julgamento: 28/03/2022, 2ª Câmara Cível – Maceió. Data da publicação: 02/05/2022.

dos magistrados acerca do princípio da cooperação, da razoável duração do processo e da responsabilidade dos entes federativos em matéria de saúde estão equivocados.

4.1.3 Análise dos Acórdãos e modificação da sentença

Inicialmente, informa que a nomenclatura “parcialmente provido” não foi considerada, tendo em vista que em relação à sentença o interesse desse estudo é demonstrar se houve, ou não, a modificação da decisão proferida pelo juízo *a quo*. Além disso, a parcialidade da provisão dizia respeito ao custeio das verbas processuais e honorários sucumbenciais ou ao não acolhimento do pedido genérico elaborado pela DPE-AL em todas as suas petições, “fornecimento de todo e qualquer tratamento médico relacionado ao tratamento da doença, que porventura venha a ser prescrito por profissional médico”, por entender que ele vai de encontro ao disposto nos arts. 322 e 324 do CPC/15, que tratam da certeza e determinação dos pedidos.

Dos 167 processos analisados, em 127 houve a interposição de recurso. Foi identificado que 57 processos tiveram o recurso provido e as sentenças anuladas e em 45 processos após a provisão do recurso as sentenças foram reformadas. Em apenas 13 processos o recurso não foi provido, e conseqüentemente as sentenças foram mantidas, dos quais, 11 foram interpostos pela parte autora assistida pela Defensoria.

Tabela 5 – Modificação da sentença após acórdão

MODIFICAÇÃO DA SENTENÇA APÓS ACÓRDÃO	1ª	2ª
Recurso provido e sentença anulada	57	
Recurso provido e sentença reformada	45	
Sem interposição de recurso	40	
Recurso não provido e sentença mantida	14	
Aguardando decisão do recurso	6	
Desistência do recurso	3	
Pode vir a ter- aguardando sentença inicial	1	
Interposição errada do recurso	1	
Total	167	

Fonte: elaboração própria, 2022

Em relação ao recurso requerendo o uso do medicamento por tempo indeterminado, o TJAL tem adotado a orientação de que, caso não se tenha como aferir o tempo de uso, o processo principal deve ser mantido e após transcorridos 12 meses, o fornecimento dos meses subsequentes deve ser condicionado à juntada de prescrições médicas atualizadas a cada 04 meses/06 meses, que ateste a necessidade de continuidade do tratamento.¹³⁸

¹³⁸ TJ-AL - APL: 07099249620198020001 AL 0709924-96.2019.8.02.0001, Relator: Des. Paulo Barros da Silva Lima, Data de Julgamento: 17/06/2020, 1ª Câmara Cível, Data de Publicação: 19/06/2020)

A limitação do prazo de fornecimento do medicamento por 12 meses, em questões práticas, significa que ao após o cumprimento de sentença, caso o quadro patológico persista, o usuário terá que recorrer ao Judiciário novamente do ponto de partida inicial, o que é deveras oneroso quando considerado a duração média de um processo judicial. Ao passo que, nos processos em que há a concessão do medicamento por tempo indeterminado, transcorridos 12 meses, a juntada de documentação atualizada é suficiente para a análise do pedido, que é apreciado em um lapso temporal consideravelmente menor.

Portanto, conclui-se que até a presente data, da totalidade dos recursos submetidos a reanálise, 105 favoreceram o paciente, principalmente quanto ao uso do medicamento por tempo indeterminado e a legitimidade passiva do ente demandando, e apenas 06 aguardam o julgamento do mérito.

4.1.4 Estágio atual dos processos e duração das etapas processuais

Atualmente, 35 processos judiciais ainda estão em andamento, dos quais 06 aguardam julgamento do 1º recurso, em contrapartida 11 demandas estão seguindo o feito após a prolação do acórdão e em apenas 01 processo ainda não foi proferida sentença em 1ª instância.

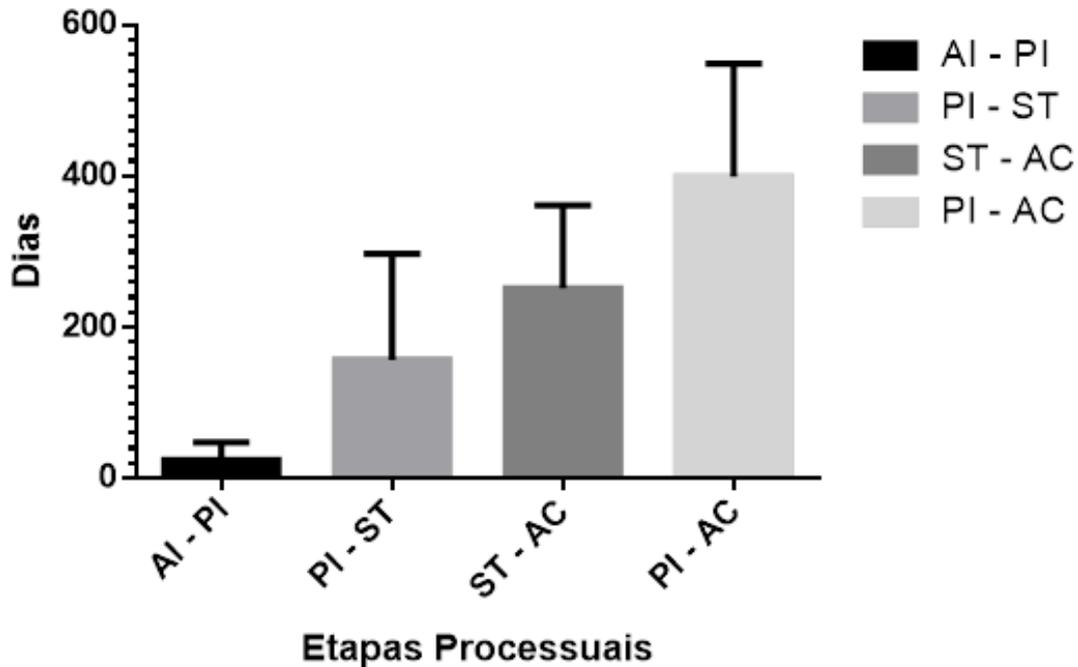
Tabela 6 – Estágio atual dos processos

ESTÁGIO ATUAL DOS PROCESSOS	
Procedimento ordinário – aguardando 1º sentença	1
1º Recurso – aguardando julgamento	6
Procedimento ordinário (após o 1º recurso)	11
2º recurso – aguardando julgamento	8
Procedimento ordinário (após o 2º recurso)	9
Encerrado	132
Total	167

Fonte: elaboração própria, 2022

Em relação à duração das etapas processuais, entre o atendimento inicial realizado na defensoria pública e o protocolo da petição inicial foi verificado uma média de $24,54 \pm 23,09$ dias. Do protocolo da petição inicial para a sentença houve uma média de $157,07 \pm 139,98$ dias. Da sentença à prolação do Acórdão houve uma média de $251,60 \pm 110,35$ dias. E por fim, foi aferido que entre o protocolo da petição inicial à prolação do acórdão há uma duração média de $399,13 \pm 149,64$ dias. (Figura 3)

Figura 3-Duração entre as etapas processuais



Fonte: elaboração própria, 2022. Dados expressos como média e desvio padrão
 Legenda: AI: Atendimento Inicial; PI: Petição Inicial; ST: Sentença; AC: Acórdão.

Percebe-se que a duração média do processo judicial é de aproximadamente 13 meses, considerando a data do protocolo da petição até a sua eventual reanálise por meio de recurso, ou seja, o usuário que necessita que lhe seja fornecido medicamento não contemplado nas listas oficiais do SUS, leva cerca de 01 ano para ter a sua pretensão confirmada.

À luz do exposto, a causa de indeferimento da tutela de urgência que incidiu em maior proporção se mostrou legítima, uma vez que intimamente relacionada à adequação trazida pelo Tema 106 do STJ, qual seja, a exigência de que a prescrição médica contenha a informação acerca da ineficácia do uso anterior de medicamento análogos disponibilizados pelo SUS, ao medicamento que está sendo requerido. Em contrapartida, em sede de sentença, as causas de maior expressividade, indeferimento da petição inicial por falta de prova e por ilegitimidade passiva do ente demandado, que ocasionaram a extinção do processo sem resolução do mérito, não estão amparadas pelo ordenamento jurídico pátrio, tampouco pela jurisprudência.

Considerando que dos 127 processos em que foram interpostos recursos, 102 sofreram modificação na sentença em relação ao pedido principal, é evidente que tem se configurado reiterados equívocos em relação a posição adotada pelo juízo *a quo* quanto aos entendimentos que corriqueiramente fundam suas sentenças, levando o paciente a percorrer a via *crucis* de um processo judicial, não uma, mas duas vezes.

5 CONCLUSÃO

Como não poderia deixar de ser, a saúde enquanto direito humano foi integrada à constituição de 1988 e erigida a direito fundamental social, portanto, se traduz em um direito subjetivo público a prestações positivas do Estado, passível de garantia pela via judicial com vistas a assegurar a dignidade humana. No tocante à judicialização da saúde, foi demonstrado que malgrado existam fortes críticas nesse campo, não se pode negar que esse processo decorre do próprio arranjo institucional da democracia constitucional brasileira.

Especificamente quanto ao fornecimento de medicamentos, foi demonstrado que, não obstante a previsão do ordenamento jurídico pátrio acerca do acesso universal e igualitário e da integralidade da assistência à saúde, essas particularidades não resultam em uma obrigação estatal imediata de oferecimento de quaisquer prestações de saúde, a qualquer pessoa e em qualquer circunstância, uma vez que esse nível de tutela demandaria a disponibilidade de recursos financeiros consideravelmente superiores.

Nesse contexto, firmou-se neste estudo a posição de que, a integralidade não deve ser entendida como a satisfação exclusiva dos tratamentos delimitados nos PCDT e listas do SUS, uma vez que toda padronização comporta exceção e não significam o engessamento do sistema público de saúde, pelo contrário, é assegurado que os cidadãos tenham acesso ao tratamento adequado à sua enfermidade. Assim, se verificada a ineficiência do tratamento previsto nessas diretrizes, ou a ausência de protocolo clínico para o quadro, a integralidade abarcaria uma intervenção alternativa apropriada ao paciente, sob pena de lhe ser fornecido tratamento considerado desumano e degradante.

Partindo desse pressuposto, se por um lado a atuação do Poder Judiciário é fundamental para o exercício efetivo da cidadania, por outro, o crescimento da judicialização do direito à saúde tem representado um forte ponto de tensão, entre os operadores do direito, profissionais da área de saúde e principalmente, gestores públicos. Ao passo que, os desafios relacionados ao financiamento da saúde, prestação de cuidados e os determinantes sociais da saúde permanecem pouco explorados, uma vez que o judiciário tem evitado solicitar diretamente mudanças na política ou emitir decisões que afetariam o sistema público de saúde de forma mais ampla. Em Alagoas, especificamente, a litigância dessa matéria é uma prática generalizada e acessível até para indivíduos mais pobres, e as ações individuais requerendo medicamentos são a esmagadora maioria dos casos.

Outrossim, apesar de existirem, desde a Audiência Pública nº 4 sobre Judicialização do direito à saúde, precedentes e enunciados no CNJ estabelecendo limites ao fornecimento de medicamentos pela via judicial, os tribunais não os seguiam em sua integralidade, concedendo os medicamentos sem critérios específicos, como fármacos sem registro, ou sem eficácia e segurança comprovadas. Assim, restou aos Tribunais Superiores parametrizar esse fornecimento, em sede de julgamento de recursos repetitivos e de repercussão geral, instando os magistrados a atenderem às evidências científicas e buscar mais eficiência nas decisões.

No tema 106 do STJ ficou estabelecido que constitui obrigação do poder público o fornecimento de medicamentos não listados no SUS, desde que presentes cumulativamente: 1) comprovação da imprescindibilidade do medicamento, assim como da ineficácia dos fármacos fornecidos pelo SUS para o tratamento da patologia; 2) incapacidade financeira de arcar com o custo do medicamento prescrito; 3) existência de registro na Anvisa do medicamento, observados os usos autorizados pela agência.

Por sua vez, o STF nos Temas de repercussão geral 500 e 793, consignou que o Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamento experimental ou sem registro na Anvisa, salvo em casos excepcionais, de maneira que, as ações que demandem o fornecimento de medicamentos sem registro na Anvisa deverão ser necessariamente propostas em face da União. Além disso, foi ratificado o entendimento de que os entes da federação são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais na área da saúde, entretanto, cabe a autoridade judicial direcionar o cumprimento da obrigação conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro.

O que se observa é que o controle judicial dessa política pública em específico, ficou muito bem delimitado, de forma que, cumpridos os requisitos acima mencionados deve ser deferido o pedido, em caso negativo, deve ser rejeitado. Assim, há sempre uma resposta juridicamente correta, e o magistrado tem o dever legal de encontrar essa resposta por meio de uma atividade interpretativa do direito, de modo coerente e fundamentado.

Ocorre que, restou evidenciado nos resultados deste trabalho, que no decorrer do ano de 2018, subsistiu expressiva incidência de decisões indeferindo o fornecimento dos medicamentos não constantes no SUS por motivos que não continham um correto fundamento legal e contrários à jurisprudência pátria consolidada, assim como a jurisprudência estadual, que inclusive, é sumulada.

Quando o Poder Executivo falha em suas obrigações institucionais, como o vem fazendo há várias décadas no âmbito da saúde pública, o Poder Judiciário utilizando de suas prerrogativas constitucionais deve assumir o protagonismo e, de forma razoável e proporcional, adotar medidas efetivas para assegurar a efetivação do direito à saúde. O perigo de constatar expressiva incidência de modificação na sentença nos julgamentos analisados (57 anuladas e 45 reformadas), é que ela indica, institucionalmente, ser possível proferir decisões judiciais de natureza política sem fundamento coerente do ponto de vista jurídico, e por reflexo, acabam por submeter o paciente, ora requerente, novamente à uma omissão estatal.

De fato, aos magistrados é permitido julgar de forma diversa, desde que haja fundamentação legal e jurídica para tal. Contudo, como essa fundamentação é bastante variável, na prática foi possível identificar decisões que se dissociaram do papel do Judiciário na pacificação social e na entrega da prestação jurisdicional, afetando a coerência e a segurança do sistema.

O propósito não é desvalorizar a importância da normatização dos protocolos e tratamentos a ser dispensados no SUS, ou negar a existência de um orçamento público limitado, tampouco sustentar que a atuação judicial seja a via preferencial para o fornecimento de medicamentos, seja pela não incorporação, seja pelo desabastecimento. Contudo, é imperioso frisar, que nessas demandas a controvérsia envolve questão extremamente sensível, que interfere de forma intrínseca e direta na dignidade e na vida do indivíduo, e costumeiramente, depende da celeridade processual para preservá-las.

Não bastasse a demora na atualização das listas que são disponibilizadas pelos SUS, que de certa forma acaba por ser uma desvantagem perante as inúmeras mudanças ocorridas no âmbito farmacêutico, porquanto, a ciência vem avançando e descobrindo novas drogas para o tratamento de infindáveis enfermidades, o paciente ao socorrer-se ao Judiciário acaba por se deparar com uma demora injustificada.

Não se nega o fato de que o excesso de litigação e de intervencionismo relacionados à concessão de medicamentos de forma desenfreada e sem critérios é prejudicial a gerência do sistema de saúde pública, e deve ser rechaçado, entretanto, deve ser combatido pela via correta, e não por meio de indeferimentos baseados em argumentos meramente pragmáticos, que acabam por afastar os direitos fundamentais ao invés de salvaguardá-los.

Desse modo, recomenda-se um grau moderado de ativismo judicial que, embora não seja complacente em fornecer o medicamento sem analisar as particularidades do caso, também

não é arbitrário e condescendente com omissões e inadequações estatais em matéria de dispensação de medicamentos à população. É necessário que o Judiciário, e mais especificamente os próprios magistrados, estejam atentos à complexidade de cada ação, ao difícil caminho percorrido pelo autor, e se aproximem cada vez mais dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, das unidades de saúde pública ou conveniadas ao SUS, dos dispensários de medicamentos, bem como, participem dos cursos de aperfeiçoamento, sugestões já destacadas na Recomendação nº 31/10 do CNJ.

Para tanto, há órgãos dentro do Poder Judiciário e na seara Administrativa, como é o caso do NATJUS-AL por meio da Câmara Técnica de Saúde e do Nijus, órgãos pertencentes ao TJAL e SESAU, respectivamente, que podem informar acertadamente se o medicamento é adequado e urgente para o caso. Além de ser autorizado legalmente, a proposição de demandas em face do Estado e Município é a via eleita pelo paciente demandante justamente por ter esse contato com órgãos que facilitam o acesso ao seu tratamento, diferente do âmbito federal em que não visualizam esse amparo antes do ajuizamento da ação.

Esse diálogo interinstitucional também deve auxiliar o Judiciário a promover a saúde como um direito coletivo e buscar estratégias para garantir a disponibilidade de medicamentos que o governo tem a responsabilidade legal de fornecer, assim como, de viabilizar a inclusão dos medicamentos que não estão no SUS e são recorrentemente requeridos na via judicial. Além disso, os governos locais devem acompanhar os processos judiciais e usá-los como parâmetros acerca das deficiências administrativas e do planejamento orçamentário da saúde pública.

Foi possível identificar que o orçamento anualmente destinado para a saúde não é suficiente para a cobertura completa de todas as ocorrências, e que Alagoas investe abaixo da média nacional, aliás, não há lugar no mundo que tenha um modelo de sistema de saúde impecável, exatamente porque existe a limitação financeira e de recursos humanos e tecnológicos. Contudo, tais limitações não podem e não devem servir de escudo aos agentes públicos, especialmente gestores e legisladores, para negar a concretização do direito à saúde.

Para além disso, como dito anteriormente, em estudo realizado por Silva *et al*, o dispêndio decorrente de ações judiciais, englobando desabastecimento e não incorporados ao SUS, representou aproximadamente 10% do total empenhado com medicamentos pelo Governo do Estado, não possuindo o condão de desequilibrar o planejamento orçamentário e logístico das aquisições de medicamentos do Estado. Por isso, não há justificativa em conceber a Judicialização de medicamentos não fornecidos pelo SUS como um mal em si mesmo que deveria, por esta razão, ser reprimido.

Até que mudanças mais fundamentais sejam realizadas, o Brasil deve garantir a entrega adequada de medicamentos essenciais e aumentar a transparência e a eficiência com que os medicamentos são avaliados para inclusão nas listas farmacêuticas e fornecidos àqueles com necessidade comprovada. Melhorar a saúde requer uma escolha política de alocar recursos suficientes para conduzir ações e serviços de forma qualificada, embora não seja simples, um sistema público bem estruturado é ainda uma forma de mitigar significativamente essa judicialização, além de ser uma medida amplamente inclusiva capaz de tornar mais digna a vida de milhões de brasileiros.

Apesar de todos os aspectos preocupantes que envolvem esse fenômeno, ele também representa a conscientização da população de que o direito à saúde é um dever do Estado e uma sociedade consciente de seus direitos, alçada a grau de igualdade e juridicamente representada é o maior e melhor fruto da democracia. Isso se traduz no fato de que, mesmo quando determinados setores ameaçam ou mesmo rompem direitos constitucionalmente previstos, a sociedade pode cobrá-los e usufruí-los por meio do conhecimento de que pode e deve lutar para preservá-los, inclusive por intermédio do Judiciário, caso seja necessário, e conta com a DPE-AL como a principal aliada.

REFERÊNCIAS

- AITH, Fernando. **Curso de Direito Sanitário**. São Paulo: Quartier Latin, 2007.
- ANDREASSA, Luiz. **Qual é o custo do funcionalismo público no Brasil?** Publicado em: 24/11/2020. Disponível em: <<https://www.politize.com.br/qual-o-custo-do-funcionalismo-publico/>>. Acesso em: 04 maio 2022
- BARCELLOS, Ana Paula de. **A eficácia jurídica dos princípios constitucionais**. Rio de Janeiro: Renovar, 3. ed. 2011.
- BARREIRO, Guilherme Scodeler de Souza e FURTADO, Renata Pedretti Moraes. Inserindo a judicialização no ciclo de políticas públicas. **Revista de Administração Pública** [online], 2015, v. 49, n. 2. p 293-314. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7612126144>>. Acesso em: 07 maio 2022
- BARROS, Sérgio Rezende. **Direitos humanos: paradoxo da civilização**. Belo Horizonte: Del Rey, 2003.
- BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade a judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. **Revista de Direito Social**. Porto Alegre, v. 34, p. 11-43, 2009, p. 16. Disponível em: <<https://edisiplinas.usp.br/mod/url/view.php?id=3112175>>. Acesso em: 19 abr. 2022
- _____. Judicialização, Ativismo Judicial e Legitimidade Democrática. In: **Suffragium. Revista do Tribunal Regional Eleitoral do Ceará**. Vol. 5, nº 8, p.1-177. Ceará, 2009, p.12. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.tse.jus.br/xmlui/handle/bdtse/5498>> Acesso em: 01 maio 2022.
- BORGES, Gabriela Ferreira. **Judicialização da saúde: análise técnica baseada em evidência das demandas judiciais de medicamentos em Alagoas**. 2017. 80 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Escola de Enfermagem e Farmácia, Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2018. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/3325>>. Acesso em: 07 maio 2022
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 15 abr. 2022.
- _____. **Decreto nº 26.042, de 17 de dezembro de 1948**. Promulga os Atos firmados em Nova York a 22 de julho de 1946, por ocasião da Conferência Internacional de Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1940-1949/decreto-26042-17-dezembro-1948-455751-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 19 abr. 2022
- _____. **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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 24 abr. 2022.

_____. **Lei Complementar nº 80, de 12 de janeiro de 1994.** Organiza a Defensoria Pública da União, do Distrito Federal e dos Territórios e prescreve normas gerais para sua organização nos Estados, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp80.htm>. Acesso em: 09 maio 2022

_____. **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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm>. Acesso em: 09 maio 2022.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 15 abr. 2022.

_____. **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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 15 abr. 2022.

_____. **Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015.** Código de Processo Civil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm>. Acesso em: 15 abr. 2022.

BRASIL. SUPERIOR TRIBUNAL FEDERAL. **ADPF 45 MC/DF.** Relator: Min. Celso de Mello. Data de Julgamento: 29/04/2004. Data da Publicação: 04/05/2004. Disponível em: <<https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/14800508/medida-cautelar-em-arguicao-de-descumprimento-de-preceito-fundamental-adpf-45-df-stf>>. Acesso em:

_____. **Audiência Pública nº4/2009.** A judicialização do direito à saúde. Brasília. 2009. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/Sr._Ingo_Sarlet_titular_da_PUC_.pdf>. Acesso em 05 maio 2022

_____. **EDcl no RE 855178/SE.** Tribunal do Pleno. Disponível em: <<https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=752469853>>. Acesso em: 05 maio 2022.

_____. **RE 566471/RN. Tema de Repercussão geral nº 6.** Dever do Estado de fornecer medicamento de alto custo a portador de doença grave que não possui condições financeiras para comprá-lo. Relator: Min. Marco Aurélio, Data de Julgamento: 11/03/2020, Tribunal Pleno, Data de Publicação: 16/03/2020. Disponível em: <<https://www.stf.jus.br/portal/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=2565078&numeroProcesso=566471&classeProcesso=RE&numeroTema=6>>. Acesso em: 06 maio 2022

_____. RE: 657718 MG. **Tema de Repercussão geral nº 500**. Dever do Estado de fornecer medicamento não registrado pela ANVISA Relator: Marco Aurélio, Data de Julgamento: 22/05/2019, Tribunal Pleno, Data de Publicação: 09/11/2020. Disponível em: <<https://www.stf.jus.br/portal/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4143144&numeroProcesso=657718&classeProcesso=RE&numeroTema=500#>>. Acesso em: 05 maio 2022.

_____. RE: 855178 SE. **Tema de Repercussão geral nº 793**. Responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever de prestar assistência à saúde. Relator: Min. Luiz Fux, Data de Julgamento: 23/05/2019, Tribunal Pleno, Data de Publicação: 15/04/2020. Disponível em: <<https://www.stf.jus.br/portal/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4678356&numeroProcesso=855178&classeProcesso=RE&numeroTema=793>>. Acesso em: 05 maio 2022.

_____. **SL 47/PE**. Relator Min. Gilmar Mendes (Presidente), Tribunal Pleno. Data do Julgamento: 17/03/2010. Data de Publicação: 29/04/2010. Disponível em: <<https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=610254>>. Acesso em 05 maio 2022

_____. **STA nº 175/CE**. Relator Min. Gilmar Mendes (Presidente). Tribunal Pleno. Data do julgamento: 17/03/2010. Data da Publicação: 30/04/2010. Disponível em <<https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=610255>>. Acesso em: 05 maio 2022.

BRASIL. SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. **EDcl no REsp nº 1.657.156 -RJ (2017/0025629-7). Tema 106 STJ**. Relator Ministro Benedito Gonçalves. Data de Julgamento: 12/09/2018, S1- Primeira Seção. Data de Publicação: 21/09/2018. Disponível em: <https://processo.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ATC&sequencial=76923856&num_registro=201700256297&data=20180504&tipo=91&formato=PDF>. Acesso em: 06 maio 2022.

_____. **REsp nº 1.657.156 -RJ (2017/0025629-7). Tema 106 STJ**. Relator Ministro Benedito Gonçalves. Data de Julgamento: 25/04/2018, S1- Primeira Seção. Data de Publicação: 04/05/2018. Disponível em: <<https://processo.stj.jus.br/processo/pesquisa/?aplicacao=processos.ea&tipoPesquisa=tipoPesquisaGenerica&termo=REsp%201657156>> Acesso em: 06 de maio de 2022.

_____. **Suspensão de Liminar e de Sentença nº 3099/MA (2022/0114603-0)**. Relator Ministro Presidente do STJ. Autuado em 23/04/2022. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/dl/stj-decisao-humberto-safadao.pdf>>. Acesso em: 04 maio 2022

CLÈVE, Clèmerson Merlin, BARROSO, Luís Roberto (Org.). **Doutrinas Essenciais: Direito Constitucional**. vol. V. São Paulo: Ed. RT. 2011, p. 896

CÂMARA DE REGULAÇÃO DO MERCADO DE MEDICAMENTOS (CMED). **Orientação Interpretativa nº 02/2006**. Nos fornecimentos para órgãos públicos através de licitações ou não, o Distribuidor é obrigado a vender os produtos, tendo como referencial máximo o preço fabricante. Disponível em: < <http://antigo.anvisa.gov.br/orientacao-interpretativa-n-02-de-13-de-novembro-de-2006>>. Acesso em: 07 maio 2022.

_____. **Resolução nº 2/2004.** Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/cmed/air/arquivos/5517json-file-1/view>>. Acesso em: 07 maio 2022.

_____. **Resolução nº 4/2006.** Dispõe sobre o Coeficiente de Adequação de Preços – CAP, sua aplicação, e altera a Resolução CMED nº. 2, de 5 de março de 2004. Disponível em: <<http://antigo.anvisa.gov.br/cap/resolucoes-da-cmed>>. Acesso em: 07 maio 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Para entender a Gestão do SUS.** Brasília, 2003. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Enunciados da I, II e III Jornadas de Direito da Saúde.** Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/03/e8661c101b2d80ec95593d03dc1f1d3e.pdf>>. Acesso em: 05 maio 2022.

_____. **Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas de solução.** Insper. Brasília, 2019. Disponível em: <<http://cnsaude.org.br/wp-content/uploads/2019/07/JUDICIALIZAÇÃO-DA-SAÚDE-NO-BRASIL.pdf>>. Acesso em: 01 maio 2022.

_____. **Recomendação nº 31 de 30 de março de 2010.** DJE/CNJ nº 61/2010, de 07/04/2010. Brasília. Disponível em: <<https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/877>>. Acesso em: 05 maio 2022.

_____. **Recomendação nº 43 de 20 de 08 de 2013.** DJE/CNJ nº 157/2013, de 21/8/2013. Brasília. Disponível em: <<https://atos.cnj.jus.br/files/original223305201910305dba0fa17e435.pdf>>. Acesso: 05 maio 2022.

CRUZ, Marly Marques da. Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde. In: Gondim R, Graboys V, Mendes Junior WV, organizadores. **Qualificação dos Gestores do SUS.** 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD, 2011, p. 21-33. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_14423743.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2022.

CUNHA JR, Dirley da. **Curso de Direito Constitucional.** Salvador: Juspodivm, 9. ed, 2015.

ESTADO DE ALAGOAS. **Lei complementar nº 29, de 01 de dezembro de 2011.** Organiza a Defensoria Pública do Estado de Alagoas e institui o regime jurídico da carreira de Defensor Público do Estado. Disponível em: <<https://sapl.al.al.leg.br/norma/12>>. Acesso em: 09 maio 2022

_____. Poder Judiciário de Alagoas. Jurisprudência. **Súmulas do TJAL.** Disponível em: <<https://www.tjal.jus.br/index.php?pag=jurisprudenciaSumulas>>. Acesso em: 09 maio 2022

FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Direito fundamental à saúde: parâmetros para sua eficácia e efetividade.** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007, p. 77.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito Civil 1: esquematizado: parte geral, obrigações e contratos.** 8. ed, São Paulo: Saraiva Educação, 2018, p. 517.

IPEA. FELIX Lopez; GUEDES, Erivelton. **Três décadas de evolução do funcionalismo público no Brasil (1986-2017)**. Disponível em <<https://www.ipea.gov.br/atlasestado/download/154/tres-decadas-de-funcionalismo-brasileiro-1986-2017>>. Acesso em: 03 maio 2022.

KRELL, Andreas Joachim. **Direitos Sociais e Controle Judicial no Brasil e na Alemanha: os (des)caminhos de um direito constitucional “comparado”**. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 2002.

_____. Para além do fornecimento de medicamentos para indivíduos – O exercício da cidadania jurídica como resposta à falta de efetivação dos direitos sociais: em defesa de um ativismo judicial moderado no controle de políticas públicas. In: FEITOSA, Enoque et al (orgs). **O Judiciário e o Discurso dos Direitos Humanos**, vol 2. Recife: UFPE, 2012.

LEMOS JR, Eloy Pereira; ARAÚJO, Dalvaney Aparecida. Os parâmetros de ativismo judicial na conflituosa concessão de medicamentos de alto custo. In: **Cadernos do Programa de Pós-Graduação em Direito**. PPGDir/UFRGS. Edição Digital, p.204-235. Porto Alegre. Vol XIII, n.1. 2018, p 20. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/ppgdir/article/view/80244>>. Acesso em: 05 maio 2022

MACÊDO, Dartagnan Ferreira de et al. Análise da Judicialização do Direito à Saúde, Subfinanciamento do setor e Políticas Públicas: Estudo de Caso no Estado de Alagoas. **Revista de Administração de Roraima-UFRR**. Boa Vista, Vol. 5 n. 2, p.300-325, jul-dez. 2015. Disponível em: <<http://revista.ufr.br/index.php/adminrr/>> Aceso em: 09 maio 2022

MINISTÉRIO DA SAÚDE. CNS. **Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004**. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html>. Acesso em: 24 abr. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. CIT. **Resolução nº 1, de 17 de janeiro de 2012**. Estabelece as diretrizes nacionais da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2017/02/CIT1-2012.pdf>> Acesso em: 24 abr. 2022.

_____. Gabinete do Ministro. **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: 24 abr. 2022.

_____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Entendendo a incorporação de tecnologias em saúde no sus: como se envolver**. Brasília: Ministério da Saúde Ed, 2016, 34p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/entendendo_incorporacao_tecnologias_sus_envolver.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2022.

_____. **Sobre a Assistência Farmacêutica no SUS**. Publicado em 07/01/2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sctie/daf/sobre-a-assistencia-farmacutica-no-sus>>. Acesso em: 24 abr. 2022.

_____. **Uso Racional de Medicamentos**. Disponível em:<<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sctie/daf/u>>. Acesso em: 25 abr. 2022

MOREIRA, Davi Antônio Gouvêa Costa. **A concretização do direito fundamental à saúde e a judicialização do acesso a medicamentos**: em busca de parâmetros adequados para a tutela judicial. Dissertação (Mestrado em Direito) – UFAL/FDA. Programa de Pós-Graduação em Direito. 181 f. Maceió, 2015. Disponível em <<http://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/1882>>. Acesso em: 01 maio 2022

NOVAIS, Jorge Reis. **Direitos Sociais: teoria jurídica dos direitos sociais enquanto direitos fundamentais**. Coimbra: Coimbra Ed, 2010.

NOVELINO, Marcelo. Dos direitos sociais. In: NOVELINO, Marcelo. **Direito constitucional**. São Paulo: Método, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados Primários de Saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978**. UNICEF: Brasília, 1979. Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf;jsessionid=844EB7B8ACFE1D674736B5C386AA2536?sequence=5>. Acesso em: 20 abr. 2022

_____. Relatório mundial da saúde 2010. **Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal**. Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP). Portugal, 2011. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44371/9789899717848_por.pdf?sequence=33&isAllowed=y>. Acesso em: 24 abr. 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Assembleia Geral (Resolução 217 A III) em 10 de dezembro 1948. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>>. Acesso em: 20 abr. 2022

PIVETTA, Saulo Lindorfer. **Direito Fundamental à Saúde: regime jurídico, políticas públicas e controle judicial**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014.

RAEFFRAY, Ana Paula Oriola de. **Direito da Saúde de acordo com a Constituição Federal**. São Paulo. Quartier Latin, 2005.

SANT'ANA, João Maurício Brambati et al. Essencialidade e assistência farmacêutica: considerações sobre o acesso a medicamentos mediante ações judiciais no Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**. 2011, p. 138. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/rpsp/2011.v29n2/138-144/#ModalArticles>>. Acesso em: 01 maio 2022.

SARLET, Ingo Wolfgang. Conceito de direitos e garantias fundamentais. Enciclopédia jurídica da PUC-SP. CAPILONGO, C F; GONZAGA, A A e FREIRE, A L (coords.). Tomo: **Direito Administrativo e Constitucional**. NUNES JR, V S; ZOCKUN, M; ZOCKUN, C Z; FREIRE, A L (coord. de tomo), São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2017. Disponível em: <<https://enciclopediajuridica.pucsp.br/verbete/67/edicao-1/conceito-de-direitos-e-garantias-fundamentais>>. Acesso em: 19 abr. 2022.

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

_____. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2002, p.117.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. In: **Revista de Doutrina da 4ª Região**. Porto Alegre, n. 24, jul. 2008. Disponível em: <https://revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao024/ingo_mariana.html>. Acesso em: 06 maio 2022.

SILVA, Mayara Thayná Aureliano. **A judicialização da saúde: uma análise sobre a crescente demanda judicial no Estado de Alagoas**. 2020. 63 f. Monografia (Graduação em Direito) - Sociedade de Ensino Universitário do Nordeste (SEUNE).

SILVA, Rogério Lira et al. Judicialização e políticas públicas: o impacto do fornecimento de medicamentos por determinação judicial no orçamento da política de saúde do estado de alagoas (2010-2017). **Revista de Administração de Roraima-UFRR**. Boa Vista, Vol. 8 n.2, p. 326-350, jul-dez. 2018. Disponível em: <<http://revista.ufrr.br/index.php/adminrr/>>. Acesso em: 09 maio 2022.

SOUZA NETO, Cláudio Pereira, SARMENTO, Daniel (coord.). **Direitos sociais: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie**. Rio de Janeiro. Lumen Juris, 2008.

STF - ADPF: 45 DF, Relator: Min. CELSO DE MELLO, Data de Julgamento: 29/04/2004, Data de Publicação: DJ 04/05/2004. Disponível em: <<https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/14800508/medida-cautelar-em-arguicao-de-descumprimento-de-preceito-fundamental-adpf-45-df-stf>>. Acesso em: 01 maio de 2022.

TJAL - **APL: 07099249620198020001 AL 0709924-96.2019.8.02.0001**, Relator: Des. Paulo Barros da Silva Lima, Data de Julgamento: 17/06/2020, 1ª Câmara Cível, Data de Publicação: 19/06/2020)

TJAL. **AI: 0802773-85.2022.8.02.0000 AL**, Relator: Des. Carlos Cavalcanti de Albuquerque Filho. Data de julgamento: 28/03/2022, 2ª Câmara Cível – Maceió. Data da publicação: 02/05/2022.

TJAL. **Recurso Inominado: 0709968-52.2018.8.02.0001**, Relator: Juiz Helestron Silva da Costa. Data de julgamento: 06/05/2019, 2ª Turma Recursal da 1ª Região – Maceió. Data da publicação: 23/05/2019

TJAL. **Sentença: 0709968-52.2018.8.02.0001**. Juiz: Geraldo Tenório Silveira Júnior. Data de Julgamento: 25/04/2018, Juizado Especial da Fazenda Pública Estadual e Municipal. Data da Publicação: 27/04/2018.

TJAL. **Sentença: 0711376-78.2018.8.02.0001**. Juiz: Alberto Jorge Correia de Barros Lima. Data de Julgamento: 17/09/2018, Juízo de Direito da 17ª Vara Cível da Capital / Fazenda Estadual. Data da Publicação: 18/09/2018

TORRES, Ricardo Lobo. **Os direitos humanos e a tributação**. Rio de Janeiro: Renovar, 1995.

ANEXOS

ANEXO A - FORMULÁRIO PARA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO NÃO CONSTANTE NA LISTA DO SUS ANTES DO TEMA 106 DO STJ



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE ALAGOAS - SESAU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MACEIÓ - SMS
Núcleo Interinstitucional de Judicialização da Saúde - NIJUS

FORMULÁRIO PARA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS NÃO CONSTANTE NA REMUME E NEM NA RELAÇÃO DOS COMPONENTES ESPECIALIZADOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (PORTARIA Nº 1554 de 30 de julho de 2013).

ATENÇÃO Sr (a) PRESCRITOR (a)

O formulário deverá ser integralmente preenchido e encaminhado à Defensoria Pública do Estado de Alagoas

DADOS DO USUÁRIO:

Nome: _____
Cartão do SUS: _____ Idade: _____ Tel.: _____
Diagnóstico: _____ CID: _____

DADOS DO PRESCRITOR SOLICITANTE:

Nome: _____ Nº do conselho de Classe: _____
Telefone(s): _____ Data: ____/____/____
Assinatura e carimbo _____

DADOS SOBRE O(S) MEDICAMENTO(S) SOLICITADO(S):

1- Medicamento (Denominação Comum Brasileira): _____
Forma Farmacêutica: _____ Concentração: _____
Posologia: _____
Duração do tratamento: _____
2- Medicamento (Denominação Comum Brasileira): _____
Forma Farmacêutica: _____ Concentração: _____
Posologia: _____
Duração do tratamento: _____
3- Medicamento (Denominação Comum Brasileira): _____
Forma Farmacêutica: _____ Concentração: _____
Posologia: _____
Duração do tratamento: _____

JUSTIFICATIVA PARA AQUISIÇÃO:

1. A REMUME e/ou RELAÇÃO DOS COMPONENTES ESPECIALIZADOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA contém algum medicamento que possa ser prescrito como alternativa terapêutica para o tratamento? Sim () Não ()
2. Se há uma alternativa terapêutica, porque não foi prescrita?
() Uso anterior sem resposta terapêutica () Menor efetividade
() Menor segurança () Reação adversa em uso anterior
() Menor comodidade para o usuário () Outros motivos: _____
3. Há referências que validem as informações prestadas no item anterior? Sim () Não ()
4. Quais? _____

ANEXO B - FORMULÁRIO PARA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO NÃO CONSTANTE NA LISTA DO SUS APÓS O TEMA 106 DO STJ



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE ALAGOAS - SESAU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MACEIÓ - SMS

Núcleo Interinstitucional de Judicialização da Saúde - NIJUS

FORMULÁRIO PARA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS NÃO CONSTANTE NA REMUME, RENAME E NEM NA RELAÇÃO DOS COMPONENTES ESPECIALIZADOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (PORTARIA Nº 1554 de 30 de julho de 2013).

ATENÇÃO Sr (a) PRESCRITOR (a)

Solicitamos que o formulário seja preenchido na íntegra (todos os campos).

DADOS DO USUÁRIO:

Nome: _____
Cartão do SUS: _____ Idade: _____ Tel.: _____
*Diagnóstico: _____ *CID _____

DADOS DO PRESCRITOR SOLICITANTE:

Nome: _____
Telefone(s): _____ Data: ____/____/____
Assinatura e carimbo _____ Nº do conselho de Classe: _____

OBS: Se possível, fornecer telefone para contato, pois, por vezes precisamos contatá-lo para esclarecer algumas informações.

Sr. Prescritor, é INDISPENSÁVEL a emissão das informações se o paciente já fez uso das alternativas terapêuticas disponíveis/fornecidas pelo SUS e/ou os motivos pelos quais o referido paciente não pode fazer uso dos mesmos.

DADOS SOBRE O(S) MEDICAMENTO(S) SOLICITADO(S):

1- Medicamento (Denominação Comum Brasileira): _____
Forma Farmacêutica: _____ Concentração: _____
Posologia: _____
Duração do tratamento: _____
2- Medicamento (Denominação Comum Brasileira): _____
Forma Farmacêutica: _____ Concentração: _____
Posologia: _____
Duração do tratamento: _____
3- Medicamento (Denominação Comum Brasileira): _____
Forma Farmacêutica: _____ Concentração: _____
Posologia: _____
Duração do tratamento: _____
4- Medicamento (Denominação Comum Brasileira): _____
Forma Farmacêutica: _____ Concentração: _____
Posologia: _____
Duração do tratamento: _____
5- Medicamento (Denominação Comum Brasileira): _____
Forma Farmacêutica: _____ Concentração: _____
Posologia: _____
Duração do tratamento: _____
6- Medicamento (Denominação Comum Brasileira): _____
Forma Farmacêutica: _____ Concentração: _____
Posologia: _____
Duração do tratamento: _____

disponíveis, micofenolato de mofetila (MMF) e micofenolato de sódio (MFS), que após a absorção, são rapidamente convertidas em ácido micofenólico no fígado. Este medicamento pode ser usado em combinação com corticosteróides e inibidores da calcineurina. O ácido micofenólico atua inibindo seletivamente a síntese de purinas e, portanto, é um potente inibidor específico da proliferação das células T e B.

- ✓ **Este medicamento está disponível no SUS apenas para os casos de :** Transplante cardíaco (CID10 Z94.1) ; Transplante Hepático (CID 10 Z94.4e T86.4 e T86.4 e T86.4) e Transplante renal (CID10 T86.1, Z94.0).
- ✓ Embora encontra-se no elenco dos componentes especializados da assistência farmacêutica¹, não está disponibilizado para esse tipo de patologia em questão, está contemplado pela **PORTARIA Nº 1554 de 30 de julho de 2013** do Ministério da Saúde para os casos com os seguintes CIDs: T861, Z940, Z941, Z944. Considerando o CID da patologia da paciente referenciada pelo prescritor M 32.1, nesse caso, considerando os CIDs contemplados pelo Ministério da Saúde, não será possível sua dispensação de forma administrativa.
- ✓ A medicação micofenolato de mofetila pode ser uma alternativa ao tratamento tanto de indução como de manutenção na glomerulonefrite lúpica classe IV (glomerulonefrite proliferativa difusa).
- ✓ Nos estudos se mostra igualmente eficaz à ciclofosfamida com menos efeitos adversos. Mas, não está disponível no SUS para o tratamento do lúpus eritematoso sistêmico (CID: M32.1).
- ✓ Há um Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêutica (PCDT) de Lúpus Eritematoso• Sistêmico do Ministério da Saúde. A indicação é pelo uso ciclofosfamida e prednisona na fase de indução e com azatioprina na fase de manutenção.
- ✓ Acontece que, de acordo com o laudo médico em anexo, há informação da prescritora que a paciente já fez uso das alternativas terapêuticas que o SUS fornece e não obteve êxito em seu tratamento.

CONCLUSÃO:

- ✓ O medicamento acima solicitado não faz parte do elenco da REMUME², por esse motivo não está disponível nas unidades de saúde do Município de Maceió.
- ✓ Esse medicamento não está no elenco do SUS na RENAME³;
- ✓ Encontra-se no elenco dos componentes especializados da assistência farmacêutica, na portaria Nº 1554/2013 do Ministério da Saúde, conforme acima citado, onde apenas os CIDs mencionados permite a dispensação desse medicamento pela via administrativa⁴.
- ✓ Pelos motivos acima exposto não será possível o fornecimento do referido medicamentos, pela via administrativa.

¹ http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/situacoes_clinicas_ceaf_jan_2012.pdf

² http://www.sms.maceio.al.gov.br/anexosFarmacia/novos_anexos_farm/REMUME_2011_ORDEM_ALFAB_ETICA.pdf

³ <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/setembro/29/Rename-2013.pdf>

⁴ http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/situacoes_clinicas_ceaf_jan_2012.pdf

Em cumprimento à Lei 9.787 de 10 de fevereiro de 1999, artigo 3º “As aquisições de medicamentos, sob qualquer modalidade de compra, e as prescrições médicas e odontológicas de medicamentos, no âmbito do Sistema Único de Saúde- SUS, adotarão obrigatoriamente a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional (DCI)”, foi utilizada a denominação genérica do medicamento para solicitação pela via judicial.

*Informamos ainda que, em cumprimento a lei complementar 141/2011, o Gestor Estadual, realiza o co-financiamento dos medicamentos do componente estratégico e básicos que **são disponibilizados diretamente aos Municípios**, bem como dos componentes especializados da assistência farmacêutica além dos programas da SESAU/MS.*

DO VALOR⁵:

Quanto ao custo total do processo, com base na concentração e posologia indicada a repercussão financeira dar-se-á: **com base na tabela CMED o valor.⁶**

O Preço Fábrica é o teto de preço para compra de qualquer medicamento por entes da Administração Pública

O PMVG é o teto de preço para compra dos medicamentos insendos na lista de produtos sujeitos ao CAP ou ainda de qualquer medicamento adquirido por força de decisão judicial.

Quanto ao custo total do processo, com base na concentração e posologia indicada a repercussão financeira dar-se-á: **PF→: R\$: 10.090,00 para o tratamento ANUAL.**
PMVG→ R\$: 11.620,00 para o tratamento ANUAL.

Farmacêutica-Bioquímica
CRF [REDACTED]

Maceió/AL, 10 de Maio de 2018.

⁵http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/b5ee90804029008ea828f8dc5a12ff52/LISTA_CONFORMID_ADE_GOV_2013-06-28.pdf?MOD=AJPERES

⁶ http://portal.anvisa.gov.br/documents/374947/2829072/LISTA+CONFORMIDADE_2016-12-20.pdf/3f7e7daf-9e5e-406d-9e29-8ed9d100e7e9

ANEXO D - PARECER TÉCNICO DO FARMACÊUTICO 2

fls. 36



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE MACEIÓ
NÚCLEO INTERDISCIPLINAR DE JUDICIALIZAÇÃO – NIJUS

Destino:	DPE – AUDORA Nº 8264/2022
Assunto:	Solicitação de Medicamento Micofenolato de Mofetila 500mg
Autor:	[REDACTED]
Medico assistente:	[REDACTED]
Data	07/04/2022
PARECER FARMACÊUTICO	
<p>1. Trata-se de paciente com diagnostico de Lúpus Eritematoso Sistêmico - LES (CID 10: M32.1) + nefrite lúpica, que solicita o medicamento Micofenolato de Mofetila 500mg.</p> <p>2. Em resposta a solicitação de informações, segue:</p> <p>a) O Micofenolato de Mofetila é um potente inibidor de uma enzima chamada inosina monofosfato desidrogenase (IMPDH), responsável pela síntese de proteínas que fazem parte do DNA de linfócitos, uma das principais células envolvidas no processo de rejeição de órgãos em casos de transplantes. As suas indicações de bula são profilaxia da rejeição de órgãos e tratamento da rejeição refratária, em pacientes que receberam transplante renal, transplante cardíaco ou transplante de fígado. O medicamento possui Registro na Anvisa e não há indicação de bula para o uso no Lúpus Eritematoso Sistêmico - LES.</p> <p>b) Apesar da não indicação de bula, o Micofenolato de Mofetila tem sido estudado nos pacientes com LES, especialmente naqueles com acometimento renal, inclusive com recomendação da CONITEC. No entanto, há parecer preliminar da CONITEC favorável à incorporação do micofenolato de mofetila ao SUS para o tratamento da nefrite lúpica.</p> <p>c) O medicamento solicitado faz parte do elenco de medicamentos do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica - CEAF, Portaria Nº. 1554 de 30 de julho de 2013, gerenciado pela Secretaria Estadual de Saúde, porém sua dispensação ainda não foi autorizada para Portadores de LES.</p> <p>d) Para o tratamento do lúpus eritematoso sistêmico (CID's 10: L93.0, L93.1, L93.1, M32.1 e M32.8), o SUS disponibiliza também outros medicamentos, como:</p>	

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CANDYCE BRASIL PARANHOS e tjai.jus.br, protocolado em 11/04/2022 às 13:05, sob o número 07115634720228020001. Para conferir o original, acesse o site https://www2.tjai.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0711563-47.2022.8.02.0001 e código 5948B11.



Azatioprina, Ciclofosfamida, Ciclosporina, Cloroquina, Danazol, Hidroxicloroquina e Metotrexato e Prednisona.

e) Em consulta realizada ao Sistema Nacional de Gestão de Assistência Farmacêutica (HÓRUS) consta que a Autora está cadastrada no CEAF e encontra-se recebendo administrativamente os medicamentos Hidroxicloroquina e Azatioprina para o tratamento do lúpus eritematoso sistêmico.

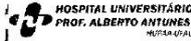
3. Diante dessas considerações, o Nijus Maceió não pode disponibilizar administrativamente o medicamento Micofenolato de Mofetila e **sugere encaminhar ao gestor estadual**, uma vez que o mesmo **já dispõe do medicamento nos seus estoques** e, será o Ente responsável pela distribuição tão logo o Ministério da Saúde autorizar a dispensação para essa Patologia.

Atenciosamente,

████████████████████
Farmacêutico/Membro Nijus Maceió
CRF/AL ██████████

ANEXO E – EXEMPLO DE DIFICULDADE ENFRENTADA QUANTO A PRESCRIÇÃO MÉDICA CONTER TODAS AS INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA DISPENSAÇÃO POR AÇÃO JUDICIAL

fls. 35



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO



RECEITUÁRIO

Nome do Paciente: ██████████

Endereço: ██████████ Número: 28

Complemento:

Cidade: MACEIÓ Estado: AL

Prescrição:

Ao "Núcleo Interinstitucional de Judicialização da Saúde - NJUS":

Prescrevi o medicamento riluzol para este paciente com esclerose lateral amiotrófica. A famigerada FARMEX não está fornecendo regularmente esse remédio.

Não há necessidade de preencher o formulário Irrracional que o NJUS elaborou, para justificar a prescrição do remédio. Tal formulário é incorreto desde o início, quando afirma em letras grifadas ser "indispensável" preencher tal formulário. Indispensável é prescrever de modo claro e objetivo. Isso foi feito.

Não me deterei em analisar ponto-a-ponto as incoerências do formulário, pois seria enfadonho.

Aproveito para contar uma história real e recente de uma paciente com a mesma doença dele. Eu prescrevi para ela a famotrigina, para câmboras frequentes. A FARMEX, do alto de sua irracionalidade, alegou que esse medicamento não está no rol dos remédios aprovados pelo SUS para os pacientes com ELA. Seu marido foi inúmeras vezes à FARMEX, com toda a humilhação decorrente e, finalmente conseguiu esse remédio. Mas nem teve tempo de dizer à esposa que conseguiu vencer aquela batalha: morreu atropelado quando voltava da última ida à FARMEX. Isso que parece uma crônica é a história de mais um assassinato burocrático, cujas armas são, entre outras, o formulário apresentado pelo NJUS.

É humilhante, desgastante e desumano impor a um paciente com uma doença tão avassaladora como a ELA vir ao HU apenas para trazer esse formulário do NJUS, que obviamente não preencherel. Se os senhores estiverem realmente interessados em ajudar o paciente nessa luta inglória, basta exigir explicações dos responsáveis pela FARMEX a respeito do desabastecimento desse e de vários outros remédios. Nada mais é necessário.

Aproveito para dizer aos senhores que, sem identificar o paciente, encaminharei à Imprensa o encaminhamento dessa questão.

Cordialmente,

Maceió - AL, 18/09/2018

██████████

Carimbo e Assinatura do Médico

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MANUELA CARVALHO MENEZES e www2.tjaj.jus.br, protocolado em 09/10/2018 às 09:58, sob o número 07261181120188020001. Para conferir o original, acesse o site https://www2.tjaj.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0726118-1.2018.8.02.0001 e código 2DA0124.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL
FACULDADE DE DIREITO DE ALAGOAS - FDA

AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS - TRABALHO DE PESQUISA

Eu, **Eslijanay Monteiro de Oliveira**, inscrita no CPF sob nº 099.295.964-02, portadora do RG sob o nº 3492747-6 SEDS/AL, aluna regularmente matriculada no 10º período do curso de Direito na Faculdade de Direito de Alagoas – FDA, venho por meio deste, solicitar a Vossa Senhoria, Defensora Pública, Coordenadora do Núcleo, **AUTORIZAÇÃO** para utilizar os dados do Núcleo de Saúde da Defensoria Pública do Estado de Alagoas, quais sejam: a) pareceres técnicos do farmacêutico do Nijus elaborados no ano de 2018; b) formulário para aquisição de medicamento não fornecidos pelo SUS, para que seja realizada análise de quantas demandas que requeriam medicamentos não fornecidos pelo SUS foram ajuizadas naquele ano e suas respectivas causas de indeferimento no curso do processo judicial. Os dados servirão de base para o desenvolvimento do TCC, intitulado “DIREITO À SAÚDE E A BUROCRACIA JUDICIÁRIA: um estudo sobre o indeferimento de fármacos não fornecidos pelo SUS.

Atenciosamente,

Aluno(a): Eslijanay Monteiro de Oliveira

Orientador(a): Profa. Dra. Juliana de Oliveira Jota Dantas.

AUTORIZAÇÃO:

Autorizo os dados descritos() Autorizo dados parciais() Não autorizo

Maceió, 16 de maio de 2022

Responsável pela autorização (Nome, assinatura e carimbo):

Candyce Brasil Paranhos
Defensora Pública Estadual