

INSTITUTO BRASILEIRO DE ENSINO, DESENVOLVIMENTO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM DIREITO
MESTRADO ACADÊMICO EM DIREITO CONSTITUCIONAL

REINALDO PINTO LARA

**PARAMETRIZAÇÃO DA JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE:
ANÁLISE DO COMPORTAMENTO DOS ATORES PROCESSUAIS NA
JUDICIALIZAÇÃO DO FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE
MANHUAÇU/MG**

BRASÍLIA/DF

2022

REINALDO PINTO LARA

**PARAMETRIZAÇÃO DA JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE:
ANÁLISE DO COMPORTAMENTO DOS ATORES PROCESSUAIS NA
JUDICIALIZAÇÃO DO FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE
MANHUAÇU/MG**

Dissertação de Mestrado desenvolvida sob a orientação do Prof. Dr. Fábio Lima Quintas, apresentada como requisito parcial de obtenção do título de Mestre em Direito Constitucional, no Programa de Mestrado Acadêmico em Direito Constitucional do Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa - IDP

BRASÍLIA/DF

2022



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM DIREITO
MESTRADO ACADÊMICO EM DIREITO CONSTITUCIONAL

Banca de Defesa de Mestrado

Discente: REINALDO PINTO LARA
Registro Acadêmico: 2114110
Orientador(a): Prof. Dr. Fábio Lima Quintas

Título do trabalho apresentado:

PARAMETRIZAÇÃO DA JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE: ANÁLISE DO COMPORTAMENTO DOS ATORES
PROCESSUAIS NA JUDICIALIZAÇÃO DO FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE MANHUAÇU/MG

Resultado:

Após o exame do trabalho e da apresentação de defesa do texto de Dissertação e arguição do(a) candidato(a) a banca examinadora decidiu:

- (X) PELA APROVAÇÃO
() PELA REFORMULAÇÃO
() PELA REPROVAÇÃO

Observações:

A banca destaca a excelência da pesquisa realizada, constituindo assim diferencial acadêmico, e sugere a publicação da dissertação.

Assinatura da banca examinadora

Prof. Dr. Fábio Lima Quintas

Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa - IDP

FABIO LIMA
QUINTAS:7009
9294168

Assinado de forma
digital por FABIO LIMA
QUINTAS:7009294168
Data: 2022.12.20
19:11:34 -03'00'

Profa. Dra. Roberta Simões Nascimento

Universidade de Brasília - UnB

Profa. Dra. Luciana Silva Garcia

Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa - IDP

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos aqueles que lutam por um sistema público de saúde universal, integral e livre de iniquidades.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida, por tantas bênçãos e milagres, e por me permitir seguir trilhando o caminho do conhecimento e aprendizado. Tenho a mais pura gratidão!

À minha querida esposa Camila pelo incentivo e apoio incondicional no retorno à vida acadêmica e por saber compreender os momentos em que estive ausente para me dedicar à pesquisa. Peço a Deus que continue a abençoá-la, pois sua vida é fonte de alegria, sabedoria e de presença do Espírito Santo.

Aos meus pais, sogros, irmão e cunhadas que sempre me incentivaram a prosseguir com os estudos.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Fábio Lima Quintas, por ter aceito a tarefa de me conduzir ao longo da pesquisa e escrita acadêmica, pela disponibilidade para a realização de nossas reuniões e pela transmissão do conhecimento e experiência que contribuíram para o desenvolvimento e resultado final da pesquisa.

Às Profas. Dras. Luciana Silva Garcia e Roberta Simões Nascimento por terem aceito o convite para participarem da banca de defesa, bem como por enriquecerem o trabalho com suas contribuições no momento da banca de qualificação.

Ao Ministério Público do Estado de Minas Gerais pelo esforço contínuo na capacitação de seus membros para o desempenho efetivo de suas atribuições constitucionais e legais.

À equipe da 4ª Promotoria de Justiça de Manhuaçu, com atribuições na Defesa da Saúde Pública, por contribuir para o trabalho por meio das discussões diárias sobre judicialização da saúde pública.

À amiga e colega de trabalho Geannini Maelli Mota Miranda pelas orações e testemunhos de fé.

À minha amiga Roberta Helena Maciel Silva pela colaboração na análise e tabulação dos dados de pesquisa.

Aos Juízes da Comarca de Manhuaçu pela disponibilização dos dados necessários à realização da pesquisa.

À Secretária Municipal de Saúde de Manhuaçu e à Coordenadora de Assistência Farmacêutica pelos constantes diálogos em prol da formulação e implementação de políticas públicas de saúde, os quais contribuíram para o desenvolvimento do estudo.

Enfim, agradeço a todas as pessoas que, de forma direta e/ou indireta, contribuíram para a realização desse momento e fizeram parte desta importante etapa de minha vida.

RESUMO

Nas últimas décadas a judicialização das políticas de saúde passou a ser um “problema” a ser enfrentado pelo Poder Judiciário, com reflexos diretos sobre as pretensões individuais de saúde dos cidadãos, sobre as políticas públicas coletivamente consideradas e sobre a própria sustentabilidade das ações e serviços de saúde do SUS. O presente trabalho se propôs a investigar o fenômeno da judicialização da saúde a partir do perfil das demandas para o fornecimento de medicamentos no Município de Manhuaçu, bem como do comportamento dos atores processuais frente aos parâmetros decisórios e instrumentos de gestão e racionalização das demandas de saúde definidos pelo STF, STJ e CNJ. Como método do estudo adotou-se a revisão de literatura em fontes indexadas, publicada em português e inglês, de acordo com tema e referencial teórico; pesquisa documental mediante consulta direta a documentos constantes dos *sites* do STF, STJ e CNJ; exame de documentos fornecidos pelo Município de Manhuaçu; e análise dos casos judicializados para o fornecimento de medicamentos no período de junho de 2019 a junho de 2022 na Comarca de Manhuaçu. O estudo realizado indicou que a parametrização do direito à saúde tem contribuído de forma apenas parcial na solução judicial dos casos concretos envolvendo o direito ao fornecimento de medicamentos, já que parcela dos atores processuais envolvidos na judicialização da saúde não têm observado os parâmetros decisórios objetivos estabelecidos pelo STF e STJ e os instrumentos de auxílio estabelecidos pelo CNJ para a solução judicial de demandas envolvendo o fornecimento de medicamentos.

Palavras-chave: Parâmetros; judicialização; saúde; medicamentos.

ABSTRACT

In recent decades, the judicialization of health policies has become a “problem” to be faced by the Judiciary, with direct reflections on the individual health claims of citizens, on public policies collectively considered and on the very sustainability of actions and services of SUS health. The present work investigated the phenomenon of judicialization of health from the profile of the demands for the supply of medicines in the Municipality of Manhuaçu, as well as the behavior of the procedural actors in relation to the decision-making parameters and instruments of management and rationalization of the health demands defined by the STF, STJ and CNJ. As a study method, a literature review was adopted in indexed sources, published in Portuguese and English, according to the theme and theoretical framework; documentary research through direct consultation of documents on the websites of the STF, STJ and CNJ; examination of documents provided by the Municipality of Manhuaçu; and analysis of court cases for the supply of medicines from June 2019 to June 2022 in the District of Manhuaçu. The study carried out indicated that the parameterization of the right to health has only partially contributed to the judicial solution of concrete cases involving the right to the supply of medicines, since a portion of the procedural actors are involved in the judicialization of health without observing the guaranteed objective decision-making parameters by the STF and STJ and the aid instruments by the CNJ for the judicial solution of demands involving the supply of medicines.

Keywords: Parameters; judicialization; health; medicines.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| INTRODUÇÃO | 13 |
| 1. O DIREITO À SAÚDE E À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ÂMBITO DO SUS | 21 |
| 1.1. O CONCEITO E ÂMBITO DE PROTEÇÃO DO DIREITO FUNDAMENTAL SOCIAL À SAÚDE NO CONTEXTO DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL..... | 21 |
| 1.2. O CONCEITO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E SEU ÂMBITO DE PROTEÇÃO..... | 26 |
| 1.3. A POLÍTICA PÚBLICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS A PARTIR DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988..... | 30 |
| 1.4. CONCLUSÃO PARCIAL | 36 |
| 2. PARÂMETROS DECISÓRIOS DEFINIDOS PELO STF, CNJ E STJ PARA JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE | 40 |
| 2.1. PANORAMA DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE | 40 |
| 2.2. PADRÕES DECISÓRIOS DEFINIDOS PELO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL | 47 |
| 2.2.1. Agravo Regimental na Suspensão de Tutela Antecipada nº 175/2010 (STA 175 - AgR/CE)..... | 47 |
| 2.2.2. Tema 500 da Repercussão Geral (RE 657.718/MG)..... | 50 |
| 2.2.3. Tema 793 da Repercussão Geral (RE 855.178 ED/SE) | 52 |
| 2.3. PARÂMETROS DE GESTÃO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PROPOSTOS PELO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA | 54 |
| 2.3.1. Recomendação nº 31/2010 do CNJ | 54 |
| 2.3.2. Resolução nº 107/2010 do CNJ - Fóruns do Judiciário para a Saúde..... | 56 |
| 2.3.3. Resolução nº 238/2016 do CNJ - Núcleos de Assistência Técnica do Poder Judiciário (NAT-JUS) | 58 |
| 2.4. PARÂMETROS DECISÓRIOS ESTABELECIDOS PELO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA | 61 |
| 2.4.1. Tema 686 de Recurso Repetitivo (REsp 1.203.244/SC)..... | 61 |
| 2.4.2. Tema 106 do Recurso Repetitivo (REsp 1.657.156/RJ)..... | 62 |
| 2.4.3. Temas 84 (REsp 1.069.810/RS) e 98 do Recurso Repetitivo (REsp 1.101.725/RS)..... | 64 |
| 2.5. CONCLUSÃO PARCIAL | 65 |
| 3. DEMANDAS JUDICIAIS ENVOLVENDO O FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS NO MUNICÍPIO DE MANHUAÇU | 68 |

| | |
|--|------------|
| 3.1. METODOLOGIA DE PESQUISA..... | 68 |
| 3.2. DESCRIÇÃO DOS ACHADOS DE PESQUISA | 76 |
| 3.2.1. Processos judiciais distribuídos contra o Município de Manhuaçu no período de junho/2019 a junho/2022 envolvendo o fornecimento de medicamentos | 76 |
| 3.2.2. A Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do Município de Manhuaçu/MG..... | 87 |
| 4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA | 89 |
| 4.1. PERFIL DA POLÍTICA PÚBLICA E DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE ENVOLVENDO O FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE MANHUAÇU ENTRE JUNHO/2019 E JUNHO/2022..... | 89 |
| 4.2. A PARAMETRIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE E O COMPORTAMENTO DAS PARTES PROCESSUAIS | 97 |
| 4.3. COMPORTAMENTO DOS INTEGRANTES DO PODER JUDICIÁRIO FRENTE AOS PARÂMETROS DECISÓRIOS ESTABELECIDOS PELO STF, STJ E CNJ | 107 |
| 4.4. COMPORTAMENTO RECURSAL DAS PARTES PROCESSUAIS | 114 |
| 4.5. CONCLUSÃO PARCIAL | 116 |
| CONCLUSÃO FINAL | 119 |
| REFERÊNCIAS | 125 |
| ANEXO ÚNICO - LISTA DE MEDICAMENTOS PADRONIZADOS NO MUNICÍPIO DE MANHUAÇU | 137 |
| APÊNDICE A - AGENDA DE PESQUISA | 150 |
| APÊNDICE B - QUADRO SINTÉTICO | 152 |
| APÊNDICE C - ESPELHO DA CONSTRUÇÃO DA BASE DE DADOS | 156 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico 1 – Processos envolvendo o fornecimento de medicamentos de saúde..... | 77 |
| Gráfico 2 – Evolução anual das ações judiciais..... | 77 |
| Gráfico 3 – Distribuição dos processos na Comarca de Manhuaçu..... | 77 |
| Gráfico 4 – Sexo dos demandantes..... | 78 |
| Gráfico 5 – Faixa etária dos demandantes..... | 78 |
| Gráfico 6 – Perfil econômico dos demandantes..... | 78 |
| Gráfico 7 – Representação processual dos demandantes..... | 78 |
| Gráfico 8 – Requerimento administrativo prévio..... | 78 |
| Gráfico 9 – Número de medicamentos solicitados por ação judicial..... | 79 |
| Gráfico 10 – Medicamentos demandados..... | 79 |
| Gráfico 11 – Medicamentos demandados..... | 79 |
| Gráfico 12 – Prescrição médica..... | 80 |
| Gráfico 13 – Origem das prescrições médicas..... | 80 |
| Gráfico 14 – Doenças mais prevalentes no estudo..... | 80 |
| Gráfico 15 – Existência de alternativa terapêutica no SUS..... | 81 |
| Gráfico 16 – Prévio esgotamento do PCDT ou comprovação da ineficácia das alternativas terapêuticas do SUS..... | 81 |
| Gráfico 17 – Principais fundamentos das petições iniciais..... | 82 |
| Gráfico 18 – Referência aos padrões da Judicialização da Saúde nas petições iniciais..... | 83 |
| Gráfico 19 – Principais fundamentos das contestações..... | 83 |
| Gráfico 20 – Apresentação de documentos adicionais pelas partes..... | 84 |
| Gráfico 21 – Exigência judicial de juntada de documentos adicionais pelas partes para análise do pedido liminar..... | 84 |

| | |
|---|----|
| Gráfico 22 – Resultado de decisões liminares..... | 85 |
| Gráfico 23 – Resultado de decisões/sentenças..... | 85 |
| Gráfico 24 – Referência à parametrização do Direito à Saúde nas decisões liminares..... | 86 |
| Gráfico 25 – Referência à parametrização do Direito à Saúde nas sentenças..... | 86 |

INTRODUÇÃO

O direito constitucional contemporâneo, acompanhado pelas constituições democráticas surgidas após a 2ª guerra mundial, passou por um processo de positivação de direitos e garantias fundamentais, com o reconhecimento da força normativa e vinculante de suas disposições, tanto em relação aos poderes públicos quanto aos particulares.

A ideia de constitucionalização do direito está associada a um efeito expansivo das normas constitucionais, cujo conteúdo material e axiológico irradia, com força normativa, efeitos por todo o sistema jurídico. No Brasil não foi diferente a democratização e constitucionalização de direitos fundamentais, muito embora de forma tardia (BARROSO, 2005).

O ser humano passou então a ocupar o centro do Estado Democrático de Direito (RAMOS, 2007, pág. 329; SARLET, 2006, pág. 65), tendo o legislador Constituinte brasileiro elevado a dignidade da pessoa humana à condição de norma jurídica (princípio e valor) fundamental (SARLET, 2006, pág. 67).

Como pressuposto para o exercício do princípio dignidade da pessoa humana, o direito à saúde ganhou notável dimensão axiológica com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CRFB/88), com repercussões nos cenários político e jurídico, tendo a saúde pública sido alçada à condição de direito social fundamental, a ser prestada pelos poderes públicos mediante a formulação, implementação e execução de políticas públicas no âmbito de todos os entes federados¹.

Sobre o sistema de proteção social à saúde, anteriormente à CRFB/88 não era possível cogitar sobre a efetiva proteção da saúde do cidadão, ou mesmo quanto ao reconhecimento de sua fundamentalidade, já que sua proteção constitucional se limitava à prestação de serviços indiretos de saúde aos trabalhadores com vínculo empregatício formal e contribuintes do sistema previdenciário (SARLET, FIGUEIREDO, 2014, pág. 112), cuja população sem recursos financeiros para aquisição de serviços de saúde dependia diretamente da caridade e da filantropia desempenhada pelas Santa Casas (OLIVEIRA, SACOMANO NETO, DONADONE, 2022, pág. 02).

¹ No âmbito da repartição de competências entre os entes federados para promoção das ações e serviços públicos de saúde e assistência pública sob o modelo do federalismo de cooperação, Bercovici (2002, p. 14) ressalta que a estruturação federativa se desenvolve no âmbito de “complexas relações de interdependência entre a União e os entes federados”.

No entanto, as propostas centrais discutidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde pelo Movimento de Reforma Sanitária e apresentadas à Comissão Nacional da Reforma Sanitária, criada no âmbito da Assembleia Nacional Constituinte de 1986/1987, serviram de vetor para o estabelecimento dos princípios e diretrizes estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo no tocante à universalização dos serviços e ações de saúde².

No bojo da Assembleia Constituinte e com caráter inovador na ordem jurídica, após dispor sobre a saúde como direito social (art. 6º), o artigo 196 a CRFB/88 rompe com um sistema de ausência de proteção à saúde para instituir uma política pública de saúde regida pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade, estabelecendo 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 e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988)

Já o artigo 198 da CRFB/88 normatiza a estrutura geral do SUS, cujas ações e serviços de saúde passam então a constituir um sistema único, a serem prestadas por uma rede regionalizada, descentralizada, com atendimento integral e contando com a participação da comunidade na sua gestão e fiscalização.

Com o objetivo de concretizar o direito fundamental à saúde, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) regulamentou o modelo operacional do SUS, sua estrutura, organização e funcionamento para a promoção proteção e recuperação da saúde.

A Lei nº 8.080/90, além de reconhecer a saúde como direito fundamental, de responsabilidade do Estado, da família e da sociedade (art. 2º), estabeleceu como princípios orientadores da política pública de saúde, dentre outros, os princípios da universalidade de acesso aos serviços a todos os cidadãos, integralidade na assistência à saúde (preventiva e curativa) em todos os níveis de complexidade do sistema, equidade na prestação dos serviços de saúde, e o princípio da municipalização da prestação dos serviços no âmbito da descentralização político administrativa em cada esfera de governo (art. 7º) (BRASIL, 1990a).

Por sua vez, a Lei nº 8.142/90 complementou a gestão do SUS, regulamentando a participação da comunidade na gestão SUS por meio dos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde, dispondo ainda sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

² Sobre a influência do Movimento de Reforma Sanitária na redação da seção sobre o SUS na Constituição Federal, confira-se o texto publicado pelo Conselho Nacional de Saúde, intitulado “8ª Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma”. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>>. Acesso em: 13 abr. 2022.

Por dedução dos enunciados constitucionais do direito à saúde, o direito ao acesso a medicamentos essenciais é também considerado um direito fundamental, de titularidade individual, coletiva e difusa, sendo o direito à exigibilidade de medicamentos do Poder Público também regido pelas diretrizes da universalidade, integralidade e equidade.

A partir da segunda metade da década de 1990 o Supremo Tribunal Federal (STF), alterando entendimento anterior, passou a reconhecer a aplicabilidade imediata do artigo 196 da CRFB/88 como direito originário imediatamente exigível para a solução de conflitos e pretensões de saúde na sua dimensão prestacional (VIEIRA, 2020, pág. 26), cuja interpretação acerca da sua natureza de norma programática cedeu espaço para a expansão da força normativa da constituição.

Diante do reconhecimento pelo STF da justiciabilidade do direito à saúde e da aplicabilidade imediata das normas constitucionais garantidoras de direitos fundamentais, e predominantemente em razão da notória impossibilidade fática, orçamentária e jurídica do fornecimento ilimitado e indiscriminado pelo Poder Público de todos e quaisquer medicamentos e tratamentos terapêuticos disponíveis no mercado privado, instalou-se uma cultura jurídica de judicialização de pretensões individuais a prestações materiais positivas (bens e serviços de saúde) a serem prestadas pelo Estado, sobretudo no que diz respeito à garantia do fornecimento de medicamentos por meio de ações judiciais, cujo aumento expressivo de ações judiciais em saúde vem sendo objeto de pesquisa acadêmica há mais de duas décadas.

Antes da explicitação do problema de pesquisa, convém ressaltar o aumento expressivo das demandas judiciais de saúde, visto que o “fornecimento de medicamentos se destaca com um dos principais assuntos judicializados nos últimos anos” (BRASIL, 2021, pág. 79).

Entretanto, a judicialização das políticas de saúde passou a ser um “problema” a ser enfrentado pelo Poder Judiciário, com reflexos diretos sobre as pretensões individuais de saúde dos cidadãos, sobre as políticas públicas coletivamente consideradas e sobre a própria sustentabilidade das ações e serviços de saúde do SUS, cuja “pressão” exercida sobre o judiciário para o redesenho de políticas públicas acarreta inexoravelmente o risco de ativismo judicial sobre a formulação e execução de políticas públicas.

Embora não se desconheça que a judicialização abriu caminhos para o tratamento de doenças por meio de protocolos até então não incorporados ao sistema público de saúde, tal fato também gerou graves distorções no SUS, notadamente em razão da impossibilidade de um sistema universal de saúde, dependente unicamente de aporte de

recursos públicos para sua manutenção e funcionamento, oferecer a todos os usuários todos os tipos de tratamento para doenças, ainda que disponíveis no mercado privado.

Em virtude da iniquidade do acesso à justiça no Brasil, da ausência de parâmetros decisórios gerais para as instâncias inferiores e da pressão exercida pelo Poder Judiciário sobre o redesenho das políticas públicas, a Corte Constitucional passou a identificar a necessidade de fixação de balizas para o racionamento da judicialização da saúde, especialmente no tocante à assistência farmacêutica.

Para tanto, a partir do ano de 2007 o STF, posteriormente seguido pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e Superior Tribunal de Justiça (STJ), passaram a identificar a necessidade da adoção de uma postura mais pragmática e consequencialista das decisões do Poder Judiciário em matéria de saúde fundada em elementos de caráter científico, notadamente na medicina com base em evidências, sem olvidar do custo dos direitos sociais e da escassez de recursos públicos, cujos parâmetros objetivos tiveram por condão ressaltar a necessidade de proteção e segurança à saúde nas dimensões individual (do paciente demandante) e coletiva (saúde pública), assegurar a equidade no acesso e fornecimento de medicamentos, garantir a sustentabilidade e racionalidade das ações e serviços do SUS e garantir uma maior deferência judicial às decisões técnicas emanadas do Poder Executivo.

O presente trabalho tem cunho eminentemente descritivo, por meio do qual se propõe a retratar o atual panorama da judicialização das políticas públicas de saúde e da parametrização do direito à saúde, bem como analisar o perfil da judicialização do fornecimento de medicamentos no Município de Manhuaçu.

Nesta linha de raciocínio, o problema de pesquisa objetiva responder à seguinte pergunta:

Os parâmetros hermenêuticos definidos pelo STF e STJ e as estratégias institucionais de gestão administrativa estabelecidas pelo CNJ têm sido observados pelos representantes processuais responsáveis pela judicialização da saúde e pelos juízes de primeira instância quando da prolação de decisões judiciais envolvendo o fornecimento de medicamentos?

A resposta à pergunta de pesquisa exige a consideração dos impactos gerados pela judicialização na organização da política pública de saúde, do comportamento dos representantes processuais responsáveis pela judicialização do fornecimento de medicamentos, do comportamento dos juízes frente à parametrização do Direito à Saúde, da (in)adequabilidade da intervenção judicial na concretização direta de prestações materiais individuais de saúde quando confrontadas com questões burocráticas, organizacionais e orçamentárias da política

pública na sua dimensão coletiva, além de aspectos relativos à natureza vinculante ou meramente persuasiva das balizas decisórias estabelecidas pelo STF e STJ e das recomendações do CNJ, especialmente quando contrastada com o perfil da judicialização para o fornecimento de medicamentos em primeiro grau de jurisdição e com o grau de adesão às pautas objetivas de racionalização da judicialização da saúde.

A pesquisa tem por hipótese a premissa de que os parâmetros decisórios têm contribuído de forma apenas parcial na solução judicial dos casos concretos envolvendo o direito ao fornecimento de medicamentos, já que parcela dos representantes processuais³ e dos juízes de primeira instância não têm observado/aderido aos critérios objetivos estabelecidos pelo STF e STJ e aos instrumentos de auxílio estabelecidos pelo CNJ para a adjudicação judicial de medicamentos.

O objetivo geral do trabalho é verificar o perfil da judicialização da saúde para o fornecimento de medicamentos em primeira instância frente aos parâmetros decisórios definidos pelo STF e STJ e às diretrizes recomendadas do CNJ.

Como objetivos específicos da pesquisa, pretende-se descrever o funcionamento da política pública de dispensação de medicamentos no âmbito do SUS; verificar os parâmetros decisórios estabelecidos pelo STF por ocasião do julgamento da STA 175 - AgR/CE e dos Temas da Repercussão Geral 500 e 793, bem como pelo STJ no julgamento dos Temas de Recurso Repetitivo 84, 98, 106 e 686; evidenciar as estratégias de gestão da judicialização da saúde estipuladas pelo CNJ; e analisar o comportamento das partes processuais e do Poder Judiciário nos processos envolvendo o fornecimento de medicamentos no Município de Manhuaçu.

O presente trabalho não tem pretensões universalizantes acerca do atual estado da arte da parametrização da aplicação do Direito à Saúde, já que se trata apenas de um estudo da realidade local evidenciada pela natureza das demandas, pelo perfil dos demandantes e das prestações de saúde solicitadas, pelas estratégias e comportamento dos atores processuais⁴, bem como pelo perfil das respostas judiciais aos pleitos versando sobre medicamentos essenciais.

³ Para os fins do presente estudo os termos “**representantes processuais**” e “**partes processuais**” foram utilizados como expressões sinônimas, designativas dos representantes jurídicos das partes demandantes, ou do próprio cidadão demandante com capacidade postulatória para o ajuizamento direto de ação no Juizado Especial Cível da Fazenda Pública, e dos representantes jurídicos da parte demandada, os dois primeiros, responsáveis pelo acionamento do sistema de justiça para a obtenção da tutela judicial para o fornecimento de medicamentos, sendo o último, responsável pela defesa em juízo do ente público municipal demandado.

⁴ A expressão “**atores processuais**” foi adotada para designar, de forma genérica, tanto os membros do Poder Judiciário como aqueles integrantes das Funções Essenciais à Justiça envolvidos na Judicialização das políticas públicas de saúde, destacando-se dentre estes últimos os membros do Ministério Público, das Advocacias Pública e Privada e da Defensoria Pública, assim como representativa dos próprios cidadãos demandantes com capacidade postulatória para o ajuizamento direto de ação no Juizado Especial Cível da Fazenda Pública.

Não obstante isso, a par dos resultados empíricos e da confrontação com outros estudos atinentes ao tema, a pesquisa buscará fornecer indicativos de como está a questão afeta à adesão e ao comportamento dos atores processuais envolvidos na judicialização da saúde⁵ frente aos critérios decisórios definidos pelas instâncias superiores para o julgamento de demandas envolvendo o fornecimento de medicamentos.

A pesquisa utiliza-se do método dedutivo para análise e contextualização da política pública de dispensação de medicamentos, bem como para a aferição da aplicação do Direito à Saúde pelos parâmetros decisórios estabelecidos pelo STF, STJ e CNJ, além de sua observância ou não pelas partes processuais e juízes em primeira instância de jurisdição, estes últimos por meio da análise empírica de processos judiciais.

Palma, Feferbaum e Pinheiro⁶ apontam que trabalhos mais aprimorados envolvendo análise de jurisprudência “(...) tendem a apresentar o referencial teórico utilizado, o que geralmente se faz por meio de revisão bibliográfica pertinente ao assunto estudado empiricamente.” As autoras salientam ainda que a etapa de abordagem teórica tem por objetivo “(...) contextualizar a pesquisa, indicando em qual ordem de debates ela se insere e como os seus resultados contribuirão para essa agenda”.

Para tanto, em um primeiro momento será realizada pesquisa de natureza documental por meio da revisão de literatura disponível sobre a política pública de dispensação de medicamentos essenciais, a judicialização da saúde com enfoque nas contingências e impactos decorrentes da judicialização do acesso a medicamentos, e sobre a parametrização do Direito à Saúde no âmbito do STF, STJ e CNJ.

O desenho da política pública de assistência farmacêutica será descrito a partir da estrutura do SUS na CFRB/88, da normatização infraconstitucional que regulamentou e organizou o modelo operacional do SUS e da diretriz da assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

O panorama acerca das causas, complexidade e forma como vem se dando a crescente judicialização da saúde no Brasil, em especial quanto às contingências e efeitos negativos da intervenção judicial em políticas públicas de assistência farmacêutica, será traçado

⁵ A respeito do autor do estudo, tem-se como importante informar ao leitor que o pesquisador ocupa o cargo de Promotor de Justiça do Ministério Público do Estado de Minas Gerais, titular da 4ª Promotoria de Justiça da Comarca de Manhuaçu, de Entrância Especial, com atribuições nas Curadorias de Defesa da Saúde Pública, Educação, Infância e Juventude, Deficientes e Idosos.

⁶ PALMA, Juliana Bonacorsi de; FEFERBAUM, Marina; PINHEIRO, Victor Marcel. Meu trabalho precisa de jurisprudência? Como posso utilizá-la? In: QUEIROZ, Rafael Mafei Rabelo; FEFERBAUM, Marina (Coords.). Metodologia da pesquisa em direito: técnicas e abordagens para elaboração de monografias, dissertações e teses. 2ª. ed., 2ª Tir. São Paulo: Saraiva, 2019. p. 103.

a partir dos estudos e pesquisas desenvolvidos por Octávio Luiz Motta Ferraz, Vanessa Elias de Oliveira, Natalia Pires Vasconcelos, Daniel Wei Liang Wang e Fabíola Sulpino Vieira (IPEA), cujos autores vem se dedicando à pesquisa sobre judicialização das políticas públicas de saúde com enfoque na judicialização do acesso a medicamentos essenciais.

A descrição dos parâmetros judiciais para o julgamento de demandas envolvendo o direito à saúde será realizada a partir de consulta direta a documentos constantes do *site* da *internet* do STF, STJ e CNJ.

Já num segundo momento, será realizada pesquisa jurisprudencial⁷ descritivo-exploratória, com abordagem metodológica quanti-qualitativa, tendo por recorte temático as ações judiciais ajuizadas por cidadãos contra o Município de Manhuaçu referentes a pedidos de medicamentos essenciais no período de junho de 2019 a junho de 2022.

Numa terceira e última etapa de análise documental será analisado o funcionamento da política pública municipal de assistência farmacêutica, tendo por base informações fornecidas pelo Município de Manhuaçu e a respectiva Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME).

O trabalho será desenvolvido em quatro capítulos, para além da introdução e conclusão. O primeiro capítulo abordará o conceito do direito à saúde e seu âmbito de proteção na assistência farmacêutica, especialmente vista sob o ângulo da política pública de dispensação de medicamentos. O segundo capítulo analisará a parametrização da judicialização da saúde pelo STF, CNJ e STJ relativamente às premissas gerais objetivas estabelecidas para a gestão adequada das ações judiciais envolvendo o fornecimento de medicamentos. O terceiro capítulo será dedicado à abordagem empírica da pesquisa, no qual serão apresentados os achados de pesquisa relativos à judicialização do fornecimento de medicamentos no Município de Manhuaçu no período de junho/2019 a junho/2022, bem como ao funcionamento da política municipal de assistência farmacêutica. O quarto e último capítulo será destinado à discussão sobre o perfil da judicialização da saúde no Município de Manhuaçu, bem como em relação ao comportamento dos atores processuais frente aos parâmetros decisórios definidos pelo STF, STJ e CNJ para a solução dos casos concretos envolvendo o direito à dispensação de medicamentos.

⁷ Segundo Palma, Feferbaum e Pinheiro, (2019, pág. 101) “pesquisas de jurisprudência se voltam à análise de julgados, o que deve ser tomado de modo bastante amplo. Podemos considerar “julgado” qualquer decisão tomada por autoridade competente que, interpretando o Direito, emite um comando na tentativa de resolver o caso concreto que lhe é apresentado”.

Ademais, sem olvidar do extenso número de trabalhos publicados sobre as temáticas “controle de políticas públicas”, “judicialização da saúde” e “judicialização de medicamentos”, esta última especialmente focada nos fármacos de alto custo, verifica-se que a literatura não aprofunda na análise acerca da efetividade da parametrização da judicialização da saúde para o fornecimento de medicamentos em municípios brasileiros de médio porte, os quais são, via de regra, dotados de melhores condições socioeconômicas e sanitárias quando comparados com a maioria dos municípios brasileiros de pequeno porte.

Além disso, observa-se que a literatura tem se limitado a analisar o comportamento processual apenas dos membros das instâncias inferiores do Poder Judiciário quanto à observância ou não dos parâmetros definidos pelas Cortes superiores, porém sem examinar o comportamento das partes processuais quanto ao grau de adesão à parametrização do Direito à Saúde.

Por fim, a presente pesquisa tem como propósito lançar luzes sobre o perfil da judicialização da saúde envolvendo pedidos de fornecimentos de medicamentos em municípios de médio porte, especialmente quanto à efetividade dos parâmetros de gestão estratégica de judicialização da saúde atualmente estabelecidos pelo STF, STJ e CNJ, e sua observância não somente pelos juízes de primeira instância, mas também por todos os atores responsáveis pela judicialização da referida política pública, especialmente pelo Ministério Público, Defensoria Pública, Advocacias Pública e Privada e Administração Pública.

1. O DIREITO À SAÚDE E À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ÂMBITO DO SUS

1.1. O CONCEITO E ÂMBITO DE PROTEÇÃO DO DIREITO FUNDAMENTAL SOCIAL À SAÚDE NO CONTEXTO DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL

Como pressuposto para o exercício do princípio da dignidade da pessoa humana, o direito à saúde ganhou notável dimensão axiológica com a promulgação da Constituição Federal de 1988, com repercussões nos cenários político e jurídico, tendo a saúde pública sido alçada à condição de direito fundamental social, a ser prestada pelos poderes públicos mediante a formulação, implementação e execução de políticas públicas no âmbito de todos os entes federados⁸.

Sobre o sistema de proteção social à saúde, anteriormente à CRFB/88 não era possível cogitar sobre a efetiva proteção da saúde do cidadão, ou mesmo quanto ao reconhecimento de sua fundamentalidade, já que sua proteção constitucional se limitava à prestação de serviços indiretos de saúde aos trabalhadores com vínculo empregatício formal e contribuintes do sistema previdenciário (SARLET, FIGUEIREDO, 2014, pág. 112), cuja população sem recursos financeiros para aquisição de serviços de saúde dependia diretamente da caridade e da filantropia desempenhada pelas Santa Casas (OLIVEIRA, SACOMANO NETO, DONADONE, 2022, pág. 02).

No entanto, as propostas centrais discutidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde pelo Movimento de Reforma Sanitária e apresentadas à Comissão Nacional da Reforma Sanitária, criada no âmbito da Assembleia Nacional Constituinte de 1986/1987, serviram de vetor para o estabelecimento dos princípios e diretrizes estruturantes do SUS, sobretudo no tocante à universalização dos serviços e ações de saúde⁹.

No bojo da Assembleia Constituinte e com caráter inovador na ordem jurídica, após dispor sobre a saúde como direito social (art. 6º), a CRFB/88 rompe com um sistema de ausência de proteção à saúde para instituir uma política pública de saúde regida pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade, estabelecendo no art. 196 que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução

⁸ No âmbito da repartição de competências entre os entes federados para promoção das ações e serviços públicos de saúde e assistência pública sob o modelo do federalismo de cooperação, Bercovici (2002, p. 14) ressalta que a estruturação federativa se desenvolve no âmbito de “complexas relações de interdependência entre a União e os entes federados”.

⁹ Sobre a influência do Movimento de Reforma Sanitária na redação da seção sobre o SUS na Constituição Federal, confira-se o texto publicado pelo Conselho Nacional de Saúde, intitulado “8ª Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma”. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>>. Acesso em: 13 abr. 2022.

do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Segundo Mapelli Júnior (2015, pág. 81) a Constituição Federal ou mesmo a legislação infraconstitucional sanitária não foram expressas quanto à definição de um conceito legal de saúde, cujas referências genéricas não deixam claras quais prestações materiais constituem o conceito material de saúde.

No plano internacional, a Organização Mundial de Saúde, órgão integrante da Organização das Nações Unidas, no preâmbulo de sua Constituição (OMS, 1946) definiu a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social¹⁰”.

Posteriormente, o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, promulgado pelo Decreto nº 591/1992 (BRASIL, 1992), em seu artigo 12, item 1, também dispôs sobre um conceito amplo de saúde, ao estabelecer que “os Estados Partes do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental”.

Voltando ao contexto brasileiro, ainda que expressas no texto constitucional as ações e serviços de saúde preventivos, assistenciais e curativos, a serem materializadas como prestações positivas pelo Estado, permanece desde a promulgação da CRFB/88 a discussão sobre o objeto do direito à saúde individual e coletiva, principalmente quando contrapostos aos princípios do atendimento integral e da equidade no atendimento (SARLET, 2007a).

A par das considerações normativas supramencionadas, embora não tenha sido definido expressamente pelo legislador um conceito legal de saúde, para Ingo Sarlet e Mariana Figueiredo o sistema jurídico-sanitário brasileiro adotou uma concepção ampla de saúde, alinhada ao conceito de saúde propugnado pela Organização Mundial de Saúde que, “para além do aspecto curativo, ressalta as dimensões preventiva e promocional do direito à saúde” (2014, pág. 116), desempenhadas através de ações de prevenção, proteção e recuperação, sendo priorizada as primeiras.

Mesmo reconhecendo que a “saúde é um fenômeno bastante complexo”, aliada à ausência de uma definição expressa no plano normativo, Reynaldo Mapelli Júnior não se esquivou de propor um conceito jurídico de saúde, revelado por estado um bem-estar biopsicossocial mais amplo, que se traduz em um “bem jurídico público a ser obtido por um

¹⁰ O preâmbulo da Constituição de 1946 da Organização Mundial da Saúde expressou importante conceito de saúde, nos seguintes termos: “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”. (Organização Mundial da Saúde (OMS). Constituição da Organização Mundial da Saúde, adotada pela Conferência Internacional de Saúde. Disponível em: <<https://www.who.int/es/about/who-we-are/constitution>>. Acesso: 17 abr. 2022).

sistema público e universal de saúde, com foco principal na atenção básica, bem como, por outras políticas públicas que condicionam e determinam esse direito, mas não se confundem com ele” (2015, pág. 84 e 89).

Ressaltando a impossibilidade de redução do conceito do direito à saúde à ótica exclusiva dos cuidados médicos, notadamente pela necessidade de equalização do direito subjetivo à saúde no conjunto das demais políticas sociais, e sem desconsiderar o quadro de escassez de recursos financeiros numa dada realidade econômico-social, Luciano Moreira de Oliveira, numa abordagem das capacidades em saúde, propugna que “o direito subjetivo à saúde corresponde à satisfação das carências no contexto da escassez de recursos e abrange o acesso a prestações que sejam necessárias e apropriadas, a um custo que seja acessível, individual ou coletivamente” (OLIVEIRA, 2022, págs. 206 e 210).

Em resumo, na visão dos mencionados autores a assistência farmacêutica, consubstanciada no acesso integral, universal e equitativo a medicamentos essenciais ao estado clínico de cada paciente, configura uma das facetas do conceito amplo de saúde, já que necessária para o alcance do desiderato Constitucional de promoção da dignidade da pessoa humana e efetivação do direito fundamental social.

Expostas as considerações da literatura acerca do conceito amplo de saúde apenas com o intuito de contextualização do direito à saúde no plano interno e internacional (MAPELLI JÚNIOR, 2015; OMS, 1946; BRASIL, 1992; SARLET, FIGUEIREDO, 2014; OLIVEIRA, 2022), apesar da indefinição conceitual pela Constituição Federal e Lei nº 8.080/90 acerca do que seria o real “conteúdo do direito à saúde”, não se pode olvidar que a Constituição Federal foi expressa ao afirmar que tal direito seria “garantido mediante políticas sociais e econômicas” com o objetivo de promoção, proteção e recuperação da saúde (art. 196).

Nesse ponto, extrai-se do texto Constitucional que a definição do conteúdo do direito material à saúde será objeto de conformação normativa pelos Poderes Executivos e Legislativos por atribuição expressa da CRFB/88, sendo tais Poderes responsáveis pela formulação e implementação de políticas públicas.

Ocorre que a definição do conteúdo material do direito à saúde, a qual se dá por meio do estabelecimento de atos normativos e administrativos derivados como forma de concreção da política pública de saúde, não é totalmente livre de parâmetros a serem observados pelos Poderes Legislativo e Administrativo, haja vista que a formulação e implementação de tais políticas públicas demandam um equacionamento entre a proteção, o respeito e a efetivação do núcleo essencial dos direitos fundamentais (a exemplo da alocação mínima de recursos públicos em determinados programas de saúde), as prioridades de saúde pública coletivamente

consideradas e as disponibilidades de recursos públicos para o custeio dos programas de saúde (reserva do financiamento possível).

Especificamente quanto ao conceito do direito à assistência farmacêutica integral, as exatas prestações positivas de saúde a serem fornecidas pelo Estado no âmbito da assistência farmacêutica (fornecimento de tratamentos, medicamentos, dentre outros) foram objeto de conformação estrutural no desenho normativo estabelecido pela Política Nacional de Medicamentos e na Política Nacional de Assistência Farmacêutica, tendo sido estabelecidos no plano concreto por meio de diversos instrumentos de política pública, tais como a adoção da Relação de Medicamentos Essenciais (nos planos federal, estadual e municipal), dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), das pactuações realizadas no âmbito das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite e dos Conselhos Municipais de Saúde, da avaliação de novas tecnologias pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, dentre outros instrumentos de natureza administrativa.

Portanto, devido à necessidade de conformação normativa do conteúdo do direito à saúde, a adoção de um conceito amplo e indeterminado de saúde como propugnado pela literatura em referência se mostra imprestável e insuficiente frente à diretriz Constitucional do “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”, já que a concretização das ações e serviços públicos de saúde é plenamente passível de restrição no plano fático-normativo.

A conformação normativa derivada não impede, contudo, a apreciação pelo Poder Judiciário, no âmbito da dimensão política da jurisdição constitucional, das eventuais omissões inconstitucionais relativas à inexistência ou insuficiência das medidas de concretização do direito à saúde (SARLET, 2016, pág. 135).

Indo mais além, por consequência do imperativo constitucional de ampla proteção e promoção da saúde e da imposição da sua realização pelo Estado mediante políticas sociais e econômicas, a concretização no mundo dos fatos do Direito à Saúde (ou da concepção do Direito à Saúde vista sob as dimensões objetiva e subjetiva dos direitos fundamentais), reforçada pelo princípio da integralidade, guarda forte correlação e dependência com determinantes sociais e econômicas, as quais influenciam diretamente no seu incremento prestacional.

Gilmar Ferreira Mendes e Paulo Gustavo Gonet lecionam que os direitos a prestações materiais do Estado (nestas incluídas o direito a tratamento de saúde como utilidade concreta fruível pelo cidadão) são concebidos com o objetivo de atenuar as desigualdades sociais, guardando relação direta com a justiça distributiva, cujos direitos, no entanto,

encontram-se sujeitos às condições econômico-financeiras de cada momento histórico do país (MENDES, BRANCO, 2018).

É nesta seara que se descortina o fenômeno identificado como “Judicialização da Saúde”, o qual surge principalmente da dicotomia entre mínimo existencial e reserva do possível, sobretudo quando se diz respeito à concessão de prestações materiais de saúde de índole individual, as quais serão melhor desenvolvidas nos itens seguintes.

Ademais, tendo a saúde pública sido elevada pelo Constituinte ao patamar de direito fundamental de dimensão social, a ser garantido mediante o implemento de políticas públicas de saúde específicas, aliadas a políticas sociais e econômicas diversas, resta grande discussão sobre o âmbito de proteção e realização do referido direito fundamental, aqui também incluída a assistência farmacêutica.

Discorrendo sobre a titularidade e natureza do direito à saúde, Ingo Sarlet e Mariana Figueiredo salientam que o direito à saúde apresenta ao mesmo tempo titularidade individual e transindividual, cujo direito pode ser “exigível judicialmente tanto por ações individuais, quanto por procedimentos coletivos, segundo as circunstâncias concretas” (2014, pág. 119).

Entretanto, não obstante a preservação da tutela individual do direito à saúde, até mesmo porque constitui direito e garantia fundamental assegurado constitucionalmente ao cidadão (art. 5º, XXXV), merece registro que a titularidade universal não se confunde com a universalidade do acesso e tampouco com a assistência integral à saúde.

Segundo Ingo Sarlet “titularidade universal não se confunde com a universalidade de acesso ao SUS, que poderá eventualmente sofrer restrições diante das circunstâncias do caso concreto, sobretudo se tiverem por desiderato a garantia de equidade do sistema como um todo” (2014, pág. 119).

O princípio da máxima efetividade das normas asseguradoras de direitos fundamentais, como expressão da força normativa da Constituição, impõe o dever do Estado em garantir um mínimo existencial¹¹ em matéria de saúde ao cidadão.

Porém, a partir de uma ponderação entre os princípios da integralidade e da equidade (resguardado o mínimo existencial), sobretudo quando considerada a reserva do financeiramente possível e os princípios da prevenção e da precaução, admite-se a possibilidade

¹¹ Sarlet e Figueiredo fazem uma diferenciação entre mínimo existencial (conjunto de garantias materiais para uma vida condigna), que não pode ser confundido com o que se tem chamado de mínimo vital ou um mínimo de sobrevivência, visto que este último diz com a garantia da vida humana, sem necessariamente abranger as condições para uma sobrevivência física em condições dignas, portanto, de uma vida com certa qualidade (2007b, pág. 181).

de restrição em concreto pelo Estado da satisfação de toda e qualquer pretensão irracional a prestação material de saúde, sendo possível concluir pela inexistência de um direito absoluto tutelável individualmente a todas as prestações de saúde existentes em dada realidade e desenvolvimento tecnológico do país, com vistas a assegurar o princípio da igualdade e equidade na perspectiva coletiva.

Embora seja complexo identificar o conteúdo material do direito à saúde nas suas diversas facetas, haja vista a gama de possibilidades de prestações materiais pelo Estado por meio de ações e serviços públicos de saúde, para os fins do presente trabalho será apresentado adiante o conceito de assistência terapêutica e seu âmbito de proteção.

1.2. O CONCEITO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E SEU ÂMBITO DE PROTEÇÃO

Com o objetivo de concretizar o direito fundamental à saúde a Lei nº 8.080/90 regulamentou o modelo operacional do SUS, sua estrutura, organização e funcionamento para a promoção proteção e recuperação da saúde.

Por dedução lógica e sistemática dos enunciados constitucionais do direito à saúde (arts. 6º, 196 e 198, II), o direito ao acesso e fornecimento de medicamentos essenciais¹² é também considerado um direito fundamental de titularidade individual, coletiva e difusa, cuja exigibilidade de medicamentos¹³ do Poder Público é regida pelas diretrizes da universalidade, integralidade e equidade.

Reynaldo Mapelli Junior informa que a obrigação do Estado de prestar a assistência farmacêutica integral funciona como uma das condicionantes para o alcance de um estado de bem-estar biopsicossocial correspondente à saúde, cuja atenção básica ou primária à saúde (principal política pública de saúde) configura a porta de entrada do paciente no SUS, ainda que referenciado o paciente a serviços de maior nível de complexidade na estrutura do sistema (2015, pág. 86/88).

Amparada ainda pela diretriz constitucional da integralidade¹⁴ do atendimento, a assistência terapêutica (incluindo a assistência farmacêutica) encontra-se abrangida no campo

¹² São os medicamentos considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população, cujos produtos devem estar continuamente disponíveis aos seguimentos da sociedade que deles necessitem, nas formas farmacêuticas apropriadas (BRASIL, 1998).

¹³ O Decreto nº 7.646/2011 conceitua medicamento como “produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico” (BRASIL, 2011).

¹⁴ Sobre a integralidade da assistência terapêutica no âmbito do SUS, tal conceito relaciona-se com a ideia de que os cidadãos devem ser atendidos como seres indivisíveis na medida de suas necessidades de saúde frente aos

das ações de saúde pela Lei nº 8.080/90 (art. 6º, inc. I, “d”), posteriormente regulamentada pelo Decreto nº 7.508/11, pela Política Nacional de Medicamentos (Portaria nº 3.916/1998), pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica¹⁵ (Portaria nº 338/2004) e pela Lei nº 12.401/2011, esta última dispendo sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS.

O direito fundamental à assistência terapêutica integral é materializado por meio de políticas públicas. Na qualidade de política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, dentre elas a política de medicamentos, a assistência farmacêutica envolve “um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional” (BRASIL, 2004).

O conteúdo material da assistência farmacêutica e sua posterior concretização fática dependem da definição ou conformação do seu alcance pelos Poderes Executivo e Legislativo, cujo ponto de partida das respectivas políticas públicas deve ter por base os princípios constitucionais informadores do direito à saúde, a ser garantido através de políticas sociais e econômicas.

A própria Lei nº 8.080/90, apesar de não definir o conteúdo específico das prestações de saúde a cargo do SUS, delimita o âmbito de proteção da política pública de assistência farmacêutica ao dispor que a assistência terapêutica integral consiste na “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 PCDT, em conformidade com as relações de medicamentos instituídas pelos gestores federal, estaduais e municipais do SUS (art. 19-M e art. 19-P).

Com efeito, a definição normativa das efetivas prestações materiais de saúde a serem disponibilizadas pelo Poder Público no contexto da assistência farmacêutica integral é feita de modo estrutural no âmbito político-administrativo do SUS, cuja diretriz constitucional da assistência terapêutica integral é concretizada por meio da adoção da Relações de Medicamentos Essenciais, dos PCDT, das pactuações realizadas no âmbito das Comissões

diferentes e crescentes níveis de complexidade em que se estruturam as ações e serviços do SUS como sistema capaz de prestar assistência integral, cujas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde não podem ser fragmentadas (BRASIL, 1990b, pág. 5; BRASIL 2000, pág. 31).

¹⁵ Nos termos do art. 1º, inciso I, da Resolução nº 338/2004, “a Política Nacional de Assistência Farmacêutica é parte integrante da Política Nacional de Saúde, envolvendo um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde e garantindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade”.

Intergestores Tripartite e Bipartite e dos Conselhos Municipais de Saúde, da avaliação de novas tecnologias pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), dentre outros instrumentos de natureza administrativa e normativa.

A par dos marcos regulatórios redefinidores dos contornos da integralidade farmacêutica do SUS, as Relações de Medicamentos Essenciais nacional, estaduais e municipais (cuja disponibilidade de medicamentos do SUS ocorre por meio dos Componentes da Assistência Farmacêutica) exercem importante papel na efetivação da política pública de medicamentos, sobretudo no tocante ao papel dos municípios na dispensação de medicamentos voltados à atenção primária.

Muito embora não se desconheça a existência de lacunas nas políticas públicas, oriundas não só das deficiências e omissões da estrutura burocrática estatal, mas também dos avanços científicos decorrentes do desenvolvimento de tecnologias em saúde¹⁶¹⁷, merece registro o fato de que a indefinição interpretativa acerca dos reais contornos normativos da integralidade da assistência farmacêutica, como dever prestacional do Estado, serve de mola propulsora para o agravamento da judicialização dos litígios individuais em matéria de saúde.

Acerca da correlação entre os princípios da legalidade e discricionariedade, no sentido de que, quanto mais amplo o primeiro, menor o âmbito de disposição do segundo, Saulo Pivetta (2010, pág. 212) salienta que a Constituição Federal ao elencar um rol de prioridades e objetivos em matéria de saúde pública, balizados pela observância de princípios e políticas públicas a serem implementadas de forma cogente, restringiu sobremaneira o poder de escolha dos administradores.

Nesse sentido, o ajuste do projeto constitucional à realidade socioeconômica é moldado principalmente pelo processo político-democrático de políticas públicas (RAMOS, 2007, pág. 354), porém sujeito ao controle do Poder Judiciário com o fim de assegurar a proteção de direitos fundamentais, seja na perspectiva individual ou coletiva.

Com isso, o direito à assistência farmacêutica depende da plena efetivação de políticas públicas, sendo estas formuladas e implementadas através de procedimento público democrático e plural. Ocorre que, na ausência, deficiência ou ineficácia de tais políticas

¹⁶ De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2016, apud BRASIL, 2017, pág. 6), tecnologia em saúde é a “aplicação de conhecimentos e habilidades organizados na forma de dispositivos, medicamentos, vacinas, procedimentos e sistemas desenvolvidos para combater um problema de saúde e melhorar a qualidade de vida”.

¹⁷ “As tecnologias de saúde incluem medicamentos, dispositivos médicos, tecnologias assistivas, técnicas e procedimentos desenvolvidos para resolver problemas de saúde e melhorar a qualidade de vida. Tais tecnologias são utilizadas em todos os tipos de estabelecimentos de saúde, desempenham um papel importante nos sistemas de saúde contemporâneos e contribuem diretamente para a qualidade do atendimento ao paciente” (WHO, 2022). (tradução livre).

públicas, a fundamentalidade do direito à saúde e à assistência farmacêutica geram ao cidadão posições jurídicas subjetivas a prestações materiais tuteláveis individualmente contra o Estado perante o Poder Judiciário, com o objetivo de fornecimento de medicamentos, dado o caráter principiológico da Constituição.

É nesse contexto acima descrito que se mostra mais acentuada a tensão entre procedimentalismo (legitimidade das políticas públicas através da exigência do princípio democrático) e substancialismo (promoção de direitos fundamentais sociais pelo Poder Judiciário).

A esse propósito, Álvaro Ciarlini, valendo-se de uma postura agonística como critério de equilíbrio entre bem-estar e autonomia, assevera a possibilidade de “realização simultânea dos direitos individuais, como proposta substancialista, em face de outros interesses coletivos, bem como a inserção dos sujeitos constitucionais na esfera pública como partícipes de um processo contínuo de tomada de decisões” (2013, pág. 213/214).

Em virtude de tais considerações, nota-se que no âmbito do sistema público de saúde a observância das alternativas terapêuticas ofertadas pelo SUS somente poderá ser afastada em situações de excepcionalidade, quando comprovado pelo paciente o esgotamento ou inviabilidade das alternativas terapêuticas constantes dos respectivos PCDT ao seu quadro de saúde, ou evidenciada ainda a ineficácia ou a impropriedade da política de saúde existente, de modo a se privilegiar as ações e serviços estruturantes do SUS.

Sob a perspectiva da promoção e proteção da saúde por meio de políticas públicas de fornecimento de medicamentos, Ciarlini informa que o preceito da integralidade pode ser visto como um qualificador do atendimento, a partir de um conjunto de haveres, bens e serviços aptos a designar o que é suficiente e necessário ao atendimento do usuário do SUS que, sob a diretriz da universalidade, pretende ser amplo e pleno. Entretanto, o autor adverte que, “ainda assim, esse atendimento mostra-se limitado a certos e determinados critérios próprios a sua concessão, justamente os definidos pelas políticas públicas levadas a efeito pelo SUS” (2016, pág. 212).

Tal assertiva propicia o entendimento de que não há por parte do utente dos serviços do SUS direito absoluto a todo e qualquer medicamento ou tratamento de saúde, mesmo que disponível no mercado farmacêutico, notadamente pelo fato de que a política pública de assistência farmacêutica foi construída sob a estrutura da medicina baseada em evidências.

Ademais, apesar de reconhecer a possibilidade de restrição do âmbito de proteção da assistência farmacêutica fundada em critérios axiológicos, Álvaro Ciarlini,

amparado na ideia de Ronald Dworkin acerca do “direito como trunfos¹⁸” e sob a perspectiva da tutela judicial individual, salienta que o paciente terá direito subjetivo ao fornecimento de determinado medicamento quando os elementos axiológicos/valorativos utilizados como *ratio decidendi* administrativa para restrição puderem ser contrastados diante de uma determinada situação jurídica concreta, na qual “não for viável supor a suficiência dessa justificativa que pretende legitimar a restrição a sua incorporação ao SUS” (2016, pág. 213).

É nesse contexto que se pretende no subcapítulo seguinte analisar o modelo em que foi construída a política pública de assistência farmacêutica a partir da CRFB/88.

1.3. A POLÍTICA PÚBLICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS A PARTIR DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

O mercado terapêutico possui uma ampla gama de oferta de medicamentos, cujo processo de seleção pelo Poder Público, frente à limitação de recursos orçamentários e à necessidade de observância do princípio constitucional da eficiência, demanda do Gestor Público a priorização da seleção de medicamentos seguros e eficazes (do ponto de vista terapêutico) e com menor custo de aquisição e que gerem um maior custo-efetividade (do ponto de vista econômico), de modo a se assegurar sua regular disponibilidade no âmbito da assistência farmacêutica do SUS.

No entanto, a compreensão sobre o modo como a política pública de saúde, mais especificamente de assistência farmacêutica se efetiva, requer a compreensão de sua regulamentação normativa da referida política pública, sobretudo no tocante às Relações de Medicamentos Essenciais no âmbito do federalismo cooperativo sanitário.

A respeito do tema, Maria Paula Dallari Bucci define políticas públicas como

(...) programa de ação governamental que resulta de um processo ou conjunto de processos juridicamente regulados (...) visando coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas, para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados.

¹⁸ Segundo Ciarlini, a concepção de Ronald Dworkin acerca dos “direitos como trunfos” reside na tese do igualitarismo liberal, cujo princípio da igualdade pode servir de parâmetro de justificação dos direitos ou do bem-estar geral, vendo nos trunfos a possibilidade de assegurar aos indivíduos a proteção de certos interesses nascidos em circunstâncias especiais, a fim de lhes garantir padrões mínimos de existência, em homenagem a uma noção mais substancial de igualdade, uma vez que “representa a promessa da maioria às minorias de que sua dignidade e igualdade serão respeitadas” (2016, pág. 212/213).

Como tipo ideal, a política pública deve visar a realização de objetivos definidos, expressando a seleção de prioridades, a reserva de meios necessários à sua consecução e o intervalo de tempo em que se espera o atingimento dos resultados (BUCCI, 2006, pág. 39).

Quanto à possível indagação sobre o fato de o SUS não ter por característica específica o atingimento de “objetivos sociais em tempo e quantidade previamente determinados”, a mencionada autora esclarece que tal fato não retira sua natureza elementar de política pública, já que o “SUS não é um programa que visa resultados, mas uma nova conformação, de tipo estrutural, para o sistema de saúde, cujo objetivo é a coordenação da atuação governamental nos diversos níveis federativos”, sendo que tal organização tem por objetivo a concretização das diretrizes constitucionais da descentralização do atendimento, do atendimento integral e a participação da comunidade (BUCCI, 2006, pág. 17).

O artigo 198 da CRFB/88 normatiza a estrutura geral do SUS, cujas ações e serviços de saúde passam então a constituir um sistema único, a serem prestados por uma rede regionalizada, descentralizada, com atendimento integral e contando com a participação da comunidade na sua gestão e fiscalização.

Visando à efetivação do direito fundamental à saúde, a Lei nº 8.080/90 cuidou de regulamentar o modelo operacional do SUS, sua estrutura, organização e funcionamento para a promoção proteção e recuperação da saúde.

A assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, restou abrangida no conceito de saúde pela Lei nº 8.080/90 (art. 6º, inc. I, “d”), posteriormente regulamentada pela Política Nacional de Medicamentos (Portaria MS nº 3.916/1998), pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Portaria CNS nº 338/2004) e pela Lei nº 12.401/2011, a qual dispôs sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS.

A partir da promulgação da CRFB/88 o sistema normativo de assistência terapêutica foi estruturado por meio da Política Nacional de Medicamentos, a qual, com a finalidade de assegurar “o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo possível”, balizou-se pelas seguintes diretrizes, dentre outras: adoção de relação de medicamentos essenciais¹⁹, com atualização permanente da lista, e reorientação da assistência farmacêutica quanto à descentralização da gestão e à promoção do uso racional de medicamentos (BRASIL, 1998).

¹⁹ De acordo com o Quadro de Terminologias da Portaria MS nº 3.916/98, “Medicamentos essenciais são os medicamentos considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população”.

Da mesma forma, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica²⁰, seguindo a diretriz traçada pela Política Nacional de Medicamentos, organiza-se através de “um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde e garantindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade” (BRASIL, 2004).

De acordo com Fabíola Sulpino Vieira (2010, págs. 149/150) a política pública de assistência farmacêutica se organiza nos mesmos moldes da gestão de saúde do SUS, sendo dividida em assistência farmacêutica ambulatorial, “com dispensação de medicamentos diretamente aos pacientes para uso em suas residências”, e hospitalar, “com dispensação de medicamentos para administração aos pacientes nos serviços de saúde”, sendo a primeira exercida quase que exclusivamente por instituições públicas estatais, nas três esferas da federação, e a segunda, exercida majoritariamente por instituições privadas, conveniadas ao SUS.

A preocupação com a universalização e acesso a medicamentos essenciais à população é tema da agenda da Organização Mundial da Saúde desde a década de 1970 (MAPELLI JÚNIOR, 2015, pág. 147; VIEIRA, 2010, pág. 150), cujo órgão recomenda que os governos a adoção de listas de medicamentos essenciais, assim conceituados como

Medicamentos esenciales son los que satisfacen las necesidades prioritarias de salud de la población. Se seleccionan teniendo debidamente en cuenta su pertinencia para la salud pública, pruebas de su eficacia y seguridad, y su eficacia comparativa en relación con el costo. Los medicamentos esenciales deben estar disponibles en los sistemas de salud en todo momento, en cantidades suficientes, en las formas farmacéuticas apropiadas, con garantía de la calidad e información adecuada, a un precio que los pacientes y la comunidad puedan pagar. (OMS, 2002, pág. 01).

No contexto nacional, o Brasil deu início à elaboração de listas de medicamentos classificados como essenciais em 1964, ou seja, antes mesmo das Recomendações da OMS e da criação e do SUS, tendo o Decreto nº 53.612, de 26 de dezembro de 1964, sido o responsável pela definição Relação Básica e Prioritária de Produtos Biológicos e Materiais para Uso Farmacêutico Humano e Veterinário. Já a adoção oficial da nomenclatura Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) se deu uma década depois, através da Portaria nº 233/1975 do Ministério da Previdência e Assistência Social.

²⁰ A Política Nacional de Assistência Farmacêutica foi fruto de amplo debate público com deliberação por ocasião da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica – Efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na Assistência Farmacêutica, com controle social, realizada no período de 15 a 18 de setembro de 2003 (BRASIL, 2004).

Os arts. 26 e 27 do Decreto nº 7.508/11 dispõem que a “RENAME compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS”, cuja consolidação e atualização periódica será publicada pelo Ministério da Saúde bienalmente. Já o art. 28²¹ do mencionado Decreto dispõe sobre a garantia do usuário de acesso universal e igualitário à assistência terapêutica integral.

A disponibilidade ambulatorial de medicamentos no SUS se dá por meio dos Componentes da Assistência Farmacêutica, classificados como Componente Básico (Cbaf)²², Componente Estratégico (Cesaf)²³ e Componente Especializado (Ceaf)²⁴, “os quais possuem características, forma de organização, financiamento e elenco de medicamentos diferenciados entre si, bem como critérios distintos para o acesso e a disponibilização dos fármacos” (BRASIL, 2022, pág. 13).

A par da disponibilização da RENAME, a política de assistência farmacêutica se utiliza de outras duas estratégias complementares para orientação dos prescritores na escolha da melhor alternativa terapêutica.

O Formulário Terapêutico Nacional (FTN), com sua primeira versão publicada pelo MS em 2008, contém informações científicas e com base em evidências sobre fármacos constantes da RENAME, cuja principal finalidade é “auxiliar profissionais de saúde e gestores para a seleção, a prescrição, a dispensação e o uso dos medicamentos e insumos indispensáveis e adequados às condições clínicas mais prevalentes” (BRASIL, 2022, pág. 17).

²¹ Art. 28. O acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, cumulativamente:

I - estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;

II - ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;

III - estar a prescrição em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e

IV - ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS.

²² Inclui os medicamentos que tratam os principais problemas e condições de saúde da população brasileira na Atenção Primária à Saúde. O financiamento desse Componente é responsabilidade dos três entes federados, sendo o repasse financeiro regulamentado pelo artigo nº 537 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 06/2017, cuja responsabilidade pela aquisição e pelo fornecimento dos itens à população fica a cargo do ente municipal, ressalvadas as variações de organização pactuadas por estados e regiões de saúde (RENAME, 2022, pág. 13).

²³ Destina-se ao acesso dos medicamentos e insumos destinados aos agravos com potencial de impacto endêmico e às condições de saúde caracterizadas como doenças negligenciadas, que estão correlacionadas com a precariedade das condições socioeconômicas de um nicho específico da sociedade. Os medicamentos do elenco do Cesaf são financiados, adquiridos e distribuídos de forma centralizada, pelo Ministério da Saúde, cabendo aos demais entes da federação o recebimento, o armazenamento e a distribuição dos medicamentos e insumos dos programas considerados estratégicos para atendimento do SUS (RENAME, 2022, pág. 14)

²⁴ Trata-se de uma estratégia de acesso a medicamentos, no âmbito do SUS, para doenças crônico-degenerativas, inclusive doenças raras, e é caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas PCDT publicados pelo Ministério da Saúde, cujos medicamentos estão divididos em três grupos de financiamento, com características, responsabilidades e formas de organização distintas nos termos do art. 49 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 02/2017) (RENAME, 2022, pág. 15).

Já os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) consistem em recomendações sistematizadas do ponto de vista científico com a finalidade de “apoiar a decisão do profissional e do paciente sobre o cuidado médico mais apropriado, em relação às condutas preventivas, diagnósticas ou terapêuticas dirigidas para determinado agravo em saúde ou situação clínica”, cuja tarefa de elaboração pode ser atribuída a qualquer uma das três esferas federativas do SUS (BRASIL, 2007, págs. 121 e 123).

Segundo se extrai do art. 19-P da Lei nº 8.080/90 e art. 27 do Decreto nº 7.508/11, na falta de PCDT, a dispensação será realizada com base na RENAME, situação na qual a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite, e de forma complementar pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores estaduais (RESME) e municipais (REMUME) do SUS, pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite e no Conselho Municipal de Saúde, respectivamente²⁵.

Como visto acima, os entes federativos subnacionais dentro das competências legislativa e administrativa que lhes são reservadas podem elaborar suas próprias listas de medicamentos essenciais²⁶ de acordo com as suas necessidades sanitárias regional e local, em conformidade com o perfil epidemiológico e a partir das necessidades decorrentes do perfil nosológico da população (BRASIL, 1998), cuja RENAME servirá de instrumento de orientação para a seleção de medicamentos essenciais pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, em consonância com o princípio da descentralização da gestão de saúde.

Outro aspecto importante a ser ressaltado é que a Lei nº 12.401/2011, alterou a Lei nº 8.080/1990 ao dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em

²⁵ A esse respeito, a Resolução de Consolidação CIT nº 1/ 2021, que consolida as Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde, em seu art. 55 dispõe que “Os estados, o Distrito Federal e os municípios podem definir medicamentos de forma suplementar à RENAME, desde que questões de saúde pública justifiquem e respeitadas as responsabilidades dos entes federativos, as pactuações em Comissões Intergestoras Bipartite e no conselho municipal de Saúde observando estabelecido na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990” (BRASIL, 2021).

²⁶ Muito embora conste da fundamentação do voto do Ministro Luís Roberto Barroso no julgamento do RE nº 566.471 (parágrafo 64) que “somente a União, nos termos da Lei nº 8.080/1990, tem a possibilidade de decidir pela incorporação ou não de uma nova tecnologia em saúde, por meio da Conitec e do Ministério da Saúde”, Octávio Luiz Motta Ferraz (2019, pág. 34) alerta para o fato de que tal premissa não é inteiramente correta, uma vez que “Estados e municípios brasileiros também têm a possibilidade de incorporar medicamentos. É isso que gera as listas regionais, isto é, as relações estaduais e municipais de medicamentos que complementam a relação nacional (a RENAME) para adaptá-la ao perfil epidemiológico e as necessidades locais”. O fundamento legal da atribuição dos gestores estaduais e municipais para a incorporação complementar de medicamentos em listas próprias é previsto na própria Lei Orgânica do SUS (art. 19-P da Lei nº 8.080/1990).

saúde no âmbito do SUS, bem como sobre a criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC)²⁷.

Em relação à incorporação de medicamentos, a Política de Assistência Farmacêutica do SUS (norteadada pela medicina baseada em evidências, conforme se extrai do art. 19-Q, §2º, inc. I, da Lei nº 8.080/90) deve buscar a concretização da dimensão objetiva dos direitos fundamentais, universalizando-se o acesso integral, equitativo e racional a medicamentos no âmbito coletivo, e não apenas levando em consideração as posições subjetivas de um único cidadão, sendo um dos objetivos de tal política a definição dos medicamentos essenciais que devem estar disponíveis no SUS para responder às necessidades epidemiológicas e nosológicas da população.

Sobre a política pública de incorporação, exclusão ou alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de PCDT, os medicamentos e PCDT são incorporados ao SUS, via de regra²⁸, pelo Ministério da Saúde, assessorado pela CONITEC (art. 19-Q da Lei nº 8.080/90), cujos medicamentos são organizados na RENAME sob a forma de componentes, de acordo com a responsabilidade do ente federado pela sua aquisição e distribuição.

A RENAME, elaborada pelo Gestor Federal do SUS, configura uma relação nominal de referência a qual serve de base para a definição das relações de medicamentos essenciais, específicos, suplementares e próprios no âmbito dos Estados (RESME) e dos Municípios (REMUME), justificadas tecnicamente por questões de saúde pública, sendo sua elaboração amparada pela autonomia político-administrativa dos entes subnacionais.

Por meio da relação de medicamentos, a ser permanentemente atualizada (para fins de alteração, inclusão ou exclusão de fármacos), o Poder Público realiza, no contexto da assistência farmacêutica, o equilíbrio entre a segurança, eficácia, efetividade e custo-benefício dos medicamentos para o atendimento a determinada enfermidade.

²⁷ O Art. 2º do Decreto nº 7.646/2011, que regulamenta o art. 19-Q da Lei nº 8.080/90, estabelece que “a CONITEC, órgão colegiado de caráter permanente, integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, tem por objetivo assessorar o Ministério da Saúde nas atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração pelo SUS de tecnologias em saúde, bem como na constituição ou alteração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas”.

²⁸ A ressalva diz respeito ao fato de, considerado o arranjo federativo de saúde bem como o propósito da pesquisa, os municípios possuem competência para complementação, em lista própria, dos medicamentos integrantes do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, para além daqueles constantes da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), sem excluir a competência também complementar dos Estados e Distrito Federal para a elaboração de lista de medicamentos essenciais próprias. Além disso, pelos mesmos fundamentos acima expostos, os entes subnacionais podem constituir PCDT próprios no âmbito da autonomia político-administrativa sanitária.

Por fim, os medicamentos são disponibilizados espontaneamente à população seguindo o fluxo normal da política pública de dispensação da assistência farmacêutica, ou mediante ordens judiciais adjudicatórias, sendo que ambas as situações têm por base a existência de prescrição por um profissional médico.

Sobre as prescrições médicas no âmbito do SUS, o art. 3º da Lei nº 9.787/99 prescreve que:

Art. 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).

Segundo Mapelli Júnior (2015, pág. 160), a obrigação legal de uso da denominação genérica ou princípio ativo e as questões éticas relativas às prescrições médicas sobre medicamentos sempre foram preocupação do Conselho Federal de Medicina, seja com a elaboração do “Manual de orientações básicas para a prescrição médica”, seja com a edição da Resolução CFM nº 357/01.

Assim, no âmbito do SUS a Relação de Medicamentos Essenciais funciona com um dos instrumentos de materialização da política pública de assistência farmacêutica, por meio da qual se efetiva a dimensão objetiva dos direitos fundamentais no tocante ao dever de prestações positivas pelo Estado.

1.4. CONCLUSÃO PARCIAL

Como expressão do princípio da dignidade da pessoa humana, o direito à saúde ganhou notável dimensão axiológica com a promulgação da CRFB/88, tendo a saúde pública sido alçada à condição de direito social fundamental, dependente da formulação de políticas sociais e econômicas para a sua concretização.

Muito embora difundido pela literatura, a adoção de um conceito amplo e indeterminado de saúde se mostra imprestável e insuficiente perante as diretrizes constitucionais da integralidade, igualdade e equidade, posto que as ações e serviços públicos de saúde devem ser garantidas mediante o implemento de políticas públicas de saúde específicas, aliadas a outras políticas sociais e econômicas.

No entanto, a implementação e efetivação das políticas públicas de saúde guardam forte correlação e dependência com determinantes sociais e econômicas aferidas em

dada realidade econômico-social do país, as quais influenciam diretamente no incremento prestacional do direito à saúde e assistência farmacêutica, cujos direitos de titularidade individual e coletiva poderão sofrer restrições de conteúdo justificadas pelas circunstâncias do caso concreto, sobretudo se tiverem por desiderato a garantia da equidade do sistema público como um todo.

O âmbito de proteção da assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, constitui parte integrante da política pública de assistência farmacêutica, sendo esta organizada pelo SUS com amparo na medicina baseada em evidências.

O direito fundamental social à saúde e à assistência farmacêutica caracteriza-se como direito a prestações fáticas positivas, sendo estas onerosas aos cofres públicos e dependentes não apenas da existência de recursos financeiros para sua viabilização (reserva do possível), mas também de normatização no plano jurídico-administrativo, apta à sua efetivação do direito abstrato no plano concreto.

Por dedução dos enunciados constitucionais do direito fundamental à saúde, o direito à assistência farmacêutica integral constitui direito fundamental social por extensão, concretizado através de políticas públicas de fornecimento de medicamentos essenciais, cujos marcos regulatórios definidores dos contornos da integralidade farmacêutica no SUS são concretizados pelas políticas públicas de distribuição de medicamentos, pelas Relações de Medicamentos Essenciais (nacional, estaduais e municipais) e pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, cuja conformação do seu conteúdo é incumbência precípua dos Poderes Legislativo e Executivo na esfera político-democrática.

No cenário da dicotomia entre a necessidade de se garantir o mínimo existencial e as limitações financeiras decorrentes da reserva do possível descortina-se o fenômeno identificado como “Judicialização da Saúde”, notadamente em relação à concessão de prestações materiais de saúde de índole individual.

Destaca-se ainda que a existência de omissões e lacunas nas políticas públicas, os avanços científicos decorrentes do desenvolvimento de tecnologias em saúde e a divergência acerca da definição dos reais contornos normativos da integralidade da assistência farmacêutica, como dever prestacional do Estado, contribuem sobremaneira para o agravamento da judicialização dos litígios individuais em matéria de saúde.

Ademais, o princípio da integralidade não ampara o entendimento equivocado de parcela da doutrina e jurisprudência de que há por parte do utente dos serviços do SUS direito absoluto a todo e qualquer medicamento ou tratamento de saúde, ainda que disponível no

mercado farmacêutico, mas sim àqueles constantes da política de assistência farmacêutica, observadas as regras de acesso às ações e serviços públicos do SUS.

Assim, apesar da possibilidade do exercício de posições jurídicas subjetivas destinadas à promoção, proteção e recuperação da saúde em situações clínicas não abarcadas pelas políticas públicas de assistência farmacêutica, conclui-se que não há um direito absoluto a todo e qualquer medicamento necessário para a proteção, promoção e recuperação da saúde, independentemente da existência de uma política pública que o concretize, cuja tutela da saúde na perspectiva individual deve estar demonstrada no caso concreto e não comprometer o funcionamento do SUS.

Por se tratar de um “fenômeno multifacetado”, a judicialização da saúde “expõe limites e possibilidades institucionais estatais e instiga a produção de respostas efetivas pelos agentes públicos, do setor saúde e do sistema de justiça” (PEPE, 2010, pág. 2406).

A intervenção judicial inadequada e excessiva nas políticas públicas de saúde tem gerado constante insegurança jurídica e imprevisibilidade administrativa e judicial, além de agravar a seletividade, visto que o acolhimento indiscriminado de toda e qualquer demanda judicial tende a beneficiar somente os litigantes, em detrimento daqueles (maioria da população) que não acionaram o Poder Judiciário e aguardam na “fila do SUS” o recebimento de prestações materiais de saúde constantes das diversas políticas públicas (RONCHI, 2022, pág. 03), cujo agir judicial no tratamento a problemas sociais como se fossem meros iguais ou semelhantes àqueles relacionados a direitos individuais, além de ignorar o caráter coletivo daqueles primeiros, incide nas consequências do que Virgílio Afonso da Silva denomina de “ativismo judicial despreparado” (2008, pág. 596).

Portanto, dado o fato de que o SUS se constitui como um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, bem como a importância de um sistema universal de saúde pública em um país no qual a grande maioria da população não possui capacidade econômica para arcar com os custos de serviços médicos e medicamentos considerados essenciais, e diante dos desafios enfrentados pelo fenômeno da Judicialização da Saúde para reduzir as iniquidades existentes no acesso aos bens e serviços de saúde públicos, em especial na assistência farmacêutica, mostra-se relevante a aproximação entre os Sistemas de Justiça e de Saúde a fim de viabilizar decisões judiciais que assegurem uma adequada interpretação dos princípios da universalidade, integralidade e equidade, tendo por perspectiva a necessidade de assegurar o equilíbrio e efetividade do sistema de saúde coletivamente considerado e a realização da justiça social através da macrojustiça.

Tais considerações por si só já evidenciam que o Direito à Saúde, notadamente o acesso ao fornecimento de medicamentos essenciais, dada a sua importância como direito fundamental social não deve ser tratado com descaso pelos Poderes Públicos, devendo, ao contrário, ser visto com primazia, cautela e racionalidade pelo Poder Judiciário, equalizando-se os frequentes conflitos entre interesses individuais e coletivos com a necessidade da efetivação da macrojustiça no âmbito das políticas públicas de saúde.

2. PARÂMETROS DECISÓRIOS DEFINIDOS PELO STF, CNJ E STJ PARA JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

2.1. PANORAMA DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

O reconhecimento pelo STF da aplicabilidade imediata das normas constitucionais garantidoras do direito à saúde serviu como alicerce para a instalação de uma cultura jurídica de judicialização de pretensões individuais a prestações materiais positivas (bens e serviços de saúde) a serem prestadas pelo Estado, sobretudo no que diz respeito à garantia do fornecimento de medicamentos por meio de ações judiciais, cujo aumento expressivo de ações judiciais em saúde vem sendo objeto de pesquisa acadêmica há mais de duas décadas.

Segundo Ricardo Villas Bôas Cueva, “em nenhuma outra área a chamada judicialização dos direitos sociais tem ocorrido com mais intensidade que na saúde, e não apenas no Brasil” (CUEVA, 2019, pág. 01), cujo debate sobre a justiciabilidade do direito a prestações materiais de saúde individual versa quase sempre em torno da razoabilidade da pretensão e da garantia do mínimo existencial, de um lado, e da reserva do financeiramente possível pelo Estado e a da necessidade de garantir a manutenção de políticas de saúde pública de âmbito coletivo, de outro.

A judicialização da saúde é decorrente das mais diversas causas, as quais podem ser motivadas por fatores institucionais, tais como falhas administrativas, descaso dos Poderes Públicos, corrupção, dentre outros, as quais são chamadas por Octávio Luiz Motta Ferraz de “judicialização boa”. Entretanto, o referido autor faz alusão a outros fatores de acionamento do judiciário, denominada de “judicialização ruim”, como o desejo de pacientes e médicos de usufruírem de medicamentos e/ou tratamentos médicos que não deveriam ser incorporados na política pública do SUS, por não observarem as diretrizes de segurança, eficácia e custo-efetividade, a propaganda exacerbada da indústria farmacêutica, e até mesmo a fraude para a obtenção de serviços de saúde (FERRAZ, 2019, págs. 08/09).

A respeito da intervenção judicial em políticas públicas de saúde, em que pese os seus efeitos majoritariamente negativos, a literatura não se esquivava de registrar a importância e os diversos efeitos positivos decorrentes da judicialização da saúde, a exemplo do impulsionamento para o alcance da cobertura de saúde em países com sistemas universais de saúde (WANG et al, 2020, pág. 02); da criação de bens públicos e interferência na agenda do Poder Executivo (DE OLIVEIRA, NORONHA, 2016, pág. 85); da maior consciência da população sobre o exercício do direito às prestações materiais de saúde pública, da abertura

democrática do Poder Judiciário à concretização das demandas sociais das parcelas mais vulneráveis da população e do controle social dos atos da administração pública (FERRAZ, 2019, pág. 02; VIEIRA, 2020, pág. 33); da proteção do cidadão contra as omissões do Estado (VIEIRA, 2019, pág. 11); e da maior participação democrática e do exercício da função contramajoritária da Corte Constitucional, sobretudo em favor da “população negligenciada” (WANG, 2009a, pág. 36; WANG, 2009, pág. 63).

No entanto, verifica-se da literatura refratária à judicialização das políticas públicas de saúde que o cerne do debate sobre o assunto não diz respeito necessariamente em se negar a possibilidade de intervenção do Poder Judiciário nas questões envolvendo a saúde pública brasileira, ou até mesmo sobre a ilegitimidade das ações individuais de saúde, sobretudo em se tratando de fornecimento de medicamentos e tratamentos incluídos ou não na política do SUS.

Fabíola Sulpino Vieira (2020, pág. 33) expõe a complexidade do problema da intervenção do judiciário ao afirmar que “a questão é como esse processo vem acontecendo e quais são as suas consequências, pois, a depender de como ele ocorre, pode contribuir para um desequilíbrio maior no acesso a bens e a serviços de saúde para a maior parte dos indivíduos no país”.

Apesar das considerações sobre os reflexos positivos (mais propriamente indiretos) decorrentes da judicialização da saúde, não se pode fechar os olhos para o fato de que as demandas de saúde serão sempre infinitas, enquanto os recursos públicos para a manutenção de um sistema universal de saúde são escassos, cujas políticas públicas de saúde concorrem diretamente com o orçamento de outras políticas públicas sociais também de matriz constitucional, o que já evidencia o problema da alocação de recursos públicos pelo Poder Judiciário em descompasso com a programação orçamentária dos Poderes Executivo e Legislativo.

Não obstante a diversidade socioeconômica, sanitária e epidemiológica entre as diversas regiões do país, as quais implicam diretamente na variação do perfil da judicialização da saúde, Natália Pires de Vasconcelos aponta que a literatura e pesquisas recentes sobre o assunto “confirmam que a judicialização predominante envolve demandas judiciais que requerem medicamentos, em sua maioria fora das listas oficiais ou fora dos protocolos clínicos estabelecidos pela política de assistência farmacêutica” (VASCONCELOS, 2020, pág. 85).

A postura receptiva do Poder Judiciário às demandas individuais de saúde pleiteando a concessão de serviços não incorporados ao SUS levanta um sinal de alerta para o fato de que existem cada vez mais ações judiciais pleiteando medicamentos contra o SUS, cujo

impacto orçamentário é extremamente significativo e tem afetado consideravelmente a programação financeiro-orçamentária dos municípios brasileiros (WANG, VASCONCELOS, OLIVEIRA, TERRAZAS, 2014, pág. 1192/1193).

Fábio Lima Quintas (2016, pág. 46 e 47) registra que a prática judicial brasileira tem evidenciado uma postura distorcida do Poder Judiciário enquanto definidor e executor de políticas públicas, cuja prática “ignora que os direitos sociais se realizam por meio de políticas públicas, cujas dimensões de universalidade, participação, integração, unificação e descentralização precisam ser respeitadas”.

As ponderações supramencionadas por si só já indicam que a judicialização das políticas de saúde passou a ser um “problema” a ser enfrentado pelo Poder Judiciário, com reflexos diretos sobre as pretensões individuais de saúde dos cidadãos, sobre as políticas públicas coletivamente consideradas e sobre a própria sustentabilidade das ações e serviços de saúde do SUS, cuja “pressão” exercida sobre o judiciário para o redesenho de políticas públicas acarreta inexoravelmente o risco de ativismo judicial sobre a formulação e execução de políticas públicas.

De acordo com Luís Roberto Barroso (2012, pág. 25), “a ideia de ativismo 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”. Barroso salienta ainda que a postura ativista pode se manifestar por meio da “aplicação direta da constituição a situações não expressamente contempladas em seu texto e independentemente de manifestação do legislador ordinário” ou através da “imposição de condutas ou de abstenções ao Poder Público, notadamente em matéria de políticas públicas” (2012, pág. 26).

Sobre o impacto orçamentário, Daniel Wang assinala que “a maior parte do gasto com judicialização é com demandas que buscam ir além da política de saúde, daquilo que deve ser de acesso universal e regular no SUS” (WANG, 2021, pág. 852), cujas decisões judiciais que concedem medicamentos tendem a desconsiderar o referido impacto orçamentário (WANG et al, 2014, pág. 1193), o que conduz ao sério problema na programação financeiro-orçamentária quanto ao uso e realocação de recursos públicos frente ao quadro da sua escassez e do custo dos direitos.

Cass Sunstein e Stephen Holmes (2019, págs. 30 e 31) alertam que a limitação fática de recursos públicos e o alto custo²⁹ dos direitos não são problemas afetos unicamente à

²⁹ Para Sunstein e Holmes (2009, pág. 31) “Todos os direitos custam caro porque todos eles pressupõem que o contribuinte financie um mecanismo eficiente de supervisão, que monitore o exercício dos direitos e o imponha quando necessário”.

esfera de prestação material de direitos sociais, já que, segundo os referidos autores, “todos os direitos passíveis de imposição jurídica são necessariamente positivos”, inclusive aqueles tradicionalmente conhecidos por direitos negativos ou de primeira geração, visto que “todos os direitos implicam uma pretensão a uma resposta afirmativa por parte do Estado” (a exemplo da intervenção direta do Estado para a preservação de liberdades públicas, que também implicam custos a serem suportados pelos cidadãos por meio de tributos), demandando, por conseguinte, alocação direta ou indireta de recursos públicos.

Outrossim, diante das inevitáveis restrições fáticas orçamentárias não somente para a efetivação dos direitos sociais de segunda dimensão ou geração, “para levar os direitos a sério, é preciso levar a sério a escassez de recursos” (SUNSTEIN, HOLMES, 2019, pág. 75), cuja diretriz, aliada a outros fatores como a medicina baseada em evidência, deve servir de vetor objetivo para o tratamento do fenômeno da judicialização da saúde, em especial do fornecimento de medicamentos.

Além de não serem insignificantes do ponto de vista financeiro, os impactos da judicialização da saúde não se resumem unicamente à esfera orçamentária dos entes da federação, cujo desafio da judicialização da saúde se inicia já na própria questão do acesso ao Poder Judiciário por grande parcela da população, com implicações posteriores sobre as etapas do ciclo de formação de políticas públicas, produzindo consequências diretas sobre as estruturas organizacional e de planejamento das administrações públicas.

No que diz respeito ao acesso ao judiciário, Vanessa Elias de Oliveira (2022, pág. 06) registra que a judicialização da saúde no Brasil está intrinsecamente relacionada às desigualdades de acesso ao sistema de justiça, afetando a equidade e distributividade do sistema de saúde, já que as dificuldades de ingresso ao Poder Judiciário pela parcela mais vulnerável da população implicam ampliação da desigualdade de oferta de bens e serviços de saúde públicos em favor daqueles com maior facilidade de acesso aos serviços de saúde mediante o acionamento do judiciário.

A premissa supramencionada pôde ser confirmada pelo trabalho conduzido por Virgílio Afonso da Silva e Fernanda Vargas Terrazas (2011) que, nos limites da pesquisa empírica realizada, trouxe evidências de que, por demandar do cidadão recursos financeiros e informacionais para o acesso, o Poder Judiciário não se configura necessariamente como uma voz institucional para os cidadãos já marginalizados dos processos de políticas públicas.

Conquanto não se desconheça que a judicialização abriu caminhos para o tratamento de doenças por meio de protocolos até então não incorporados ao sistema público de saúde, tal fato também gerou graves distorções no SUS, notadamente em razão da impossibilidade de um sistema universal de saúde, dependente unicamente de aporte de recursos públicos para sua manutenção e funcionamento, oferecer a todos os usuários todos os tipos de tratamento para doenças, ainda que disponíveis no mercado privado.

É nesse ponto que surge uma das principais críticas apontadas pela literatura sobre a atuação judicial, principalmente pela ausência de deferência dos Judiciário às decisões administrativas já adotadas pela burocracia estatal³⁰ (WANG et al., 2020), causadoras de alocação ineficiente de recursos públicos em favor de indivíduos já privilegiados pelo melhor acesso às políticas públicas e ao próprio Poder Judiciário.

Por interferir incisivamente sobre o desenho das políticas públicas e pressionar a incorporação de tecnologias de saúde ao SUS³¹, em grande parte de alto custo, a judicialização distorce os conceitos de política pública distributiva, já que confunde os conceitos da integralidade e universalidade, como sendo o “direito a tudo para todos”, cujo fato, na visão de Ferraz e Vieira (2009, pág. 223), agrava a iniquidade em um “sistema já iníquo em virtude de desigualdades socioeconômicas”.

Indo mais além, no caso da forma federativa adotada pelo Estado Brasileiro os efeitos da judicialização se mostram ainda mais deletérios, haja vista a constante sobreposição de obrigações judiciais entre os entes federados decorrentes de ordens adjudicatórias de fármacos, quase sempre fundadas no princípio da solidariedade federativa, com a desconsideração das competências para o financiamento, aquisição e dispensação de medicamentos, previstas tanto legislação infraconstitucional quanto nas Pactuações Interfederativas em Saúde.

Ademais, a par de causar um desequilíbrio federativo, sobretudo em razão da diretriz da municipalidade do atendimento e da execução das ações e serviços de saúde (art. 17, inc. I, da Lei nº 8.080/90), a judicialização tem o potencial de gerar “custos inesperados” (WANG et al., 2014, pág. 1201), afetando diretamente os enormes custos de oportunidade que,

³⁰ Segundo Daniel Wang et al (2020, pág. 06), “O Judiciário ainda considera que as necessidades individuais e o direito à saúde superam as decisões de definição de prioridades, mesmo quando são feitas através de avaliações de tecnologia em saúde pela CONITEC” (Tradução livre). No original: “The Judiciary still consider that individual needs and the right to health trump priority-setting decisions, even when they are made through HTA”.

³¹ O que se nota é que a pressão exercida pelo Poder Judiciário sobre o Executivo tem ocorrido em dissonância com a prévia avaliação de medicamentos quanto à sua eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade para as diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde, a que alude o art. 19-O, parágrafo único, da Lei nº 8.080/90.

por sua vez, serão suportados pelos demais usuários do sistema de saúde em decorrência das escolhas alocativas menos efetivas (WANG, 2021, PÁG. 853).

Analisando o impacto orçamentário de decisões judiciais, especialmente sob a premissa de “*quem ganha, quem perde?*”, Natália Pires de Vasconcelos demonstra que a pressão externa exercida pelas decisões judiciais sobre as políticas públicas eleva consideravelmente o risco do alto custo de oportunidade³², “na medida em que desloca recursos dos fins eleitos por esta política eficiente e democrática a fins não planejados e potencialmente injustos” (VASCONCELOS, 2015, pág. 15).

Por fim, merece ser ressaltada que a judicialização da saúde também gera impactos de ordem administrativa e organizacional na burocracia estatal, principalmente no âmbito das secretarias e procuradorias jurídicas estaduais e municipais de saúde, cujas pesquisas (VASCONCELOS, WANG, 2020, pág. 03; VASCONCELOS, 2021, pág. 930; WANG et al, 2014, pág. 1199) revelam que o Poder Executivo, em resposta à judicialização intensa, se viu compelido a criar centros especializados para o acompanhamento e defesa de demandas judiciais movidas contra o SUS pleiteando o fornecimento de medicamentos constantes ou não das políticas públicas.

Traçando um paralelo entre a falta de efetividade à judicialização excessiva de prestações de saúde, Barroso identificou que a intervenção do Poder Judiciário na adjudicação direta para o fornecimento gratuito de medicamentos numa variedade de hipóteses (com o propósito de “realizar a promessa constitucional de prestação universal do serviço de saúde”) representa gastos, imprevisibilidade e desfuncionalidade da prestação jurisdicional, que por sua vez, além de desorganizar a atividade administrativa e dificultar a alocação racional de recursos, também coloca em risco a própria continuidade das políticas públicas de saúde (BARROSO, 2009, pág. 35).

Assim, diante da ausência de parâmetros objetivos para a atuação judicial no fornecimento de medicamentos para fazer frente à judicialização excessiva, Barroso observa que “o sistema, no entanto, começa a apresentar sintomas graves de que pode morrer da cura, vítima do excesso de ambição, da falta de critérios e de voluntarismos diversos” (BARROSO, 2009, pág. 35), cuja soma de fatores, por si sós, já indicam a necessidade de racionalização e uniformização da atuação judicial na adjudicação do fornecimento de medicamentos.

³² Considerando que os recursos públicos a determinado direito social são escassos, sua alocação segue princípios distributivos eleitos pela política pública que o promove. Esta política, elaborada por gestores e legisladores, possui credenciais técnicas e democráticas ameaçadas pela interferência judicial ad hoc e ineficiente, que potencialmente favorece os não preteridos pela distribuição de bens sociais primários (VASCONCELOS, 2015, págs. 14 e 15).

Em virtude da iniquidade do acesso à justiça no Brasil, da ausência de parâmetros decisórios gerais para as instâncias inferiores e da pressão exercida pelo Poder Judiciário sobre o redesenho das políticas públicas, a Corte Constitucional passou a identificar a necessidade de fixação de balizas para o racionamento da judicialização da saúde, especialmente no tocante à assistência farmacêutica.

Acerca do posicionamento da Corte Constitucional, Daniel Wang (2009, pág. 45) apresenta um dado extremamente relevante:

O Supremo Tribunal Federal, até o ano de 2007, julgou, sempre por unanimidade, no sentido de obrigar o poder público a fornecer todos os pedidos de medicamentos ou tratamentos médicos pedidos. Até então, nenhum voto, de nenhum acórdão, aceitou qualquer argumento que sustentasse um entendimento contrário.

Ocorre que, em razão da massificação de demandas de saúde e diante dos intensos conflitos entre interesses individuais e coletivos e da necessidade da efetivação da macrojustiça no âmbito das políticas públicas de saúde, a partir do julgamento da STA 91/AL, no ano de 2007, o STF iniciou uma série de reflexões em relação ao entendimento até então prevalecente na Corte Constitucional quanto à integralidade do conceito de saúde e aos limites da intervenção do Poder Judiciário em matéria de política pública de assistência farmacêutica, cujas ponderações contrárias, na visão de Marcos Vinícius Barros Ottoni (2021, pág. 13), foram decorrentes da “necessidade de uma análise mais pragmática e consequencialista de suas decisões, baseando-se em fatos e consequências, e não apenas em análises puramente principiológicas”.

Na decisão proferida na STA 91/AL a Presidente do STF, Ministra Ellen Gracie, determinou que o Estado de Alagoas se abstinhasse de fornecer os medicamentos pleiteados no processo de origem, limitando sua responsabilidade ao fornecimento de medicamentos contemplados na Portaria nº 1.318 do Ministério da Saúde, cuja argumentação utilizada pela Ministra do STF destacou a natureza principiológica da norma do art. 196 da CRFB/99 como asseguradora da efetivação de políticas públicas de saúde universais e igualitárias e de alcance geral da população, a reserva do financeiramente possível, os custos dos direitos, a escassez de recursos públicos e a necessidade de racionalização de gastos com vista ao atendimento de políticas públicas de saúde consideradas em sua dimensão coletiva, e não somente na perspectiva individual do paciente portador de determinada enfermidade (BRASIL, 2007).

Posteriormente, na tentativa de definição de parâmetros objetivos mínimos para a racionalização da saúde seguiram-se a realização da Audiência Pública nº 04/2009 pelo STF, acompanhada do julgamento do Agravo Regimental na Suspensão de Tutela Antecipada nº 175/2010 (STA 175 - AgR/CE), bem como a publicação da Recomendação nº 31/2010 e da Resolução nº 107/2020, ambas pelo Conselho Nacional de Justiça. Já no ano de 2019, em razão do crescente número de demandas judiciais, por ocasião do julgamento do Recurso Extraordinário 657.718/MG (Tema da Repercussão Geral 500) e do Recurso Extraordinário 855.178 (Tema da Repercussão Geral 793), a Corte Constitucional procedeu à fixação de novos vetores objetivos para o julgamento de ações de saúde. Na mesma linha, o STJ também definiu critérios objetivos para a aplicação do Direito à Saúde no julgamento do Recurso Especial 1.069.810/RS (Tema 84 de Recurso Repetitivo), do Recurso Especial 1.101.725/RS (Tema 98 de Recurso Repetitivo), do Recurso Especial 1.657.156/RJ (Tema 106 de Recurso Repetitivo) e do Recurso Especial REsp 1203244/SC (Tema 686 de Recurso Repetitivo).

O próximo item do trabalho buscará trazer uma breve abordagem acerca do julgamento da STA 175 - AgR/CE, cujas diretrizes fixadas pelo STF possuem uma dimensão pragmática objetiva orientativa de decisões a casos concretos envolvendo pedidos de medicamentos.

2.2. PADRÕES DECISÓRIOS DEFINIDOS PELO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL

2.2.1. Agravo Regimental na Suspensão de Tutela Antecipada nº 175/2010 (STA 175 - AgR/CE)

Em razão dos inúmeros pedidos de Suspensão de Liminar, Suspensão de Tutela Antecipada e Suspensão de Segurança em tramitação junto à Presidência do STF com o intuito de suspender medidas cautelares que determinavam o fornecimento das mais variadas prestações de saúde pelo SUS (fornecimento de medicamentos, suplementos alimentares, órteses e próteses; criação de vagas de UTI; contratação de servidores de saúde; realização de cirurgias; custeio de tratamentos fora do domicílio e de tratamentos no exterior; entre outros), o então Presidente da Corte Constitucional, Ministro Gilmar Ferreira Mendes, convocou a Audiência Pública nº 04/2009, a qual foi realizada entre os dias 27, 28 e 29 de abril e 4, 6 e 7 de maio de 2009, tendo por objetivo principal foi o aprimoramento do debate sobre a crescente judicialização da saúde e a necessidade de racionalização da atuação judicial.

Segundo Vasconcelos (2020, pág. 89) “em 2009 já havia se formado uma percepção relativamente consolidada em meio a comunidade acadêmica e jurídica sobre os problemas da judicialização da saúde”.

Na ocasião, a partir da exposição de especialistas em saúde e de autoridades públicas e sanitárias foi possível identificar diversos problemas afetos à questão da judicialização das prestações materiais de saúde, cujas conclusões acerca da necessidade de realização da macrojustiça de caráter coletivo subsidiaram o STF no julgamento da STA 175 - AgR/CE com a finalidade da construção de critérios ou parâmetros decisórios objetivos em matéria de saúde.

A STA 175/CE versou sobre pedido de suspensão de decisão que deferiu o pedido de fornecimento de medicamento de alto custo (medicamento Zavesca - princípio ativo miglustate), cujo fármaco, sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária, não constava dos Protocolos de Diretrizes Terapêuticas do SUS ou de qualquer dos programas da Assistência Farmacêutica do SUS. Diante do indeferimento do pedido de suspensão da tutela pela Presidência do STF, a União interpôs agravo regimental contra a referida decisão monocrática sustentando a ocorrência de grave lesão à ordem, à economia e saúde públicas.

No julgamento do agravo regimental, o Ministro Gilmar Mendes, em voto acompanhado por todos os membros da Corte, assentou diversas premissas sobre o direito à saúde de forma ampla (não restringindo a fundamentação do voto apenas ao recurso, no qual versava sobre pedido de medicamento de alto custo), tendo estabelecido parâmetros gerais para a atuação judicial envolvendo a concretização do direito à saúde.

Acolhendo as “experiências e os dados colhidos na Audiência Pública - Saúde” e identificando a necessidade do redimensionamento da questão da judicialização da saúde, o Ministro Gilmar Mendes reafirmou a possibilidade de intervenção do Poder Judiciário no controle de públicas políticas por meio do exercício da função política da jurisdição constitucional, bem como reafirmada a responsabilidade solidária dos entes da Federação em matéria de saúde.

Embora tenha reconhecido a dimensão individual do direito à saúde como um direito subjetivo do indivíduo de obter prestações materiais sociais do Estado, Gilmar Mendes ressaltou que “não há um direito absoluto a todo e qualquer procedimento necessário para a proteção, promoção e recuperação da saúde, independentemente da existência de uma política pública que o concretize”.

Além disso, registrou-se que o direito público subjetivo se refere mais exatamente à formulação e implementação de políticas públicas de promoção, proteção e

recuperação da saúde, estando a garantia judicial da prestação individual de saúde condicionada ao não comprometimento do funcionamento do SUS na sua dimensão coletiva.

Segundo o Ministro Relator, na maioria das hipóteses configuradoras do fenômeno da judicialização não se cogita do problema da interferência judicial na formulação de políticas públicas de saúde, já que em tais casos a intervenção judicial não se dá em razão da “omissão absoluta em matéria de políticas públicas voltadas à proteção do direito à saúde”, mas sim em razão do descumprimento da implementação de políticas públicas já estabelecidas.

Ressaltou-se ainda que “em razão da inexistência de suporte financeiros suficientes para a satisfação de todas as necessidades sociais”, a formulação de políticas sociais e econômicas para a implementação de direitos sociais implicam escolhas alocativas, cujas “escolhas trágicas” devem ser pautadas por critérios de macrojustiça.

Após proceder à verificação de todos os elementos semânticos estabelecidos no art. 196 da CRFB/88 a fim de destacar os “limites e possibilidades de implementação” do direito à saúde, e analisar as diversas e complexas questões suscitadas por ocasião da Audiência Pública nº 04/2019, o Ministro Gilmar Mendes buscou estabelecer parâmetros objetivos para a atuação judicial no tocante ao fornecimento de tratamentos e medicamentos pelo SUS.

Como premissas para o estabelecimento de critérios objetivos de análise decisória, o Ministro Relator considerou a existência ou não de políticas estatais que abranjam a proteção de saúde, além da filiação do SUS à corrente da “medicina com base em evidências”, cujos parâmetros a seguir elencados objetivaram orientar a intervenção do Poder Judiciário em questões afetas à saúde pública:

- 1) a existência de solidariedade entre os entes da Federação em matéria de saúde;
- 2) existindo tratamento ou medicamento previsto em política pública de saúde já implementada, haverá direito público subjetivo do cidadão à sua efetivação, cabendo ao Poder Judiciário apenas determinar o cumprimento da prestação de saúde pleiteada;
- 3) deverá ser privilegiado o tratamento fornecido pelo SUS em detrimento de opção diversa e alternativa escolhida pelo paciente, sempre que não for comprovada a ineficácia ou a impropriedade da política de saúde existente às condições clínicas do paciente³³;
- 4) a pretensão a novos tratamentos para determinada patologia, porém ainda não incorporados ao PCDT do SUS, mas disponíveis aos usuários da rede privada, demandará do Poder Judiciário extrema cautela na sua análise, cuja instrução probatória em sede de ações

³³ Contudo, o Ministro Gilmar Mendes, Relator da STA 175 – AgR/CE, consignou expressamente em seu voto que “não se pode afirmar que os Protocolos Clínicos e as Diretrizes Terapêuticas do SUS são inquestionáveis, o que permite sua contestação judicial” (BRASIL, 2009, pág. 96).

individuais ou coletivas deverá ser ampla de modo a contemplar a especificidades do caso concreto;

5) é vedado à Administração Pública fornecer fármaco que não possua registro na ANVISA; e

6) o Estado não pode ser condenado a fornecer tratamento experimental (ou seja, tratamento sem comprovação científica de sua eficácia e realizado por laboratórios ou centros médicos de ponta no âmbito de pesquisas clínicas).

Como destacado anteriormente, o STF construiu sua jurisprudência até o ano de 2007 com base no conceito de ampliado de integralidade do direito à saúde. Entretanto, o julgamento da STA 91/AL serviu de vetor interpretativo para a parametrização do Direito à Saúde, redundando posteriormente no julgamento da STA 175 - AgR/CE, tendo o STF, a partir deste julgamento paradigmático, dado início a uma série de outros julgamentos (descritos nos dois próximos subcapítulos) definidores de alguns critérios para a apreciação de ações de saúde pelo Poder Judiciário.

2.2.2. Tema 500 da Repercussão Geral (RE 657.718/MG)

Não obstante o julgamento paradigmático da STA 175 - AgR/CE, por meio do qual a Corte Constitucional definiu critérios orientadores da atuação do Poder Judiciário em demandas de saúde, no ano de 2019 o STF procedeu ao julgamento do Recurso Extraordinário 657.728/MG, Tema 500 da Repercussão Geral, versando sobre o fornecimento de medicamentos experimentais e sem registro na ANVISA.

A concessão indiscriminada pelo Judiciário de medicamentos experimentais e de medicamentos não registrados na Anvisa como vinha ocorrendo nas últimas duas décadas em centenas, talvez milhares, de ações judiciais pelo país não era defensável (FERRAZ, 2019, pág. 16).

O caso de origem envolvia uma ação de obrigação de fazer movida por uma paciente portadora de doença renal crônica, que evoluiu para hiperparatireoidismo secundário, através da qual pleiteou contra o Estado de Minas Gerais o fornecimento do medicamento Mimpara® 30MG (Cloridrato de Cinacalcete) durante todo o tratamento, cujo medicamento, embora possuísse registro na *Food and Drug Administration* (FDA) e na *European Medicine Agency* (EMA), não contava com registro de comercialização junto à Anvisa, tampouco era fornecido pelo SUS.

Julgada procedente a demanda em 1º grau de jurisdição, o Tribunal de Justiça de Minas Gerais deu provimento à apelação do Estado de Minas Gerais assentando a impossibilidade de o Judiciário obrigar o Estado a custear tratamento médico sem registro na Anvisa, razão pela qual foi interposto o Recurso Extraordinário 657.728/MG, paradigma do julgamento do Tema 500 da Repercussão Geral.

A par de destacar que o tema da judicialização é repleto de “complexidades e sutilezas” (parágrafo 14), o Ministro Luís Roberto Barroso ressaltou a questão dos custos do direito a medicamentos “(já que os recursos são escassos e a concessão de medicamentos para uma pessoa envolve necessariamente a não concessão para outras)” (parágrafo 16), bem o sopesamento do direito à vida e à saúde da coletividade, mas também do próprio paciente, posto que em muitos casos não se conhece a real segurança dos medicamentos pleiteados judicialmente, cujo registro na Anvisa é “essencial para a tutela do direito à vida de toda a coletividade” (parágrafo 21).

Em razão disso, por ocasião do julgamento do Tema 500 da Repercussão Geral e a partir do voto vencedor proferido pelo Ministro Luís Roberto Barroso, o STF instituiu limites para a judicialização: do fornecimento de medicamentos não registrados na Anvisa; de medicamentos experimentais; e de medicamentos com eficácia e segurança comprovadas e testes concluídos, mas sem registro na Anvisa.

Para tanto, estabeleceu-se que o Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos experimentais. Além disso, fixou-se como regra geral a vedação do fornecimento de medicamento sem registro na Anvisa, cuja exceção à aludida regra somente seria possível quando preenchidos outros três requisitos cumulativos e desde que proposta a ação necessariamente contra a União, conforme tese da repercussão geral abaixo transcrita:

(...) 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. (...)

As teses firmadas no julgamento do Tema 500 evidenciaram um avanço sobre aquelas firmadas por ocasião da STA 175 - AgR/CE, não somente pelo fato de o julgamento ter se dado sobre o rito da Repercussão Geral de que trata o art. 927, inc. III, do Código de Processo

Civil, mas também por ressaltar a necessidade de proteção e segurança à saúde nas dimensões individual (do paciente demandante) e coletiva (saúde pública), a sustentabilidade e racionalidade das ações e serviços do SUS, a deferência judicial às decisões técnicas proferidas pela Anvisa, por apontar um novo vetor interpretativo do princípio da integralidade da assistência farmacêutica, bem como pelo equacionamento do custo do direito ao fornecimento a medicamentos (no caso de origem, considerado de alto custo) e a escassez dos recursos públicos.

Ademais, na mesma sessão plenária do dia 23 de maio de 2019 o STF também concluiu o julgamento dos Embargos de Declaração no Recurso Extraordinário 657.718, Tema 793 da Repercussão Geral, cujo tema versou sobre a responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever de prestar assistência à saúde, cuja tese fixada pela Corte Constitucional será exposta no subcapítulo seguinte.

2.2.3. Tema 793 da Repercussão Geral (RE 855.178 ED/SE)

Durante o julgamento da STA 175 - AgR/CE o STF deu início a um longo percurso de definição de parâmetros para a judicialização de questões afetas ao direito à saúde, tendo naquela ocasião reafirmado a jurisprudência predominante da Corte quanto à solidariedade dos entes federados em matéria de saúde, bem como ressaltado a necessidade de construção de um “modelo de cooperação e de coordenação de ações conjuntas por parte dos entes federativos”³⁴ (BRASIL, 2009, pág. 26).

No entanto, a questão relativa à solidariedade dos entes da Federação em matéria de saúde foi novamente analisada pelo STF quando do julgamento dos Embargos de Declaração no Recurso Extraordinário 855.178/SE, porém sob uma vertente diversa daquela aventada STA 175 - AgR/CE.

O caso que deu origem aos embargos de declaração versava sobre deliberação do plenário virtual do STF no qual se reafirmou a jurisprudência da Corte sobre a responsabilidade solidária dos entes federados, cujo polo passivo poderia ser composto por qualquer um dos entes, de forma isolada ou conjunta.

³⁴ A esse respeito, cumpre destacar que, não obstante o voto condutor do acórdão tenha feito referência à necessidade de definição de um modelo de coordenação de ações conjuntas, a repartição administrativa de responsabilidades entre os entes federados já vinha sendo objeto de pactuação nos foros das comissões intergestores tripartite e bipartite desde a edição Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB/SUS 01/93), editada pela Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. (BRASIL, 1993).

Ao ressaltar os diversos fenômenos correlatos à judicialização de prestações sanitárias ocorridos desde a realização da Audiência Pública nº 04/2009 e o julgamento da STA 175 - AgR/CE, bem como o aumento da judicialização em matéria de saúde, a desestruturação do SUS e a sobreposição ou ausência de cumprimento de decisão judicial, o voto condutor do acórdão, proferido pelo Ministro Edson Fachin, conheceu dos embargos de declaração tão somente com o objetivo de aprimoramento ou desenvolvimento do direito constitucional, por meio de seus precedentes, mantendo-se hígida a tese da responsabilidade solidária dos entes da Federação em matéria de saúde como reconhecida na STA 175 - AgR/CE, porém apresentando outros enunciados para o desenvolvimento da referida tese.

Com isso, por maioria, o plenário do STF fixou a seguinte tese de Repercussão Geral no Tema 793:

“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”.

Muito embora não tenham constado da tese da Repercussão Geral, o Ministro Edson Fachin também delineou o alcance do precedente sobre a responsabilidade sanitária dos entes federativos, nos termos em que anteriormente enunciado na STA 175 - AgR/CE:

1) a solidariedade passiva dos entes da Federação, isolada ou conjuntamente, decorre da competência material comum prevista no artigo 23, inciso II, da CRFB/88, de prestar saúde em sentido *lato*, sem desconsiderar que cada um dos entes possui responsabilidades consistentes no dever de prestações materiais específicas;

2) as pactuações administrativas sobre responsabilidade de cada um dos entes pela prestação pleiteada em juízo não impede que a parte autora inclua outro ente no polo passivo como forma de ampliar sua garantia, como decorrência da tese da solidariedade pelo dever geral de prestar saúde;

3) se o ente legalmente responsável pelo financiamento da obrigação principal não compuser o polo passivo da relação jurídico-processual, compete à autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro, sem prejuízo do redirecionamento em caso de descumprimento;

4) se a pretensão veicular pedido de tratamento, procedimento material ou medicamento não incluído nas políticas públicas do SUS, a União necessariamente deverá compor o polo passivo da ação; e

5) a dispensa judicial de medicamentos, materiais, procedimentos e tratamentos pressupõe ausência ou ineficácia da prestação administrativa e a comprovada necessidade, observando, para tanto, os parâmetros definidos no artigo 28 do Decreto Federal nº 7.508/11.

Conquanto a previsão de direcionamento do cumprimento da prestação material de saúde conforme as regras de repartição de competências e determinação do ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro tragam “grande complexidade para a autoridade judicial” (SANTOS, 2021, pág. 810), a tese fixada no Tema 793 pretendeu corrigir as distorções decorrentes da responsabilidade solidária irrestrita enunciada na paradigmática STA 175 - AgR/CE.

2.3. PARÂMETROS DE GESTÃO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PROPOSTOS PELO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA

2.3.1. Recomendação nº 31/2010 do CNJ

Conforme já ressaltado, a partir da Audiência Pública nº 04/2009 o STF identificou uma série de problemas relacionados à judicialização da saúde, cujo julgamento da STA 175 - AgR/CE demandou uma visão mais pragmática e consequencialista da atuação do Poder Judiciário na judicialização das políticas de saúde.

Em razão das conclusões da citada Audiência Pública, da complexidade da matéria e da necessidade da racionalização do tema afeto à judicialização da saúde, o então presidente do CNJ, Ministro Gilmar Mendes (o qual também presidia o STF), instituiu grupo de trabalho³⁵ para elaboração de estudos e proposição de medidas concretas e normativas referentes às demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde, cujas proposições resultaram na edição da Recomendação nº 31/2010 pelo Conselho Nacional de Justiça.

Segundo Natália Pires de Vasconcelos, a par de incorporar muitas das questões centrais identificadas e debatidas na Audiência Pública nº 04/2019, a Recomendação nº 31/2010

³⁵ BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Portaria nº 650, de 20 de novembro de 2019. Cria grupo de trabalho para estudo e proposta de medidas concretas e normativas para as demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde. DOU, Seção 2, de 24/11/09, p. 35-36, e no DJE/CNJ nº 201/2009, de 24/11/09, p. 3. Disponível em: <<https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/695>>. Acesso em: 28 set. 2022.

voltou-se para a dimensão estrutural e coletiva da questão envolvendo a judicialização da saúde, pois além de incentivar a deferência judicial à política de saúde e incorporação de argumentos técnicos às decisões judiciais para o aprimoramento da prestação jurisdicional, o CNJ recomendou a criação de estruturas de assistência a juízes em matéria do direito à saúde (2020, págs. 97/98).

Diante do forte impacto das decisões judiciais sobre as políticas públicas de saúde, e buscando maior efetividade na intervenção jurisdicional quanto às demandas de fornecimento de prestações materiais de saúde, o CNJ recomendou aos tribunais estaduais e federais a instituição de instrumentos técnicos voltados ao apoio de magistrados em matéria de direito à saúde, bem como orientou que juízes adotem maior cautela na concessão de decisões liminares e na instrução probatória dos processos envolvendo a assistência à saúde.

Ao recomendar aos magistrados a adoção de maior técnica e deferência às decisões técnicas emitidas no âmbito das políticas públicas de saúde, os termos da Recomendação do CNJ se aproximam muito dos fundamentos da decisão proferida pelo STF na STA 175 - AgR/CE.

Assim, as estratégias de gestão das ações de saúde propostas pelo CNJ na Recomendação nº 31/2010 e dirigidas aos Tribunais e aos magistrados (por meio de orientação das respectivas corregedorias) podem ser transcritas da seguinte forma:

1) viabilizar aos magistrados a consulta a pareceres técnicos emitidos por equipe especializada integrante dos Núcleos de Assistência Técnica ao Poder Judiciário (NAT-JUS) no âmbito dos tribunais estaduais e federais, para auxílio daqueles por ocasião da apreciação de demandas envolvendo a assistência à saúde (o qual será tratado mais detidamente no item 2.3.3);

2) instrução das ações de saúde, tanto quanto possível, com relatórios médicos, com descrição da doença, inclusive CID, contendo prescrição de medicamentos, com denominação genérica ou princípio ativo, produtos, órteses, próteses e insumos em geral, com posologia exata;

3) evitar a concessão do fornecimento de medicamentos ainda não registrados pela Anvisa, ou em fase experimental, ressalvadas as exceções expressamente previstas em lei;

4) oitiva, quando possível, preferencialmente por meio eletrônico, dos gestores, antes da apreciação de medidas de urgência;

5) verificação, junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisas, acerca da participação dos requerentes em programas de pesquisa experimental dos laboratórios, caso em que estes devem assumir a continuidade do tratamento; e

6) determinação, no momento da concessão de medida abrangida por política pública existente, da inscrição do beneficiário nos respectivos programas.

A respeito da Recomendação nº 31/2010, Vanessa Elias de Oliveira e Lincoln Noronha destacam que seu conteúdo indica um afastamento pelo “recente” CNJ e STF da “antiga jurisprudência”, definida pelos autores como aquela que “geralmente concede o medicamento requisitado ao paciente sem consultar agentes públicos ou questionar se existe um medicamento equivalente e mais barato já distribuído pelo SUS, mesmo quando o medicamento não foi registrado na ANVISA” (DE OLIVEIRA, NORONHA, 2016, pág. 94).

Ademais, o conteúdo da Recomendação, de nítido caráter instrumental, versa sobre a aproximação entre as políticas públicas de saúde e o Direito, mais especificamente sobre uma forma de interação entre as instituições de saúde e de justiça.

Dada a divisão metodológica do assunto, os pontos relativos à Recomendação do CNJ para que os Tribunais Estaduais e Federais instituem estratégias de monitoramento e resolução de ações envolvendo saúde, bem como de instrumentos técnicos de apoio aos magistrados para a apreciação de demandas sanitárias, serão objeto de exposição nos subcapítulos seguintes.

O próximo subcapítulo busca descrever o Fórum de Saúde como estratégia institucional do CNJ para a construção de um espaço permanente de diálogo para o problema da judicialização da saúde.

2.3.2. Resolução nº 107/2010 do CNJ - Fóruns do Judiciário para a Saúde

A partir das conclusões oriundas da Audiência Pública nº 04/2019 no debate de questões relacionadas à intervenção do Poder Judiciário na efetivação de prestações materiais de saúde, e tendo em vista as diretrizes estabelecidas na Recomendação nº 31/2010, o CNJ instituiu o Fórum Nacional para o monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde, com a “atribuição de elaborar estudos e propor medidas concretas e normativas para o aperfeiçoamento de procedimentos, o reforço à efetividade dos processos judiciais e à prevenção de novos conflitos” (Resolução nº 107/2010).

Ao argumento da necessidade de tornar a denominação do Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde mais consentânea ao escopo de atuação do CNJ, a Resolução nº 461/2022 deu nova redação ao artigo 1º da Resolução 107/2010, para instituir o Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde

(Fonajus), com a “atribuição de elaborar estudos e propor medidas concretas e normativas para o aperfeiçoamento de procedimentos, o reforço à efetividade dos processos judiciais e à prevenção de novos conflitos” (BRASIL, 2022).

Além do Comitê Executivo Nacional (integrado ao CNJ), “entre as respostas metaprocessuais [à judicialização da saúde], destacam-se os Comitês Estaduais de Saúde³⁶ do CNJ”, estes últimos criados no âmbito de todas as justiças do país como “espaços de articulação do maior número de atores envolvidos com a judicialização” (VASCONCELOS, 2021, pág. 935).

Desde a sua criação, o Fórum Nacional de Saúde, submetido à supervisão direta do CNJ, realizou cinco “Jornadas de Direito da Saúde” (2014, 2015, 2019, 2021 e 2022), sendo que, nas três primeiras, foram aprovados enunciados interpretativos sobre o direito à saúde³⁷.

Os enunciados produzidos pelo CNJ por ocasião das Jornadas de Direito da Saúde, da mesma forma que as recomendações, têm por objetivo orientar os magistrados na condução e decisão de processos de saúde, além de buscar uma maior aproximação e interação entre os Poderes Judiciário e Executivo.

Tendo por objetivo não somente reafirmar a jurisprudência predominante do STF e as deliberações do CNJ, os Enunciados em questão também buscam orientar os magistrados quanto à adoção de posturas/medidas administrativas e processuais para a condução e gestão racional de processos de saúde, tanto no que diz respeito à fase de instrução processual quanto à fase de cumprimento de sentença.

No âmbito estadual, o Tribunal de Justiça de Minas Gerais instituiu o Comitê Estadual da Saúde, cujos membros integrantes do colegiado foram designados pela Portaria nº 3435/PR/2016, com a função primordial de monitorar os processos relativos aos sistemas de saúde público e suplementar, propor medidas concretas e normativas voltadas à prevenção de conflitos judiciais e à definição de estratégias nas questões de direito sanitário, prestar auxílio a tribunais na criação dos NAT-JUS, bem como atuar como espaço de diálogo interinstitucional em ações que envolvam demandas de saúde.

Como forma de auxílio e aprimoramento da prestação jurisdicional, o Fórum Permanente do Direito à Saúde, vinculado ao Comitê Estadual de Saúde de Minas Gerais,

³⁶ Os Comitês Estaduais de Saúde foram inicialmente recomendados pelo CNJ por meio da Resolução nº 31/2010; cuja criação foi posteriormente exigida pelo CNJ através da Resolução nº 238/2016 e, em seguida, reestruturado pela Resolução nº 388/2021.

³⁷ Enunciados aprovados nas I, II e III Jornadas de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/conteudo/arquivo/2019/03/e8661c101b2d80ec95593d03dc1f1d3e.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2022.

aprovou 28 Enunciados de Saúde Pública³⁸ com a finalidade de nortear a atuação jurisdicional dos magistrados na apreciação da referida matéria.

Pesquisa empírica conduzida por Marcela Silveira Tullii (2017, pág. 70) concluiu que o Fórum Nacional de Saúde parece estar promovendo a “uniformização vertical do comportamento do Judiciário” quanto ao entendimento das questões relacionadas a demandas em saúde, cujas estratégias para a busca da mencionada uniformização foram a descentralização da estrutura do Comitê Nacional em Comitês Executivos Estaduais, bem como o esforço para a instalação dos Núcleos de Apoio Técnico ao Judiciário em todos os estados da Federação.

No entanto, a autora reconhece as limitações relacionadas à “imposição por via normativa de uma maneira de agir”, notadamente em razão da “independência judicial decisional”, permitida na seara judicial apenas através da edição de Súmula Vinculante. Diante disso, “uma uniformização da jurisprudência é algo a ser construído aos poucos e cumulativamente ao longo do tempo” (TULLII, 2017, pág. 71).

Por fim, entre as diversas iniciativas do Fórum Nacional de Saúde do Judiciário pode ser ressaltado o esforço para a criação dos Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário (NAT-JUS), cujo tema será tratado no subcapítulo seguinte.

2.3.3. Resolução nº 238/2016 do CNJ - Núcleos de Assistência Técnica do Poder Judiciário (NAT-JUS)

As medidas de racionalização das demandas judiciais em saúde decorrentes das interações entre as instituições de saúde e justiça “resultaram em uma política judiciária de saúde protagonizada pelo CNJ, que recomenda a criação de novos arranjos institucionais, como os Núcleos de Assistência aos juízes” (VENTURA, 2020, pág. 01).

Amparada pela corrente da medicina baseada em evidências, a Recomendação nº 31/2010 do CNJ traduziu-se também na estratégia de criação institucional dos Núcleos de Assistência Técnica ao Poder Judiciário (NAT-JUS) no âmbito dos tribunais estaduais e federais, com o propósito de emissão de pareceres técnicos por equipe especializada (composta por médicos e farmacêuticos) para o auxílio direto a magistrados (quando facultativamente solicitados por estes últimos, já que o NAT-JUS constitui instrumento de consulta não

³⁸ Comitê da Saúde de Minas Gerais. Fórum Permanente de Saúde. Enunciados de Saúde Pública. Disponível em: <<http://ejef.tjmg.jus.br/forum-saude-enunciados-saude-publica/>>. Acesso em: 01 out. 2022.

obrigatória pelos juízes) por ocasião da apreciação de demandas envolvendo a assistência à saúde.

Já no ano de 2011 o CNJ reiterou as recomendações dirigidas aos Tribunais no sentido a celebração de convênios objetivando a disponibilização de apoio técnico por equipe especializada (composta por médicos e farmacêuticos) para auxiliar os magistrados na formação de um juízo de valor quanto à apreciação das questões clínicas apresentadas pelas partes, observadas as peculiaridades regionais (Recomendação nº 36/2011).

Posteriormente, por meio da Resolução nº 238/2016 o CNJ determinou que os Tribunais criassem sítio eletrônico³⁹ que permitisse o acesso a banco de dados (mantido pelo próprio CNJ) com pareceres, notas técnicas e julgados na área da saúde, para consulta pelos magistrados e demais operadores do Direito.

Como forma de viabilizar o acesso de todos dos magistrados de todo o país a um banco de dados nacional, o CNJ dispôs sobre o uso e o funcionamento do Sistema Nacional de Pareceres e Notas Técnicas (e-NatJus) (Provimento nº 84 de 14/08/2019).

Consoante as diversas normativas estabelecidas, a consolidação do CNJ como instituição do STF na gestão dos serviços de justiça na área da saúde pública acabou por expressar uma maior obrigatoriedade das “recomendações” de 2010, as quais foram posteriormente formuladas a nível de “exigências” ao sistema de justiça do país. No entanto, o nível de implementação das medidas não é uniforme entre os Estados da Federação, já que “o CNJ não se responsabiliza pela organização ou financiamento destas iniciativas” (VASCONCELOS, 2020, pág. 99).

No âmbito do Estado de Minas Gerais os pareceres, notas e respostas técnicas em apoio aos magistrados na apreciação de demandas envolvendo o direito à saúde eram emitidos pelo Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATS), cujas requisições de Notas Técnicas do Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG) eram endereçadas inicialmente para o Núcleo de Avaliação em Tecnologia em Saúde do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (mediante convênio firmado no ano de 2012 como resposta do referido Tribunal de Justiça à Recomendação nº 31/2010 do CNJ). Tais documentos já produzidos pelos

³⁹ Diante da previsão contida no artigo 2º da Resolução nº 238/2016, o CNJ celebrou com o Ministério da Saúde o Termo de Cooperação nº 21/2016, com o objetivo de “proporcionar aos Tribunais de Justiça dos Estados e aos Tribunais Regionais Federais subsídios técnicos para a tomada de decisão com base em evidência científica nas ações relacionadas com a saúde, pública e suplementar, visando, assim, aprimorar o conhecimento técnico dos magistrados para solução das demandas, bem como conferindo maior celeridade no julgamento das ações judiciais”, cujo documento previu a criação do Banco Nacional de Pareceres, acessado por meio da plataforma digital denominada E-NATJUS.

NATS encontram-se mantidos no banco de dados na biblioteca digital do TJMG para consulta voluntária pelos juízes estaduais.

Posteriormente, a Portaria Conjunta nº 643/PR/2017 do TJMG, ao dispor sobre a regulação dos NAT-JUS⁴⁰, determinou a criação de Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário, constituídos por profissionais de saúde (do quadro de pessoal do próprio Tribunal, ou se outras entidades e Poderes, mediante celebração de convênio nos dois últimos casos), para prestar apoio técnico aos magistrados de Primeira e Segunda Instâncias, nas demandas que envolvam direito à saúde.

Ainda no âmbito do referido Tribunal de Justiça foi expedida a Recomendação nº 12/2018, por meio da qual a Corregedoria-Geral de Justiça do Estado de Minas Gerais recomendou aos juízes de direito responsáveis pela instrução e pelo julgamento das demandas judiciais envolvendo assistência à saúde no Estado de Minas Gerais a adoção de diversas providências, especialmente a consulta a Notas e Pareceres Técnicos constantes dos bancos de dados eletrônicos do NAT-JUS.

Com o objetivo de fornecer informações técnicas acerca de evidências científicas sobre tecnologias em saúde em casos concretos levados ao Judiciário para decisão, o TJMG celebrou termos de cooperação técnica com diversos municípios mineiros, cujos servidores cedidos passaram a integrar as equipes técnicas do NAT-JUS⁴¹.

Em consulta ao banco de dados constante da Biblioteca Digital do TJMG, no assunto “Direito à saúde”, tema “Judicialização da Saúde”, foi possível verificar a existência de 1807 (um mil, oitocentos e sete) Notas Técnicas, emitidas pelo NATS no período de 11/10/2012 a 23/04/2018 e pelos NAT-JUS no período de 28/06/2018 a 21/09/2022, bem como de 1762 (um mil, setecentos e sessenta e duas) Respostas Técnicas, emitidas pelo NATS no período de 26/06/2012 a 09/05/2018 e pelo NAT-JUS no período de 28/06/2018 a 02/07/2022⁴².

Percebe-se, portanto, a existência de um vasto acervo de documentos técnicos para o apoio aos magistrados por ocasião da apreciação de demandas individuais de saúde, especialmente aquelas envolvendo o fornecimento de medicamentos não constantes das

⁴⁰ Os pareceres, notas e respostas técnicas emitidos pelo Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATS) podem ser acessados através da biblioteca digital do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. Disponível em: <<http://bd.tjmg.jus.br/jspui/handle/tjmg/7731>>.

⁴¹ Confira a notícia no site do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS-MG). Disponível em: <<https://www.cosemsmg.org.br/site/index.php/todas-as-noticias-do-cosems/1614-tjmg-e-municipios-mineiros-firmam-cooperacao-tecnica>>. Acesso em: 29 set. 2022.

⁴² MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. Biblioteca Digital do TJMG. Direito à Saúde. Judicialização da Saúde. Disponível em: <https://bd.tjmg.jus.br/jspui/handle/tjmg/7735/browse?type=dateissued&sort_by=2&order=ASC&rpp=100&etal=-1&null=&offset=1800>. Acesso em 30 set. 2022.

políticas públicas do SUS, cujo auxílio vem ao encontro de uma melhor gestão e racionalização da judicialização da saúde.

Com a mesma finalidade de gestão eficiente do Direito à Saúde, o STJ também definiu critérios objetivos e abstratos a serem considerados pelas instâncias inferiores por ocasião de demandas de adjudicação de medicamentos, os quais serão abordados no próximo subcapítulo.

2.4. PARÂMETROS DECISÓRIOS ESTABELECIDOS PELO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

2.4.1. Tema 686 de Recurso Repetitivo (REsp 1.203.244/SC)

Na esteira das balizas estabelecidas inicialmente pelo STF e CNJ, dada a imensa e crescente judicialização da saúde o STJ se viu compelido a estabelecer critérios objetivos para o julgamento de ações versando sobre fornecimento de medicamentos pelo Poder Público.

Apesar de a solidariedade ter sido um dos temas discutidos na Audiência Pública nº 04/2019, bem como objeto de apreciação pelo STF na STA 175 - AgR/CE, na qual se reconheceu a existência de solidariedade entre os entes da Federação em matéria de saúde, a questão atinente à obrigatoriedade ou não de chamamento ao processo da União nas demandas que envolviam a pretensão de fornecimento de medicamentos ainda era objeto de forte discussão no âmbito do STJ.

Em razão disso, o STJ procedeu à afetação do REsp 1.203.244/SC, em sede de julgamento de recursos repetitivo. No recurso representativo da controvérsia o recorrente Estado de Santa Catarina alegava a violação ao artigo 77, inciso III, do Código de Processo Civil, pois, em havendo obrigação solidária, haveria total viabilidade para o chamamento ao processo da União para a demanda que versava sobre o fornecimento de medicamentos.

No entanto, rejeitando os argumentos do Ente Estadual, o STJ firmou a seguinte tese no Tema 686:

O chamamento ao processo da União com base no art. 77, III, do CPC, nas demandas propostas contra os demais entes federativos responsáveis para o fornecimento de medicamentos ou prestação de serviços de saúde, não é impositivo, mostrando-se inadequado opor obstáculo inútil à garantia fundamental do cidadão à saúde.

Segundo consta do voto do Ministro Relator Herman Benjamin, por versar sobre de “hipótese excepcional de formação de litisconsórcio passivo facultativo, não se admite

interpretação extensiva para alcançar prestação de entrega de coisa certa”, cuja integração da União à lide se mostraria inconveniente e protelatório ao cidadão na busca do direito à saúde.

O Tema 686 fundamentou-se ainda em entendimento da Primeira Turma do STF, segundo o qual “o recebimento de medicamentos pelo Estado é direito fundamental, podendo o requerente pleiteá-los de qualquer um dos entes federativos, desde que demonstrada sua necessidade e a impossibilidade de custeá-los com recursos próprios”, cujo chamamento ao processo da União “revela-se medida meramente protelatória que não traz nenhuma utilidade ao processo, além de atrasar a resolução do feito, revelando-se meio inconstitucional para evitar o acesso aos remédios necessários para o restabelecimento da saúde da recorrida”.

Desse modo, restou firmado o entendimento no sentido de que qualquer um dos entes federativos poder ser demandado nas ações versando prestações materiais de saúde, de acordo com o critério eleito pelo autor da ação, sendo descabida a pretensão de inclusão da União nas ações propostas contra os Estados e Municípios com o conseqüente deslocamento da competência para a Justiça Federal.

Por fim, nota-se que tal posicionamento firmado pelo STJ no ano de 2014 foi ao encontro do decidido pelo STF na STA 175 – AgR/CE acerca da solidariedade entre os entes da Federação, podendo qualquer um deles ser demandado conjuntamente ou isoladamente no polo passivo.

Contudo, conforme visto anteriormente no item 2.2.3., embora fundado em entendimento da Primeira Turma do STF (RE 607.381), o Tema 686 passou posteriormente a destoar do novo entendimento do STF firmado no ano de 2019 no Tema 793, segundo o qual “compete à autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro”, e “se a pretensão veicular pedido de tratamento, procedimento material ou medicamento não incluído nas políticas públicas do SUS, a União necessariamente deverá compor o polo passivo da ação”.

2.4.2. Tema 106 do Recurso Repetitivo (REsp 1.657.156/RJ)

Com lastro nos fundamentos da STA 175 – AgR/CE, o STJ procedeu à afetação do REsp 1.657.156/RJ, cujo Tema 106, julgado no ano de 2018, versou sobre a obrigatoriedade do poder público de fornecer medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS.

No referido recurso paradigma o recorrente Estado do Rio de Janeiro sustentava que a assistência farmacêutica apenas poderia ser prestada por intermédio do fornecimento de

medicamentos prescritos em conformidade com os Protocolos Clínicos incorporados ao SUS ou, na hipótese de inexistência de protocolo, com o fornecimento de medicamentos constantes das relações de medicamentos dos entes públicos.

Por ocasião do julgamento do REsp 1.657.156/RJ o STJ estabeleceu critérios para o julgamento de ações visando ao fornecimento de medicamentos não padronizados pelo SUS ou constantes das listas editadas pelos entes públicos.

Assim, para fins de fixação de tese em Recurso Repetitivo de que trata o artigo 1.036 do Código de Processo Civil, em abril de 2018 o STJ firmou a seguinte tese:

A concessão dos medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS exige a presença cumulativa dos seguintes requisitos:

- (i) 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;
- (ii) incapacidade financeira de arcar com o custo do medicamento prescrito⁴³;
- (iii) existência de registro na ANVISA do medicamento

Posteriormente (setembro de 2018), por ocasião do julgamento dos Embargos de Declaração opostos contra o acórdão do REsp 1.657.156/RJ, o STJ esclareceu “que o requisito do registro na ANVISA afasta a possibilidade de fornecimento de medicamento para uso *off label*, salvo caso autorizado pela ANVISA”, bem como acolheu parcialmente o recurso em questão para modificar a expressão “existência de registro na ANVISA do medicamento”, constante do item III da tese fixada no Tema 106, para “existência de registro do medicamento na ANVISA, observados os usos autorizados pela agência”.

Nota-se que a alteração promovida pelo STJ teve por finalidade evitar condenações do Poder Público ao fornecimento de medicamentos que, embora incorporados ao SUS para determinada terapêutica constante dos PCDT, fossem prescritos e demandados contra o Estado para utilização *off label* não reconhecidas pela Anvisa como de uso regular ou em caráter excepcional.

Segundo Lopes et al. (2019, pág. 198) a “difusão dessa nova jurisprudência poderá ocorrer em uma dinâmica diferente daquela da STA 175/CE”, posto que submetido o

⁴³ Quanto às críticas ao parâmetro “incapacidade financeira de arcar com o custo do medicamento prescrito”, notadamente quanto ao desvirtuamento pelo STJ dos princípios do acesso universal e igualitário por ausência de ausência de autorização Constitucional para o condicionamento do Direito à Saúde à hipossuficiência financeira, estas não serão objeto de análise no presente trabalho haja vista o seu escopo estritamente processual.

Tema 106 ao rito do julgamento de Recurso Especial Repetitivo⁴⁴, cuja decisão se torna vinculante para as instâncias inferiores por força do artigo 927, inciso III, do Código de Processo Civil.

Assim, o Poder Público pode ser excepcionalmente obrigado a fornecer medicamentos não incorporados à política pública de assistência farmacêutica, quando comprovado a imprescindibilidade do medicamento face ao risco de vida do paciente, a ineficácia/impropriedade dos medicamentos disponibilizados pelo SUS, e a existência de registro do medicamento na ANVISA, observados os usos autorizados pela referida agência.

2.4.3. Temas 84 (REsp 1.069.810/RS) e 98 do Recurso Repetitivo (REsp 1.101.725/RS)

Muito embora já pacificada no âmbito do STF em sede de Repercussão Geral no RE 607.582 RG/RS (Tema 289) a possibilidade do bloqueio de verbas públicas para garantir o fornecimento de medicamentos, o STJ também procedeu ao julgamento da matéria no REsp 1.069.810/RS (Tema 84), em sede de julgamento de Recursos Repetitivos, no qual se discutiu a possibilidade de bloqueio de verbas públicas do próprio ente demandado e depósito em conta corrente para a garantia de fornecimento de medicamentos.

A controvérsia versada no recurso afetado cingia-se em “em saber se é possível ao Juiz, tendo em vista as disposições constitucionais e processuais a respeito da matéria, determinar, em ação ordinária, o fornecimento de medicamento para portadores de doença grave, sob pena de bloqueio ou sequestro de verbas do Estado a serem depositadas em conta corrente”.

Quanto à tese firmada no Tema 84, o STJ definiu a seguinte critério decisório:

Tratando-se de fornecimento de medicamentos, cabe ao Juiz adotar medidas eficazes à efetivação de suas decisões, podendo, se necessário, determinar até mesmo o sequestro de valores do devedor (bloqueio), segundo o seu prudente arbítrio, e sempre com adequada fundamentação.

Da mesma forma, a possibilidade de imposição de multa cominatória ao Estado para os casos de descumprimento de obrigação judicial de fornecer medicamentos foi objeto de

⁴⁴ Sobre o julgamento de Recurso Especial sob o rito de recursos repetitivos, conferir o disposto nos artigos 1.036 e seguintes do Código de Processo Civil.

definição pelo STJ no REsp 1.474.665 (Tema 98) em sede de julgamento de Recursos Repetitivos.

Objetivando assegurar a efetividade do direito à saúde e evitar a subversão da garantia fundamental pela recalcitrância do Poder Público, o STJ firmou a tese sobre a “possibilidade de imposição de multa diária (astreintes) a ente público, para compeli-lo a fornecer medicamento à pessoa desprovida de recursos financeiros”.

Com efeito, tais parâmetros de julgamento sedimentados pelo STJ tiveram por finalidade conferir maior previsibilidade às decisões judiciais em primeira instância, bem como maior efetividade às medidas indutivas para o cumprimento de decisões judiciais que determinem ao Poder Público o fornecimento de medicamentos.

2.5. CONCLUSÃO PARCIAL

No contexto do aumento crescente da expectativa de vida da população, da burocracia estatal dos procedimentos para a incorporação de novas tecnologias em saúde ao SUS, do surgimento e diagnóstico terapêutico de novas doenças, dos interesses da indústria farmacêutica, da obrigação de proteção da saúde individual e coletiva pelo Poder Público frente aos novos medicamentos introduzidos no mercado sem comprovação prévia da segurança, eficácia e qualidade dos produtos, da necessidade de se assegurar a operacionalidade das ações e serviços de saúde do SUS, notadamente em relação às diretrizes da universalidade, integralidade e equidade, do crescimento considerável da judicialização da saúde e da escassez de recursos públicos, as discussões sobre a justiciabilidade e concretização do direito fundamental social à saúde representam um dos principais desafios para o Poder Judiciário na atualidade.

Da garantia da inafastabilidade da jurisdição constitucional na efetivação de direitos individuais e da necessidade de concretização de políticas públicas coletivamente consideradas decorrem a imposição de equacionamento entre as dimensões objetiva e subjetiva do direito fundamental social à saúde, bem como entre a titularidade individual, coletiva e difusa para a exigibilidade de medicamentos do Poder Público.

Tais questões por si só já evidenciam que a judicialização das políticas públicas de saúde passou a ser um “problema” a ser enfrentado pelo Poder Judiciário, com reflexos diretos sobre as pretensões individuais de saúde dos cidadãos, sobre as políticas públicas

coletivamente consideradas e no tocante à própria sustentabilidade das ações e serviços de saúde do SUS.

A aproximação entre os sistemas de justiça e de saúde, inaugurada pela Audiência Pública nº 04/2019 pelo STF, seguido pelo CNJ e posteriormente pelo STJ, buscou identificar falhas nas políticas públicas de saúde e na judicialização da saúde, como forma de buscar uma maior racionalização das demandas de saúde e um aprimoramento das decisões judiciais com base em evidências técnico-científicas, especialmente nos PCDT.

Neste cenário de busca por previsibilidade, segurança jurídica, razoabilidade e proporcionalidade das decisões judiciais, a adoção de parâmetros judiciais gerais para resolução de demandas de saúde teve início num primeiro momento sob a forma de decisão sem caráter vinculante (STA 175 - AgR/CE) ou de recomendações administrativas do CNJ (Recomendações nº 31/2010 e nº 36/2011).

No entanto, pressionado pela função de uniformização da jurisprudência atribuída ao STF e STJ e pela natureza administrativa do CNJ, esta última voltada à dimensão estrutural e coletiva do problema afeto à judicialização da saúde, num segundo momento a parametrização do direito à saúde passou a ser proposta por meio de decisões com força vinculante (Temas 500 e 793 do STF e Temas 84, 98, 106 e 686 do STJ) e de resoluções administrativas do CNJ de caráter vinculante (Resoluções nº 107/2010, nº 238/2016 e nº 461/2022) para os Tribunais de Justiça e Tribunais Regionais Federais⁴⁵, cujo fato deixa evidente a dimensão e a complexidade do problema relativo à judicialização da saúde e a necessidade de busca pelo judiciário de medidas tendentes à efetivação de uma macrojustiça social.

Diante disso, o protagonismo do STF, CNJ e STJ no estabelecimento de parâmetros decisórios gerais para demandas judiciais resultou na elaboração de políticas judiciárias na resolução de conflitos de saúde.

Por fim, o estabelecimento de balizas gerais e pautas objetivas para a concessão de prestações materiais de saúde indicam a preocupação do STF, STJ e CNJ na adoção de uma postura mais pragmática e consequencialista das decisões das instâncias inferiores do Poder

⁴⁵ Para Natália Pires de Vasconcelos, “a consolidação do próprio CNJ como uma instituição do STF de gestão dos serviços de justiça como um todo se traduziu, no caso da saúde, em uma maior obrigatoriedade das ‘recomendações’ de 2010, que logo passaram a ser formuladas em resoluções posteriores como ‘exigências’ às justças pelo país. O nível de implementação das medidas, contudo, varia de Estado para Estado, já que o CNJ não se responsabiliza pela organização ou financiamento destas iniciativas”. (2020, pág. 99).

Judiciário em matéria de saúde, fundadas em elementos de caráter científico, notadamente na medicina com base em evidências.

O capítulo seguinte tem por objetivo descrever o comportamento dos atores processuais envolvidos na judicialização da assistência farmacêutica no Município de Manhuaçu, a fim que se possa ser posteriormente discutida e avaliada a correspondência e o grau de adesão de cada um dos integrantes do sistema de justiça às estratégias judiciais e administrativas do STF, STJ e CNJ para uma melhor gestão e racionalização da judicialização da saúde.

3. DEMANDAS JUDICIAIS ENVOLVENDO O FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS NO MUNICÍPIO DE MANHUAÇU

3.1. METODOLOGIA DE PESQUISA

Diante da consagração expressa de direitos sociais pela CRFB/88, da força normativa da Constituição e do reconhecimento da dupla dimensão dos direitos fundamentais⁴⁶, a sindicabilidade das políticas públicas, compreendidas como programas de ação governamental juridicamente regulados por processos tendentes ao atingimento de resultados sociais relevantes e politicamente determinados (BUCCI, 2006, pág. 39), passou a fazer parte da cultura da judicialização de direitos sociais prestacionais, bem como a integrar diariamente os debates acadêmicos e a pauta dos tribunais superiores, especialmente do STF em razão da atribuição da dimensão política da jurisdição constitucional⁴⁷.

Neste ponto, sem prejuízo da importância de outros direitos fundamentais sociais consagrados no art. 6º da CRFB/88, a exemplo do direito à educação, moradia, creche, dentre outros, é incontroverso na literatura o fato de que as políticas públicas de saúde são as mais judicializadas no Brasil (CUEVA, 2019, pág. 01).

Em consulta ao Painel Judicialização da Saúde, mantido pelo CNJ, verifica-se que no ano de 2020 foram distribuídas 207.360 novas demandas envolvendo saúde pública, cujo número subiu exponencialmente para 243.210 ações no ano de 2021, já contando com 174.450 novas ações judiciais até julho do ano de 2022⁴⁸.

Além disso, segundo relatório do CNJ (BRASIL, 2021, pág. 31) e pesquisa do IPEA⁴⁹, dentre as ações judiciais designadas pela classe processual “judicialização da saúde”,

⁴⁶ Acerca da dupla dimensão dos direitos fundamentais, do reconhecimento da fundamentalidade do direito social à saúde se extraem posições jurídico-subjetivas a prestações materiais do Estado, ligadas ao mínimo existencial, cujas pretensões, quando não satisfeitas adequadamente pelo Poder Público por meio da formulação e execução de políticas públicas, têm levado à exigibilidade do direito social por meio da judicialização da saúde, principalmente numa perspectiva individual. Além disso, é possível constatar também a dimensão objetiva do direito à saúde, aqui incluído o acesso a medicamentos essenciais, a qual impõe ao Estado deveres jurídicos expressos e implícitos de proteção a direitos fundamentais, mediante a implementação de políticas públicas de saúde coletivas, independente do exercício das posições jurídico-subjetivas pelos titulares dos direitos.

⁴⁷ Registre-se que a possibilidade de intervenção do Poder Judiciário em tema afeto à implementação de políticas públicas já havida sido expressamente reconhecida pelo STF no ano de 2004, notadamente por meio da dimensão política da jurisdição constitucional (ADPF 45 MC/DF). Além, disso por ocasião do julgamento da STA 175-AgR/CE, a Suprema Corte reiterou tal entendimento, dessa vez afirmando a possibilidade de a jurisdição constitucional vir a garantia do direito à saúde por meio do fornecimento de medicamento ou de tratamento imprescindível para o aumento da sobrevivência e a melhoria da qualidade de vida do paciente.

⁴⁸ Consulta realizada diretamente no sítio eletrônico do Painel da Judicialização da Saúde, mantido pelo Conselho Nacional de Justiça. Disponível em: <<https://paineisanalytics.cnj.jus.br/single/?appid=a6dfbee4-bcad-4861-98ea-4b5183e29247&sheet=87ff247a-22e0-4a66-ae83-24fa5d92175a&opt=ctxmenu,cursel>>. Acesso em: 11 nov. 2022.

⁴⁹ Segundo pesquisa do IPEA, considerando o conjunto de ações judiciais, observa-se que a principal demanda relativa ao SUS é por medicamentos (VIEIRA, 2020, pág. 28).

os processos envolvendo o fornecimento de medicamentos ocupam lugar de destaque nas diversas instâncias da jurisdição nacional, posição esta expressada pelo crescimento exponencial do número anual de ações judiciais demandando contra o Poder Executivo nos três níveis da federação a adjudicação de fármacos, constantes ou não das listas e protocolos clínicos do SUS, “sendo a assistência farmacêutica uma das áreas mais problemáticas e assíduas no debate sobre o direito à saúde” (FERRAZ, VIEIRA, 2009, pág. 228), cujos fatores justificam, do ponto de vista metodológico, o recorte temático da pesquisa tão somente à análise da “judicialização do fornecimento de medicamentos”.

A pesquisa utilizou-se do método dedutivo para análise e contextualização da política pública de dispensação de medicamentos, bem como para a aferição da aplicação do Direito à Saúde pelos parâmetros decisórios estabelecidos pelo STF, STJ e CNJ, além de sua observância ou não pelas partes processuais e juízes em primeira instância de jurisdição, estes últimos por meio da análise empírica de processos judiciais.

Palma, Feferbaum e Pinheiro⁵⁰ apontam que trabalhos mais aprimorados envolvendo análise de jurisprudência “(...) tendem a apresentar o referencial teórico utilizado, o que geralmente se faz por meio de revisão bibliográfica pertinente ao assunto estudado empiricamente.” Os autores salientam ainda que a etapa de abordagem teórica tem por objetivo “(...) contextualizar a pesquisa, indicando em qual ordem de debates ela se insere e como os seus resultados contribuirão para essa agenda”.

Num primeiro momento (capítulos 1 e 2) foi realizada pesquisa de natureza documental por meio da revisão de literatura disponível sobre política pública de dispensação de medicamentos essenciais e judicialização da saúde, esta última com enfoque especialmente nas contingências e impactos decorrentes da judicialização do acesso a medicamentos.

Já neste segundo momento (capítulo 3) foi realizada pesquisa jurisprudencial⁵¹ descritivo-exploratória, com abordagem metodológica quanti-qualitativa, tendo por recorte temático as ações judiciais ajuizadas por cidadãos contra o Município de Manhuaçu referentes a pedidos de medicamentos essenciais⁵².

⁵⁰ PALMA, Juliana Bonacorsi de; FEFERBAUM, Marina; PINHEIRO, Victor Marcel. Meu trabalho precisa de jurisprudência? Como posso utilizá-la? In: QUEIROZ, Rafael Mafei Rabelo; FEFERBAUM, Marina (Coords.). Metodologia da pesquisa em direito: técnicas e abordagens para elaboração de monografias, dissertações e teses. 2ª. ed., 2ª Tir. São Paulo: Saraiva, 2019. p. 103.

⁵¹ Segundo Palma, Feferbaum e Pinheiro, (2019, pág. 101) “pesquisas de jurisprudência se voltam à análise de julgados, o que deve ser tomado de modo bastante amplo. Podemos considerar “julgado” qualquer decisão tomada por autoridade competente que, interpretando o Direito, emite um comando na tentativa de resolver o caso concreto que lhe é apresentado”.

⁵² Conforme já informado na introdução do estudo, o pesquisador ocupa o cargo de Promotor de Justiça do Ministério Público do Estado de Minas Gerais, titular da 4ª Promotoria de Justiça da Comarca de Manhuaçu, de

Para tanto, foi adotada como unidade de análise as ações judiciais distribuídas pelos cidadãos em face do Município de Manhuaçu, e eventualmente propostas em litisconsórcio passivo com o Estado de Minas Gerais, entre o período de junho/2019 a junho/2022, sobre as quais o Judiciário já se manifestou sobre pedidos individuais de fornecimento de medicamentos essenciais.

A pesquisa teve por recorte geográfico o Município de Manhuaçu, localizado no Estado de Minas Gerais, cujo ente federado foi escolhido pelos seguintes fatores:

Cuida-se de município localizado na região leste do Estado de Minas Gerais, mesorregião da Zona da Mata Mineira, com população estimada de aproximadamente 92 mil habitantes para o ano de 2021 (de acordo com o último censo realizado em 2010, Manhuaçu ocupava a 42ª posição de habitantes no Estado e 358ª posição no país), havendo uma ínfima predominância de residentes do sexo feminino (50,14%), cuja população com até 19 anos de idade representa cerca de 35,09% e, com mais de 60 anos, cerca de 9,57% da população local (BRASIL, 2008).

Quanto à economia local, Manhuaçu possui Produto Interno Bruto (2019) de R\$2.604.468,71 (43ª posição no Estado e 392ª posição no país), renda *per capita* anual (2019) de R\$28.865,10 (140ª posição no Estado e 1479ª posição no país) e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (2010) de 0,689 (292ª posição no Estado e 2199ª posição no país) (BRASIL, 2019).

A respeito do índice de mortalidade infantil, obtido pelo número de óbitos por mil nascidos vivos menores de 01 ano de idade em determinada localidade, Manhuaçu registrou as seguintes taxas 10 óbitos no ano de 2018 (BRASIL, 2018); 14 óbitos em 2019 (BRASIL, 2019); e 08 óbitos em 2020 (BRASIL, 2020).

Além de polo de uma Microrregião Sanitária, para a média complexidade, cujo hospital filantrópico local, conveniado ao SUS, é referência no atendimento da Rede de Urgência e Emergência para 23 (vinte e três) municípios, o Município de Manhuaçu integra a Macrorregião Sanitária Leste do Sul, para a alta complexidade.

No mês de fevereiro de 2022 a rede assistencial de atenção básica municipal contava com 22 (vinte e duas) equipes de Estratégia de Saúde da Família, cuja política pública de atenção primária apontava para uma cobertura de 100% (cem por cento) da população (BRASIL, 2022b).

Em consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)⁵³, no mês de abril de 2022 o Município Manhuaçu possuía outros 12 (doze) estabelecimentos de saúde do SUS⁵⁴ (rede própria), além de 01 (um) estabelecimento de saúde administrado pelo Estado de Minas Gerais e 01 (um) estabelecimento de saúde com administração conjunta por ambos entes federados. O município contava ainda com 16 (dezesesseis) entidades empresariais privadas de saúde, além de 02 (duas) entidades sem fins lucrativos (filantrópicas), todas conveniadas ao SUS (BRASIL, 2022a).

Relativamente à rede privada de saúde (não conveniada ao SUS) cadastrada no CNES, no mês de abril de 2022 o Município de Manhuaçu dispunha de 240 (duzentos e quarenta) entidades empresariais de saúde, 02 (duas) entidades sem fins lucrativos (filantrópicas), além de 295 (duzentas e noventa e cinco) pessoas físicas inscritas como prestadoras de serviço de saúde (BRASIL, 2022a).

Ademais, o Município de Manhuaçu possui Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde⁵⁵, cuja habilitação lhe confere a prerrogativa de gestão municipal de todas as unidades básicas de saúde, públicas ou privadas (lucrativas e filantrópicas) integrantes do SUS, localizadas no território municipal.

No que diz respeito ao Sistema de Justiça, Manhuaçu é sede de Comarca da Justiça Estadual, de entrância especial, a qual é integrada por outros 05 (cinco) municípios com população significativamente inferior. A Comarca não possui Defensoria Pública Estadual instalada (realidade esta da grande maioria das Comarcas do Estado de MG), cuja parte considerável dos atendimentos às demandas judiciais de saúde da população (hipossuficiente financeiramente ou não) são feitas pelo Ministério Público e pelo Núcleo de Defensoria Pública Municipal, ou levada diretamente ao conhecimento do Poder Judiciário pelos cidadãos, por meio do Juizado Especial da Fazenda Pública.

O Núcleo de Defensoria Pública Municipal, mantido pelo Município de Manhuaçu, conta com 02 advogadas no atendimento à população e no exercício das atribuições de natureza cível.

⁵³ Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Disponível em: <https://wiki.saude.gov.br/cnes/index.php/P%C3%A1gina_principal#Cadastro_Nacional_de_Estabelecimentos_de_Sa.C3.BAde_.28CNES.29>. Acesso em: 21 abr. 2022.

⁵⁴ Muito embora cadastrado no site do CNES como estabelecimento de saúde, para os fins metodológicos da presente pesquisa e por não guardar relação direta com a assistência à saúde humana, procedeu-se à exclusão do estabelecimento Clínica Veterinária Municipal Centro de Bem Estar Animal da relação de estabelecimentos próprios do SUS e administrados pela rede municipal.

⁵⁵ As condições, requisitos e prerrogativas para que os municípios se habilitem à Gestão Plena do Sistema Municipal de saúde são descritas na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS (NOB SUS 01/1996 e Portaria GM/MS nº 384/2003).

Já o Ministério Público da Comarca de Manhuaçu conta com 05 promotorias de justiça, cujas atribuições de Defesa da Saúde Pública são desempenhadas pela 4ª Promotoria de Justiça⁵⁶. Ademais, a Comarca de Manhuaçu é sede da 54ª Subseção da Ordem dos advogados do Brasil (OAB), contando com 910 advogados inscritos no referido órgão⁵⁷.

Os dados supramencionados evidenciaram a estrutura dos sistemas sanitário, político, socioeconômico e de justiça do Município de Manhuaçu, sendo aqueles extremamente significativos sobretudo quando comparados ao cenário brasileiro no qual a grande maioria dos municípios (68,2% ou 3.797)⁵⁸ contam com população inferior a 20 mil habitantes, em que o aparato estatal para a proteção e promoção de direitos fundamentais muitas das vezes se mostra insuficiente, quando não inexistente.

Em função disso, para os fins da pesquisa o Município de Manhuaçu se mostrou como representativo no contexto de municípios de médio porte do Estado de Minas Gerais (considerados com população próxima de 100 mil habitantes), cuja pesquisa empírica buscou apresentar conclusões sobre o funcionamento da política pública de assistência farmacêutica local, em relação ao perfil da judicialização da saúde para acesso a medicamentos e sobre a observância dos parâmetros jurisprudenciais e administrativos pelos juízes da Comarca de Manhuaçu, bem como por todos os atores responsáveis pela denominada “judicialização da saúde”.

Quanto ao recorte temporal, foram analisadas as ações judiciais visando ao fornecimento de medicamentos essenciais, distribuídas entre junho/2019 a junho/2022.

A escolha do mês de junho/2019 como marco inicial da pesquisa de campo se justificou tanto por ser tratar de período anterior a março de 2020 (ocasião na qual a Organização Mundial de Saúde descreveu como pandemia a grave crise de saúde pública desencadeada pelo vírus Sars-Cov-2), bem como pelo fato de ter sido a data a partir da qual as ações judiciais versando sobre medicamentos passaram a ser distribuídas no Juizado Especial Cível da Fazenda Pública de Manhuaçu exclusivamente pelo Sistema do Processo Judicial Eletrônico (PJe).

⁵⁶ Resolução CAPJ nº 1, de 22 de janeiro de 2018. Modifica as atribuições das Promotorias de Justiça da Comarca de Manhuaçu. Publicação: Diário Oficial Eletrônico do MPMG, edição do dia 23/01/2018. Disponível em: <<https://www.mpmg.mp.br/diariooficial/DO-20180123.PDF>>. Acesso em: 23 out. 2022.

⁵⁷ Consulta realizada no *site* da Ordem dos Advogados do Brasil em Minas Gerais. Disponível em: <<https://www.oabmg.org.br/consulta/home/comarca>>. Acesso em: 23 out. 2022.

⁵⁸ BRASIL. Agência IBGE. Notícias. Estimativas da população. Um em cada três brasileiros mora em 48 municípios com mais de 500 mil habitantes. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/25280-um-em-cada-tres-brasileiros-mora-em-48-municipios-com-mais-de-500-mil-habitantes>>. Acesso em: 21 abr. 2022.

A análise de período anterior a junho/2019 poderia acarretar prejuízo à coleta de dados, inclusive com a geração de falsos resultados, já que muitos dos processos físicos anteriores a esse período já foram arquivados definitivamente ou ainda estão em trâmite em segundo grau de jurisdição, cuja busca física junto à Turma Recursal de Muriaé/MG se tornaria inviável em razão do curto período de tempo para o desenvolvimento da pesquisa.

Apesar de a distribuição eletrônica (via PJe) das ações judiciais de medicamentos junto à 2ª Vara Cível de Manhuaçu ter se iniciado no ano de 2015, e perante a Vara da Infância e Juventude de Manhuaçu em maio/2020, para fins de uniformidade da coleta de dados foi adotada a mesma delimitação temporal, com a busca física em Secretaria Judicial de primeira e segunda instâncias dos processos da Vara da Infância e Juventude ajuizados entre junho/2019 a abril/2020.

A relação de processos a serem consultados foi obtida junto ao Juizado Especial Cível, Vara da Infância e Juventude e 2ª Vara Cível da Comarca de Manhuaçu, cujos juízos possuem competência⁵⁹ para análise e julgamento de ações envolvendo o fornecimento de medicamentos.

A esse respeito, em cumprimento às diretrizes do CNJ quanto à necessidade de os Tribunais promoverem a especialização de varas para processar e julgar ações que tenham por objeto o direito à saúde pública e para priorizar o julgamento dos processos relativos à saúde suplementar (Recomendação nº 43/2013 e Resolução nº 238/2016), por meio da Resolução TJMG nº 829/2016 e ressalvada a competência absoluta das Varas da Infância e Juventude para os feitos envolvendo saúde e a competência dos Juizados Especiais, o Tribunal de Justiça de Minas Gerais estabeleceu a competência prioritária da 2ª Vara de Fazenda Pública (onde houver mais de uma, e com a devida compensação) para conhecer e processar as ações que digam respeito à saúde pública e à saúde suplementar (MINAS GERAIS, TJMG, 2016).

A pesquisa teve também por recorte processual as ações judiciais distribuídas apenas contra o Município de Manhuaçu pleiteando o fornecimento de medicamentos básicos.

Esclarece-se desde já que algumas ações incluíram o Estado de Minas Gerais no polo passivo da ação na condição de litisconsórcio passivo facultativo. Porém, considerando que a coleta de dados teve por objetivo subsidiar a análise acerca do comportamento dos atores

⁵⁹ Para os fins da pesquisa não foram consultados processos da 1ª Vara Cível da Comarca de Manhuaçu já que, nos termos do artigo 3º da Resolução TJMG nº 829/2016, alterada pela Resolução do Órgão Especial nº 841/2017, “a competência prioritária para conhecer e processar as novas ações que dizem respeito ao direito à saúde suplementar será exercida, nas comarcas onde houver mais de uma vara de competência cível, pelo Juiz da 2ª Vara, com a devida compensação, na mesma proporção, da distribuição de novos feitos que envolvam matéria distinta”. Disponível em: <<http://www8.tjmg.jus.br/institucional/at/pdf/re08292016.pdf>>. Acesso em 24 maio 2022.

processuais integrantes do sistema de justiça sobre o funcionamento da política municipal de assistência farmacêutica, eventuais ações movidas contra o Estado de Minas Gerais não interessaram diretamente à pesquisa.

Além disso, não foram objeto de análise as ações judiciais visando ao fornecimento de medicamentos ajuizadas por cidadãos contra o Município de Manhuaçu em litisconsórcio passivo com a União (em trâmite na Subseção Judiciária Federal de Manhuaçu), haja vista que o estudo objetiva examinar o comportamento dos juízes estaduais no tocante à judicialização da saúde.

Para a construção da base dos processos judiciais em questão foi utilizado formulário padronizado, com posterior análise exploratória dos dados. O *software* Excel®, versão 2016, foi aplicado para a construção do banco de dados.

A consulta ao inteiro teor dos processos judiciais foi feita por meio da utilização do Sistema PJe, disponibilizado pelo Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, cujo acesso se deu através do Sistema de Registro Único (SRU-e, Versão 2.8.54.2, de 11/04/2022) do Ministério Público do Estado de Minas Gerais (acessível através do *site* <https://aplicacao.mpmg.mp.br/sru>).

O principal enfoque da pesquisa jurisprudencial foi a análise das petições iniciais, das contestações, dos principais documentos que instruem os processos judiciais, das decisões liminares e das sentenças, através dos quais pretendeu-se demonstrar o atual estado da arte quanto ao comportamento das partes processuais parciais e imparciais e dos juízes de primeira instância frente aos parâmetros decisórios em matéria de medicamentos estabelecidos pelo STF, STJ e CNJ, bem como a influência dos integrantes do sistema de justiça sobre o funcionamento da política pública municipal de assistência farmacêutica, de modo a se evidenciar o perfil da judicialização da saúde no município eleito paradigma.

Como variáveis de pesquisa⁶⁰ foram empregados os seguintes campos: 1) número e data de distribuição da ação; 2) juízo/vara de distribuição da ação; 3) representação do autor no Poder Judiciário e polo passivo; 4) sexo e idade da parte autora; 5) renda mensal⁶¹ do autor quando do ajuizamento da ação; 6) requerimento administrativo prévio; 7) origem do atendimento de saúde (SUS ou outros serviços); 8) diagnóstico principal da doença que fundamenta o pedido segundo a Classificação Internacional de Doença – 11ª Revisão (CID 11);

⁶⁰ As variáveis de pesquisa foram selecionadas tendo por referência o Manual Indicadores de Avaliação e Monitoramento das Demandas Judiciais de Medicamentos (PEPE; VENTURA, 2011).

⁶¹ A renda mensal dos autores foi analisada estritamente com base nas informações constantes dos processos judiciais, tendo por parâmetro o valor do salário-mínimo nacional vigente por ocasião do ajuizamento das respectivas ações judiciais.

9) medicamento(s) solicitado(s) classificado(s) pelos subgrupos terapêutico/farmacológico/substância química do Sistema de Classificação Anatómico Terapêutico e Químico (ATC); 10) prescrição pelo princípio ativo/nome genérico (DCB) ou pelo nome comercial; 11) registro na ANVISA⁶²; 12) consulta do medicamento na RENAME⁶³ (edições 2018, 2020 e 2022); 13) consulta do medicamento na REMUME; 14) existência de alternativa terapêutica no SUS; 15) prévia utilização/esgotamento da alternativa terapêutica do SUS sem resposta clínica; 16) existência de parecer técnico emitido por Junta Médica Oficial do Município de Manhuaçu (permanente ou temporária); 17) fundamentos da petição inicial; 18) documentos adicionais pensados ao processo, que não a prescrição de medicamentos e relatórios médicos; 19) exigência judicial de documentos/esclarecimentos adicionais para concessão de liminar/antecipação da tutela; 20) oitiva prévia do gestor da saúde antes da apreciação da medida de urgência; 21) fundamentos de defesa do ente público; 22) resultado da decisão liminar; 23) produção de outras provas em sede de instrução probatória; 24) resultado da sentença; 25) referência na decisão liminar/sentença aos parâmetros estabelecidos na STA-175AgR/CE, Temas 500 e 793 do STF, Resolução CNJ nº 31/2020, Pareceres/Notas Técnicas NAT-JUS e/ou Enunciados do Fonajus e Temas 84, 98, 106 e 686 do STJ; 26) referência à RENAME e/ou REMUME na decisão liminar/sentença; e 27) irresignação recursal e seus fundamentos jurídicos.

Os dados extraídos dos processos judiciais envolvendo fornecimento de medicamentos e utilizados para a pesquisa não permitiram a identificação das partes requerentes, dos médicos prescritores, dos membros do Ministério Público, dos advogados patrocinadores das respectivas ações ou dos juízes prolatadores das respectivas decisões.

Numa terceira e última etapa de análise documental, visando ao conhecimento da política pública municipal de medicamentos essenciais e, com amparo na Lei Federal nº 12.527/2011, solicitou-se ao Município de Manhuaçu a disponibilização das seguintes informações e documentos: 1) informações acerca de eventual legislação que discipline a REMUME de Manhuaçu, e suas alterações posteriores; 2) informações sobre eventual comissão

⁶² A verificação acerca da existência de registro na ANVISA foi realizada mediante consulta ao site da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, disponível em: <<https://consultas.anvisa.gov.br/#/medicamentos/>>.

⁶³ A presença do medicamento (concentração e apresentação farmacêutica prescrita) nas listas de medicamentos essenciais foi verificada por meio da consulta à Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. Para as ações judiciais ajuizadas entre junho/2019 e 28/11/2019 ter-se-á como referência os medicamentos constantes da RENAME 2018 (BRASIL, 2018), período da vigência da Portaria nº 3.733, de 22 de novembro de 2018. Para as ações judiciais ajuizadas entre 29/11/2019 e 08/12/2021 ter-se-á como referência os medicamentos constantes da RENAME 2020 (BRASIL, 2020), período da vigência da Portaria nº 3.047, de 28 de novembro de 2019. Por fim, para as ações judiciais ajuizadas entre 09/12/2021 e junho/2022 ter-se-á como referência os medicamentos constantes da RENAME 2022 (BRASIL, 2022), período da vigência da Portaria GM MS nº 3.435, de 08 de dezembro de 2021.

farmacoterápica permanente formalmente instituída para atualização de medicamentos constantes da REMUME, incluindo informações sobre sua composição e modo de funcionamento; 3) na ausência de comissão farmacoterápica permanente, o fornecimento de informações sobre a formação de comissão farmacoterápica provisória para a atualização da REMUME; e 4) cópia da Relação/Lista Municipal de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (atual).

A pesquisa não foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa por se tratar do uso de dados secundários, públicos e disponíveis no banco de dados do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais.

3.2. DESCRIÇÃO DOS ACHADOS DE PESQUISA

3.2.1. Processos judiciais distribuídos contra o Município de Manhuaçu no período de junho/2019 a junho/2022 envolvendo o fornecimento de medicamentos

Em análise às ações judiciais distribuídas em face do Município de Manhuaçu no período de junho/2019 a junho/2022, algumas propostas em litisconsórcio passivo com o Estado de Minas Gerais, sobre as quais o Judiciário já se manifestou sobre pedidos de fornecimento de medicamentos, foi possível obter os seguintes resultados:

Processos judiciais versando sobre o fornecimento de medicamentos

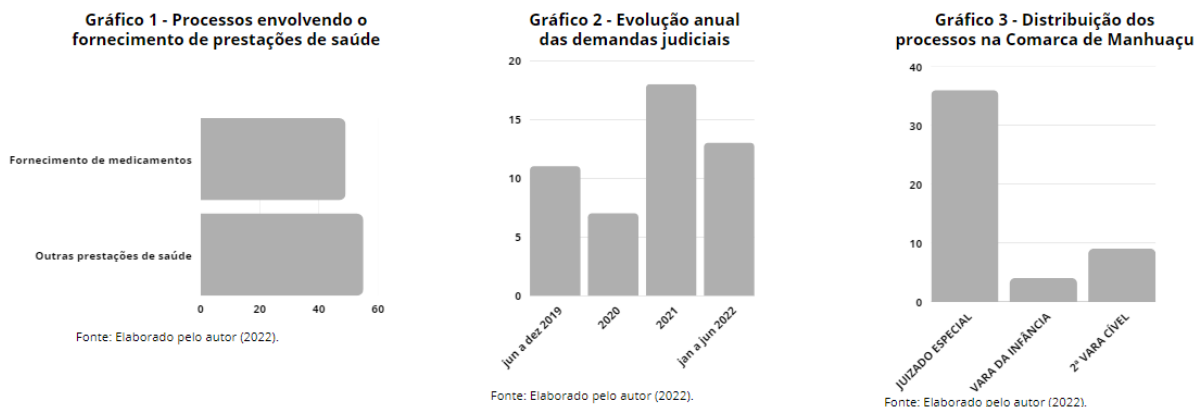
Do total de 104 processos movidos contra o Município de Manhuaçu envolvendo o fornecimento de prestações materiais (bens e serviços) de saúde, distribuídos no período objeto de estudo, restou constatada a existência de 49 (47,11%) ações judiciais versando sobre pedidos judiciais de fornecimento de medicamentos ajuizados contra o referido município.

Observou-se que foram ajuizadas 11 (22,44%) ações no período de junho a dezembro de 2019, 07 (14,28%) ações no ano de 2020, 18 (36,73%) ações no ano de 2021 e 13 (26,53%) só no período de janeiro a junho de 2022.

Todas as ações distribuídas versaram sobre pedidos individuais de medicamentos, não sendo constatada a existência de nenhuma ação de natureza coletiva.

A distribuição dos processos na Comarca de Manhuaçu se deu na proporção de 36 (73,46%) ações distribuídas para Juizado Especial Cível, 04 (8,16%) ações distribuídas para a Vara da Infância e Juventude e 09 (18,36%) ações distribuídas para a 2ª Vara Cível.

As informações supramencionadas podem ser sintetizadas pelos seguintes gráficos:



Desse total de 49 processos, 41 (83,67%) tiveram o formulário de construção da base preenchido na integralidade. Em 08 processos (16,32%) não foi possível o preenchimento total do referido formulário, haja vista que tais processos se encontravam pendentes de sentença ou aguardando prazo para eventual interposição de recurso. Não obstante isso, foram obtidas informações suficientes acerca das partes, da representação processual, das petições iniciais e contestações, doenças prevalentes, medicamentos requeridos e resultado das respectivas decisões provisórias.

Não foram incluídos na análise sobre a judicialização de medicamentos 02 processos judiciais específicos por versarem especificamente sobre pedidos de fórmulas alimentares.

A maioria das ações judiciais foi ajuizada por pessoas do sexo feminino (59,18%). Já a faixa etária dos requerentes variou entre 01 mês e 20 anos (8,16%), entre 21 e 40 anos (12,24%), entre 41 e 60 anos (26,53%) e entre 60 e 80 anos (42,85%), e acima de 80 anos (10,20%).

A renda mensal dos requerentes, analisada exclusivamente com base nas informações constantes de 25 (51,02% do total) processos judiciais foi de: menos de 01 salário-mínimo em 02 (8%) processos; 01 salário-mínimo em 15 (60%) processos; de 01 a 02 salários-mínimos em 06 (24%) processos; de 02 salários-mínimos em 01 (4%) processo; e acima de 03 salários-mínimos em 01 (4%) processo.

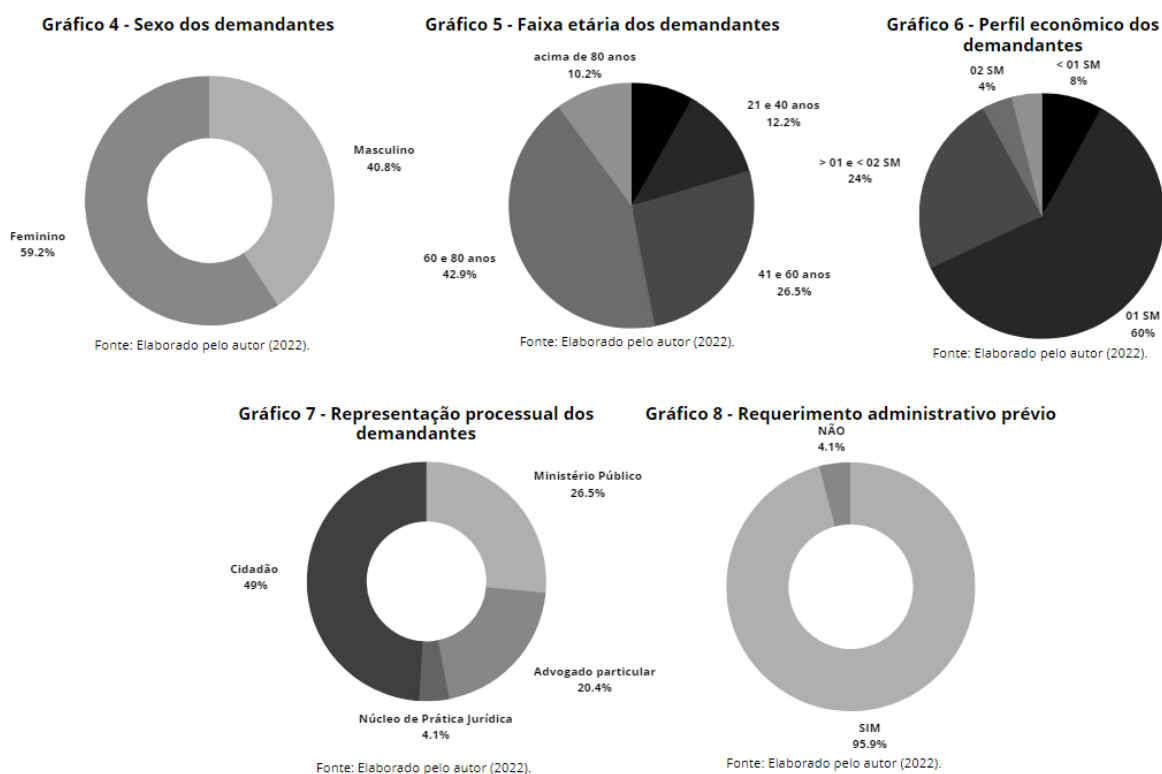
Sobre a representação da parte autora perante o Poder Judiciário, do total dos processos analisados, constatou-se que 13 (26,53%) ações foram ajuizadas pelo Ministério Público como substituto processual, 10 (20,48%) ações distribuídas por advogados particulares, 02 (4,08%) ações ajuizadas pelo Núcleo de Prática Jurídica vinculado ao Centro Universitário

Unifacig e 24 (48,97%) ações ajuizadas diretamente pelo próprio cidadão por meio do serviço de atermação no Juizado Especial Cível da Fazenda Pública. Não foram encontradas ações distribuídas pelo Núcleo de Defensoria Pública Municipal pleiteando o fornecimento de medicamentos no período objeto de estudo.

Notou-se que somente 02 (4,08%) processos não contavam com requerimento administrativo prévio formulado perante a Secretaria Municipal de Saúde de Manhuaçu.

Não foram encontrados nos processos objeto de análise no período de estudo nenhum parecer técnico emitido por Junta Médica Oficial ou Comissão Farmacoterápica do Município de Manhuaçu (permanente ou temporária) para a solução de divergências administrativas envolvendo pleitos de fornecimento de medicamentos não padronizados pelo SUS e não constantes da RENAME ou REMUME.

Os gráficos abaixo resumem os dados em referência:



Medicamentos judicializados

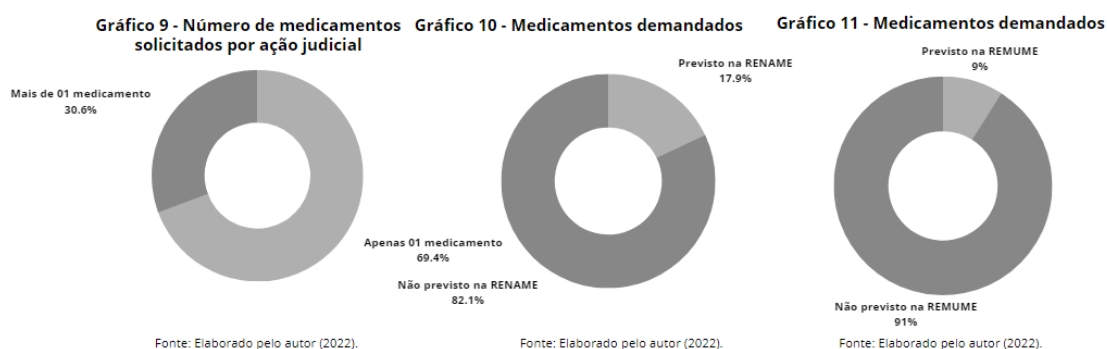
Em relação aos medicamentos requeridos judicialmente, classificados pelos subgrupos terapêutico/farmacológico/substância química do Sistema de Classificação

Anatômico Terapêutico e Químico (ATC), verificou-se que 15 (30,61%) do total de 49 processos analisados versavam sobre pedidos de mais de um medicamento.

Do total de 78 medicamentos requeridos judicialmente, 64 (82,05%) não constavam da RENAME, edições 2018, 2020 e 2022, ao passo que 71 (91,02%) medicamentos judicializados não constavam da REMUME de Manhauçu.

Quanto aos medicamentos previstos na RENAME e na REMUME, 14 medicamentos referiam-se a fármacos para os quais o uso requerido judicialmente não era autorizado pela ANVISA (*off label*); em 01 ação judicial versando sobre pedido de medicamento constante da RENAME houve desistência do pedido tão logo distribuída pela parte autora; 03 medicamentos constantes da RENAME foram judicializados sem prévio requerimento administrativo como meio de comprovar a negativa do seu fornecimento; por fim, 02 medicamentos constantes da REMUME foram judicializados, porém com pedido de fornecimento de dosagens diferentes da fornecida pelo município.

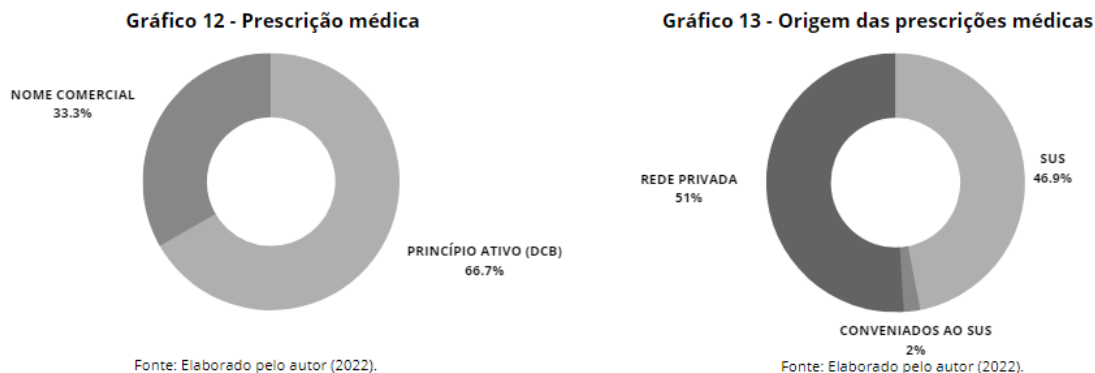
Os gráficos abaixo sintetizam as informações sobre o número de medicamentos requeridos em cada ação judicial e sua respectiva previsão na RENAME e REMUME:



No diz que diz respeito à prescrição médica, do universo de 78 medicamentos solicitados nas ações judiciais apurou-se que 52 (66,66%) dos medicamentos constantes do Relatório Médico para Judicialização do Acesso à Saúde foram prescritos pelo princípio ativo/nome genérico (DCB), enquanto que 26 (33,33%) dos medicamentos foram prescritos pelo nome comercial. Todos os medicamentos objeto das ações judiciais possuíam registro na ANVISA.

Sobre as prescrições médicas encontradas nos processos, 23 (46,93%) foram originadas do SUS, 01 (2,04%) de serviços complementares (conveniados ao SUS) e 25

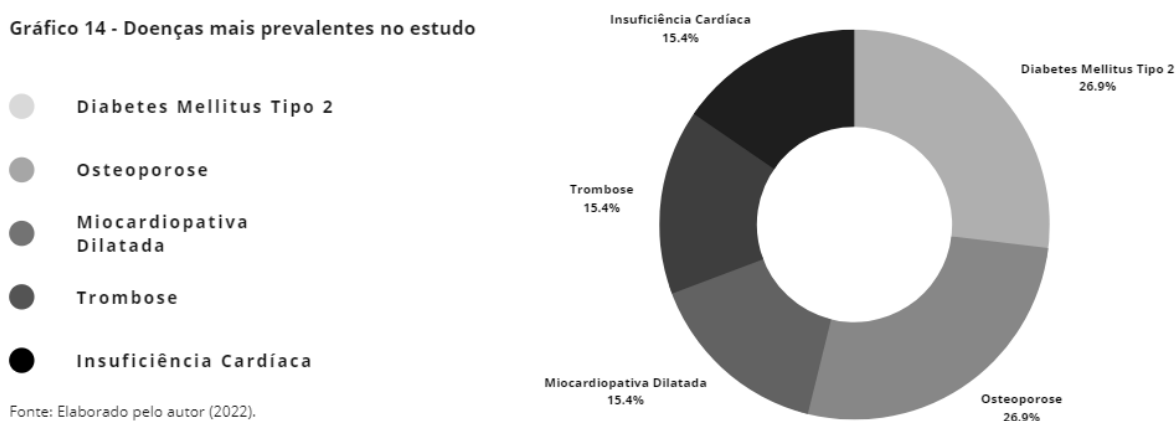
(51,02%) da rede privada, cuja informação considerada foi aquela constante do item 3.1.⁶⁴ do Relatório Médico para Judicialização do Acesso à Saúde.



Em todos os processos analisados foi verificada a existência de diagnóstico médico da doença de acordo com a Classificação Internacional de Doença – 11ª Revisão (CID 11), sendo usada a categoria diagnóstica principal constante dos Relatórios Médicos para Judicialização do Acesso à Saúde coletados dos autos processuais.

A doenças mais prevalentes foram Diabetes Mellitus Tipo 2 e Osteoporose (doenças recorrentes 07 processos, cada uma), acompanhadas das doenças Miocardiopatia dilatada, Trombose e Insuficiência cardíaca (doenças recorrentes em 04 processos, cada uma).

Gráfico 14 - Doenças mais prevalentes no estudo

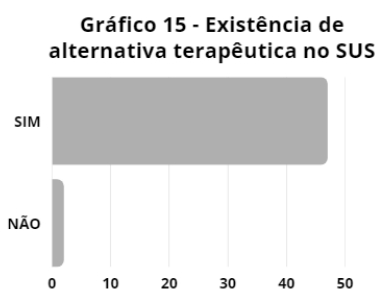


Relativamente aos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do SUS, em 47 (95,91%) processos foi constatada a existência de alternativa terapêutica fornecida pelo SUS.

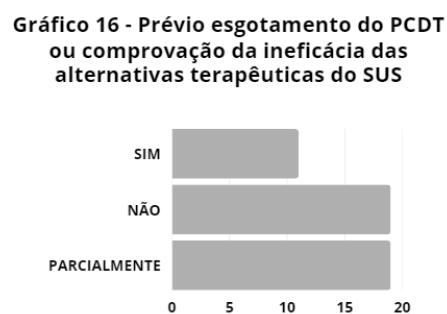
⁶⁴ **3. Sobre a forma de atendimento**

3.1. Trata-se de paciente atendido pela Saúde Pública (____) ou Saúde Suplementar (____) (...)

Já quanto ao prévio esgotamento dos PCDT ou à comprovação da ineficácia das alternativas terapêuticas disponibilizadas pelo SUS antes do ajuizamento da ação, foi possível extrair dos Relatórios de Judicialização da Saúde e dos ofícios/respostas da Secretaria Municipal de Saúde de Manhuaçu as seguintes informações a respeito do prévio esgotamento das alternativas terapêuticas: **sim** 11 (22,44%); **parcialmente** 19 (38,77%); e **não** 19 (38,77%).



Fonte: Elaborado pelo autor (2022).



Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Representantes jurídicos

Em todas as petições iniciais foi requerida a antecipação dos efeitos da tutela, consistente no fornecimento imediato do medicamento requerido contra do Município de Manhuaçu.

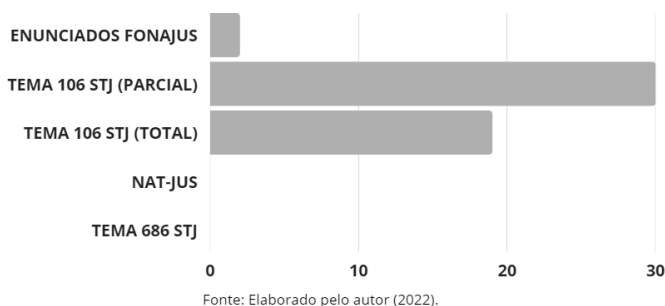
Os principais fundamentos das petições iniciais que embasaram os pedidos dos autores foram: a saúde como direito fundamental de aplicação imediata e dever do Estado (em 100% das petições iniciais); a necessidade de implementação de políticas públicas para a prestação das ações e serviços de saúde (em 83,67% das petições iniciais); a solidariedade entre os entes federados quanto ao fornecimento de medicamentos (em 91,83% das petições iniciais); o prévio esgotamento pelo paciente das alternativas terapêuticas (em 34,69% das petições iniciais); e a necessidade de bloqueio de valores do Poder Público (em 34,69% das petições iniciais) e de aplicação de multa (em 93,87% das petições iniciais) para assegurar o cumprimento judicial da obrigação de fornecimento de medicamentos.

Gráfico 17 - Principais fundamentos das petições iniciais



O apontamento quanto à existência de Enunciados do FONAJUS a amparar o pedido de dispensação judicial de medicamentos constou de apenas 4,08% das petições iniciais. Já a menção ao preenchimento integral dos requisitos definidos no Tema 106 do STJ constou de 38,77% das petições iniciais, enquanto se verificou a referência parcial a tais critérios em 61,22% das petições iniciais. Nenhuma das petições iniciais fez referência às Notas Técnicas e/ou Pareceres prévios do Nat-Jus relativos ao medicamento pleiteado em Juízo. Por fim, nenhum dos autores fez referência ao Tema 686 do STJ.

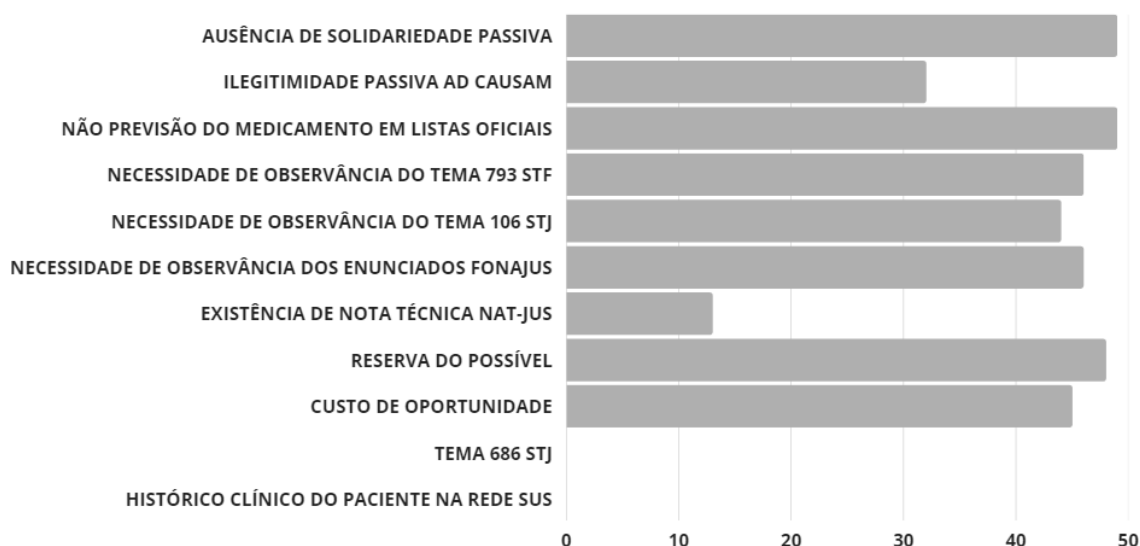
Gráfico 18 - Referências aos parâmetros da Judicialização da Saúde nas petições iniciais



Quanto à defesa em Juízo, constatou-se que o Município de Manhuaçu apresentou contestação em 89,47% dos processos nos quais foi citado, tendo o ente público deixado de apresentar defesa em 04 processos. Os principais fundamentos de defesa do Município de Manhuaçu e presentes nas contestações foram: a ausência de solidariedade entre os entes públicos no fornecimento de medicamentos (em 100% das contestações) e a sua ilegitimidade passiva *ad causam* (em 64,70% das contestações); a não previsão do medicamento solicitado nas Relações de Medicamentos Essenciais dos Poderes Públicos (em 100% das contestações); a necessidade de observância dos parâmetros definidos pelo STF no

Tema 793 (em 94,11% das contestações) e pelo STJ no Tema 106 (em 91,17% das contestações); a inobservância pela parte requerente dos Enunciados do FONAJUS (em 94,11% das contestações); a existência de Nota Técnica do Nat-Jus no processo sugerindo o não fornecimento do medicamento requerido em Juízo (em 26,47% das contestações); a reserva do possível como limitação de recursos orçamentários a serem aplicados na Assistência Farmacêutica (em 97,05% das contestações); e o custo de oportunidade na aquisição de medicamentos para um único paciente quando comparado com a possibilidade de disponibilização dos medicamentos já incorporados ao SUS a um maior número de pacientes (em 91,17% das contestações). Nenhuma das contestações fez alusão ao Tema 686 do STJ.

Gráfico 19 - Principais fundamentos das contestações



Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

O Município de Manhuaçu não fez qualquer menção nas contestações ou sequer juntou aos processos o histórico de acompanhamento/tratamento do paciente perante o sistema de saúde pública municipal.

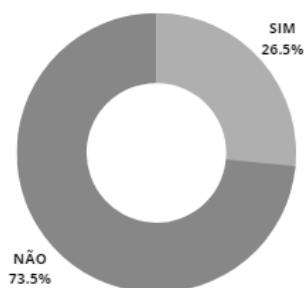
Em sede de instrução probatória não houve produção de outras provas por qualquer das partes processuais, ou a determinação da sua produção de ofício pelo magistrado.

Em nenhum dos processos ajuizados o Poder Judiciário procedeu à oitiva prévia do Gestor da Saúde ou da Procuradoria Jurídica do Município de Manhuaçu antes da apreciação das medidas de urgência.

As partes apresentaram documentos adicionais, que não a prescrição médica e relatórios médicos do estado de saúde do paciente, em apenas 13 (26,53%) processos.⁶⁵

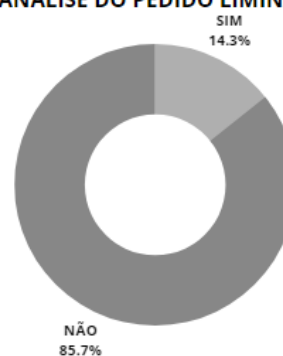
Ademais, observou-se que apenas 07 (14,28%) processos contiveram exigência judicial de juntada de documentos/esclarecimentos adicionais pela parte autora para análise do pedido liminar/antecipação dos efeitos da tutela.

Gráfico 20 - APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS ADICIONAIS PELAS PARTES



Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Gráfico 21 - EXIGÊNCIA JUDICIAL DE JUNTADA DE DOCUMENTOS ADICIONAIS PELAS PARTES PARA ANÁLISE DO PEDIDO LIMINAR



Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Por último, na condição de parte imparcial, o Ministério Público interveio como *custos legis* em 01 ação distribuída na Vara da Infância e Juventude e 02 ações distribuídas sob a forma de mandado de segurança. Na primeira ação, o Ministério Público deixou fundamentadamente de requerer a produção de outras provas, enquanto nas outras duas ações a dilação probatória não se mostrava cabível ante a natureza do procedimento. Nas 03 ações em referência, o Ministério Público ofertou parecer contrário aos interesses da parte requerente.

Decisões judiciais e recursos em 1ª instância de jurisdição

Os resultados envolvendo pedidos de concessão de liminares em 1ª instância mostraram que dos 36 processos com decisão liminar apreciada: 14 (38,88%) processos tiveram o pedido de antecipação dos efeitos da tutela integralmente concedido; 01 (2,77%) processo com antecipação dos efeitos da tutela parcialmente concedido; e 21 (58,33%) dos processos tiveram pedido de antecipação dos efeitos da tutela indeferido.

⁶⁵ Foram considerados documentos adicionais todos aqueles relativos ao estado de saúde do paciente, tais como resultados de exames laboratoriais, de imagem, históricos de atendimento médico na rede SUS ou rede privada, dentre outros.

Quanto ao resultado final dos processos em 1ª instância, do total de 29 processos com o mérito analisado, verificou-se que: 15 (51,72%) pedidos foram julgados integralmente procedentes; e 14 (48,27%) pedidos foram julgados improcedentes. Além disso, 09 processos foram extintos sem resolução do mérito; em 03 processos houve decisão declinando da competência para a Justiça Federal para processamento e julgamento da causa; e 07 processos encontram-se pendentes de sentença de mérito.

Gráfico 22 - RESULTADOS DE DECISÕES LIMINARES

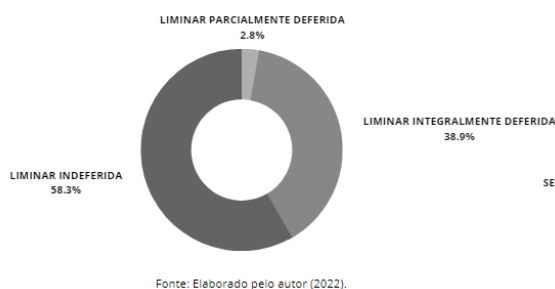
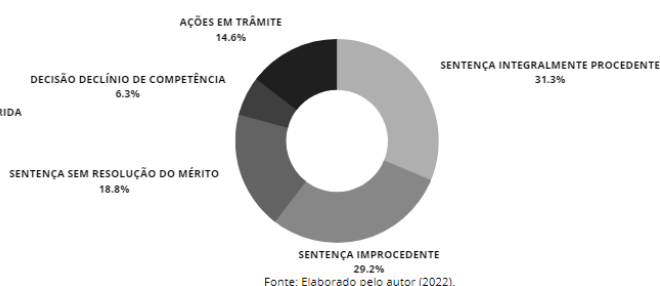


Gráfico 23 - RESULTADOS DE DECISÕES/SENTENÇAS



Sobre a observância da parametrização do Direito à Saúde definidas pelo STF, do total de processos com decisões liminares e sentenças proferidas foi possível extrair os seguintes dados: a STA 175-AgR/CE e o Tema 793 do STF foram citados expressamente em 01 (2,77%) e 02 (5,55%) decisões liminares, respectivamente; e em 02 (5,40%) e 17 (43,58%) sentenças, respectivamente. Ademais, houve referência expressa ao Tema 500 do STF em apenas 01 (2,77%) decisão liminar e em 03 (8,10%) sentenças de mérito.

No que diz respeito às estratégias de judicialização da saúde estabelecidas pelo CNJ, a Recomendação nº 31/2010 foi mencionada expressamente em 24 (66,66%) das decisões liminares apreciadas e em 03 (8,10%) das sentenças de mérito proferidas. Por sua vez as Notas Técnicas/Pareceres NAT-JUS foram utilizadas como fundamento de decidir em 26 (72,22%) das decisões liminares apreciadas e em 14 (37,83%) das sentenças de mérito. Por fim, os Enunciados do Fórum do Judiciário para a Saúde constaram de 24 (66,66%) decisões liminares apreciadas e de 13 (35,13%) sentenças de mérito.

Quanto aos parâmetros decisórios para a judicialização de medicamentos definidos pelo STJ em sede de Recursos Repetitivos, apurou-se a referência expressa ao Tema 106 (REsp 1.657.156/RJ) em 06 (16,66%) decisões liminares e em 13 (35,13%) sentenças; ao Tema 84 (REsp 1.069.810/RS) em 08 (42,10%) sentenças procedentes; e ao Tema 98 (REsp 1.101.725/RS) em 05 (26,31%) sentenças. O Tema 686 foi citado expressamente apenas em uma sentença de mérito, não havendo qualquer referência a ele em decisões liminares.

A referência expressa à **RENAME** nas decisões judiciais foi encontrada somente em 12 (33,33%) das decisões liminares proferidas, além de referenciada apenas em 13 (35,13%) das sentenças. Não foram localizadas referências expressas à **REMUME** de Manhuaçu nas decisões ou sentenças judiciais analisadas.

A referência à parametrização do Direito à Saúde nas decisões liminares e nas sentenças pode ser sintetizada pelos gráficos 24 e 25 a seguir:

Gráfico 24 - Referência à parametrização do Direito à Saúde nas decisões liminares

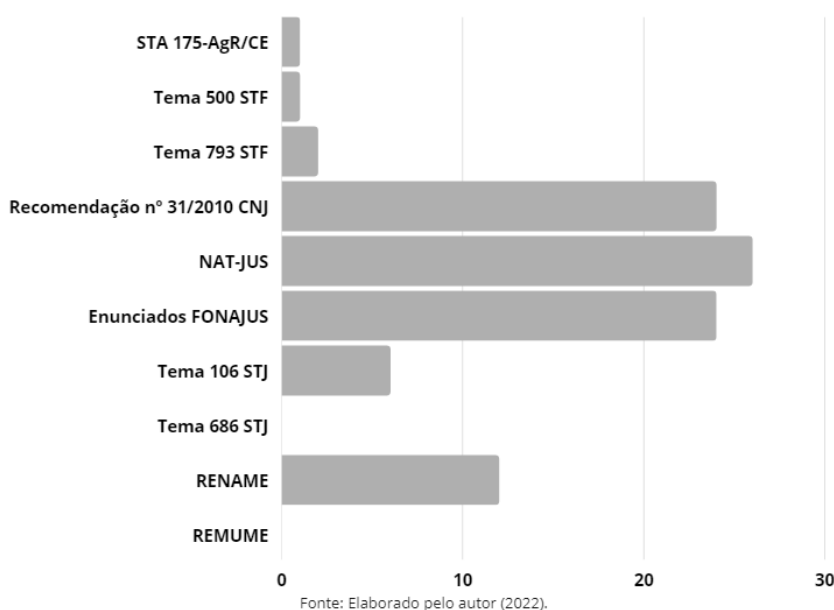
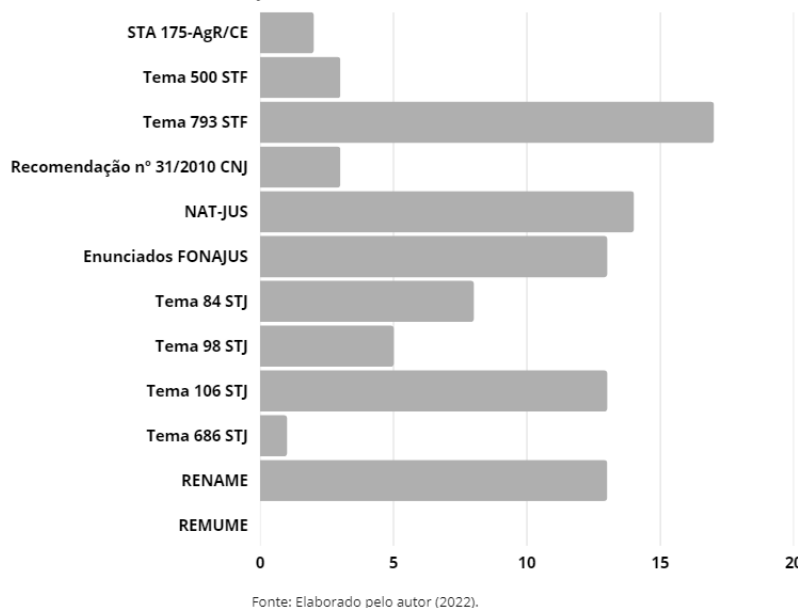


Gráfico 25 - Referência à parametrização do Direito à Saúde nas sentenças



Sobre as sentenças de mérito improcedentes, houve recurso de apelação da parte autora em 06 (28,57%) processos, cujos fundamentos de recursos se resumiram ao: princípio

da integralidade do atendimento à saúde; obrigação do Poder Público de fornecer os medicamentos necessários ao quadro de saúde do paciente; responsabilidade solidária entre todos os entes públicos na assistência à saúde; superioridade terapêutica do medicamento pleiteado em comparação com o disponibilizado pelo SUS; ineficácia dos medicamentos fornecidos pelo SUS; necessidade do paciente provada por prescrição médica; e prescrição/receita médica como prova suficiente da necessidade de fornecimento do medicamento ao paciente.

Sobre as ações ajuizadas pelo próprio cidadão por meio do serviço de atermagem no Juizado Especial da Fazenda Pública, percebeu-se que nos 06 processos em que o pedido de medicamento foi julgado improcedente no mérito, bem como em um 01 processo no qual o pedido foi julgado parcialmente procedente, não houve apresentação de recursos pelos requerentes à Turma Recursal.

Já o Município de Manhuaçu recorreu de 06 (66,66%) das sentenças que determinaram ao ente público o fornecimento do medicamento pleiteado na ação. Os recursos atacaram as decisões judiciais sob os seguintes fundamentos: não observância das informações constantes da Nota Técnica NAT-JUS (constante apenas de 04 recursos); não preenchimento dos parâmetros estabelecidos pelo STJ no Tema 106; a existência de alternativa terapêutica fornecida pelo SUS; e a ausência de comprovação da superioridade terapêutica do medicamento solicitado quando comparado com aquele já disponibilizado pelo SUS.

No tocante às sentenças de mérito proferidas sem amparo em evidências científicas, sejam aquelas fornecidas pelo Nat-Jus ou apresentadas pelas próprias partes no processo, verificou-se que o Município de Manhuaçu deixou de recorrer de 03 (100%) sentenças.

Quanto à parte imparcial no processo, considerando o teor do parecer ofertado na condição de *custos legis*, o Ministério Público deixou de recorrer em 02 (100%) das ações julgadas procedentes em favor da parte autora.

3.2.2. A Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do Município de Manhuaçu/MG

A Assistência Farmacêutica tem por objetivo garantir o acesso e equidade da população local a medicamentos essenciais e promover seu uso racional por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo (BRASIL, 2004), sendo que a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais se configura instrumento essencial à

racionalização das ações da Assistência Farmacêutica, notadamente no que diz respeito ao uso racional de medicamentos.

Em consulta realizada junto à Coordenação de Assistência Farmacêutica de Manhuaçu/MG obteve-se os seguintes dados acerca da política pública de dispensação de medicamentos essenciais:

O Município de Manhuaçu não contava em maio de 2022 com legislação instituidora da REMUME, existindo apenas protocolos internos e definições de listagem básica elaboradas pelo Coordenador de Atenção Farmacêutica, juntamente com os responsáveis por cada um dos demais setores de saúde do município.

Inexistia também no âmbito municipal comissões farmacoterápicas provisória ou permanente formalmente constituídas para atualização periódica de medicamentos constantes da REMUME. Segundo informado pela Coordenadora de Assistência Farmacêutica, a instituição da referida comissão será objeto de discussão no bojo de projeto de lei dispendo sobre a Assistência Farmacêutica Municipal.

Extrai-se ainda da informação supramencionada a inexistência de comissão formalmente constituída para subsidiar o gestor da saúde quanto à dispensação ou não de medicamentos não inclusos nas listas do SUS e requeridos em sede administrativa.

Por fim, apesar de não contar com uma legislação formal instituidora da REMUME, para os efeitos desta última o Município de Manhuaçu utiliza-se da denominada de “Lista de Medicamentos Padronizados no Município de Manhuaçu” “Anexo Único”, a qual compreende 339 medicamentos ao total (sendo que destes, 63 medicamentos são dispensados por ordem judicial), apresentados em Ordem Alfabética, com sua Denominação Comum Brasileira (DCB), concentração/composição, forma farmacêutica, além da legenda alusiva ao órgão/setor de dispensação do respectivo fármaco.

O capítulo a seguir destina-se à discussão sobre o grau de conformação dos achados de pesquisa aos parâmetros judiciais para a resolução de demandas afetas ao fornecimento de medicamentos.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA

4.1. PERFIL DA POLÍTICA PÚBLICA E DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE ENVOLVENDO O FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE MANHUAÇU ENTRE JUNHO/2019 E JUNHO/2022

No presente estudo apresenta-se características do perfil da judicialização do fornecimento de medicamentos no Município de Manhuaçu e avalia-se o comportamento e grau de adesão dos atores processuais à parametrização do Direito à Saúde definidas pelo STF, STJ e CNJ.

Para a melhor compreensão do comportamento dos atores processuais envolvidos na judicialização do fornecimento de medicamentos é essencial entender o modo como vem se desenvolvendo a política pública de assistência farmacêutica no Município de Manhuaçu.

Inicialmente, verifica-se que o crescente número anual de ações judiciais versando sobre medicamentos no Município de Manhuaçu é coerente com mesmo o fenômeno ocorrente em outros municípios e Estados brasileiros, conforme evidenciado em estudo realizado em pequenos municípios do Estado do Mato Grosso do Sul (SANTOS-PINTO; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2015), no Município de Piracicaba/SP (FREITAS, QUELUZ, 2022), nos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Santa Catarina e Rio Grande do Sul (VASCONCELOS, 2021).

Um dado interessante diz respeito ao arrefecimento excepcional do número de distribuição de novas demandas no ano de 2020, cuja causa pode ser possivelmente atribuída ao fechamento das dependências do Fórum da Comarca de Manhuaçu ao público externo e à restrição administrativa quanto à circulação de pessoas em razão da Pandemia do Covid-19, já que tão logo à retomada gradativa das atividades jurisdicionais de forma presencial ou semi-presencial e à flexibilização parcial das medidas restritivas no ano de 2021 o aumento do número de distribuição de novas ações judiciais de medicamentos retomou sua escala de crescimento.

A respeito do crescimento expressivo do número de ações judiciais contra os municípios, Daniel Wang et al. (2014, pág. 1195) alertam que a “judicialização tende a causar um grande impacto na política de saúde dos municípios que, em regra, possuem menor capacidade para lidar com os custos e a imprevisibilidade advinda dos gastos em saúde ordenados judicialmente”.

Uma outra característica marcante do perfil da judicialização local diz respeito à natureza das demandas, já que a totalidade dos processos analisados disseram respeito a ações judiciais de índole individual buscando a concessão de prestações materiais de saúde, não havendo distribuição de ações de natureza coletiva no período objeto de estudo.

Vanessa Elias de Oliveira et al. (2016, pág. 78) relatam uma outra tensão presente na literatura sobre judicialização da saúde, a qual, fundada num diagnóstico crítico do problema, diz respeito à “descoberta de que existem mais ações individuais do que coletivas sendo ajuizadas e decididas no sistema judiciário”.

A temática envolvendo a litigiosidade de natureza individual *versus* natureza coletiva tem atraído a atenção de estudiosos no assunto, “cujo diagnóstico dado pela literatura que estuda judicialização do direito à saúde é baseado na ideia de que, quando um juiz decide sobre casos individuais, ele cria privilégios aos requerentes frente ao resto da população” (DE OLIVEIRA, NORONHA, 2016, págs. 79 e 80).

Por conseguinte, nos limites temporais do estudo o diagnóstico da judicialização local é revelador da existência de uma microlitigância passível de causação de prejuízos à realização da macrojustiça distributiva, fator este potencialmente gerador de iniquidades no sistema de saúde pelo sistema de justiça, notadamente pelo fato de favorecer aqueles que acessaram o judiciário para a obtenção de determinado fármaco não disponibilizado pelo SUS em detrimento daqueles usuários da política pública que optaram por não acessar o sistema de justiça, ou que não acessaram por desconhecimento informacional ou pela ausência de condições financeiras.

A maioria dos processos judiciais objeto desta pesquisa envolviam pedidos de medicamentos formulados por pessoas do gênero feminino, cujo perfil vai ao encontro de outros estudos realizados no Município de São João da Boa Vista/SP (CABRAL; RESENDE, 2015), no Município de Piracicaba/SP (FREITAS, QUELUZ, 2022) e no Estado do Rio Grande do Norte (COSTA OLIVEIRA, et al., 2021).

Para Vieira e Zucchi (2006, pág. 22) uma possível explicação para o maior número de processos judiciais movido por mulheres “seria sua maior consciência em relação à saúde, o que a motiva a sua maior disponibilidade procurar outros meios de garantir o fornecimento do medicamento que lhe foi prescrito”.

Em relação à faixa etária dos demandantes, a maior parte das ações foi ajuizada por pessoas adultas com idade entre 60 e 80 anos (42,85%), seguida de pessoas com idade entre 41 e 60 anos (26,53%), o que pode ser explicada pela natureza dos diagnósticos de doenças crônicas não transmissíveis e mais prevalentes no presente estudo, como a Diabetes Mellitus

Tipo 2 e Osteoporose (doenças recorrentes 07 processos, cada uma), acompanhadas das doenças Miocardiopatia dilatada, Trombose e Insuficiência cardíaca (doenças recorrentes em 04 processos, cada uma), cujo resultado é corroborado pelo recente estudo empírico de COSTA OLIVEIRA, et al. (2021).

Sobre a representação da parte autora perante o Poder Judiciário, no conjunto de processos analisados o dado que mais chamou a atenção foi que quase metade das ações judiciais versando sobre medicamentos foi distribuída pelo próprio cidadão (48,97%) diretamente no Juizado Especial da Fazenda Pública, enquanto o índice de representação da parte autora por advogado se mostrou baixo (20,48%) frente ao universo de ações pesquisadas e ao número de 910 advogados inscritos na 54ª Seção da OAB em Manhuaçu.

O ajuizamento de ações pelo Ministério Público (26,53%) na condição de substituto processual se deu no exercício de suas atribuições constitucionais nas Curadorias de Defesa da Infância e Juventude e do Idoso, assim como no exercício da atribuição atípica de proteção aos economicamente hipossuficientes, já que a Comarca de Manhuaçu não conta com Núcleo da Defensoria Pública Estadual.

O fato de nenhuma ação judicial ter sido ajuizada pela Defensoria Pública Municipal diverge dos estudos de Wang (2009a), Foly, Mattha e Shimoda (2016) e Costa Oliveira, et al. (2021), podendo, inclusive, sugerir falhas ou deficiências na prestação do serviço de assistência jurídica gratuita pelo Núcleo de Defensoria Pública Municipal, bem como apontar a existência de um potencial prejuízo causado à população hipossuficiente financeiramente em razão da ausência de instalação da Defensoria Pública Estadual, cujos indicadores sugerem uma ampla e aprofundada investigação em estudos futuros.

Por outro lado, a inexistência de ações ajuizadas pela Defensoria Pública Municipal no período do estudo pode até mesmo sinalizar a existência e funcionamento de “filtros” alinhados à parametrização do Direito à Saúde definida pelo STF, STJ e CNJ, tratando-se de matéria merecedora de uma agenda de pesquisa dada a sua relevância.

Um ponto interessante identificado dentro dos estritos limites da pesquisa diz respeito à hipossuficiência financeira do autor da ação que o impossibilite de arcar com os custos dos medicamentos prescritos e pleiteados em juízo.

Acerca da iniquidade acarretada pela judicialização da saúde, segundo Daniel Wang (2009b, pág. 53) “há na literatura recente, com forte embasamento empírico, que mostra que grande parte desses recursos acaba beneficiando aqueles já socialmente favorecidos, o que agravaria ainda mais as injustiças no que toca ao acesso a bens e serviços de saúde”.

Em estudo tendo por recorte o Município de São Paulo, Virgílio Afonso da Silva e Fernanda Vargas Terrazas (2011, págs. 19 e 21)⁶⁶, ao testarem a crença generalizada de que os tribunais são uma voz institucional alternativa para os pobres, que geralmente são marginalizados do processo político, e tendo por hipóteses as premissas de que decisões judiciais relativas ao direito a saúde beneficiam sobretudo os mais privilegiados, e que os tribunais não são uma voz institucional para o pobre, concluíram que, como o acesso à jurisdição pressupõe recursos financeiros, bem como acesso à informação, o Judiciário ainda estaria longe de ser uma voz institucional para os pobres.

Por outro lado, as impressões constatadas nesta pesquisa contrariaram⁶⁷ as evidências obtidas por Da Silva e Terrazas (2011) no trabalho supramencionado.

Ainda que limitado às informações financeiras comprovadas documentalmente pelos demandantes em 25 dos 49 processos analisados, as quais indicaram que a renda mensal dos requerentes era de menos de 01 salário-mínimo em 8% dos processos, 01 salário-mínimo em 60% dos processos, de 01 a 02 salários-mínimos em 24% dos processos, de 02 salários-mínimos em 4% dos processos, e acima de 03 salários-mínimos em apenas 4% dos processos, o presente estudo permitiu verificar que o Poder Judiciário se mostrou também como espaço institucional de participação democrática nas políticas públicas de saúde, especialmente para a classe social menos favorecida economicamente, através da reivindicação de prestações materiais de saúde não disponibilizadas pelo SUS.

Entretanto, não se mostra seguro e possível universalizar, ainda que restritamente ao recorte geográfico do estudo, a conclusão de que o Poder Judiciário se mostra também como espaço institucional acessível à parcela da população mais desprovida de

⁶⁶ As of a conclusion, we should return to the hypotheses formulated in section II of this paper. These hypotheses were an alternative view to the widespread belief stated in section I. This belief was: "courts are an alternative institutional voice for the poor, who are usually marginalized from the political process", and our hypotheses were: "(1) Judicial decisions concerning the right to health benefit the most privileged above all; (2) courts are not an institutional voice for the poor (at least not a current one)"
(...)

If our conclusion about our first hypothesis is right, i.e., if the judicial decisions concerning the right to health benefit above all the most privileged, then it is plausible to suppose that our second hypothesis is also correct, i.e., that courts are not an institutional voice for the poor (at least not an current one). The justiciability of social rights, at least in our case study, has not proved to be a way of democratization in the access to certain public services. On the contrary, the benefits of such justiciability are mostly enjoyed by those who already have their interests considered in the political process and who simply use the Judiciary as an additional forum to better protect these interests. (DA SILVA; TERRAZAS, 2011, págs. 19 e 21).

⁶⁷ No entanto, merece ser esclarecido que a pesquisa conduzida por Virgílio Afonso da Silva e Fernanda Vargas Terrazas (2011) foi realizada no Município de São Paulo, cujo município detém maior capacidade técnica e estrutura sanitária quando comparada ao Município de Manhuaçu, tratando-se, portanto, de municípios com realidades diferentes. Além disso, os referidos municípios (o primeiro de grande porte e o segundo de médio porte) possuem perfis socioeconômicos distintos, notadamente em razão da ausência de uma política pública de saúde de âmbito local estruturada no Município de Manhuaçu.

recursos financeiros em relação às ações movidas contra o Estado de Minas Gerais ou à União pleiteando medicamentos dos Componentes Estratégicos e Especializados, já que os medicamentos cuja aquisição e dispensação são atribuídas aos municípios⁶⁸ são aqueles integrantes do Componente Básico da Assistência Farmacêutica⁶⁹, que “inclui os medicamentos que tratam os principais problemas e condições de saúde da população brasileira na Atenção Primária à Saúde” (RENAME, 2022, pág. 13), sendo estes geralmente de menor custo de aquisição no mercado e acessível à parcela da população com melhores condições financeiras para o seu custeio.

Por outro lado, os medicamentos de aquisição e dispensação a cargo da União e dos Estados-membros são aqueles integrantes do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica⁷⁰ e do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica⁷¹,

⁶⁸ A Resolução de Consolidação CIT n° 1, de 30 de março de 2021, consolida as Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde, cujo ato normativo regulamenta os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do Sistema Único de Saúde (SUS), as diretrizes a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, e as diretrizes sobre a integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados.

Com referência à responsabilidade pelo financiamento, o art. 54 da Resolução CIT/2021 estabelece que “Os medicamentos constantes na RENAME serão financiados pelos 3 (três) entes federativos, de acordo com as pactuações nas respectivas Comissões Intergestores e as normas vigentes para o financiamento do SUS”. (BRASIL, 2021).

⁶⁹ O financiamento desse Componente é responsabilidade dos três entes federados, sendo o repasse financeiro regulamentado pelo artigo n.º 537 da Portaria de Consolidação GM/MS n.º 6, de 28 de setembro de 2017.

A responsabilidade pela aquisição e pelo fornecimento dos itens à população fica a cargo do ente municipal, ressalvadas as variações de organização pactuadas por estados e regiões de saúde.

Além do repasse de recursos para aquisição dos medicamentos, o Ministério da Saúde, por meio do Cbaf, é responsável pela aquisição e distribuição dos medicamentos clindamicina 300 mg exclusivamente para tratamento de hidradenite supurativa moderada, insulina humana NPH, insulina humana regular e dos itens que compõem o Programa Saúde da Mulher: contraceptivos orais e injetáveis, misoprostol, dispositivo intrauterino (DIU) e diafragma. (RENAME, 2022, págs. 13/14).

⁷⁰ O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (Cesaf) destina-se ao acesso dos medicamentos e insumos destinados aos agravos com potencial de impacto endêmico e às condições de saúde caracterizadas como doenças negligenciadas, que estão correlacionadas com a precariedade das condições socioeconômicas de um nicho específico da sociedade. Os medicamentos do elenco do Cesaf são financiados, adquiridos e distribuídos de forma centralizada, pelo Ministério da Saúde, cabendo aos demais entes da federação o recebimento, o armazenamento e a distribuição dos medicamentos e insumos dos programas considerados estratégicos para atendimento do SUS.

O Cesaf garante o acesso aos medicamentos e insumos para as seguintes doenças: tuberculose, hanseníase, toxoplasmose, filariose, tracoma, meningite, leishmaniose, doença de Chagas, cólera, esquistossomose, hepatite, dengue, micoses sistêmicas, lúpus, febre maculosa, brucelose, bem como outras doenças que atendam aos critérios do Componente. O Cesaf também garante o fornecimento dos insumos e medicamentos destinados ao controle do tabagismo, à influenza, à prevenção ao vírus sincicial respiratório, à intoxicação por cianeto, à alimentação e nutrição, à hepatite, aos hemocomponentes, a coagulopatias e hemoglobinopatias, às imunoglobulinas, à IST/aids, às vacinas e aos soros. (RENAME, 2022, págs. 14/15).

⁷¹ O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf) é uma estratégia de acesso a medicamentos, no âmbito do SUS, para doenças crônico-degenerativas, inclusive doenças raras, e é caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério da Saúde.

Os medicamentos que constituem as linhas de cuidado para as doenças contempladas neste Componente estão divididos em três grupos de financiamento, com características, responsabilidades e formas de organização distintas (Portaria de Consolidação GM/MS n.º 02/2017, Título IV, Capítulo I, art. 49) (RENAME, 2022, pág. 15).

respectivamente, nos quais se encontram inseridos os medicamentos destinados aos agravos com potencial risco endêmico e às condições de saúde caracterizadas como doenças negligenciadas de um nicho específico da sociedade, bem como para doenças crônico-degenerativas, inclusive doenças raras, dentre os quais se incluem os medicamentos de alto-custo, não acessíveis no mercado privado a uma grande parcela da população, incluindo aquela com melhores condições econômicas.

O perfil da judicialização de medicamentos se mostrou bastante semelhante a outros estudos empíricos (VASCONCELOS, 2021; FREITAS; QUELUZ, 2022; WANG, et al., 2020), visto que 82,05% e 91,02% dos medicamentos judicializados não se encontravam inseridos na RENAME ou na REMUME, respectivamente.

Apesar da obrigação legal de uso da denominação genérica ou princípio ativo (Denominação Comum Brasileira) para as prescrições médicas no âmbito do SUS (art. 3º da Lei nº 9.787/99), um terço das prescrições de medicamentos foram feitas pelo nome comercial, sendo que 46,15% destas prescrições foram oriundas de serviços médicos do SUS, o que evidencia um desalinhamento, principalmente dos profissionais a serviço do sistema municipal de saúde, com a política pública de assistência farmacêutica.

Todos os medicamentos prescritos contavam com alternativa terapêutica no SUS para o quadro clínico do paciente demandante, à exceção dos medicamentos Enoxaparina injetável 20mg/0,2ml e Pifenidona 267/mg, o que evidencia a existência de uma ampla política pública de saúde quando analisada estritamente dentro dos parâmetros da pesquisa.

A partir das respostas fornecidas administrativamente pela Secretaria Municipal de Saúde de Manhuaçu aos demandantes e mediante o cruzamento com as informações constantes do Relatório Médico para Judicialização do Acesso à Saúde (itens 8 e 9) pôde se constatar que em apenas 61,22% dos processos houve o esgotamento total (36,66%) ou parcial (63,33%) das alternativas terapêuticas.

No entanto, apesar de sua natureza eminentemente descritiva, a pesquisa encontra limitações nesse ponto e que não permitem concluir pela pré-disposição dos prescritores públicos e privados à utilização direta de medicamentos não constantes do SUS, seja pelo fato de que a omissão quanto ao esgotamento de todas as alternativas terapêuticas poderia ser uma mera falha ocorrida quando do preenchimento do mencionado Relatório Médico, seja em razão de que tais profissionais não foram notificados nos processos para esclarecer o porquê do não esgotamento das alternativas terapêuticas à disposição do SUS.

Quanto aos medicamentos padronizados tanto na RENAME quanto na REMUME, notou-se que a maioria das ações judiciais versou sobre a concessão judicial de fármacos para uso em situações não autorizadas pela ANVISA.

Por conseguinte, considerando a informação acerca da existência de judicialização para o uso *off label* de medicamentos, e tendo em vista que em outros casos houve o ajuizamento de ações para o fornecimento de medicamentos sem a demonstração prévia da negativa de sua dispensação pelo ente público municipal, não foi possível detectar eventual situação de desabastecimento da farmácia básica municipal em relação a medicamentos essenciais padronizados na RENAME e REMUME, muito embora tal fato não exclua a possibilidade de falhas, deficiências lacunas ou omissões do Município de Manhuaçu no tocante à avaliação e incorporação de novas tecnologias em saúde.

Freitas e Queluz (2022, pág. 220), ao analisarem o perfil da judicialização do Município de Piracicaba/SP, na qual a maioria das demandas foram por medicamentos não constantes das listas oficiais, concluíram que “a pequena demanda por itens já previstos em listas oficiais do SUS pode demonstrar uma efetividade das ações do município em relação às políticas públicas já previstas”, alertando, no entanto, que “a alta demanda por itens não previstos pode interferir na gestão da saúde local”.

Ainda sobre os medicamentos requeridos judicialmente, classificados pelos subgrupos terapêutico/farmacológico/substância química do Sistema de Classificação Anatômico Terapêutico e Químico (ATC), verificou-se que 69,38% dos processos analisados versavam sobre pedidos de apenas um medicamento em cada uma das ações, dado confirmado pelo recente trabalho de Costa Oliveira et al. (2021), apesar de divergente de outros estudos com médias mais elevadas.

Além disso, apesar de a maioria (73,46%) dos demandantes apresentarem somente uma comorbidade diagnosticada no processo, tal evidência não é suficiente para se concluir pela ocorrência da prescrição de um único medicamento por doença diagnosticada, visto que outros medicamentos podem ter sido fornecidos pelo SUS ou adquiridos pelo autor com recursos próprios de modo a serem associados à terapêutica do paciente.

Um dado encontrado no estudo e que se mostrou relevante foi que mais da metade das prescrições médicas encontradas nos processos foram oriundas da rede privada de saúde (51,02%). No entanto, mesmo sabendo que mais de 70% da população da região Sudeste depende dos serviços do SUS (STOPA, et al. 2013, pág. 07), tal resultado é ratificado pelo estudo de Costa Oliveira, et al. (2021), no qual se relata que “o fato de a maioria das prescrições médicas ter tido origem no serviço privado evidencia que esta população tem um perfil misto,

ou seja, consegue ter acesso eventualmente a consultas ou exames no sistema de saúde suplementar, mas busca o SUS para ter acesso aos medicamentos”.

Associando-se a origem da prescrição médica, as informações acerca da renda mensal indicada e não indicada nos processos e o tipo de representação jurídica, foi possível constatar que, das 25 prescrições médicas oriundas do serviço privado de saúde, 13 prescrições disseram respeito a ações ajuizadas diretamente por cidadãos que não informaram documentalmente seus rendimentos mensais no processo, muito embora tenham alegado sua hipossuficiência econômica para arcar com os custos dos medicamentos pleiteados; já outras 12 prescrições relacionaram-se a demandantes com renda de até 02 salários-mínimos mensais, cujas ações foram ajuizadas por advogados particulares (03 ações), pelo Núcleo de Assistência Jurídica do Centro Acadêmico Unifacig (02 ações) e pelo Ministério Público (06 ações); e por fim 01 prescrição médica particular relativa a demandante com renda mensal acima de 03 salários-mínimos teve como representação jurídica advogado particular.

Tais constatações exibem uma população com características mista (pelo menos em relação àquela com rendimentos mensais indicados nos processos): majoritariamente não possui condições financeiras para arcar com os custos dos medicamentos, porém consegue sua prescrição médica nos serviços privados de saúde.

Além disso, “sabe-se que já grandes vazios assistenciais no SUS, principalmente em relação às consultas com especialistas, o que faz com que os indivíduos busquem por consultas na rede privada de saúde” (COSTA OLIVEIRA, et al. 2021, pág. 09), cujos dados obtidos nos estritos limites do presente estudo não permitem concluir que as partes estejam utilizando o SUS com a finalidade exclusiva de complementação àqueles serviços que eventualmente não tenham acesso na rede privada ou suplementar de saúde.

Sobre o possível impacto da judicialização da saúde sobre decisões técnicas tomadas pelo Poder Executivo no âmbito da política de assistência farmacêutica municipal, malgrado constar da “Lista de Medicamentos Padronizados no Município de Manhuaçu” 63 medicamentos com a sigla “PJ”, a qual se refere a medicamentos fornecidos pelo município ao “atendimento de pacientes de processos judiciais”, o estudo identificou que tais medicamentos não foram propriamente objeto de incorporação à lista municipal de medicamentos essenciais por ordem do Poder Judiciário. Ao contrário disso, tais medicamentos constaram da referida lista unicamente para indicar os medicamentos atualmente fornecidos pelo município a pacientes específicos em decorrência de ordens judiciais.

Outrossim, a circunstância de nenhum dos medicamentos incorporados administrativamente⁷² à Lista de Medicamentos Padronizados no Município de Manhuaçu no ano de 2021 terem sido objeto de processos judiciais no período objeto da pesquisa, pode trazer mostras de que a judicialização da saúde não esteja exercendo pressões externas suficientes sobre os gestores da saúde local quanto à avaliação novas tecnologias em saúde, aptas a gerar a incorporação acrítica e sem evidências científicas de fármacos à relação municipal.

Ademais, verificou-se que todos os medicamentos judicializados possuíam registro na ANVISA, fato este já esperado no estudo, já que a ausência de registro na referida agência de controle sanitário atrairia a competência para a Justiça Federal em razão da necessidade de presença da União no polo passivo, conforme se verá a seguir quando da análise dos parâmetros judiciais para a resolução de litígios afetos ao fornecimento de medicamentos.

Por fim, a ausência de parecer emitido por Junta Médica Oficial ou Comissão Farmacoterápica do Município de Manhuaçu para a solução de divergências administrativas envolvendo o fornecimento de medicamentos não padronizados pelo SUS e não constantes da RENAME ou REMUME pode ser atribuída à ausência de instituição de uma política de assistência farmacêutica de âmbito municipal, situação a qual pode, em princípio, contribuir para o agravamento da judicialização da saúde local.

Descrita a realidade local evidenciada pela natureza das demandas, pelo perfil dos demandantes e das prestações de saúde solicitadas, a seguir serão analisadas as estratégias e comportamento dos atores processuais, bem como pelo perfil das respostas judiciais aos pleitos versando sobre medicamentos essenciais.

4.2. A PARAMETRIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE E O COMPORTAMENTO DAS PARTES PROCESSUAIS

Após uma breve descrição acerca da organização e funcionamento da política pública de assistência farmacêutica, bem como o perfil das demandas de saúde, demandantes e medicamentos solicitados judicialmente, estes últimos versando sobre fármacos predominantemente não incorporados aos protocolos clínicos do SUS e relações de medicamentos essenciais, chega-se ao momento analisar o comportamento das partes processuais e do Poder Judiciário em relação aos critérios hermenêuticos definidos pelo STF, STJ e CNJ para a solução de litígios envolvendo o Direito à Saúde, para ao final responder à

⁷² Os medicamentos incorporados pelo Município de Manhuaçu à “Lista de Medicamentos Padronizados no Município de Manhuaçu” foram referenciados no Ofício nº 89/2022, constante do Anexo Único da dissertação.

pergunta de pesquisa por meio da validação ou não da hipótese inicial adotada como premissa do estudo.

A judicialização da assistência farmacêutica no Brasil tem ocorrido basicamente em duas situações: a primeira, no caso em que há a judicialização para o acesso a medicamentos constantes das políticas públicas de saúde, os quais não vem sendo fornecidos à população por omissão, deficiências ou falhas na execução das políticas; a segunda, a judicialização de medicamentos não incorporados aos PCDT e não constantes das listas de medicamentos essenciais do SUS.

O estudo em referência constatou a predominância do segundo tipo de judicialização voltada à adjudicação de medicamentos não constantes do PCDT ou não incluídos na RENAME ou REMUME, ao passo que as poucas situações relativas ao primeiro tipo de judicialização não foram conclusivas acerca do eventual desabastecimento da farmácia básica municipal em relação a medicamentos essenciais padronizados na RENAME e REMUME, apesar de não ter se descartado a possibilidade de falhas, deficiências lacunas ou omissões do Município de Manhuaçu no tocante à avaliação e incorporação de novas tecnologias em saúde.

O comportamento das partes processuais será analisado à luz das estratégias jurídicas confrontadas com a parametrização do Direito à Saúde. Já o comportamento dos membros Poder Judiciário será estudado por meio da verificação dos padrões decisórios locais frente aos parâmetros gerais e objetivos para a concessão judicial de medicamentos.

Inicialmente, tem-se como oportuno o registro feito por Natália Pires de Vasconcelos, segundo a qual “a judicialização da saúde, como qualquer judicialização de políticas públicas, não é causada só pela atuação de juízes/as e tribunais; também depende de quem aciona o sistema de justiça e da atuação da administração pública que dá causa a essas demandas judiciais, de forma consciente ou não” (VASCONCELOS, 2021, pág. 942).

Sobre as estratégias dos autores processuais, os principais argumentos das petições iniciais foram amparados em fundamentos de ordem Constitucional, notadamente na saúde como direito fundamental de aplicação imediata e dever do Estado, na necessidade de implementação de políticas públicas para a prestação das ações e serviços de saúde, e na solidariedade entre os entes federados quanto ao fornecimento de medicamentos, cujos fundamentos foram, via de regra, utilizados padronizadamente pelos autores como causa de pedir na judicialização da saúde em geral.

Especificamente sobre a solidariedade passiva dos entes da Federação, considerada isolada ou conjuntamente, notou-se que mais de dois terços das petições iniciais

direcionaram os pedidos de medicamentos indiscriminadamente contra o Município de Manhuaçu e o Estado de Minas Gerais.

Por conseguinte, apesar de constar das petições iniciais apenas os fundamentos de ordem constitucional acerca da responsabilidade solidária dos entes da Federação, o comportamento dos representantes jurídicos na busca a ampliação da garantia representada pela solidariedade passiva do Município de Manhuaçu e do Estado de Minas Gerais alinha-se ao entendimento manifestado na STA 175 - AgR/CE acerca da existência de solidariedade entre os entes da Federação em matéria de saúde, à referência expressa à solidariedade passiva constante da ementa do acórdão proferido no Tema 793, cujo julgado dispôs expressamente em seu item nº 1 que “o polo passivo pode ser composto por qualquer um deles, isoladamente, ou conjuntamente”, às conclusões do item 3.ii⁷³ do voto do Ministro Relator Edson Fachin no Tema 793, bem como ao firme entendimento do STJ sobre a responsabilidade solidária dos entes, cabendo ao cidadão a escolha contra quem demandar.

No ponto relativo aos medicamentos não incorporados às políticas públicas do SUS, o comportamento dos demandantes diverge do decidido pelo STF no Tema 793⁷⁴, porém vai ao encontro do entendimento do STJ⁷⁵ sobre a desnecessidade de inclusão da União no processo na condição de litisconsorte passivo necessário.

⁷³ “ii) **Afirmar que “o polo passivo pode ser composto por qualquer um deles (entes), isoladamente ou conjuntamente” significa que o usuário, nos termos da Constituição (arts. 196 e ss.) e da legislação pertinente (sobretudo a lei orgânica do SUS n. 8.080/90) tem direito a uma prestação solidária, nada obstante cada ente tenha o dever de responder por prestações específicas;**” (BRASIL, 2009, pág. 43) (grifo no original).

⁷⁴ “v) **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, considerando que o Ministério da Saúde detém competência para a incorporação, exclusão ou alteração de novos medicamentos, produtos, procedimentos, bem como constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica (art. 19-Q, Lei 8.080/90), de modo que recai sobre ela o dever de indicar o motivo da não padronização e eventualmente iniciar o procedimento de análise de inclusão, nos termos da fundamentação;**” (BRASIL, 2019, pág. 44) (grifo no original).

⁷⁵ ADMINISTRATIVO E PROCESSUAL CIVIL. CONFLITO DE COMPETÊNCIA. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS. ILEGITIMIDADE DA UNIÃO. MEDICAMENTO REGISTRADO NA ANVISA. SÚMULAS 150, 224 E 254 DO STJ. PRECEDENTES DO STJ.

1. Ao julgar o RE 855.178 ED/SE (Tema 793/STF), o Supremo Tribunal Federal foi bastante claro ao assentar na ementa do acórdão que “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. In casu, é fundamental esclarecer que, ao julgar o RE 855.178/SE (Tema 793), o Pleno do STF não acolheu todas as premissas e conclusões do Voto condutor do Ministro Edson Fachim. 3. Ainda que tenha sido apresentada proposta pelo Ministro Edson Fachin que, na prática, poderia implicar o litisconsórcio passivo da União, tal premissa/conclusão - repita-se - não integrou o julgamento que a Corte Suprema realizou no Tema 793 4. Outrossim, o STJ já se manifestou reiteradas vezes sobre a quaestio iuris, estando pacificado o entendimento de que a ressalva contida na tese firmada no julgamento do Tema 793 pelo Supremo Tribunal Federal, quando estabelece a necessidade de se identificar o ente responsável a partir dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização do SUS, relaciona-se ao cumprimento de sentença e às regras de ressarcimento aplicáveis ao ente público que suportou o ônus financeiro decorrente do provimento jurisdicional que assegurou o direito à saúde. Entender de maneira diversa seria afastar o caráter solidário da obrigação, o qual foi ratificado no

O prévio esgotamento pelos demandantes das alternativas terapêuticas, agora sob a perspectiva do representante processual, foi mencionado em apenas 34,69% do conjunto das petições iniciais, estando expresso em todas as petições iniciais do Ministério Público, parcialmente nas petições subscritas por advogados e ausente nas petições iniciais distribuídas diretamente pelos cidadãos no Juizado Especial da Fazenda Pública.

Ainda sob o ângulo da parametrização do Direito à Saúde, a preocupação dos autores se revelou mais em assegurar o cumprimento de eventual decisão judicial concessiva de medicamentos, haja vista que a quase totalidade das petições iniciais contiveram pedido de aplicação de multa ao gestor público para assegurar o cumprimento judicial da obrigação de fornecimento de medicamentos, sendo bem menor a preocupação dos autores quanto ao pedido de bloqueio de valores do Poder Público (em 34,69% das petições iniciais), possivelmente por optarem pela entrega direta de tais medicamentos pela Secretaria Municipal de Saúde, sem a necessidade de aquisição por conta própria com a posterior prestação de contas dos valores no processo.

A referência à totalidade dos critérios definidos pelo STJ no Tema 106 apareceu em menos da metade das petições iniciais, sendo predominante naquelas distribuídas pelo Ministério Público (100% das petições), enquanto a menção parcial a tais critérios foi verificada em 61,22% das petições iniciais, mas disseram respeito basicamente à “incapacidade financeira de arcar com o custo do medicamento prescrito”, sem qualquer menção, ainda que implícita aos demais requisitos.

precedente qualificado exarado pela Suprema Corte. 5. Cumpre ressaltar que, não se tratando de litisconsórcio passivo necessário da União, é certo que a emenda à inicial para a inclusão de um litigante no polo passivo da lide somente pode ser admitida a pedido da parte demandante, antes da citação ou até o saneamento do feito, nesse último caso com o consentimento do(s) réu(s), já que esse constitui o momento de estabilização da demanda. 6. Efetivamente, não se pode negar à parte que não quer demandar contra a União seu direito de opção inerente à solidariedade, impelindo-a a emendar a inicial para incluir no feito ente que não é litisconsorte necessário. 7. No caso concreto, como o Juízo Federal, em decisão não recorrida, reconheceu expressamente a inexistência de litisconsórcio passivo necessário da União, concluindo pela sua ilegitimidade passiva, e levando em consideração tratar-se de medicamento registrado na Anvisa, deve ser declarada a competência do Juízo Estadual para o processo e o julgamento da demanda, nos termos das Súmulas 150 e 254 do STJ. 8. Por fim, esclareça-se que não se está refutando, in casu, o disposto na Súmula 224/STJ, segundo a qual: "Excluído do feito o ente federal, cuja presença levara o Juiz Estadual a declinar da competência, deve o Juiz Federal restituir os autos, e não suscitar conflito". Com efeito, por se observar que as dúvidas sobre a interpretação do Tema 793 do STF estão gerando decisões em sentidos diversos, tanto na Justiça Estadual, como na Justiça Federal, o que traz instabilidade e insegurança jurídica, causando também prejuízo às partes demandantes em tais feitos, que constituem demandas cujas pretensões são como regra urgentes, torna-se fundamental a manifestação do STJ, de modo a reafirmar sua jurisprudência que já se encontra consolidada, definindo-se imediatamente o Juízo competente para julgamento da causa. 9. Agravo Interno não provido. (AgInt no CC n. 188.209/RS, relator Ministro Herman Benjamin, Primeira Seção, julgado em 25/10/2022, DJe de 4/11/2022).

A constatação da baixa referência aos Enunciados do FONAJUS⁷⁶ e da circunstância de nenhuma das petições iniciais fazer referência às Notas Técnicas e/ou Pareceres prévios do NAT-JUS relativos ao medicamento pleiteado em Juízo, embora não obrigatórias tais consulta e citações pelos representantes jurídicos dos demandantes, podem eventualmente decorrer da associação a outro fator há muito objeto de preocupação pela literatura sobre judicialização da saúde: a prescrição médica como prova quase que absoluta do direito do paciente ao fornecimento de medicamentos levado à apreciação judicial.

Segundo Ventura et al. (2010, pág. 85), trabalhos empíricos apontam que “os pedidos judiciais se respaldam numa prescrição médica e na suposta urgência de obter aquele insumo, ou de realizar um exame diagnóstico ou procedimento, considerados capazes de solucionar determinada ‘necessidade’ ou ‘problema de saúde’”.

O estudo realizado pela Fundação Getúlio Vargas e conduzido por Wang et. al (2020, pág. 01)⁷⁷ trouxe evidências empíricas de que os tribunais tendem a se basear em uma única receita médica para determinar que o SUS forneça medicamentos em favor de pacientes.

A par das conclusões de Wang (2021, pág. 861) no sentido de que, “corroborando estudos anteriores, a fonte de prova mais comum para se sobrepor à política de saúde é uma receita médica do profissional que assiste o autor da ação”, é plausível conjecturar que a estratégia dos representantes processuais tenha se pautado na forte correlação entre a prescrição médica e a prova quase que absoluta do direito do paciente ao medicamento pleiteado em juízo.

Identificou-se ainda a não observância por pequena parcela dos representantes processuais do contido na Recomendação nº 31/2010 do CNJ, posto que houve o requerimento judicial de medicamentos específicos (33,33%), indicados por marca comercial e produzidos por determinados laboratórios ao invés da postulação de medicamentos pela denominação genérica ou princípio ativo, cujo fato esbarra na vedação ao Poder Público de aquisição de bens com preferência por marca⁷⁸.

Sobre o prévio requerimento dos medicamentos junto à Secretaria Municipal de Saúde, 95,91% dos processos contiveram requerimento administrativo, denotando um certo alinhamento dos postulantes ao contido no Enunciado nº 03⁷⁹ das Jornadas de Direito da Saúde

⁷⁶ Enunciados aprovados nas Jornadas de Direito da Saúde realizadas nos anos de 2014, 2015 e 2019.

⁷⁷ “Courts have tended to rely on a single medical prescription to judge these cases in favor of individual patients and against the health system”. (WANG, et al., 2020, pág. 01)

⁷⁸ Segundo determinação do art. 15, §7º, inc. I, da Lei nº 8.666/93, nas compras deverão ser observadas ainda “a especificação completa do bem a ser adquirido sem indicação de marca”.

⁷⁹ **ENUNCIADO Nº 03** Nas ações envolvendo pretensões concessivas de serviços assistenciais de saúde, o interesse de agir somente se qualifica mediante comprovação da prévia negativa ou indisponibilidade da prestação

Ademais, a maioria dos processos foi instruída com relatórios médicos, com descrição da doença, inclusive Classificação Internacional de Doenças (CID), descrevendo o quadro de saúde do paciente, nos termos preconizados pela Recomendação 31/2010 do CNJ.

Por outro lado, a apresentação de documentos adicionais⁸⁰ pelos representantes jurídicos em apenas 26,53% dos processos acaba por desconsiderar o contido no Enunciado 32 das Jornadas do Direito à Saúde, que estabelece que “a petição inicial nas demandas de saúde deve estar instruída com todos os documentos relacionados com o diagnóstico e tratamento do paciente, tais como: doença, **exames essenciais**, (...)” (grifado).

Na fase de instrução probatória não houve pedido de produção de outras provas por qualquer dos autores, mesmo havendo baliza expressa nesse sentido pelo STF no julgamento da STA - 175 AgR/CE, tendo os representantes processuais se limitado a requerer o julgamento antecipado da lide com a procedência dos pedidos inaugurais.

Entretanto, ainda que o estudo tenha por um de seus objetivos a análise do comportamento da parte demandante de medicamentos quanto aos parâmetros objetivos de gestão e racionalização da judicialização da saúde definidos pelo STF, STJ e CNJ, algumas considerações do ponto de vista procedimental se fazem necessárias no estudo dada a relevância, natureza e atribuições de cada um dos atores processuais envolvidos, nestes incluídos os cidadãos com capacidade postulatória para o ajuizamento de ação em nome próprio.

A primeira ponderação diz respeito ao comportamento dos cidadãos demandantes, especificamente aqueles que ajuizaram pessoalmente suas próprias ações no Juizado Especial da Fazenda Pública sem estarem representado por advogado, na situação permitida pelo art. 9º, da Lei nº 9.099/95, aplicado de forma subsidiária ao Juizado Especial da Fazenda Pública por força do art. 27 da Lei nº 12.153/09.

Nesta hipótese, considerando que os processos perante os Juizados Especiais Cíveis se orientam pelos “critérios da oralidade, simplicidade, informalidade, economia processual e celeridade, buscando, sempre que possível, a conciliação ou a transação⁸¹”, não se mostra razoável e adequado exigir-se dos cidadãos o prévio conhecimento e atendimento dos

no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS e na Saúde Suplementar. (Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)

⁸⁰ Foram considerados documentos adicionais todos aqueles relativos ao estado de saúde do paciente, tais como resultados de exames laboratoriais, de imagem, históricos de atendimento médico na rede SUS ou rede privada, dentre outros.

⁸¹ Nos termos do art. 2º da Lei nº 9.099/95, “Art. 2º O processo orientar-se-á pelos critérios da oralidade, simplicidade, informalidade, economia processual e celeridade, buscando, sempre que possível, a conciliação ou a transação”.

parâmetros jurídicos definidos pelas Cortes Superiores e CNJ quanto à judicialização para o fornecimento de medicamentos.

Uma segunda observação diz respeito às ações distribuídas por advogados particulares visando à adjudicação judicial de fármacos. Trata-se a referida representação processual de função indispensável à administração da justiça, cuja relevante atividade é de natureza eminentemente privada com vistas primordialmente à defesa e ao atendimento dos interesses particulares e individuais da parte representada (cidadão/paciente). Assim, diante das peculiaridades que envolvem a mencionada representação jurídica, não se pode condicionar a atuação do advogado particular à irrestrita observância aos parâmetros para solução de demandas de saúde.

Numa terceira perspectiva, o comportamento processual abstratamente considerado da Defensoria Pública, como órgão integrante da estrutura do Estado e na função de promover o acesso à Justiça aos menos favorecidos economicamente, pode sugerir a assunção de uma atuação processual com feições singulares.

Segundo Daniel Wang a literatura tem se debruçado sobre o papel relevante da Defensoria Pública em matéria de saúde no âmbito do sistema de justiça, cujos efeitos indiretos da atuação do Judiciário com outros órgãos da Administração Pública “apontam para uma maior inclinação da Administração em resolver os problemas pré-judicialmente” (WANG, 2009, pág. 79).

A par disso, não obstante a autonomia funcional conferida à Instituição, cujas atribuições Constitucionais são especificamente voltadas à “orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos, de forma integral e gratuita, aos necessitados” (BRASIL, 1988), as parcerias institucionais firmadas pela Defensoria Pública com os Poderes Judiciário e Executivo podem sugerir uma maior abertura para a observância (ainda que parcial) dos parâmetros de gestão e racionalização da judicialização do Direito à Saúde.

Como quarta e última consideração, diante do fato de que “Ministério Público e Advogados operam sob perspectivas diferentes⁸²” é possível argumentar sobre a expectativa de uma maior consideração pelo Ministério Público sobre os parâmetros e instrumentos de gestão e racionalização das demandas de saúde propostos pelo STF, STJ e CNJ.

Por atribuição constitucional, o Ministério Público atua em defesa do interesse público e da coletividade e, não obstante já reconhecido pelo STF a legitimidade *ad causam* do

⁸² Trecho do voto proferido pela Ministra Relatora Carmén Lúcia no julgamento da ADI 4.768. 17/11/2022. Julgamento suspenso.

Parquet para pleitear, em demandas contendo beneficiários individualizados, tratamento ou medicamento necessário ao tratamento de saúde desses pacientes⁸³, cabe à referida Instituição Ministerial zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública (dentre os quais se incluem as ações e serviços públicos de saúde de caráter coletivos) aos direitos assegurados nesta Constituição, promovendo as medidas necessárias a sua garantia.

Desse modo, seja como fiscal da lei ou como parte parcial, o Ministério Público atua sempre em defesa da ordem jurídica, do cumprimento da lei e dos interesses sociais e individuais indisponíveis, cuja atuação deve ser voltada precipuamente à efetivação das diretrizes da universalidade, integralidade e equidade das ações e serviços públicos de saúde, cabendo-lhe ainda uma atuação na redução dos inúmeros e complexos problemas causados pela excessiva judicialização da saúde à organização e funcionamento do SUS.

Por conseguinte, estando inserido na estrutura do Estado, cabe ao Ministério Público, respeitada a independência funcional de seus membros, um maior diálogo com o Poder Executivo quanto à necessidade de implementação e efetivação de políticas públicas de caráter coletivo, e com o Poder Judiciário em relação ao estabelecimento de parâmetros gerais e abstratos razoáveis e adequados para a resolução judicial de demandas envolvendo prestações materiais de saúde.

Por fim, embora fuja do escopo inicial do presente trabalho e até mesmo por demandar investigação empírica específica, não obstante os problemas enfrentados pelo Poder Judiciário em relação à Judicialização da Saúde, convém destacar que a judicialização de medicamentos de natureza estritamente individual pelo Ministério Público ao invés da utilização da ação de natureza coletiva pode eventualmente revelar no caso concreto um papel reduzido da Instituição na garantia do direito fundamental à saúde e na concretização das diretrizes constitucionais da universalidade, integralidade e equidade do SUS.

Com relação ao comportamento dos representantes jurídicos do Município de Manhuaçu, os principais fundamentos de defesa versaram sobre a ausência de solidariedade entre os entes públicos no fornecimento de medicamentos e a sua ilegitimidade para figurar no polo passivo da ação face à repartição administrativa de atribuições na área da saúde.

Com referência à solidariedade, os representantes jurídicos do ente requerido pautaram-se na necessidade de observância das repartições de competências para prestações de saúde expressadas pela legislação infraconstitucional e pactuações administrativas, indicando

⁸³ Tema 262 da Repercussão Geral julgado pelo ST e Tema 766 de Recurso Repetitivo julgado pelo STJ.

ao magistrado, ainda que implicitamente, a interpretação contida no Enunciado nº 08⁸⁴ da Jornada do Direito da Saúde.

Como a judicialização em estudo versou de forma preponderante sobre medicamentos não incluídos nas políticas públicas do SUS ou para usos não autorizados pela ANVISA (*off label*), os representantes processuais argumentaram sobre a necessidade de observância dos parâmetros definidos pelo STF no Tema 793⁸⁵, notadamente quanto à inclusão da União no polo passivo das demandas, como o consequente declínio da competência jurisdicional para a Justiça Federal.

A necessidade de observância dos requisitos cumulativos definidos pelo Tema 106 do STJ para a concessão judicial de medicamentos e a alegação da não previsão do medicamento solicitado nas Relações de Medicamentos Essenciais dos Poderes Públicos foram, via de regra, arguidas de forma ampla e genérica nas contestações, a demonstrar uma certa padronização das peças de defesa, sem embargo da relevância de tais parâmetros abstratos para a resolução de controvérsias relacionadas ao fornecimento de medicamentos.

A partir da referência expressa aos Enunciados das Jornadas do Direito à Saúde em 94,11% das contestações pôde-se, em tese, evidenciar uma percepção mais clara dos representantes jurídicos do Município de Manhuaçu acerca da existência de um consenso relativamente abrangente sobre temas de direito da saúde, malgrado não se possa descartar uma possível padronização de teses, sobretudo pela citação recorrente aos Enunciados 04 e 14.

Outro dado interessante no estudo é que os representantes processuais do município fizeram referência expressa às Notas Técnicas/Pareceres do Nat-Jus em somente 26,47% das contestações, quando tais documentos já se encontravam presentes em grande parte dos processos (por solicitação judicial) na fase de apresentação da defesa, tendo sido inclusive utilizados como fundamento de decidir em 72,22% das decisões liminares apreciadas, denotando uma inexpressiva valorização argumentativa relacionada às informações de natureza técnico-científicas.

⁸⁴ **ENUNCIADO Nº 08** - Nas apreciações judiciais sobre ações e serviços de saúde devem ser observadas as regras administrativas de repartição de competência entre os entes federados. (Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)

⁸⁵ “v) **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**, considerando que o Ministério da Saúde detém competência para a incorporação, exclusão ou alteração de novos medicamentos, produtos, procedimentos, bem como constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica (art. 19-Q, Lei 8.080/90), de modo que recaia sobre ela o dever de indicar o motivo da não padronização e eventualmente iniciar o procedimento de análise de inclusão, nos termos da fundamentação;” (BRASIL, 2019, pág. 44) (grifo no original).

O princípio da reserva do financeiramente possível como limitação de recursos orçamentários a serem aplicados na Assistência Farmacêutica e o custo de oportunidade na aquisição de medicamentos para um único paciente quando comparado com a possibilidade de disponibilização dos medicamentos já incorporados ao SUS a um maior número de pacientes foram suscitados de forma genérica pelos representantes processuais do município em praticamente todas as contestações, porém sem haver qualquer indicação concreta a evidenciar a suposta escassez de recursos.

Sob a perspectiva estritamente processual, considerando a preponderância de ações judiciais encontradas no presente estudo requerendo o fornecimento de medicamentos não incluídos nas políticas públicas do SUS, o Município de Manhuaçu manifestou-se pela inclusão da União como litisconsorte passivo necessário com fundamento no voto do Ministro Relator do Tema 793 no STF, cuja postura buscaria de certo modo esvaziar, neste ponto específico, a aplicabilidade do entendimento do STJ firmado no Tema 686.

O Município de Manhuaçu não fez qualquer menção nas contestações ou sequer juntou aos processos o resumo histórico de tratamento dos pacientes demandantes já assistidos pelo sistema de saúde pública municipal, cujas informações poderiam se mostrar relevantes para a instrução probatória, principalmente pelo critério definido na STA - 175 AgR/CE, segundo o qual “deverá ser privilegiado o tratamento fornecido pelo SUS em detrimento de opção diversa e alternativa escolhida pelo paciente, sempre que não for comprovada a ineficácia ou a impropriedade da política de saúde existente às condições clínicas do paciente” (BRASIL, 2010, pag. 20).

Ademais, da mesma forma ocorrida com os representantes processuais dos requerentes, na fase de instrução probatória não houve qualquer pedido de produção de outras provas pelo Município de Manhuaçu.

Por último, antes do encerramento deste subcapítulo tem-se como oportuna algumas considerações:

Sob uma perspectiva estritamente voltada à racionalização das demandas judiciais, a constatação do alto percentual de decisões negando a antecipação dos efeitos da tutela aos demandantes (58,33%) e de sentenças julgando improcedentes os pedidos iniciais em primeira instância (48,27%), quando comparada com a literatura de referência acerca do elevado índice de sucesso dos demandantes na concessão de decisões liminares e de sentenças de mérito, permitem levantar reflexões acerca da necessidade de uma melhor instrução das ações judiciais com documentos essenciais, assim como da eventual adoção de “filtros” (check-list) pelos advogados privados, e até mesmo pelo serviço de atermagem do Juizado Especial da

Fazenda Pública, além do aperfeiçoamento de tais “filtros” já existentes na estrutura do Ministério Público de Minas Gerais.

O estudo também autorizou levantar a seguinte reflexão: a demanda que vai para o Judiciário é realmente aquela que deveria ir para o Judiciário?

A análise do perfil da judicialização na Comarca de Manhuaçu, especificamente no que diz respeito às demandas para a obtenção de medicamentos não incorporados ao SUS, pode sugerir que muitos processos foram gerados por fatores configuradores da denominada de “judicialização ruim” que, para Octávio Ferraz, podem ser exemplificados como o “desejo de pacientes e médicos de usufruir de tratamentos que não deveriam ser fornecidos pelo sistema à luz de princípios consolidados da saúde pública, como a segurança, a eficácia e a custo-efetividade; a propaganda exacerbada da indústria farmacêutica; e até fraude” (FERRAZ, 2019, págs. 08/09), e não necessariamente por falhas, lacunas e deficiências administrativas ou desabastecimento dos centros de dispensação farmacêutica (“judicialização boa”).

Ainda sob o ponto de vista de uma parcela do jurisdicionado que aciona o sistema de justiça requerendo a concessão de medicamentos não incluídos no SUS, sem evidências científicas acerca da sua segurança e eficácia e do custo-efetividade, pode se inferir da pesquisa que as diretrizes constitucionais da integralidade, universalidade e equidade ainda guardam uma forte associação com “o direito de tudo a todos”, independentemente da formulação e implementação de políticas públicas para o fornecimento de prestações materiais pelo Estado, dos custos de oportunidade e da limitação de recursos públicos para fazer frente aos custos dos direitos.

O próximo tópico dedicar-se-á à análise do comportamento dos magistrados da Comarca de Manhuaçu na solução judicial das demandas envolvendo o fornecimento de medicamentos, a fim de se mensurar o nível de conformação das decisões judiciais à parametrização do Direito à Saúde.

4.3. COMPORTAMENTO DOS INTEGRANTES DO PODER JUDICIÁRIO FRENTE AOS PARÂMETROS DECISÓRIOS ESTABELECIDOS PELO STF, STJ E CNJ

A hipótese inicial para a explicação do porquê os parâmetros decisórios definidos pelo STF, STJ e CNJ para a judicialização da saúde não estarem desenvolvendo toda sua potencialidade na perspectiva dos atores processuais, nestes incluída a atuação dos magistrados, como forma de diminuição do número anual de ajuizamento de ações de saúde e

racionalização do conteúdo das decisões judiciais, recai sobre a premissa da não observância de alguns dos critérios decisórios por parcela dos juízes estaduais.

Pesquisas apontam que as decisões judiciais envolvendo o fornecimento de medicamentos tem resultado numa larga taxa de sucesso aos demandantes tanto em primeira quanto em segunda instância (WANG, et al. 2011; WANG; FERRAZ, 2013; WANG, et al. 2020; VASCONCELOS, 2021;).

Sobre os traços comuns à maioria dos pedidos e resultados, Natália Pires de Vasconcelos aponta que “quase todos os pedidos são concedidos por juízes e tribunais, em todas as instâncias, a partir de argumentos que se concentram, sobretudo, na previsão constitucional de um direito fundamental à saúde”. (2020, pág. 85).

Entretanto, no cenário da judicialização do fornecimento de medicamentos no Município de Manhuaçu e nos limites da análise dos achados de pesquisa, pode se notar um substancial deslocamento dos resultados locais quando comparados a outras pesquisas empíricas acima descritas, notadamente pela redução da taxa de sucesso dos demandantes em primeira instância no resultado das decisões liminares e das sentenças.

Conforme descrito anteriormente, os resultados envolvendo pedidos de concessão de liminares em 1ª instância mostraram que dos 36 processos com decisão liminar apreciada, 14 (38,88%) tiveram resultado favorável, 01 (2,77%) processo teve resultado parcialmente favorável e 21 (58,33%) processos tiveram resultado desfavorável.

Quanto ao resultado das sentenças em 1ª instância, do total de 29 processos com o mérito analisado, 15 (51,72%) pedidos foram julgados integralmente procedentes e 14 (48,27%) pedidos foram julgados improcedentes.

A alteração do contexto da judicialização da saúde local, quando comparada aos estudos estatísticos apresentados pela literatura, foi decorrente principalmente da adoção, ainda que parcial, de alguns dos parâmetros para a solução de demandas de saúde, bem como da consideração pelos julgadores de fundamentos científicos amparados na medicina baseada em evidências, conforme se verá a seguir:

O julgamento da STA - 175 AgR/CE, apontado como paradigmático neste estudo, de acordo com Cunha (2018, pág. 177) é reconhecido pela própria Corte Constitucional para futuras decisões, sem, contudo, assumir a condição de precedente processual vinculante. O autor acrescenta ainda que na prática “esses julgados paradigmáticos acabam por assumir tal condição na medida em que são sempre referidos como fundamentação das decisões que se seguem a eles”.

Sobre a observância da parametrização do Direito à Saúde definidas pelo STF, do total de processos com decisões liminares e sentenças proferidas foi possível constatar que a STA 175-AgR/CE foi citada expressamente em uma única 01 (2,77%) decisão liminar e em 02 (5,40%) sentenças.

Tal evidenciação não destoa daquela encontrada na pesquisa conduzida por Lopes et al. (2018), que ao analisarem acórdãos do Tribunal de Justiça de Minas Gerais proferidos entre os anos de 2009 a 2018, identificaram que a referência à STA - 175 AgR/CE representou 0,1% do universo estimado de 9.799 acórdãos versando sobre o direito à saúde no período estimado.

Nos limites temporais do estudo, identificou-se uma baixa difusão dos critérios definidos pela STA 175 - AgR/CE entre os magistrados da Comarca de Manhuaçu, cuja investigação aprofundada dos possíveis motivos para isso fogem ao objetivo do presente trabalho.

Por outro lado, o Tema 793 do STF, embora pouco mencionado em decisões liminares (5,55%), contou com uma maior referência expressa nas sentenças de mérito (43,58%).

No entanto, a interpretação dada pelos próprios magistrados ao Tema 793 não se mostrou uniforme durante o período em estudo, em razão dos seguintes motivos:

Como a judicialização dos medicamentos versou quase que exclusivamente sobre medicamentos não padronizado ou incluídos nas políticas públicas do SUS ou sobre o requerimento de medicamentos para uso *off label*, num primeiro momento (junho de 2019 até março de 2022), as decisões judiciais proferidas pelos juízes da Comarca de Manhuaçu e que fizeram menção ao Tema 793 reconheceram a responsabilidade solidária da União, dos Estados, Distrito Federal e Municípios para cuidar das saúde, declarando não ser imperativa a presença da União no polo passivo da ação na condição de litisconsorte passiva necessária.

Porém, já num segundo momento (abril de 2022 até junho de 2022), influenciado pelos julgamentos de diversas ações pelo STF, em especial a Reclamação nº 52035/MG⁸⁶, 02 dos 03 magistrados da Comarca de Manhuaçu alteraram o seu entendimento anterior sobre o

⁸⁶ RECLAMAÇÃO. CONSTITUCIONAL. DIREITO À SAÚDE. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS E TRATAMENTO MÉDICO. RECURSO EXTRAORDINÁRIO N. 855.178-RG/SE (TEMA 793). EQUÍVOCO NA APLICAÇÃO DA SISTEMÁTICA DA REPERCUSSÃO GERAL NA ORIGEM. MEDICAMENTOS OU TRATAMENTOS NÃO PADRONIZADOS NEM INCLUÍDOS EM POLÍTICAS PÚBLICAS IMPLEMENTADAS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS. NECESSIDADE DE A UNIÃO COMPOR O POLO PASSIVO DA AÇÃO OBRIGACIONAL. RECLAMAÇÃO PROCEDENTE. (STF. RCL 52035/MG. Rel. Min. Carmén Lúcia. DJE nº 67, divulgado em 05/04/2022).

Tema 793, passando, assim, a reconhecer a necessidade de inclusão da União no polo passivo das ações judiciais versando sobre medicamentos não incluídos no SUS ou requeridos para utilização *off label*.

A par disso, observa-se a ausência de uniformidade entre magistrados na interpretação dada ao Tema 793 em relação aos medicamentos registrados na ANVISA mas não padronizados pelo SUS, cuja postura hermenêutica assimétrica manifestada por 02 juízes em relação ao terceiro magistrado pode ser creditada à atual divergência interpretativa entre o STF⁸⁷ e STJ⁸⁸.

⁸⁷ Agravo regimental na reclamação. 2. Direito Administrativo. Fornecimento de medicamento não incorporado ao SUS. 3. Necessidade de inclusão da União no polo passivo. Tema 793. Necessidade de adequação. Procedência da reclamação. 4. Ausência de argumentos capazes de infirmar a decisão agravada. 5. Negado provimento ao agravo regimental. (Rcl 50723 AgR, Relator(a): GILMAR MENDES, Segunda Turma, julgado em 30/05/2022, PROCESSO ELETRÔNICO DJe-154 DIVULG 03-08-2022 PUBLIC 04-08-2022)

EMENTA: AGRAVO REGIMENTAL NO RECURSO EXTRAORDINÁRIO. DIREITO CONSTITUCIONAL. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERADOS DE PRESTAR ASSISTÊNCIA À SAÚDE. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO NÃO PREVISTO NO REGULAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS. INCLUSÃO DA UNIÃO NO POLO PASSIVO. TEMA 793 DA REPERCUSSÃO GERAL. REMESSA DOS AUTOS À JUSTIÇA FEDERAL. AGRAVO REGIMENTAL AO QUAL SE NEGA PROVIMENTO. (RE 1373860 AgR, Relator(a): CÁRMEN LÚCIA, Primeira Turma, julgado em 23/05/2022, PROCESSO ELETRÔNICO DJe-099 DIVULG 23-05-2022 PUBLIC 24-05-2022)

⁸⁸ ADMINISTRATIVO E PROCESSUAL CIVIL. CONFLITO DE COMPETÊNCIA. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS. ILEGITIMIDADE DA UNIÃO. MEDICAMENTO REGISTRADO NA ANVISA. SÚMULAS 150, 224 E 254 DO STJ. PRECEDENTES DO STJ.

1. Ao julgar o RE 855.178 ED/SE (Tema 793/STF), o Supremo Tribunal Federal foi bastante claro ao assentar na ementa do acórdão que "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. In casu, é fundamental esclarecer que, ao julgar o RE 855.178/SE (Tema 793), o Pleno do STF não acolheu todas as premissas e conclusões do Voto condutor do Ministro Edson Fachim. 3. Ainda que tenha sido apresentada proposta pelo Ministro Edson Fachim que, na prática, poderia implicar o litisconsórcio passivo da União, tal premissa/conclusão - repita-se - não integrou o julgamento que a Corte Suprema realizou no Tema 793 4. Outrossim, o STJ já se manifestou reiteradas vezes sobre a questão iuris, estando pacificado o entendimento de que a ressalva contida na tese firmada no julgamento do Tema 793 pelo Supremo Tribunal Federal, quando estabelece a necessidade de se identificar o ente responsável a partir dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização do SUS, relaciona-se ao cumprimento de sentença e às regras de ressarcimento aplicáveis ao ente público que suportou o ônus financeiro decorrente do provimento jurisdicional que assegurou o direito à saúde. Entender de maneira diversa seria afastar o caráter solidário da obrigação, o qual foi ratificado no precedente qualificado exarado pela Suprema Corte. 5. Cumpre ressaltar que, não se tratando de litisconsórcio passivo necessário da União, é certo que a emenda à inicial para a inclusão de um litigante no polo passivo da lide somente pode ser admitida a pedido da parte demandante, antes da citação ou até o saneamento do feito, nesse último caso com o consentimento do(s) réu(s), já que esse constitui o momento de estabilização da demanda. 6. Efetivamente, não se pode negar à parte que não quer demandar contra a União seu direito de opção inerente à solidariedade, impelindo-a a emendar a inicial para incluir no feito ente que não é litisconsorte necessário. 7. No caso concreto, como o Juízo Federal, em decisão não recorrida, reconheceu expressamente a inexistência de litisconsórcio passivo necessário da União, concluindo pela sua ilegitimidade passiva, e levando em consideração tratar-se de medicamento registrado na Anvisa, deve ser declarada a competência do Juízo Estadual para o processo e o julgamento da demanda, nos termos das Súmulas 150 e 254 do STJ. 8. Por fim, esclareça-se que não se está refutando, in casu, o disposto na Súmula 224/STJ, segundo a qual: "Excluído do feito o ente federal, cuja presença levara o Juiz Estadual a declinar da competência, deve o Juiz Federal restituir os autos, e não suscitar conflito". Com efeito, por se observar que as dúvidas sobre a interpretação do Tema 793 do STF estão gerando decisões em sentidos diversos, tanto na Justiça Estadual, como na Justiça Federal, o que traz instabilidade e insegurança jurídica, causando também prejuízo às partes demandantes em tais feitos, que constituem demandas cujas pretensões são como regra urgentes, torna-se fundamental a manifestação do STJ, de modo a reafirmar sua

Visando à uniformização da jurisprudência acerca da legitimidade passiva da União e competência da Justiça Federal nas demandas envolvendo o fornecimento de medicamentos registrados na ANVISA, mas não padronizados no SUS, o STF reconheceu no dia 08/09/2022 a repercussão geral da questão constitucional em referência, versada no Recurso Extraordinário 1.366.243RG⁸⁹ (Tema 1234⁹⁰), encontrando-se pendente de julgamento pelo Plenário da Corte Constitucional.

A citação ao Tema 500 do STF em 01 sentença se deu unicamente para declará-lo inaplicável, uma vez que a lide versava sobre medicamento com registro na ANVISA. Em outras 02 sentenças o Tema 500 foi reportado para negar a concessão de medicamentos que, embora possuíssem registro na ANVISA, foram requeridos para utilização *off label*, evidenciando uma adequação das posturas decisórias ao parâmetro em referência.

Muito embora tenha sido pouco expressiva a referência aos parâmetros decisórios para a judicialização de medicamentos definidos pelo STJ no Tema 106 (16,66% das decisões liminares e 35,13% das sentenças), o magistrado com menor número de citações ao referido Tema 106 foi o que mais realizou referências expressas aos Enunciados 12, 14 e 59 das Jornadas do Direito da Saúde, cujas proposições em questão vão de certo modo ao encontro dos parâmetros do STJ.

A referência aos Temas 84 e 98 do STJ em menos de metade das sentenças de mérito, inclusive para afastar a aplicação concreta do bloqueio de valores e fixação de multa, pode vir a significar uma maior preocupação dos magistrados com a instauração de um diálogo institucional com o Gestor da Saúde do Município no cumprimento de decisões judiciais, sendo que novas pesquisas podem contribuir substancialmente na análise do contexto de interação e cooperação dos atores processuais no cumprimento provisório ou definitivo das decisões judiciais de fornecimento de medicamentos.

jurisprudência que já se encontra consolidada, definindo-se imediatamente o Juízo competente para julgamento da causa. 9. Agravo Interno não provido. (AgInt no CC n. 188.209/RS, relator Ministro Herman Benjamin, Primeira Seção, julgado em 25/10/2022, DJe de 4/11/2022).

⁸⁹ RECURSO EXTRAORDINÁRIO. CONSTITUCIONAL E ADMINISTRATIVO. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS REGISTRADOS NA AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA, MAS NÃO PADRONIZADOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS. INTERESSE PROCESSUAL DA UNIÃO. SOLIDARIEDADE DOS ENTES FEDERADOS. COMPETÊNCIA PARA PROCESSAMENTO DA CAUSA. MULTIPLICIDADE DE RECURSOS EXTRAORDINÁRIOS. PAPEL UNIFORMIZADOR DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. RELEVÂNCIA DA QUESTÃO CONSTITUCIONAL. MANIFESTAÇÃO PELA EXISTÊNCIA DE REPERCUSSÃO GERAL. (RE 1366243 RG, Relator(a): MINISTRO PRESIDENTE, Tribunal Pleno, julgado em 08/09/2022, PROCESSO ELETRÔNICO DJe-182 DIVULG 12-09-2022 PUBLIC 13-09-2022)

⁹⁰ **Tema 1234** - Legitimidade passiva da União e competência da Justiça Federal, nas demandas que versem sobre fornecimento de medicamentos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, mas não padronizados no Sistema Único de Saúde - SUS.

A reprodução expressa do Tema 686 do STJ em uma única sentença para afastar a possibilidade de chamamento da União ao processo mostrou, nos limites da pesquisa, a opção dos julgadores pela afirmação da responsabilidade solidária dos Entes da Federação com fundamento no Tema 793 do STF, de modo que ao autor caberia escolher contra qual deles mover a ação para fornecimento de medicamentos.

Sobre as estratégias de judicialização da saúde estabelecidas pelo CNJ, a Recomendação nº 31/2010 foi mencionada expressamente em 66,66% das decisões liminares e em 8,10% das sentenças de mérito proferidas. A maior referência nas decisões liminares justificou-se pelo fato de o CNJ orientar os magistrados para que busquem auxílio por meio de evidências técnico-científicas para a formação de um juízo de valor quanto à apreciação das questões clínicas apresentadas pelas partes das ações relativas à Saúde.

Nesse sentido, as Notas Técnicas/Pareceres NAT-JUS foram utilizadas expressamente como fundamento de decidir em 72,22% das decisões liminares apreciadas e em 37,83% das sentenças de mérito.

Ocorre, contudo, que a referência à Recomendação nº 31/2010 e às Notas Técnicas/Pareceres NAT-JUS não se mostraram uniformes entre os julgadores da Comarca de Manhuaçu, pelos seguintes fatores: no órgão jurisdicional (Vara) designado para os fins deste estudo como sendo “Juízo A”, houve predominância na referência a tais estratégias administrativas de gestão e racionalização da saúde; já no “Juízo B” houve parcial referência aos aludidos parâmetros administrativos; e por fim, no “Juízo C” não houve a referência a qualquer dos dois parâmetros.

Além disso, no “Juízo C” não houve qualquer solicitação de auxílio ao NAT-JUS para o fornecimento de informações técnico-científicas acerca dos medicamentos não padronizados no SUS requeridos pelos demandantes, tampouco a realização de consultas a Notas Técnicas/Pareceres emitidos anteriormente pelo NAT-JUS e constantes da biblioteca digital do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais.

A variabilidade da observância pelos magistrados da recomendação do CNJ quanto à utilização do NAT-JUS foi encontrada inclusive dentro de um mesmo processo, visto que em 04 ações que tramitaram no “Juízo A”, embora o juiz (natural) prolator da decisão liminar tenha se valido das informações técnico-científicas solicitadas ao NAT-JUS como fundamento de decidir, um segundo juiz (cooperador) proferiu sentença de mérito no referido processo sem fazer qualquer referência ao NAT-JUS.

Sobre a atuação do CNJ, muito embora este possa ser considerado “um dos atores mais relevantes na promoção de redes de articulação entre administração pública e

sistema de justiça” (VASCONCELOS, 2018, pág. 941), e mesmo tendo a criação dos NAT-JUS passado a ser imposta aos Tribunais Estaduais e Federais por meio da Resolução nº 238/2016, Natália Pires de Vasconcelos (2018, pág. 941; 2020, pág. 99) levanta dúvidas sobre o grau de efetividade dessa iniciativa, já que a solicitação ou utilização das informações técnico-científicas oriundas do NAT-JUS pelos magistrados não é obrigatória, principalmente por não se tratar o CNJ de um órgão jurisdicional.

A oitiva, quando possível, preferencialmente por meio eletrônico, dos gestores, antes da apreciação de medidas de urgência, constante da Recomendação nº 31/2010, não encontrou ressonância entre os magistrados, já que todas as liminares concedidas foram unicamente com base nas informações trazidas pela parte autora e, quando solicitados pelos magistrados, nas Notas Técnicas/Pareceres NAT-JUS.

Apesar do parâmetro definido na STA 175 - AgR/CE no sentido da extrema cautela na apreciação pelo Poder Judiciário e da ampla instrução probatória em sede de ações individuais ou coletivas nas situações envolvendo pretensão a novos tratamentos para determinada patologia, porém ainda não incorporados ao PCDT do SUS, mas disponíveis aos usuários da rede privada, a exigência de documentos adicionais pelos magistrados foi verificada em um baixo percentual (14,28%) dos processos, sendo que tais documentos foram exigidos apenas por uma parcela dos magistrados da Comarca de Manhuaçu.

A constatação supramencionada, quando associada a outros fatores já constatados neste estudo, tais como a não oitiva do gestor da saúde antes da apreciação de medidas de urgência, a não apresentação de documentos adicionais pelas partes, que não prescrição médica, a ausência de solicitação ou consulta a Parecer Técnico do NAT-JUS, a ausência de ampla instrução probatória, pode gerar o risco em potencial da prolação de decisões determinando o fornecimento de medicamentos sem a observância de preceitos da medicina baseada em evidências, com riscos à segurança individual do paciente e à saúde pública.

Por fim, a indicação dos Enunciados das Jornadas do Direito da Saúde foi mais recorrente nas decisões liminares do que nas sentenças. Porém, somente um dos órgãos jurisdicionais da Comarca de Manhuaçu, designado anteriormente como sendo o “Juízo A”, fez menção a tais Enunciados.

Por representarem um consenso relativamente abrangente sobre a Judicialização da Saúde, Spina e Magajewski (2021, pág. 17) definem que os enunciados interpretativos aprovados nas Jornadas do Direito da Saúde são considerados uma “síntese do entendimento predominante acerca do papel do sistema de justiça na implementação do direito à saúde”.

Contudo, à semelhança do NAT-JUS, a adesão dos magistrados às orientações contidas nos Enunciados se mostra de caráter voluntário, fato que pode ter influenciado tal comportamento.

O último subcapítulo do estudo se prestará a analisar o comportamento recursal das partes processuais, notadamente quanto à (des)conformidade das decisões judiciais à parametrização do Direito à Saúde.

4.4. COMPORTAMENTO RECURSAL DAS PARTES PROCESSUAIS

O juiz com competência jurisdicional em demandas de saúde pública precisa conhecer o funcionamento das políticas públicas destinadas à concessão de prestações materiais específicas, sob pena de provocar o redesenho do arcabouço normativo e administrativo da política de assistência farmacêutica do SUS, agravando ainda mais os já conhecidos problemas decorrentes da judicialização da saúde.

Além disso, considerada a parametrização do Direito à Saúde como instrumento de gestão e de racionalização das demandas de saúde, bem como de uniformização da jurisprudência em âmbito nacional, a não observância dos parâmetros definidos para o fornecimento de medicamentos pelos atores processuais envolvidos diretamente na Judicialização da Saúde, além de acarretar o risco de decisões sem respaldo na medicina baseada em evidências, tem o condão de ocasionar o prolongamento injustificável dos processos judiciais com nítidos reflexos sobre a segurança jurídica.

No presente estudo percebeu-se que os recursos de apelação interpostos contra as decisões de mérito desfavoráveis tiveram como linha de argumentação basicamente os mesmos fundamentos⁹¹ constantes da petição inicial.

Do conjunto de 06 recursos de apelação, verificou-se que 05 deles foram interpostos pelos demandantes em face de sentenças proferidas com amparo em evidências científicas fornecidas pelo NAT-JUS, sem que houvesse a produção de qualquer prova de natureza técnico-científica pelas partes no processo, mas tão somente a juntada do relatório médico inicial a respaldar a irresignação dos recorrentes.

⁹¹ Princípio da Integralidade do atendimento à saúde; obrigação do Poder Público de fornecer os medicamentos necessários ao quadro de saúde do paciente; responsabilidade solidária entre todos os entes públicos na assistência à saúde; superioridade terapêutica do medicamento pleiteado em comparação com o disponibilizado pelo SUS; ineficácia dos medicamentos fornecidos pelo SUS; necessidade do paciente provada por prescrição médica; e prescrição/receita médica como prova suficiente da necessidade de fornecimento do medicamento ao paciente.

Com relação às ações distribuídas diretamente no Juizado Especial da Fazenda Pública pelos próprios cidadãos requerentes, percebeu-se que nos 06 processos em que o pedido de medicamento foi julgado improcedente no mérito, bem como no único processo no qual o pedido foi julgado parcialmente procedente, não houve interposição de recursos pelos demandantes à Turma Recursal.

A esse respeito, não obstante tratar-se de sentenças desfavoráveis dos demandantes, proferidas com respaldo na medicina baseada em evidências, a ausência de apresentação de recursos voluntários pelos demandantes por meio de advogado⁹², conforme já alertado anteriormente no item 4.1, pode constituir indicativos da existência de falhas ou deficiências no funcionamento do Núcleo da Defensoria Pública Municipal, principalmente se considerado que todos os demandantes em questão solicitaram o benefício da gratuidade de justiça ao argumento da hipossuficiência financeira para arcar com as custas e despesas processuais.

Já com relação ao comportamento recursal da parte demandada, constatou-se que o Município de Manhuaçu recorreu apenas de 06 (66,66%) sentenças de mérito que lhe obrigaram ao fornecimento do medicamento pleiteado na ação.

Ao contrário dos fundamentos mais abstratos e gerais apresentados pelos demandantes em suas razões recursais, os recursos interpostos pelo Município de Manhuaçu pautaram-se em argumentos relacionados diretamente aos parâmetros objetivos aplicáveis à solução de demandas de saúde, quais sejam: não observância das informações constantes de Nota Técnica NAT-JUS (constante apenas de 04 recursos); não preenchimento dos parâmetros estabelecidos pelo STJ no Tema 106; a existência de alternativa terapêutica fornecida pelo SUS; e a ausência de comprovação da superioridade terapêutica do medicamento solicitado quando comparado com aquele já disponibilizado pelo SUS.

Por outro lado, no tocante a 03 sentenças de mérito proferidas sem respaldo em consulta a evidências científicas fornecidas pelo NAT-JUS ou apresentadas pelas próprias partes processuais em ampla instrução probatória, o Município de Manhuaçu deixou de recorrer imotivadamente de todas elas, não obstante a existência de parâmetros objetivos bem delineados pela STA - 175 AgR/CE, Recomendação nº 31/2010, Resolução nº 238/2016 CNJ e Enunciados do FONAJUS.

Por fim, sobre a intervenção processual do Ministério Público na condição de *custos legis*, em que pese ter ofertado parecer contrário à concessão de medicamentos

⁹² Nos termos do art. 41, §2º, da Lei nº 9.099/95, aplicável subsidiariamente aos Juizados Especiais da Fazenda Pública (Lei nº 12.153/2009), “no recurso, as partes serão obrigatoriamente representadas por advogado”.

requeridos em 02 mandados de segurança, cujas ações foram julgadas integralmente procedentes em favor dos demandantes mesmo sem a realização de consulta prévia pelo magistrado a informações de caráter científico constantes do banco de dados do NAT-JUS, e da não contemplação das especificidades do caso concreto em ampla instrução probatória (até mesmo porque incabível esta última em razão do natureza do mandado de segurança), o Ministério Público deixou de recorrer imotivadamente de ambas as sentenças, deixando, portanto, de considerar as balizas hermenêuticas tratadas neste estudo, bem como de alertar o Poder Judiciário sobre a necessidade de observância dos parâmetros objetivos (supramencionados) aplicáveis à gestão e racionalização das demandas de saúde.

4.5. CONCLUSÃO PARCIAL

A instituição de parâmetros objetivos de julgamento das demandas de saúde foi idealizada como instrumentos de natureza normativa e abstrata, com a finalidade de orientar as decisões em saúde em todas as instâncias do Poder Judiciário, impulsionando, assim, a racionalização das decisões judiciais em matéria de saúde, modificando a dinâmica do fenômeno da judicialização e mitigando os seus efeitos deletérios sobre a equidade no acesso e distribuição das prestações materiais de saúde.

A decisão paradigmática proferida no julgamento da STA - 175 AgR/CE, apesar de não proferida sob o rito da repercussão geral, representou uma mudança jurisprudencial na postura decisória da Corte Constitucional rumo à racionalidade, a partir da reflexão acerca dos custos sociais dos direitos e da necessidade de qualificação das decisões judiciais a partir da medicina com base em evidências.

Já as decisões do STF e STJ, proferidas sob o rito da repercussão geral e do julgamento de recursos repetitivos, respectivamente, representam a orientação vinculante⁹³ das Cortes superiores, de observância obrigatória por elas próprias e pelas instâncias inferiores do Poder Judiciário.

As recomendações, resoluções e enunciados do CNJ, por ter seu conteúdo muito similar às decisões do STF, “carregam o peso e o suporte da jurisprudência das mais altas cortes do Brasil, especialmente a do Supremo Tribunal Federal, cujo presidente também preside o CNJ” (DE OLIVEIRA, NORONHA, 2016, pág. 93).

⁹³ Acerca do julgamento de Recursos Extraordinário e Especial repetitivos, o artigo 1.040 e seu inciso III, do Código de Processo Civil estabelecem que, publicado o acórdão paradigma, os processos suspensos em primeiro e segundo grau de jurisdição retomarão o curso para julgamento e aplicação da tese firmada pelo tribunal superior.

Por conseguinte, tais instrumentos de auxílio se voltaram objetivamente ao redimensionamento estrutural e coletivo do problema causado pela judicialização das prestações materiais de saúde.

O estudo evidenciou que os critérios estabelecidos pelo STF, STJ e CNJ não estão sendo utilizados de forma ampla e homogênea pelo conjunto de magistrados da Comarca de Manhuaçu, bem como pelos representantes processuais das partes responsáveis pela judicialização da saúde.

Tal evidência, embora limitada à análise da STA - 175 AgR/CE, já havia sido anteriormente constada por Lopes et al. (2019) quando do estudo acerca do referenciamento pelo Tribunal de Justiça de Minas Gerais aos parâmetros objetivos para a tomada de decisões colegiadas em saúde.

Notou-se, inclusive, que a divergência interpretativa entre os STF e STJ quanto à necessidade de inclusão da União como litisconsorte passivo necessário tem influenciado no posicionamento heterogêneo do Judiciário local quanto à responsabilidade solidária em matéria de saúde e à competência jurisdicional.

Embora a parametrização do Direito à Saúde tenha acarretado uma melhora qualitativa no resultado dos julgamentos, ainda que não homogênea, observou-se que tais estratégias por si só não foram suficientes para conter o crescimento anual do número de ações e a disparidade de decisões, conforme já retratado pela literatura, e expressado também no presente estudo.

Verificou-se também que não houve um padrão uniforme de gestão processual e de resposta do Poder Judiciário local às demandas requerendo o fornecimento de medicamentos, cujo fato pode, em tese, ser atribuído inicialmente à discrepância e ao nível de adesão dos magistrados à parametrização do Direito à Saúde estabelecida pelo STF, STF e CNJ.

A pesquisa trouxe mostras de que os representantes jurídicos não observaram algumas das balizas instrumentais e decisórias definidas para a adequada gestão e racionalização da judicialização da saúde, tendo se mostrado inclusive heterogênea a postura procedimental entre as próprias partes processuais em diversos pontos do estudo.

Além do mais, o comportamento dos representantes processuais em relação à observância dos parâmetros em estudo também não se mostrou homogêneo quando comparado com a postura dos membros do Poder Judiciário.

Considerando que os representantes jurídicos dos demandantes operam sob perspectivas e condições fático-jurídicas diversas, especialmente em virtude da natureza e das peculiaridades da atuação de cada um deles (nestes incluído o próprio cidadão quando do

exercício da capacidade postulatória para pleitear diretamente no Juizado Especial da Fazenda Pública), permite-se concluir por um possível (e de certo modo já esperado) comportamento assimétrico entre os próprios representantes processuais da parte autora acerca do grau de adesão aos parâmetros decisórios abstratos e instrumentos de gestão e racionalização das demandas de saúde.

Sob o ponto de vista de uma parcela do jurisdicionado que aciona o sistema de justiça requerendo a concessão de medicamentos não incluídos no SUS, sem evidências científicas acerca da sua segurança e eficácia e do custo-efetividade, ainda permanece latente a interpretação das diretrizes da integralidade, universalidade e equidade como sendo “o direito de tudo a todos”, independentemente da formulação e implementação de políticas públicas para o fornecimento de prestações materiais pelo Estado, dos custos de oportunidade e da limitação de recursos públicos para fazer frente aos custos dos direitos. Ademais, o estudo levanta reflexões sobre quais tipos de demandas deveriam, de fato, ir para a apreciação do Judiciário.

Nos termos expostos neste subcapítulo, denota-se que a hipótese inicial sustentada na pesquisa foi validada, uma vez que os parâmetros decisórios não têm contribuído de forma integral na solução judicial dos casos concretos envolvendo o direito ao fornecimento de medicamentos, já que parcela dos atores processuais envolvidos na judicialização da saúde em primeira instância não têm observado/aderido aos critérios objetivos estabelecidos pelo STF e STJ e aos instrumentos de auxílio estabelecidos pelo CNJ para a solução de demandas envolvendo o fornecimento de medicamentos.

CONCLUSÃO FINAL

No capítulo 1 foi apresentado o conceito e âmbito de proteção do Direito à Saúde e à assistência farmacêutica no contexto da CRFB/88. Nesse sentido, ressaltou-se que a adoção de um conceito amplo e indeterminado de saúde como propugnado pela literatura se mostra imprestável e insuficiente perante as diretrizes constitucionais da integralidade, igualdade e equidade, visto que as ações e serviços públicos de saúde devem ser garantidas mediante o implemento de políticas públicas de saúde específicas, aliadas a políticas sociais e econômicas diversas. Abordou-se o âmbito de proteção da assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, cuja política pública de assistência farmacêutica foi organizada pelo SUS com amparo na medicina baseada em evidências. Registrou-se que o direito fundamental social à saúde e à assistência farmacêutica se caracteriza como direito a prestações fáticas positivas, sendo estas onerosas aos cofres públicos e dependentes não apenas da existência de recursos financeiros para sua viabilização (reserva do possível), mas também de normatização no plano jurídico-administrativo, apta à sua efetivação do direito abstrato no plano concreto.

Também foi indicado que a diretriz constitucional da integralidade não ampara o entendimento equivocado de parcela da doutrina e jurisprudência de que há por parte do utente dos serviços do SUS direito absoluto a todo e qualquer medicamento ou tratamento de saúde, ainda que disponível no mercado farmacêutico, mas sim àqueles constantes da política de assistência farmacêutica, observadas as regras de acesso às ações e serviços públicos do SUS.

Por fim, diante da importância de um sistema universal de saúde pública em um país no qual a grande maioria da população não possui capacidade econômica para arcar com os custos de serviços médicos e medicamentos considerados essenciais, e levando-se em consideração os desafios enfrentados pelo fenômeno da Judicialização da Saúde para reduzir as iniquidades existentes no acesso aos bens e serviços de saúde públicos, em especial na assistência farmacêutica, e lançando-se o olhar sobre a necessidade de assegurar o equilíbrio e efetividade do sistema de saúde coletivamente considerado e a realização da justiça social através da macrojustiça, concluiu-se que o Direito à Saúde, notadamente o acesso ao fornecimento de medicamentos essenciais, dada a sua importância como direito fundamental social não deve ser tratado com descaso pelos Poderes Públicos, devendo, ao contrário, ser visto com primazia, cautela e racionalidade pelo Poder Judiciário, equalizando-se os frequentes conflitos entre interesses individuais e coletivos com a necessidade da efetivação da macrojustiça no âmbito das políticas públicas de saúde.

No capítulo 2, ao tratar do panorama da judicialização da saúde, verificou-se que o reconhecimento pelo STF da aplicabilidade imediata das normas constitucionais garantidoras do direito à saúde serviu de alicerce para a instalação de uma cultura jurídica de judicialização de pretensões individuais a prestações materiais positivas a serem prestadas pelo Estado, sendo a área da saúde a mais impactada pelas demandas judiciais, tendo o fenômeno identificado como “Judicialização da Saúde” surgido principalmente da dicotomia entre mínimo existencial e reserva do possível, sobretudo quando se diz respeito à concessão de prestações materiais de saúde de índole individual.

Evidenciou-se também que a judicialização das políticas de saúde, como fenômeno complexo e multifacetário, passou a ser um “problema” a ser enfrentado pelo Poder Judiciário, com reflexos diretos sobre as pretensões individuais de saúde dos cidadãos, sobre as políticas públicas coletivas e sobre a própria sustentabilidade das ações e serviços de saúde do SUS, cuja “pressão” exercida sobre o judiciário para o redesenho de políticas públicas acarreta inexoravelmente o risco de ativismo judicial sobre a formulação e execução de políticas públicas.

A partir da exposição dos diversos problemas causados pela judicialização da saúde, demonstrou-se que aproximação entre os sistemas de justiça e de saúde, inaugurada pela Audiência Pública nº 04/2019 pelo STF, seguida pelo CNJ e posteriormente pelo STJ, buscou identificar falhas nas políticas públicas de saúde e na judicialização da saúde, como forma de buscar uma maior racionalização das demandas de saúde e um aprimoramento das decisões judiciais com base em evidências técnico-científicas, especialmente nos PCDT.

Demonstrados os reflexos e consequências da excessiva judicialização da saúde sobre a formulação e implementação das políticas públicas, passou-se à análise da STA - 175 AgR/CE e dos Temas 500 e 793 do STF, Temas 84, 98, 106 e 686 do STJ, assim como da Recomendação nº 31/2010 e Resolução nº 107/2010 do CNJ, podendo se concluir que os parâmetros normativos em referência se voltaram precipuamente à dimensão estrutural e coletiva do problema afeto à judicialização da saúde.

Verificou-se ainda que num cenário de busca por previsibilidade, segurança jurídica, razoabilidade e proporcionalidade das decisões judiciais, a adoção de parâmetros judiciais gerais para resolução de demandas de saúde teve início por meio da definição de balizas abstratas e gerais sem caráter vinculante, evoluindo rapidamente para a fixação de critérios decisórios objetivos e de natureza vinculante para as instâncias inferiores do Judiciário, cujo protagonismo do STF, CNJ e STJ no estabelecimento de parâmetros decisórios gerais para

demandas judiciais resultou na elaboração de políticas judiciárias na resolução de conflitos de saúde.

Ademais, constatou-se que o estabelecimento de diversos parâmetros gerais e pautas objetivas para a concessão de prestações materiais de saúde revelou uma constante preocupação do STF, STJ e CNJ na adoção de uma postura mais pragmática e consequencialista das decisões das instâncias inferiores do Poder Judiciário em matéria de saúde, fundadas em elementos de caráter científico, notadamente na medicina com base em evidências.

No capítulo 3 foi apresentada a metodologia de pesquisa que conduziu o presente trabalho. Como método do estudo adotou-se a revisão de literatura em fontes indexadas, publicada em português e inglês, de acordo com tema e referencial teórico. Procedeu-se também à pesquisa documental mediante consulta direta a documentos constantes dos *sites* do STF, STJ e CNJ, bem como ao exame de documentos fornecidos pelo Município de Manhuaçu e relativos à política de assistência farmacêutica de âmbito municipal. Além disso, procedeu-se à análise dos casos judicializados para o fornecimento de medicamentos no período de junho de 2019 a junho de 2022 envolvendo ações judiciais distribuídas na Justiça Estadual contra o Município de Manhuaçu, tendo por objetivo o fornecimento de medicamentos.

Tendo por objeto de análise ações judiciais distribuídas em face do Município de Manhuaçu no período supramencionado, algumas propostas em litisconsórcio passivo com o Estado de Minas Gerais, sobre as quais o Judiciário já havia se manifestado sobre pedidos de fornecimento de medicamentos, foi possível obter resultados referentes ao: funcionamento da política pública de assistência farmacêutica de âmbito municipal; condições pessoais e perfil socioeconômico do jurisdicionado que acessou o Poder Judiciário para a obtenção de medicamentos; perfil das demandas judiciais envolvendo pedidos de medicamentos essenciais; presença ou não dos medicamentos nas Relações de Medicamentos Essenciais elaboradas pelos Poderes Públicos; perfil das doenças prevalentes que motivaram a judicialização para o fornecimento de medicamentos; postura dos médicos prescritores públicos e particulares em relação à prescrição dos medicamentos judicializados; modo de representação jurídica do cidadão perante o Judiciário; os fundamentos fáticos e jurídicos sustentados pelas partes processuais; perspectivas de atuação de cada um dos representantes processuais; nível de orientação dos representantes jurídicos das partes quanto aos parâmetros da judicialização do Direito à Saúde estabelecidos pelo STF, STJ e CNJ; resultado das decisões liminares e sentenças de mérito; postura dos magistrados quanto à observância aos parâmetros hermenêuticos para a solução das demandas de saúde; e situações de irresignação recursal dos

representantes jurídicos acerca das decisões de mérito proferidas em primeira instância de jurisdição.

No capítulo 4 discutiu-se os achados de pesquisa, cotejando seus resultados com outros estudos envolvendo a judicialização para o fornecimento de medicamentos essenciais. Ressaltou-se inicialmente que o fenômeno da judicialização da saúde é causado não somente pela atuação do Poder Judiciário, mas também pela coparticipação direta dos atores processuais que acionam o sistema de justiça e pela atuação da Administração Pública ao dar causa ao surgimento de tais demandas judiciais, de forma consciente ou não.

A partir dos resultados do estudo, constatou-se que os parâmetros decisórios e instrumentos de gestão e racionalização da saúde voltaram objetivamente ao redimensionamento estrutural e coletivo do problema causado pela judicialização das prestações materiais de saúde. Identificou-se que os critérios estabelecidos pelos Tribunais Superiores e pelo CNJ não estão sendo utilizados de forma ampla e homogênea pelo conjunto de magistrados da Comarca de Manhuaçu. Aventou-se que a ausência de um padrão uniforme de gestão processual e de resposta do Poder Judiciário local às demandas requerendo o fornecimento de medicamentos seja possivelmente atribuída à discrepância e ao nível de adesão dos magistrados à parametrização do Direito à Saúde estabelecida pelo STF, STF e CNJ.

Sobre o comportamento das partes processuais foi possível aferir que os representantes jurídicos não se orientaram por algumas das balizas instrumentais e decisórias definidas para a adequada gestão e racionalização da judicialização da saúde, tendo se mostrado inclusive heterogênea a postura procedimental entre as próprias partes processuais.

Entretanto, pelo fato de os representantes jurídicos dos demandantes operarem sob perspectivas e condições fático-jurídicas diferentes, especialmente em razão da natureza e das peculiaridades da atuação de cada um deles (nestes incluído o próprio cidadão quando do exercício da capacidade postulatória para pleitear diretamente no Juizado Especial da Fazenda Pública), o estudo concluiu por um possível (e de certo modo já esperado) comportamento assimétrico entre os próprios representantes processuais da parte autora acerca do grau de adesão aos parâmetros decisórios abstratos e instrumentos normativos de gestão e racionalização das demandas de saúde.

Ademais, muito embora a parametrização do Direito à Saúde tenha ocasionado uma melhora qualitativa no resultado dos julgamentos, apesar de não acentuada e homogênea, o estudo trouxe indicativos de que os critérios decisórios e instrumentos de gestão e racionalização para solução dos casos de saúde por si só não foram suficientes para conter o

crescimento anual do número de ações e a disparidade de posicionamentos expressados nas decisões judiciais.

Nestes termos, o presente trabalho teve como intenção precípua identificar e entender a organização e funcionamento da política pública de assistência farmacêutica, o perfil do jurisdicionado e das demandas de saúde pública no Município de Manhuaçu, o comportamento dos atores processuais envolvidos na judicialização da saúde frente aos parâmetros decisórios aplicáveis à solução das demandas de saúde pleiteando o fornecimento de medicamentos para, ao final, responder à pergunta de pesquisa que conduziu o estudo.

Como forma de problematizar a pesquisa, indagou-se inicialmente se os parâmetros hermenêuticos definidos pelo STF e STJ e as estratégias institucionais de gestão administrativa estabelecidas pelo CNJ para a resolução das demandas envolvendo pedidos de medicamentos estariam sendo observados pelos atores responsáveis pela judicialização da saúde em primeira instância de jurisdição.

A pergunta de pesquisa foi respondida através da validação da hipótese inicial do estudo, haja vista que, após a análise do comportamento dos representantes processuais das partes demandante e demandada, do Ministério Público na condição de *custos legis* e dos juízes da Comarca de Manhuaçu, bem como da aferição do padrão das respectivas respostas judiciais, foi possível concluir que os parâmetros decisórios têm contribuído de forma apenas parcial na solução judicial dos casos concretos envolvendo o direito ao fornecimento de medicamentos, já que parcela dos representantes processuais e dos juízes de primeira instância não têm observado/aderido aos critérios objetivos estabelecidos pelo STF e STJ e aos instrumentos normativos de auxílio estabelecidos pelo CNJ para a solução de demandas judiciais envolvendo o fornecimento de medicamentos.

A pesquisa não teve pretensões universalizantes acerca do atual estado da arte da parametrização da aplicação do Direito à Saúde, já que se trata apenas de um estudo da realidade local evidenciada pela natureza das demandas, pelo perfil dos demandantes e das prestações de saúde solicitadas, pelas estratégias e comportamento dos atores processuais, bem como pelo perfil das respostas judiciais aos pleitos versando sobre medicamentos essenciais.

Não obstante isso, a par dos resultados empíricos e da confrontação com outros estudos atinentes ao tema, a pesquisa buscou oferecer indicativos de como está a questão afeta à adesão e ao comportamento dos atores processuais envolvidos na judicialização da saúde frente aos critérios decisórios definidos pelas instâncias superiores para o julgamento de demandas envolvendo o fornecimento de medicamentos.

A constatação da não observância de alguns dos parâmetros para julgamento das ações de saúde por parcela dos representantes processuais das partes e de juízes de primeira instância pode eventualmente contribuir com outras investigações, especialmente aquelas voltadas a explicar o porquê de a judicialização da saúde não estar gerando equidade distributiva e ainda perpetuando os elevados déficits de equidade.

Por fim, novas pesquisas devem ser conduzidas para verificar se o caso de Manhuaçu se assemelha a outros municípios de médio porte do Estado de Minas Gerais ou de outros Estados da Federação, sobretudo aqueles municípios com contexto socioeconômico e sistemas sanitário e de justiça semelhantes.

REFERÊNCIAS

BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. **Revista Jurisprudência Mineira**, Belo Horizonte, a. 60, nº 188, p. 29-60, jan./mar. 2009. Disponível em: <<https://bd.tjmg.jus.br/jspui/bitstream/tjmg/516/1/D3v1882009.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2022.

_____. Judicialização. Ativismo Judicial e Legitimidade Democrática. **Caderno [Syn]Thesis**, Rio de Janeiro, vol.5, nº 1, 2012, p.23-32. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/synthesis/article/view/7433/5388>>. Acesso em: 04 out. 2022.

_____. Neoconstitucionalismo e constitucionalização do Direito (O triunfo tardio do direito constitucional no Brasil). **Revista de Direito Administrativo**, v. 240, p. 1-42, 1 abr. 2005. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/43618>> Acesso em: 26 jun. 2021.

FREITAS, Beatriz Cristina de; QUELUZ, Dagmar de Paula. Perfil da judicialização da saúde pública no município de Piracicaba – SP. In: WANG, Daniel Wei Liang; TERRAZAS, Fernanda Vargas (Orgs.) **Judicialização da Saúde nos Municípios. Teses Jurídicas, Diagnósticos e Experiências de Gestão**. CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. 2022. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/1xVtB47NEG3cmeey6e2bqE7jWayDUawLK/view>>. Acesso em: 12 nov. 2022.

BERCOVICI, Gilberto. A descentralização de políticas sociais e o federalismo cooperativo brasileiro. **Revista de Direito Sanitário**, vol. 3, n. 1, março 2002, p. 13-28. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/81291/84931>> Acesso em: 15 dez. 2021.

BUCCI, Maria Paula Dallari. O conceito de política pública em direito. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (org.). **Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico**. São Paulo: Saraiva, 2006. Pág. 1-50

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Consulta a Medicamentos**. Disponível em: <<https://consultas.anvisa.gov.br/#/medicamentos/>>. Acesso em: 12 jul. 2022.

_____. Conselho Nacional de Justiça. **Enunciados aprovados nas I, II e III Jornadas de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça**. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/conteudo/arquivo/2019/03/e8661c101b2d80ec95593d03dc1f1d3e.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2022.

_____. Conselho Nacional de Justiça. **Judicialização e saúde: ações para acesso à saúde pública de qualidade** / Conselho Nacional de Justiça; Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. – Brasília: CNJ, 2021. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/06/Relatorio_Judicializacao-e-Sociedade_2021-06-08_V2.pdf>. Acesso em: 20 de set. 2022.

_____. Conselho Nacional de Justiça. **Judicialização e Sociedade. Ações para acesso à saúde pública de qualidade**. / Conselho Nacional de Justiça; Programa das Nações Unidas

para o Desenvolvimento. Brasília: CNJ, 2021. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/07/Relatorio_Judicializacao-e-Sociedade-16072021.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2022.

_____. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução nº 238 de 06/09/2016**. Dispõe sobre a criação e manutenção, pelos Tribunais de Justiça e Regionais Federais de Comitês Estaduais da Saúde, bem como a especialização de vara em comarcas com mais de uma vara de fazenda Pública. DJe/CNJ, nº 160, de 09/09/2016, p. 8-9. Disponível em: <<https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/2339>>. Acesso em: 01 out. 2022.

_____. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução nº 388 de 13/04/2021**. Dispõe sobre a reestruturação dos Comitês Estaduais de Saúde, fixados pela Resolução CNJ no 238/2016, e dá outras providências. DJe/CNJ nº 95/2021, de 15 de abril de 2021, p. 2-5. Disponível em: <<https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/3868>>. Acesso em: 01 out. 2022.

_____. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução nº 461 de 06/06/2022**. Altera o art. 1º da Resolução CNJ nº 107/2010. DJe/CNJ nº 137/2022, de 8 de junho de 2022, p. 2-3 (republicação). Disponível em: <<https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/4576>>. Acesso em: 01 out. 2022.

_____. Conselho Nacional de Justiça. **Recomendação nº 36 de 12/07/2011**. Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, com vistas a assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde suplementar. DJe/CNJ nº 129/2011, de 14/07/2011, p. 3-4. Disponível em: <<https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/847#:~:text=Recomenda%20aos%20Tribunais%20a%20ado%20C3%A7%C3%A3o,a%20assist%C3%A2ncia%20C3%A0%20sa%C3%BAde%20suplementar>>. Acesso em: 01 out. 2022.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, Volume 7. Brasília: CONASS, 2007. 186 p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro7.pdf>. Acesso em: 18 de jun. 2022.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm> Acesso em: 26 jun. 2021.

_____. **Decreto nº 591, de 6 de julho de 1992**. Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Promulgação. Brasília, 1992. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm> Acesso em: 31 mai. 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. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm> Acesso em: 18 jun. 2022.

_____. **Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011.** Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7646.htm> Acesso em: 17 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. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm> Acesso em: 11 maio 2022.

_____. **Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999.** Altera a Lei no 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Brasília, 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19787.htm> Acesso em: 04 jul. 2022.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Panorama do Município de Manhuaçu.** 2019. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/manhuacu/panorama>>. Acesso em: 21 abr. 2022.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Taxa de mortalidade infantil do Município de Manhuaçu.** 2018. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/manhuacu/pesquisa/39/30279?indicador=30279&ano=2018>>. Acesso em: 17 maio 2022.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Taxa de mortalidade infantil do Município de Manhuaçu.** 2019. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/manhuacu/pesquisa/39/30279?indicador=30279&ano=2019>>. Acesso em: 17 maio 2022.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Taxa de mortalidade infantil do Município de Manhuaçu. 2020.** Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/manhuacu/pesquisa/39/30279?indicador=30279&ano=2020>>. Acesso em: 17 maio 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: Doutrina e princípios.** Brasília: Ministério da Saúde, 1990b. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf>. Acesso em: 14 maio de 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Datasus. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Consulta estabelecimentos de saúde.** Competência: fevereiro/2022. Área geográfica: Município de Manhuaçu. 2022a. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relCoberturaAPSCadastro.xhtml>>. Acesso em: 21 abr. 2022.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes Metodológicas: avaliação de desempenho de tecnologias em saúde** [internet]. Brasília, 2017. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Artigos_Publicacoes/Diretrizes/DIRETRIZ_AdTS_final_ISBN.pdf>. Acesso em: 16 maio 2022.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Farmacopéia. Conceitos e definições**. Publicado em 21/09/2020. Atualizado em 17/05/2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/acessoainformacao/perguntasfrequentes/farmacopeia/dcb/dcb>>. Acesso em: 27 maio 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Departamento de atenção básica. **Histórica de cobertura da Saúde da Família**. Período: fevereiro/2022. Competência por unidade geográfica: Manhuaçu/MG. 2022b. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relCoberturaAPSCadastro.xhtml>>. Acesso em: 21 abr. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Datasus. **Informações de Saúde. Cadernos de Informação de Saúde: Estado de Minas Gerais. 2008**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/mg.htm>>. Acesso em: 21 abr. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 31 maio 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013**. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html>. Acesso em: 30 maio 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename 2018. **Portaria nº 3.733, de 22 de novembro de 2018**. Estabelece a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename 2018 no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da atualização do elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename 2017. [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 218 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/medicamentos_rename.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename 2020. **Portaria nº 3.047, de 28 de novembro de 2019**. Estabelece a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename 2020 no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da atualização do elenco de

medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename 2018. [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 217 p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_medicamentos_rename_2020.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename 2022. **Portaria GM/MS n.º 3.435, de 8 de dezembro de 2021**. Estabelece a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename 2022) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da atualização do elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename 2022). Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sctie/daf/20210367-rename-2022_final.pdf>. Acesso em: 28 maio 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução de Consolidação CIT n.º 1, de 30 de março de 2021**. Consolida as Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde (SUS). 2021. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-de-consolidacao-cit-n-1-de-30-de-marco-de-2021-323572057#wrapper>>. Acesso em: 20 nov. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf>. Acesso em: 14 maio de 2022.

_____. **Portaria n.º 3.916, de 30 de outubro de 1998**. Política Nacional de Medicamentos. Brasília, 1998. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html>. Acesso em: 17 abr. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 545, de 20 de maio de 1993**. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB/SUS 01/93). Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html#:~:text=Esta%20Norma%20Operacional%20B%C3%A1sica%2C%20do%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde.>. Acesso em 27 set. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução n.º 338, de 06 de maio de 2004**. Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, 2004. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html>. Acesso em: 17 abr. 2022.

_____. Supremo Tribunal Federal. **Agravo Regimental na Suspensão de Tutela Antecipada n.º 175/CE**. Relator Ministro Gilmar Mendes. Data do julgamento: 13 de março de 2010. Data de Publicação DJE 30/04/2010 – Ata n.º 12/2010. DJE n.º 76, divulgado em 29/04/2010. Brasília/DF, 2010. Disponível em: <<https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=2570693>> Acesso em: 21 maio 2022.

_____. Supremo Tribunal Federal. **Suspensão de Tutela Antecipada – STA nº 91/AL**, Relatora Ministra Presidente Ellen Gracie, J. 26/02/2007. DJ 05/03/2007. Disponível em: <<http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=2466232>>. Acesso em: 21 set. 2022.

CABRAL, Ildelisa, REZENDE, Laura Ferreira de. Análise Das Ações Judiciais Individuais para fornecimento de medicamentos em São João da Boa Vista. **Direito Sanitário**, São Paulo v.16 n.1, p. 59-77, mar./jun. 2015. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/100017>>. Acesso em: 12 nov. 2022.

CIARLINI, Álvaro L. A. S. Análise jurídica dos critérios axiológicos de avaliação de medicamentos pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias ao SUS - CONITEC. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 5, n. 1, p. 205–219, 2016. DOI: 10.17566/ciads.v5i1.279. Disponível em: <<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/279>>. Acesso em: 13 maio 2022.

_____. **Direito à saúde - paradigmas procedimentais e substanciais da Constituição**. São Paulo: Saraiva, 2013.

CUEVA, Ricardo Villas Bôas. Parâmetros para a Judicialização do Direito à Saúde. In: LOUREIRO, Francisco Eduardo, DE PRETTO, Renato Siqueira, KIM Richard Pae (Coord.). **A vida dos direitos nos 30 anos da Constituição Federal**. São Paulo: Escola Paulista da Magistratura, 2019. Pág. 85-94. Disponível em: <<https://www.tjsp.jus.br/download/EPM/Publicacoes/ObrasJuridicas/05-30%20anos.pdf?d=637003474487876230>>. Acesso em: 18 set. 2022.

CUNHA, Alexandre Luna da. A integralidade do direito à saúde na visão do Supremo Tribunal Federal. **Revista de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 20, n. 1, p. 167-184, 2019. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.v20i1p167-184. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/164214>>. Acesso em: 15 nov. 2022.

DE OLIVEIRA, Vanessa Elias; NORONHA, Lincoln Nancelio Thomaz. Relações entre Judiciário e Executivo em policy making (fazer política): o caso de distribuição de medicamentos no Estado de São Paulo. **Revista Áskesis - Revista de Discentes do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFSCar**. vol. 5. n. 2. jul/dez. 2016. P. 74/97. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/348719219_Relacoes_entre_Judiciario_e_Executivo_em_policy_making_fazer_politica_o_caso_de_distribuicao_de_medicamentos_no_Estado_de_Sao_Paulo>. Acesso em: 15 nov. 2022.

DE OLIVEIRA, Vanessa Elias. The Right to Health, Judicialization, and Equity in SUS. **Braz. political sci. rev.**, v. 16, n. 1, e0002, Jan. 2022. Disponível em: <<https://brazilianpoliticalsciencereview.org/article/the-right-to-health-judicialization-and-equity-in-sus/>>. Acesso em: 18 set. 2022.

FERRAZ, Octávio Luiz Motta; VIEIRA, Fabiola Sulpino. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante Dados - **Revista de Ciências Sociais**, vol. 52, núm. 1, março, 2009. pp. 223-251. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/218/21817688007.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2022.

FERRAZ, Octávio Luiz Motta. Para equacionar a judicialização da saúde no Brasil. **Revista Direito GV**, v. 15, n. 3, set./dez. 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rdgv/a/tLdSQ4Ggnm4w8GSfYdcqtTy/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 18 set. 2022.

FOLY, Silvia Lane Freitas; MATTA, Ludmila Gonçalves da; SHIMODA, Eduardo. Judicialização do acesso a medicamentos no Município de Itaperuna-RJ: perfil das demandas. **Saúde & Transformação Social**. 2016. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/4043>>. Acesso em: 12 nov. 2022.

HOLMES, Stephen e SUSTEIN, Cass R. **O custo dos Direitos: por que a liberdade depende de impostos**. Tradução: Marcelo Brandão Cipolla. 1ª ed. 3ª tir. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2019.

MANHUAÇU. **Lista de Medicamentos Padronizados no Município Manhuaçu/MG**. Anexo Único. Manhuaçu, 2022.

MAPELLI JUNIOR, Reynaldo. **Judicialização da saúde e políticas públicas: assistência farmacêutica, integralidade e regime jurídico-constitucional do SUS**. Tese (doutorado). São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2015. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5151/tde-23022016-162923/pt-br.php>>. Acesso em: 01 abr. 2022.

MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de direito constitucional**. 13. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva Educação, 2018 (Série IDP).

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. Biblioteca Digital do TJMG. **Direito à Saúde. Judicialização da Saúde. Notas Técnicas**. Disponível em: <https://bd.tjmg.jus.br/jspui/handle/tjmg/7735/browse?type=dateissued&sort_by=2&order=ASC&rpp=100&etal=-1&null=&offset=1800>. Acesso em 29 set. 2022.

_____. Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. **Portaria Conjunta nº 643/PR/2017**. Dispõe sobre a regulação dos Núcleos de Apoio Técnico ao Judiciário para as demandas de saúde – NAT-JUS, no âmbito do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais – TJMG. DJe: 05/06/17. Publicação: 06/06/17. Disponível em: <<http://www8.tjmg.jus.br/institucional/at/pdf/pc06432017.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2022.

_____. Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. **Resolução nº 829/2016**. Dispõe sobre o estabelecimento de competência prioritária para processar e julgar ações que tenham por objeto o direito à saúde pública e à saúde suplementar em todas as Comarcas integradas por mais de uma Vara Cível, de Fazenda Pública ou da Infância e da Juventude. Publicação: 30/06/16. DJe: 29/06/16. Disponível em: <<http://www8.tjmg.jus.br/institucional/at/pdf/re08292016.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2022.

MOURA, Emerson Affonso da Costa. Direito à saúde, políticas públicas e fornecimento de medicamentos: sustentabilidade mediante ações integradas e participação popular na saúde pública. **Revista dos Tribunais**, v. 968/2016, São Paulo, p. 117-136, 2016, p. 4-5. Disponível em: <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli>

_servicos_produtos/bibli_boletim/bibli_bol_2006/Rtrib_n.968.06.PDF>. Acesso em: 16 abr. 2022.

LOPES, Luciana de Melo; COELHO, Tiago Lopes.; DINIZ, Semíramis Domingues; ANDRADE, Eli Iola Gurgel de. Judicialização e jurisprudência: utilização da STA 175/CE em acórdãos em saúde no Estado de Minas Gerais. **Revista de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 20, n. 1, p. 185-201, 2019. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.v20i1p185-201. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/164215>>. Acesso em: 15 nov. 2022.

OLIVEIRA, André Luiz Mendes; SACOMANO NETO, Mário; DONADONE, Júlio César. O papel da Santa Casa no sistema público de saúde brasileiro: o levantamento histórico de uma instituição filantrópica. **Revista Saúde e Sociedade**. vol. 31, núm. 01, ano 2022. Publicação: 17 jan. 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/YK5By6PLB5YcpG8N8qHB5Gn/>> Acesso em: 14 abr. 2022.

PALMA, Juliana Bonacorsi de; FEFERBAUM, Marina; PINHEIRO, Victor Marcel. Meu trabalho precisa de jurisprudência? Como posso utilizá-la? In: QUEIROZ, Rafael Mafei Rabelo; FEFERBAUM, Marina (Coords.). **Metodologia da pesquisa em direito: técnicas e abordagens para elaboração de monografias, dissertações e teses**. 2ª. ed., 2ª Tir. São Paulo: Saraiva, 2019. p. 101.

PEPE, Vera Lúcia Edais, et al. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2010; 15(5):2405-2414. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v15n5/v15n5a15.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2022.

PEPE, Vera Lúcia Edais; VENTURA, Miriam, Ventura, (Orgs). Manual de indicadores de avaliação e monitoramento das demandas judiciais de medicamentos. Rio de Janeiro: **Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca**, 2011. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_975659982.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2022.

PIVETTA, Saulo Lindorfer. Políticas Públicas e a Construção do Conteúdo Material do Direito à Saúde: Desafio à Administração Pública Brasileira. **A&C - Revista De Direito Administrativo & Constitucional**. Ano 10, n. 41, 2010. Disponível em: <<http://www.revistaaec.com/index.php/revistaaec/article/view/282>>. Acesso em: 14 maio 2022.

OLIVEIRA, Luciano Moreira de. Conteúdo normativo do direito à saúde: definição do núcleo essencial segundo a abordagem das capacidades. **Revista de Informação Legislativa: RIL**, Brasília, DF, v. 59, n. 234, p. 197-215, abr./jun. 2022. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/ril/edicoes/59/234/ril_v59_n234_p197>. Acesso em: 20 jul. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde, adotada pela Conferência Internacional de Saúde**. Disponível em: <<https://www.who.int/es/about/who-we-are/constitution>>. Acesso: 17 abr. 2022.

OTTONI, Marcos Vinicius Barros. **O direito fundamental à saúde, ativismo judicial e judicialização: à luz dos precedentes do STF sobre fornecimento de medicamentos sem**

registro e de alto custo. 2019. 76 f. Dissertação (Mestrado em Direito Constitucional) – Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa, Brasília, 2021. Disponível em: <<https://repositorio.idp.edu.br/handle/123456789/2989>>. Acesso em: 20 set. 2022.

QUINTAS, Fábio Lima. Juízes-administradores: a intervenção judicial na efetivação dos direitos sociais, **Revista de Informação Legislativa**, v. 53, n. 209, p. 31-51, jan./mar. 2016. p. 31-51. Disponível em: <<https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/519997/001063062.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 16 abr. 2022.

RAMOS, Elival da Silva. Controle jurisdicional de políticas públicas: a efetivação dos direitos sociais à luz da Constituição brasileira de 1988. **Revista da Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo**, [S. l.], v. 102, p. 327-356, 2007. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rfdusp/article/view/67758>>. Acesso em: 14 maio 2022.

RONCHI, Renzo Giacomo. Demandas de saúde pública: construindo parâmetros objetivos para a atuação do poder judiciário. **Revista Eletrônica dos Grupos de Estudo da EJEF**. vol. 1. n. 2. 2022. Disponível em: <<https://ejef.tjmg.jus.br/wp-content/uploads/2022/06/Demandas-de-saude-publica-Construindo-parametros-objetivos-para-a-atuacao-do-Poder-Judiciario.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2022.

SANTOS-PINTO, Cláudia Du Bocage, OSORIO-DE-CASTRO, Cláudia Garcia Serpa. Gestão da Assistência Farmacêutica e demandas judiciais em pequenos municípios brasileiros: um estudo em Mato Grosso do Sul. **Saúde Debate**. Dez. 2015; 39 Rio de Janeiro, V. 39, N. Especial, P. 171-183. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/7V8hF93tRJNRXJfXzg55MCq/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 28 jul. 2022.

SANTOS, Lenir. Judicialização da saúde: as teses do STF. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 45, n. 130 Jul-Set, p. 807–818, 2022. Disponível em: <<https://saudeemdebate.org.br/sed/article/view/5124>>. Acesso em: 27 set. 2022.

_____. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988. **Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado**. nº 11, set/out/nov. 2007a. Salvador. Disponível em: <<http://www.direitodoestado.com.br/codrevista.asp?cod=233>>. Acesso em: 01 mai. 2022.

_____. **Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 4ª ed. rev. e atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado. 2006.

_____. Notas sobre o mínimo existencial e sua interpretação pelo STF no âmbito do controle judicial das políticas públicas com base nos direitos sociais. **Revista de Investigações Constitucionais**. Curitiba, vol. 3, n. 2, p. 115-141, maio/ago. 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/rinc/article/view/46594>>. Acesso em: 14 abr. 2022.

_____. FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. O direito fundamental à proteção e promoção da saúde no Brasil: principais aspectos e problemas. In: RÉ, Aluisio Iunes Monti Ruggeri. (Org.). **Temas Aprofundados da Defensoria Pública**. 2. ed. Salvador: Editora JusPodivm, 2014, v. 1, p. 111-146. Disponível em: <<https://www.editorajuspodivm.com.br/cdn/arquivos/1136-leia-algumas-paginas.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2022.

_____. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: Algumas aproximações. **Revista Brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça**, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 171–213, 2007b. DOI: 10.30899/dfj.v1i1.590. Disponível em: <<https://dfj.emnuvens.com.br/dfj/article/view/590>>. Acesso em: 1 mai. 2022.

SILVA, Virgílio Afonso da; TERRAZAS, Fernanda Vargas. Claiming the right to health in Brazilian courts: the exclusion of the already excluded? **Law and Social Inquiry**, v.36, n.4, p. 825-853. 2011. Disponível em: <https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1133620>. Acesso em: 18 set. 2022.

SILVA, Virgílio Afonso da. O Judiciário e as políticas públicas: entre transformação social e obstáculo à realização dos direitos sociais. In: SOUZA NETO, Cláudio Pereira de; SARMENTO, Daniel. (Coord.). **Direitos sociais: fundamentação, judicialização e direitos sociais em espécie**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008. P. 587-599. Disponível em: <https://constituicao.direito.usp.br/wp-content/uploads/2008-Judiciario_e_politicas_publicas.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2022.

SPINA, Guilherme Malagut.; MAGAJEWSKI, Fabio Luparelli. Requerimento administrativo prévio e judicialização da saúde pública: uma análise do requisito e de suas exceções. **Revista de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 21, p. e0016, 2021. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.rdisan.2021.164513. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/164513>. Acesso em: 15 nov. 2022.

STOPA, Sheila Rizaato; et al. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Revista Saúde Pública**, 2017; 51 Suppl 1:3s. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/WXYjCqkTjPcd6ngPPrbZtnP/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2021.

TULLII, Marcela Silveira. **Para Além da Judicialização: Política Pública da Justiça no Campo da Saúde. Dissertação** (Mestrado em Ciência Política). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Universidade de São Paulo. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2017. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8131/tde-10072018-183913/pt-br.php>>. Acesso em: 01 out. 2022.

VASCONCELOS, Natalia Pires de. SOLUÇÃO DO PROBLEMA OU PROBLEMA DA SOLUÇÃO? STF, CNJ E A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE. **REI - REVISTA ESTUDOS INSTITUCIONAIS**, [S.l.], v. 6, n. 1, p. 83-108, abr. 2020. ISSN 2447-5467. Disponível em: <<https://www.estudosinstitucionais.com/REI/article/view/461>>. Acesso em: 18 set. 2022.

VASCONCELOS, Natalia Pires; WANG, Daniel Wei Liang. O impacto institucional da judicialização da saúde pública no Brasil. **Revista do Advogado**, v. 146, p. 03, 2020. Disponível em: <https://www.academia.edu/45349432/O_impacto_institucional_da_judicializa%C3%A7%C3%A3o_da_sa%C3%BAde_p%C3%BAblica_no_Brasil>. Acesso em: 19 set. 2022.

VASCONCELOS, Natalia Pires de. Entre justiça e gestão: colaboração interinstitucional na judicialização da saúde. **Revista de Administração Pública**. v. 55, n. 4, p. 923-949, jul./ago. 2021. Disponível em:

<https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/84389/79958>. Acesso em: 19 set. 2022.

VASCONCELOS, Natália Pires. **Judiciário e orçamento público: considerações sobre o impacto orçamentário de decisões judiciais**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade de São Paulo. Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2015. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2134/tde-03082016-144546/en.php>>. Acesso em: 20 set. 2022.

VENTURA, Miriam. Novas abordagens sobre a judicialização de políticas públicas no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Vol. 36(8). 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/LjrXMz7gSxJY4sZrFhMHDtt/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 28 set. 2022.

VENTURA Miriam; SIMAS, Luciana; PEPE, Vera Lúcia Edais; SCHRAMM, Fermin Roland. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis**. 2010; 20(1):77-100. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/35xXdQXR9JrdvpPmtkktL9F/?lang=pt>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**. Washington, DC, v. 27, n. 2, p. 149-156, 2010. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v27n2/a10v27n2.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2022.

_____. Desafios do estado quanto à incorporação de medicamentos no Sistema Único de Saúde, Texto para Discussão, Nº. 2500, **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**.- Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2019. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9357/1/td_2500.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2022.

_____. Direito à saúde no Brasil: seus contornos, judicialização e a necessidade da macrojustiça. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2020. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2547.pdf> Acesso em: 17 abr. 2022.

_____. ZUCCHI, P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 41, n. 2, p. 214-222, abr. 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/DdFrCJXWq5kg3934MPp3kNB/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 12 nov. 2022.

WANG, Daniel Wei Liang et al. Judiciário e fornecimento de insulinas análogas pelo Sistema Público de Saúde: direitos, ciência e política pública. **Relatório de pesquisa do Projeto Casoteca Direito GV**, 2011. Disponível em: <<https://direitosp.fgv.br/casoteca/judiciario-fornecimento-insulinas-analogas-pelo-sistema-publico-saude-direitos-ciencia-politicas>>. Acesso em: 15 nov. 2022.

_____; FRANCO, Denise et al. Health technology assessment and judicial deference to priority-setting decisions in healthcare: Quasi-experimental analysis of right-to-health litigation in Brazil. **Social Science & Medicine**, v. 265, 2020. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953620306201>>. Acesso em: 18 set. 2022.

_____. **Poder Judiciário e participação democrática nas políticas públicas de saúde. São Paulo**. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. 2009a. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2134/tde-21062011-134507/publico/Daniel_Wei_Liang_Wang_Dissertacao.pdf>. Acesso em: 18 set. 2022.

_____. Poder Judiciário e políticas públicas de saúde: participação democrática e equidade. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, v. 14, n. 54, p. 51-87, jan./jun. 2009b. Disponível em: <https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3777269>. Acesso em: 18 set. 2022.

_____; FERRAZ, Octavio Luiz Motta. Reaching out to the needy? Access to justice and public attorneys' role in right to health litigation in the city of Sao Paulo. **SUR International Journal on Human Rights**, v. 10, n. 18, p. 158-179, jun. 2013. Disponível em: <https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2401199>. Acesso em: 15 nov. 2022.

_____. Revisitando Dados e Argumentos no Debate sobre Judicialização da Saúde. **REI - REVISTA ESTUDOS INSTITUCIONAIS**, [S.l.], v. 7, n. 2, p. 849-869, ago. 2021. ISSN 2447-5467. Disponível em: <<https://www.estudosinstitucionais.com/REI/article/view/650>>. Acesso em: 18 set. 2022.

_____.; VASCONCELOS, N. P. de; OLIVEIRA, V. E. de; TERRAZAS, F. V. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 48, n. 5, p. 1191 a 1206, 2014. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/33348>>. Acesso em: 18 set. 2022.

WHO. World Health Organization. **Health Technology**. Disponível em: <<https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-technologies-and-medicines/health-technologies>>. Acesso em: 16 maio 2022.

_____. Selección de medicamentos esenciales. In: **Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS**. Ginebra, 2002. p. 1-6. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/67377>>. Acesso em: 17 jun. 2022.

**ANEXO ÚNICO - LISTA DE MEDICAMENTOS PADRONIZADOS NO MUNICÍPIO
DE MANHUAÇU**



OFÍCIO: 89/2022

ASSUNTO: Resposta de Ofício

SETOR: Assistência Farmacêutica

Para: Reinaldo Pinto Lara

DATA: 25/05/2022

Ilmo. Sr. Promotor de Justiça,

Com meus cordiais cumprimentos, venho por meio deste, e em atendimento ao Requerimento feito por Vossa Senhoria, o qual requisita informações a respeito da REMUME do município.

Quanto ao item 1, informamos que o município não possui REMUME definida por Lei municipal, o que existe são protocolos internos e definições de listagem básica determinada pelo Coordenador de Atenção Farmacêutica juntamente com os responsáveis por cada setor.

Para o item 2, informamos que o município não possui Comissão de Farmacoterapêutica, a mesma está em fase de implantação, através da avaliação prévia da lei que designará esta comissão.

Para o item 3, informamos que neste projeto de Lei ficará explícito a periodicidade das reuniões para revisão de inclusão ou exclusão de medicamento, a qual será designado 6 meses para estas revisões ou reuniões imediatas em caso de situação de emergência para criação de algum protocolo específico para atendimento de alguma situação que fuja a normalidade.

Para o item 4, informamos que não temos relatado por gestões anteriores medicações incorporadas nos anos de 2016/2020.

Em 2021, foram incorporadas medicações necessárias para tratamento dos pacientes acometidos pelo Covid-19, são eles:

| |
|---|
| COLECALCIFEROL (VITAMINA D3) 50.000 UI |
| ETEXILATO DE DABIGATRANA 150MG (PRADAXA) |
| HIDROXICLOROQUINA 400MG |
| SULFATO DE SALBUTAMOL 100MCG SPRAY |
| SULFATO DE ZINCO 20MG |

Foram também incorporados medicamentos para atendimento aos pacientes com diagnóstico de fibromialgia, atendidos no Serviço de Fibromialgia do SUS, sendo eles:


| |
|------------------------|
| Duloxetine 30mg e 60mg |
| Pregabalina 75mg |
| Topiramato 50mg |
| Tramadol 50mg |
| Ciclobenzaprina 10 mg |

Referente ao item 5, segue anexo listagem de medicamentos do município.

Sendo o que resta para o momento, encerro manifestando protesto de consideração e respeito.

Manhuaçu, 24 de maio de 2022


Liliana Teixeira Pimentel
Farmacêutica CRFMG 24132
Assistência Farmacêutica de Manhuaçu


Marisia Muniz Alves de Aguiar
Farmacêutica CRFMG 22497
Assistência Farmacêutica de Manhuaçu



ANEXO 1
LISTA DE MEDICAMENTOS PADRONIZADOS NO MUNICÍPIO DE MANHUAÇU

| | | | |
|----|--|--------|----------|
| 1 | (CL. DE TIAMINA 100 MG – B1 + CL. DE PIRIDOXINA 100 MG - B6) EM AMPOLA DE 1ML + (CIANOCOBALAMINA 5.000 MCG + AC. DE DEXAMETASONA 4 MG) EM AMPOLA DE 2 ML - INJETÁVEL IM. AMPOLA 1 E 2. | AMP. | UAI/UAR |
| 2 | ACETATO DE RETINOL 1.000.000 UI + AMINOÁCIDOS 2,5 % + METIONINA 0,5 % + CLORANFENICOL 0,5 % - POMADA OFTÁLMICA, BISNAGA 3,5 G | POMADA | UAI/UAR |
| 3 | ACICLOVIR 250 MG PO INJETAVEL | FR./A | UAI/UAR |
| 4 | ÁCIDO ACÉTICO A 2% FRASCO COM 1000 ML - EMBALAGEM CONTENDO: COMPOSIÇÃO QUIMICA, RESPONSÁVEL, LOTE, INSTRUÇÃO DE USO, PRECAUÇÕES, DATA DE FABRICAÇÃO E VALIDADE. | FR | FB |
| 5 | ÁCIDO ACÉTICO A 5% FRASCO COM 1000 ML - PARA USO HOSPITALAR (COLONOSCOPIA) - EMBALAGEM CONTENDO: COMPOSIÇÃO QUIMICA, RESPONSÁVEL, LOTE, INSTRUÇÃO DE USO, PRECAUÇÕES, DATA DE FABRICAÇÃO E VALIDADE. | FR | FB |
| 6 | ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG | COMP. | FB |
| 7 | ACIDO ASCORBICO 100 MG/ML (AMPOLAS COM 5 ML) | AMP. | UAI/UAR |
| 8 | ACIDO FOLICO 5 MG | COMP. | FB |
| 9 | ÁCIDO NICOTÍNICO 500MG | COMP. | PJ |
| 10 | ACIDO TRANEXAMICO 50 MG/ML - AMPOLA DE 5 ML - EMBALAGEM HOSPITALAR. | AMP. | UAI/UAR |
| 11 | ACIDO URSODESOXICOLICO 300 MG | COMP. | PJ |
| 12 | ACIDO VALPROICO 250 MG PORT. 344/98 | COMP. | S MENTAL |
| 13 | ACIDO VALPROICO 250MG/5ML - FRASCO CONTENDO 100 ML E COPO DOSADOR PORT. 344/98 | FR | S MENTAL |
| 14 | ACIDO VALPROICO 500 MG PORT. 344/98 | COMP. | S MENTAL |
| 15 | ACIDO ZOLEDRONICO 5MG/100ML SOLUÇÃO INJETÁVEL, CONTENDO FRASCO DE SISTEMA FECHADO DE 100ML. | FR | PJ |
| 16 | ADENOSINA 3MG/ML - AMPOLA 2ML | AMP. | UAI/UAR |
| 17 | AGUA BIDESTILADA - AMPOLA 10 ML - EMBALAGEM HOSPITALAR | AMP. | UAI/UAR |
| 18 | AGULHA DESCARTÁVEL PARA APLICAÇÃO DE INSULINA PARA CANETA, ESTÉRIL, COMPRIMENTO DE 4MM E 0,23MM (32G) DE CALIBRE, CORPO DE AÇO INOX, ATÓXICA, SILICONIZADA, CILÍNDRICA, RETA, OCA, BISEL TRIFACETADO, AFIADA, EMBALADA COM LACRE E PROTETORES INTERNOS E EXTERNOS DA AGULHA EM MATERIAL QUE PROMOVA BARREIRA MICROBIANA, ABERTURA ASSÉPTICA E PROTEÇÃO, COMPATÍVEL COM TODOS OS SISTEMAS DE APLICAÇÃO DE INSULINA COM CANETAS DISPONÍVEIS NO MERCADO. DEVERÁ CONTER EXTERNAMENTE DADOS DA FABRICAÇÃO, PROCEDÊNCIA, Nº DE REGISTRO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE, LOTE E DATA DE VALIDADE. EMBALAGEM COM 100 UNIDADES. | CAIXAS | FB |
| 19 | ALBENDAZOL 400 MG - DOSE INDIVIDUALIZADA | COMP. | FB |
| 20 | ALBENDAZOL 40MG/ML SUSPENSÃO ORAL | FR | FB |
| 21 | ALENDRONATO 70 MG | COMP. | FB |
| 22 | ALOPURINOL 100 MG | COMP. | FB |
| 23 | ALPRAZOLAM 1,0 MG PORT. 344/98 | COMP. | PJ |
| 24 | ALPRAZOLAM 2,0 MG PORT. 344/98 | COMP. | PJ |
| 25 | ALTEPLASE 50MG/50ML - PÓ LIOFILIZADO INJETÁVEL COM DILUENTE. | FR./A | UAI/UAR |
| 26 | AMATO 100 MG PORT. 344/98 | COMP. | S MENTAL |
| 27 | AMICACINA 250 MG/ML – AMPOLA 2 ML | AMP. | UAI/UAR |
| 28 | AMINOFILINA 100MG | COMP. | FB |
| 29 | AMINOFILINA 24 MG /ML - AMPOLA 10 ML - EMBALAGEM HOSPITALAR | AMP. | UAI/UAR |
| 30 | AMIODARONA 200 MG COMPRIMIDO | COMP. | FB |

| | | | |
|----|---|-------|--------------|
| 31 | AMITRIPTILINA, CLORIDRATO 25 MG PORT. 344/98 | COMP. | S MENTAL |
| 32 | AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO 50 MG + 12,5 MG/ML-SUSPENSÃO ORAL FRASCO COM 75 ML | FR | FB |
| 33 | AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO 500 MG + 125 MG | COMP. | FB |
| 34 | AMOXICILINA 50 MG/ML PO PARA SUSPENSÃO ORAL, FRASCO EM VIDRO AMBAR CONTENDO 60 ML E COPO MEDIDOR - EMBALAGEM HOSPITALAR | FR | FB |
| 35 | AMOXICILINA 500 MG | CAP. | FB |
| 36 | AMPICILINA 1 G. - PO LIOFILIZADO - EMBALAGEM HOSPITALAR | FR | UAI/UAR |
| 37 | ANLODIPINO BESILATO 5MG. | COMP. | FB |
| 38 | ARADOIS H 50/12,5 MG | COMP. | PJ |
| 39 | ARIPIPIRAZOL 10MG PORT. 344/98 | COMP. | PJ |
| 40 | ATENOLOL 50 MG COMPRIMIDO | COMP. | FB |
| 41 | ATENSINA 0,100 MG | COMP. | UAI/UAR |
| 42 | ATROPINA, SULFATO 0,5 MG/ML - AMPOLA 1 ML - EMBALAGEM HOSPITALAR | AMP. | UAI/UAR |
| 43 | AZITROMICINA 40 MG/ML PO PARA SUSPENSAO ORAL - 600 MG - FRASCO CONTENDO 15 ML | FR | FB |
| 44 | AZITROMICINA 500 MG - EMBALAGEM HOSPITALAR | COMP. | FB |
| 45 | BACLOFENO 10 MG | COMP. | PJ |
| 46 | BECLOMETASONA DIPROPIONATO 200 MCG | FR | FB |
| 47 | BECLOMETASONA DIPROPIONATO 50 MCG | FR | FB |
| 48 | BENZILPENICILINA BENZATINA 1.200.000 PÓ LIOFILIZADO - EMBALAGEM HOSPITALAR | FR | UAI/UAR |
| 49 | BENZILPENICILINA BENZATINA 600.000 UI - PO LIOFILIZADO - EMBALAGEM HOSPITALAR | FR | UAI/UAR |
| 50 | BENZILPENICILINA POTASSICA - CRISTALINA 5.000.000 UI - PÓ LIOFILIZADO - EMBALAGEM HOSPITALAR | FR | UAI/UAR |
| 51 | BENZILPENICILINA PROCAINA 300.000 + POTASSICA 100.000 - EMBALAGEM HOSPITALAR | FR | UAI/UAR |
| 52 | BETAISTINA 24 MG | COMP. | PJ |
| 53 | BETAMETASONA+GENTAMICINA (CREME) 30GR DIPROGENTA | TUBO | PJ |
| 54 | BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% - AMPOLA 10 ML – EMBALAGEM HOSPITALAR *** | AMP. | UAI/UAR |
| 55 | BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% - FRASCO COM 250 ML | FR | UAI/UAR |
| 56 | BIMATOPROSTA 0,01% (0,1 MG/ML) SOLUÇÃO OFTÁLMICA - FRASCO 5 ML | FR | PROTOS OS |
| 57 | BIPERIDENO 5MG/ML - AMPOLA 1ML | AMP. | UAI/UAR |
| 58 | BRINZOLAMIDA, 1%, SOLUÇÃO OFTÁLMICA, FRASCO COM 5 ML | FR | PROTOS OS |
| 59 | BROMIDRATO DE FENOTEROL 100MCG - SPRAY - FRASCO 200 DOSES+BOCAL - USO INALATÓRIO ORAL | FR | UAI/UAR |
| 60 | BROMOPRIDA 5 MG/ML, AMPOLA DE 2 ML - SOLUÇÃO INJETAVEL - INTRAVENOSA | AMP. | UAI/UAR |
| 61 | BROMOPRIDA SOLUÇÃO GOTAS 4 MG/ML - FRASCO 20 ML | FR | UAI/UAR |
| 62 | BULTIBROMETO DE ESCOPOLAMINA 10 MG/ML SOLUÇÃO ORAL, FRASCO DE VIDRO AMBAR, FRASCO COM 20 ML | FR | UAI/UAR |
| 63 | BUPIVACAINA + EPINEFRINA 5 MG/ML (0,50%) + 1.200.000 UI, SOLUÇÃO INJETÁVEL FRASCO 20 ML | FR | UAI/UAR |
| 64 | BUPROPIONA, CLORIDRATO DE, 150 MG COMPRIMIDO REVESTIDO DE LIBERAÇÃO PROLONGADA. PORT. 344/98 | COMP. | S MENTAL |
| 65 | BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA 10 MG/ML - SOLUÇÃO ORAL - FRASCO GOTAS | FR | UAI/UAR |
| 66 | BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA 20 MG/ML – 1 ML INJETÁVEL | AMP. | UAI/UAR |
| 67 | BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA 4 MG/ML + DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML - AMPOLA 5 ML (INJETÁVEL) - EMBALAGEM HOSPITALAR | AMP. | UAI/UAR |



| | | | |
|-----|---|--------|-------------|
| 68 | CANETA FORTEO COLTER PEN (P) TERIPARATIDA 250MCG/ML, CANETA INJETÁVEL DESCARTÁVEL C/ CARTUCHO DE 2,4 ML | CANETA | PJ |
| 69 | CAPILARENA 75 MG - AMINAFTONA 75MG | COMP. | PJ |
| 70 | CAPTOPRIL 25 MG | COMP. | FB |
| 71 | CARBAMAZEPINA 200MG PORT. 344/98 | COMP. | S MENTAL |
| 72 | CARBAMAZEPINA 20MG/ML - FRASCO DE 100 ML PORT. 344/98 | FR | S MENTAL |
| 73 | CARBONATO DE CALCIO 1250 MG EQUIVALENTE A 500 MG CALCIO | COMP. | FB |
| 74 | CARBONATO DE CALCIO 1500 MG E VITAMINA D3 400 UI | COMP. | PJ |
| 75 | CARBONATO DE LITIO 300MG | COMP. | S. MENTAL |
| 76 | CARVEDILOL 12,5 MG | COMP. | FB |
| 77 | CARVEDILOL 3,125 MG | COMP. | UAI/UAR |
| 78 | CEFALEXINA 500 MG | COMP. | FB |
| 79 | CEFALEXINA 50MG/ML PÓ PARA SUSPENSÃO - SUSPENSÃO ORAL - FRASCO COM 100 ML | FR | FB |
| 80 | CEFALOTINA 1 G - PO LIOFILIZADO (IV) EMBALAGEM HOSPITALAR | FR | UAI/UAR |
| 81 | CEFEPIMA 1G - PO LIOFILIZADO | FR | UAI/UAR |
| 82 | CEFTRIAXONA 1 G - PO LIOFILIZADO (IV/IM) - EMBALAGEM HOSPITALAR | FR | UAI/UAR |
| 83 | CETACONAZOL 20 MG - CR. DEMARTOLOGICO - TUBO COM 30 G - EMBALAGEM HOSPITALAR | TUBO | FB |
| 84 | CETOPROFENO 100 MG - PO LIOFILIZADO -(IV) EMBALAGEM HOSPITALAR | FR | UAI/UAR |
| 85 | CETOPROFENO 50 MG | COMP. | UAI/UAR |
| 86 | CICLOBENZAPRINA 10 MG | COMP. | PROTOCOL OS |
| 87 | CILOSTAZOL 100MG | COMP. | PJ |
| 88 | CIMETIDINA: 150MG/ML , AMPOLA COM 2ML – VIAS DE APLICAÇÃO: IV/IM | AMP. | UAI/UAR |
| 89 | CINARIZINA 75 MG | COMP. | UAI/UAR |
| 90 | CIPROFLOXACINO 500 MG | COMP. | FB |
| 91 | CITALOPRAM 20 MG COMPRIMIDO REVESTIDO PORT. 344/98 | COMP. | S MENTAL |
| 92 | CLARITOMICINA 500 MG | COMP. | FB |
| 93 | CLINDAMICINA 300MG | CAP. | UAI/UAR |
| 94 | CLINDAMICINA, FOSFATO 600 MG - AMPOLA 4 ML - EMBALAGEM HOSPITALAR | AMP. | UAI/UAR |
| 95 | CLOBAZAM 20MG PORT. 344/98 | COMP. | PJ |
| 96 | CLONAZEPAM 2 MG, COMPRIMIDO, EMBALAGEM HOSPITALAR – PORT. 344/98 | COMP. | S MENTAL |
| 97 | CLONAZEPAM 2,5 MG/ML SOLUÇÃO GOTAS FRASCO 20 ML – PORT. 344/98 | FR | UAI/UAR |
| 98 | CLONIDINA CLORIDRATO 0,15 MG COMPRIMIDO | COMP. | UAI/UAR |
| 99 | CLOPIDOGREL 75MG | COMP. | UAI/UAR |
| 100 | CLOPIXOL DEPOT 200 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL, IM, AMPOLA DE 1 ML | AMP. | S MENTAL |
| 101 | CLORETO DE POTASIO 10% - AMPOLA 10 ML - EMBALAGEM HOSPITALAR | AMP. | UAI/UAR |
| 102 | CLORETO DE SODIO 0,9% AMPOLA 10ML IV | AMP. | UAI/UAR |
| 103 | CLORETO DE SODIO 20% - AMPOLA 10 ml | AMP. | UAI/UAR |
| 104 | CLORIDRATO DE BIBERIDENO 2 MG – EMBALAGEM HOSPITALAR - PORT. 344/98 | COMP. | S MENTAL |
| 105 | CLORIDRATO DE CLOMIPRAMINA 25 MG - EMBALAGEM HOSPITALAR - PORT. 344/98 | COMP. | S MENTAL |
| 106 | CLORIDRATO DE CLOMIPRAMINA 75 MG - EMBALAGEM HOSPITALAR - PORT. 344/98 | COMP. | S MENTAL |
| 107 | CLORIDRATO DE CLORPROMAZINA 25MG - EMBALAGEM HOSPITALAR - PORT. 344/98 | COMP. | S MENTAL |
| 108 | CLORIDRATO DE CLORPROMAZINA 5MG/ML | AMP. | UAI/UAR |
| 109 | CLORIDRATO DE DOPAMINA 5 MG/ML – AMPOLA 10 ML*** | AMP. | UAI/UAR |

| | | | |
|-----|--|-------|----------|
| 110 | CLORIDRATO DE LEVOBUPIVACAÍNA 5 MG/ML + HEMITARTARATO DE EPINEFRINA 9µG/ML –SOLUÇÃO INJETÁVEL - FRASCO 20 ML – FRASCO-AMPOLA EM EMBALAGEM ESTÉRIL | FR./A | UAI/UAR |
| 111 | CLORIDRATO DE TETRACAÍNA + CLORIDRATO DE FENILEFRINA 10 MG/ML + 1 MG/ML– SOLUÇÃO OFTÁLMICA ESTÉRIL - FRASCO DE 10 ML - COLÍRIO. (COLÍRIO ANESTÉSICO) PORT. 344/98 | FR | UAI/UAR |
| 112 | CLORIDRATO DE TIZANIDINA 2 MG | COMP. | PJ |
| 113 | CLORPROMAZINA 100 MG - EMBALAGEM HOSPITALAR - PORT. 344/98 | COMP. | S MENTAL |
| 114 | CLORPROMAZINA 4% - SOLUÇÃO GOTAS ORAL, 40 MG/ML, FRASCO AMBAR 20 ML PORT. 344/98 | FR | S MENTAL |
| 115 | CLOXAZOLAM 2MG PORT. 344/98 | COMP. | PJ |
| 116 | CLOZAPINA 100 MG PORT. 344/98 | COMP. | PJ |
| 117 | COLAGENASE 0,6 U/G + CLORANFENICOL 0,01 G/G - BISNAGA 30 G | TUBO | UAI/UAR |
| 118 | COLECALCIFEROL - VITAMINA D3 -200 UI/GOTA | FR | PJ |
| 119 | CONCERTA 36MG - METILFENIDATO | COMP. | PJ |
| 120 | DAPAGLIFLOZINA 10MG | COMP. | PJ |
| 121 | DEFLAZACORT 6MG | COMP. | PJ |
| 122 | DESLANOSÍDEO 0,2 MG/ML - AMPOLA 2 ML - EMBALAGEM HOSPITALAR | AMP. | UAI/UAR |
| 123 | DESVENLAFAXINA 50 MG PORT. 344/98 | COMP. | PJ |
| 124 | DEXAMETASONA 1MG=ML - FRASCO 5ML COLIRIO - SUSPENSAO OFTÁLMICA | FR | UAI/UAR |
| 125 | DEXAMETASONA ACETATO - CREME 0,1% - BISNAGA 10G - EMBALAGEM HOSPITALAR | TUBO | FB |
| 126 | DEXAMETASONA, FOSF. DISS. 02MG/ML, AMPOLA 01ML (IM/IV) | AMP. | UAI/UAR |
| 127 | DEXAMETASONA, FOSF. DISS. 04MG/ML, AMPOLA 2,5ML (IM/IV) | AMP. | UAI/UAR |
| 128 | DIAZEPAM 10 MG PORT. 344/98 | COMP. | S MENTAL |
| 129 | DIAZEPAM 5 MG PORT. 344/98 | COMP. | PJ |
| 130 | DIAZEPAM 5 MG/ML - AMPOLA 2 ML (IV/IM) EMBALAGEM HOSPITALAR - PORT. 344/98 | AMP. | S MENTAL |
| 131 | DICLOFENACO DE SODIO 25 MG/ML - AMPOLA 3 ML - EMBALAGEM HOSPITALAR | AMP. | UAI/UAR |
| 132 | DIGOXINA 0,25MG COMPRIMIDO - EMBALAGEM HOSPITALAR | COMP. | FB |
| 133 | DILTIAZEM 90 MG | COMP. | PJ |
| 134 | DIMENIDRINATO 30 MG+CLORIDRATO DE PIRIDOXINA 50 MG+GLICOSE 1000 MG+FRUTOSE 1000 MG - AMPOLA 10 ML. (IV) EMBALAGEM HOSPITALAR | AMP. | UAI/UAR |
| 135 | DIOSMINA 450 + HESPERIRINA 50 MG - COMPRIMIDO | COMP. | PJ |
| 136 | DIPIRONA 500 MG/ML - FRASCO 10 ML GOTAS - EMBALAGEM HOSPITALAR | FR | FB |
| 137 | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML - AMPOLA 2 ML - EMBALAGEM HOSPITALAR | AMP. | UAI/UAR |
| 138 | DIVALPROATO DE SODIO 500MG (DEPAKOTE ER)PORT 344/98 | COMP. | PJ |
| 139 | DOBUTAMINA, CLORIDRATO 12,5 MG/ML AMPOLA 20 ML EMBALAGEM HOSPITALAR | AMP. | UAI/UAR |
| 140 | DOPAMINA CLORIDRATO 5 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL (VIA ENDOVENOSA) | AMP. | UAI/UAR |
| 141 | DOXAZOSINA 4 MG | COMP. | PJ |
| 142 | DULOXETINA 30 MG PORT. 344/98 | COMP. | PROTOS |
| 143 | DULOXETINA 60 MG PORT. 344/98 | COMP. | PROTOS |
| 144 | EMPAGLIFLOZINA 25 MG (JARDIANCE) (P) | COMP. | PJ |
| 145 | ENOXAPARINA 40MG/4ML (SUBCUTANEA) | SERIN | PROTOS |
| 146 | EPINEFRINA 1 MG/ML - AMPOLA DE 1ML (ADRENALINA) EMBALAGEM HOSPITALAR | AMP. | UAI/UAR |

| | | | |
|-----|---|-------------|----------|
| 147 | ESPAÇADOR: dispositivo a ser acoplada ao inalador de spray para facilitar o seu uso e melhorar o aproveitamento da medicação, com tubo em alumínio e presença de válvula. USO EM PEDIATRIA 0 A 2 ANOS. | UNIDADE | UAI/UAR |
| 148 | ESPAÇADOR: dispositivo a ser acoplada ao inalador de spray para facilitar o seu uso e melhorar o aproveitamento da medicação, com tubo em alumínio e presença de válvula. USO EM PEDIATRIA ACIMA DE 2 ANOS. | UNIDADE | UAI/UAR |
| 149 | ESPIRAMICINA 1,5 UI | COMP. | FB |
| 150 | ESPIRONOLACTONA 25 MG | COMP. | FB |
| 151 | ETOMIDATO 2MG/ML – AMP. 10 ML - PORT. 344/98 | AMP. | UAI/UAR |
| 152 | EZETIMIBA 10MG | COMP. | PJ |
| 153 | FENITOINA 100 MG PORT. 344/98 | COMP. | S MENTAL |
| 154 | FENITOÍNA 50 MG/ML - AMPOLA 5 ML (IV/IM) - EMBALAGEM HOSPITALAR - PORT. 344/98 | AMP. | UAI/UAR |
| 155 | FENOBARBITAL 100MG PORT. 344/98 | COMP. | S MENTAL |
| 156 | FENOBARBITAL 4% (20ML) - PORT. 344/98 | FR | S MENTAL |
| 157 | FENOBARBITAL, 100MG/ML AMPOLA 2 ML - PORT. 344/98 | AMP. | S MENTAL |
| 158 | FENOFIBRATO 250MG | COMP. | PJ |
| 159 | FENOTEROL, BROMETO 5 MG/ML - SOL. INALAÇÃO GOTAS - FRASCO 20 ML | FR | UAI/UAR |
| 160 | FENTANILA, CITRATO 0,05 MG/ML FRASCO-AMPOLA 10 ML - EMBALAGEM HOSPITALAR - PORT. 344/98 CATMAT | AMP. | UAI/UAR |
| 161 | FITOMENADIONA 10 MG/ML - AMPOLA DE 1 ML (SUBCUTÂNEO/INTRAMUSCULAR) EMBALAGEM HOSPITALAR | AMP. | UAI/UAR |
| 162 | FLUCONAZOL 150 MG | COMP. | FB |
| 163 | FLUMAZENIL 0,1 MG/ML - AMPOLA 5 ML (IV) EMBALAGEM HOSPITALAR- PORT. 344/98 | AMP. | UAI/UAR |
| 164 | FLUOXETINA 20MG - EMBALAGEM HOSPITALAR - PORT. 344/98 | CAP. | S MENTAL |
| 165 | FOLINATO DE CALCIO 15 MG | COMP. | FB |
| 166 | FOSFATO DE SÓDIO MONOBÁSICO 0,16G/ML + FOSFATO DE SÓDIO MONOBÁSICO 0,06G/ML - CLISTER COM 133 ML – SOLUÇÃO RETAL – FRASCO-APLICADOR | FR | UAI/UAR |
| 167 | FUROSEMIDA 10 MG/ML - AMPOLA DE 2 ML - EMBALAGEM HOSPITALAR | AMP. | UAI/UAR |
| 168 | FUROSEMIDA 40 MG COMPRIMIDO | COMP. | FB |
| 169 | GABAPENTINA 300 MG PORT. 344/98 | COMP. | PJ |
| 170 | GABAPENTINA 400 MG PORT. 344/98 | COMP. | PJ |
| 171 | GENTAMICINA 40 MG /ML - AMPOLA DE 2 ML - EMBALAGEM HOSPITALAR | AMP. | UAI/UAR |
| 172 | GENTAMICINA, SULFATO 0,5% - COLÍRIO – FRASCO COM 5ML | FR | FB |
| 173 | GLIBENCLAMIDA 5 MG COMPRIMIDO | COMP. | FB |
| 174 | GLICAZIDA 30 MG | COMP. | FB |
| 175 | GLICAZIDA 60 MG | COMP. | FB |
| 176 | GLICEROL 1,44 G - SUPOSITÓRIO DE USO INFANTIL | SUPOSITÓRIO | UAI/UAR |
| 177 | GLICONATO DE CALCIO 10% - 100 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL IV, AMPOLA DE 10 ML - CAIXA COM 100 AMPOLAS. | AMP. | UAI/UAR |
| 178 | GLICOSE 25% - AMPOLA DE 10 ML - EMBALAGEM HOSPITALAR | AMP. | UAI/UAR |
| 179 | GLICOSE 50% - AMPOLA 10 ML - EMBALAGEM HOSPITALAR | AMP. | UAI/UAR |
| 180 | GLIFAGE 1000 MG | COMP. | PJ |
| 181 | GLIMEPIRIDA 2 MG | COMP. | PJ |
| 182 | GLIMEPIRIDA 4 MG | COMP. | PJ |
| 183 | HALOPERIDOL 1 MG PORT. 344/98 | COMP. | S MENTAL |
| 184 | HALOPERIDOL 2 MG/ML GOTAS 20 ML PORT. 344/98 | FR | S MENTAL |



| | | | |
|-----|---|-------|------------|
| 185 | HALOPERIDOL 5 MG/ML - AMPOLA 1 ML (IV/IM)- EMBALAGEM HOSPITALAR - PORT. 344/99 | AMP. | UAI/UAR |
| 186 | HALOPERIDOL 5MG PORT. 344/98 | COMP. | S MENTAL |
| 187 | HALOPERIDOL DECANOATO 50 MG/ML - INJETAVEL (1ML)- PORT. 344/98 | AMP. | S MENTAL |
| 188 | HEMITARTARATO DE NOREPINEFRINA 2 MG/ML - AMPOLA DE 4 ML (IV) - EMBALAGEM HOSPITALAR | AMP. | UAI/UAR |
| 189 | HEPARINA 5000 UI/ML - FRASCO AMPOLA 5ML EMBALAGEM HOSPITALAR | AMP. | UAI/UAR |
| 190 | HIDROCLOROTIAZIDA 25MG | COMP. | FB |
| 191 | HIDROCORTISONA 100 MG - PO LIOFILIZADO (IM/IV)- EMBALAGEM HOSPITALAR | FR | UAI/UAR |
| 192 | HIDROCORTISONA 500 MG - PÓ LIOFILIZADO (IM/IV)- EMBALAGEM HOSPITALAR | FR | UAI/UAR |
| 193 | HIDROGEL 15GR - COLOPLAST HIDROGEL 15GRS | TUBO | FB/UAI/UAR |
| 194 | HIDROGEL COM ALGINATO 85G | TUBO | |
| 195 | IBUPROFENO 50MG/ML SUSPENSÃO ORAL GOTAS - FRASCO 30ML - EMBALAGEM HOSPITALAR | FR | FB |
| 196 | IBUPROFENO 600MG - COMPRIMIDO | COMP. | FB |
| 197 | IMIPRAMINA CLORIDRATO 25MG | COMP. | S. MENTAL |
| 198 | IPRATROPIO, BROMETO 0,025% - SOL. INALAÇÃO GOTAS - FRASCO 20 ML * CADA ML DA SOLUÇÃO INALATORIA 0,025 | FR | UAI/UAR |
| 199 | ISOFLURANO 1 ML/ML (100%) – FRASCO COM 100 ML. PORT. 344/98 | FR | CANIL |
| 200 | ISOSSORBIDA DINITRATO 5 MG | COMP. | FB |
| 201 | ISOSSORBIDA MONONITRATO 20MG | COMP. | FB |
| 202 | ISOSSORBIDA MONONITRATO 40MG | COMP. | FB |
| 203 | IVERMECTINA 6 MG | COMP. | FB |
| 204 | LAMOTRIGINA 100 MG COMPRIMIDO | COMP. | S MENTAL |
| 205 | LAMOTRIGINA 50 MG | COMP. | PJ |
| 206 | LEVETIRACETAM 250 MG PORT. 344/98 | COMP. | PJ |
| 207 | LEVETIRACETAM 750 MG PORT. 344/98 | COMP. | PJ |
| 208 | LEVODOPA 200MG + CLORIDRATO DE BENSERAZIDA 50MG | COMP. | S. MENTAL |
| 209 | LEVOMEPRMAZINA 100 MG, CLORIDRATO PORT. 344/99 | COMP. | S MENTAL |
| 210 | LEVOMEPRMAZINA 25 MG, CLORIDRATO PORT. 344/98 | COMP. | S MENTAL |
| 211 | LEVONOGESTREL 0,15MG + ETINILESTRADIOL 0,03MG | COMP. | FB |
| 212 | LEVOTIROXINA SODICA 100 MCG | COMP. | FB |
| 213 | LEVOTIROXINA SODICA 25 MCG | COMP. | FB |
| 214 | LEVOTIROXINA SODICA 50 MCG | COMP. | FB |
| 215 | LIDOCAÍNA 10% SPRAY – FRASCO 50 ML | FR | UAI/UAR |
| 216 | LIDOCAINA 2% SOLUÇÃO INJETAVEL - FRASCO 20 ML - EMBALAGEM HOSPITALAR | FR | UAI/UAR |
| 217 | LIDOCAINA, CLORIDRATO 100 MG/5G - BSNAGA 30 G- HEMBALAGEM HOSPITALAR | TUBO | UAI/UAR |
| 218 | LORATADINA 1 MG/ML XAROPE | FR | FB |
| 219 | LORATADINA 10MG | COMP. | FB |
| 220 | LORAZEPAM 2 MG PORT. 344/98 | COMP. | S MENTAL |
| 221 | LOSARTANA POTASSICA 50MG | COMP. | FB |
| 222 | MALEATO DE ENALAPRIL 20MG | COMP. | FB |
| 223 | MALEATO DE ENALAPRIL 5 MG | COMP. | PJ |
| 224 | MALEATO DE TIMOLOL 0,5% - COLIRIO | FR | FB |
| 225 | MEDROXIPROGESTERONA ACETATO 150 MG/ML - SOLUÇÃO INJETAVEL - EMBALAGEM HOSPITALAR | AMP. | FB |

| | | | |
|-----|--|--------------|----------|
| 226 | METFORMINA CLORIDRATO 850 MG COMPRIMIDO | COMP. | FB |
| 227 | METILDOPA 250 MG - COMPRIMIDO | COMP. | FB |
| 228 | METILFENIDATO 10 MG PORT. 344/98 | COMP. | S MENTAL |
| 229 | METILPREDNISOLONA, SUCCINATO SOLUCAO INJETAVEL 500 MG + SOL. DILUENTE | AMP. | UAI/UAR |
| 230 | METOCLOPRAMIDA 10MG | COMP. | FB |
| 231 | METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML - AMPOLA DE 2 ML (IM/IV)- EMBALAGEM HOSPITALAR | AMP. | UAI/UAR |
| 232 | METOPROLOL IV 1 MG/ML AMPOLA 5ML | AMP. | UAI/UAR |
| 233 | METRONIDAZOL 250 MG | COMP. | FB |
| 234 | METRONIDAZOL 40MG/ML (BENZOILMETRONIDAZOL) - SUSPENSÃO ORAL - FRASCO 100ML - EMBALAGEM HOSPITALAR | FR | FB |
| 235 | METRONIDAZOL 5 MG/ML FRASCO SOL. INJETAVEL - FRASCO 100 ML | FR | UAI/UAR |
| 236 | METROPOLOL , SUCCINATO 50 MG - COMPRIMIDO | COMP. | FB |
| 237 | MICOFENOLATO DE MOFETILA 500MG | COMP. | PJ |
| 238 | MICONAZOL NITRATO 20MG/G - CREME VAGINAL 80G COM APLICADOR – EMBALAGEM HOSPITALAR | TUBO | FB |
| 239 | MIDAZOLAM, CLORIDRATO DE, 1 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL IM/IV/RET, CAIXA CONTENDO 50 AMPOLAS - AMPOLA DE 5 ML. | AMP. | S MENTAL |
| 240 | MIDAZOLAM, MALEATO 15 MG COMPRIMIDO PORT. 344/98 | COMP. | PJ |
| 241 | MIDAZOLAN, MALEATO 5 MG/ML - AMPOLA 10 ML (IV/IM)- EMBALAGEM HOSPITALAR PORT. 344/98 | AMP. | UAI/UAR |
| 242 | MIDAZOLAN, MALEATO 5 MG/ML - AMPOLA 3 ML (IV/IM)- EMBALAGEM HOSPITALAR - PORT. 344/98 | AMP. | UAI/UAR |
| 243 | MOXIFLOXACINO 400MG COMPRIMIDO REVESTIDO | COMP. | UAI/UAR |
| 244 | NALOXONA, CLORIDRATO 0,4 MG/ML - AMPOLA 1 ML PORT 344/98 | AMP. | UAI/UAR |
| 245 | NALTREXONA, CLORIDRATO, 50 MG - COMPRIMIDO REVESTIDO PORT. 344/98 | COMP. | S MENTAL |
| 246 | NEOMICINA SULFATO 250UI/G + BACITRACINA ZÍNCICA 5MG/G POMADA BISNAGA 10G | TUBO | FB |
| 247 | NIFEDIPINA 10 MG – CÁPSULA MOLE (REFERÊNCIA ADALAT – CAPSULA MOLE) | CÁPSULA MOLE | UAI/UAR |
| 248 | NIMODIPINA 30 MG | COMP. | UAI/UAR |
| 249 | NITROFURANTOINA 100 MG | CAP. | PJ |
| 250 | NITROGLICERINA 50 MG/ML – AMPOLA DE 10 ML | AMP. | UAI/UAR |
| 251 | NITROPRUSSETO DE SODIO 25 MG/ML - AMPOLA 2 ML (IV) | AMP. | UAI/UAR |
| 252 | NORETISTERONA 0,35 MG | COMP. | FB |
| 253 | NORETISTERONA, ENANTATO 50 MG + VALERATO DE ESTRADIOL 5 MG/ML - SOL. INJETAVEL | AMP. | FB |
| 254 | NORTRIPTILINA 25MG PORT. 344/98 | CAP. | S MENTAL |
| 255 | NORTRIPTILINA 50MG PORT. 344/98 | CAP. | S MENTAL |
| 256 | OCTREOTIDA 0,1 MG/ML AMPOLA 1ML | AMP. | UAI/UAR |
| 257 | OLANZAPINA 10 MG PORT. 344/98 | COMP. | PJ |
| 258 | OLEO DE RICINO 30 ML | FR | UAI/UAR |
| 259 | OLEO MINERAL 100ML | FR | UAI/UAR |
| 260 | OMALIZUMABE 150MG | COMP. | PJ |
| 261 | OMEGA 3 1000 MG | CAP. | PJ |
| 262 | OMEPRAZOL 20MG | CAP. | FB |
| 263 | OMEPRAZOL 40 MG - PO LIOFILIZADO (IV) | FR | UAI/UAR |
| 264 | ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML AMPOLA DE 2 ML | AMP. | UAI/UAR |

| | | | |
|-----|--|--------------|-------------|
| 265 | ORYZA SATIVA L. 600 MG CAPSULA GELATINOSA MOLE, CAIXA COM 30 CÁPSULAS. CATMAT | CÁPSULA MOLE | PJ |
| 266 | OXACILINA 500 MG - PO LIOFILIZADO (IM/IV) - EMBALAGEM HOSPITALAR | FR | UAI/UAR |
| 267 | OXCARBAMAZEPINA 300 MG PORT. 344/98 | COMP. | PROTOCOL OS |
| 268 | OXCARBAZEPINA 6% (SUSP. ORAL) PORT. 344/98 | FR | PROTOCOL OS |
| 269 | OXCARBAZEPINA 600MG PORT. 344/98 | COMP. | PROTOCOL OS |
| 270 | PANCURÔNICO, BROMETO 2 MG/ML , INJETÁVEL IV; CAIXA CONTENDO 50 AMPOLAS. AMPOLA DE 2 ML PORT. 344/98 | AMP. | UAI/UAR |
| 271 | PARACETAMOL 200MG/ML - FRASCO 20ML - GOTAS - EMBALAGEM HOSPITALAR | FR | FB |
| 272 | PARACETAMOL 500 MG COMPRIMIDO - EMBALAGEM HOSPITALAR | COMP. | FB |
| 273 | PARACETAMOL 750 MG COMPRIMIDO - EMBALAGEM HOSPITALAR | COMP. | UAI/UAR |
| 274 | PERICIAZINA GOTAS 10MG/ML FRASCO 20ML | FR | S. MENTAL |
| 275 | PETIDINA, CLORIDRATO 50MG/ML - AMPOLA 2ML | AMP. | UAI/UAR |
| 276 | PIOGLITAZONA, CLORIDRATO 15 MG | COMP. | PJ |
| 277 | PIOGLITAZONA, CLORIDRATO 30 MG | COMP. | PJ |
| 278 | PIRIDOXINA (VITAMINA B6) 30 MG + FRUTOSE 50 MG + GLICOSE 1000 MG + DIMENIDRINATO 1000 MG. SOLUÇÃO INJETÁVEL | AMP. | UAI/UAR |
| 279 | PIRIMETAMINA 25MG | COMP. | FB |
| 280 | PITAVASTATINA 2 MG | COMP. | PJ |
| 281 | PREDNISOLONA FOSF. SODICO 3MG/ML SOLUCAO ORAL - FRASCO 100ML - EMBALAGEM HOSPITALAR | FR | FB |
| 282 | PREDNISONA 20MG - COMPRIMIDO - EMBALAGEM HOSPITALAR | COMP. | FB |
| 283 | PREDNISONA 5MG - COMPRIMIDO - EMBALAGEM HOSPITALAR | COMP. | FB |
| 284 | PREGABALINA 75 MG PORT. 344/98 | COMP. | PROTOCOL OS |
| 285 | PROMETAZINA 25MG COMPRIMIDO - EMBALAGEM HOSPITALAR | COMP. | FB |
| 286 | PROMETAZINA CLORIDRATO 25 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL. EMBALAGEM HOSPITALAR | AMP. | UAI/UAR |
| 287 | PROPANOLOL CLORIDRATO 40MG - COMPRIMIDO - EMBALAGEM HOSPITALAR | COMP. | FB |
| 288 | PROPATILNITRATO 10MG - COMPRIMIDO | COMP. | UAI/UAR |
| 289 | PROPOFOL 10 MG/ML - FRASCO-AMPOLA 20 ML - EMBALAGEM HOSPITALAR - PORT. 344/98 | AMP. | UAI/UAR |
| 290 | QUETIAPINA 100 MG PORT. 344/98 | COMP. | PJ |
| 291 | QUETIAPINA 25MG PORT. 344/98 | COMP. | PJ |
| 292 | RANITIDINA - PRINCIPIO ATIVO: RANITIDINA, CLORIDRATO; CONCENTRACAO/DOSAGEM: 150 MG; FORMA FARMACEUTICA: COMPRIMIDO. | COMP. | FB |
| 293 | RANITIDINA - PRINCIPIO ATIVO: RANITIDINA, CLORIDRATO; CONCENTRACAO/DOSAGEM: 25 MG/ML; FORMA FARMACEUTICA: SOLUCAO INJETAVEL; APRESENTACAO: AMPOLA 2ML; EMBALAGEM HOSPITALAR. | AMP. | UAI/UAR |
| 294 | RASILEZ - HEMIFUMARATO DE ALISQUERENO 300MG | COMP. | PJ |
| 295 | RETINOL (VITAMINA A) + AMINOACIDOS + METIONINA + CLORANFENICOL 10.000+25+5+5 UI/G+MG/G POMADA OFTALMICA | FR | UAI/UAR |
| 296 | RISPERIDONA 1MG/ML -GOTAS- PORT. 344/98 | FR | S MENTAL |
| 297 | RISPERIDONA 2 MG - EMBALAGEM HOSPITALAR PORT. 344/98 | COMP. | S MENTAL |
| 298 | RIVAROXABANA 15 MG | COMP. | PJ |
| 299 | RIVAROXABANA 20MG | COMP. | PJ |
| 300 | ROSUVASTATINA 10MG | COMP. | PJ |

| | | | |
|-----|--|-------|-------------|
| 301 | ROSUVASTATINA 20MG | COMP. | PJ |
| 302 | SACARATO DE HIDRÓXIDO FÉRRICO 20 MG/ML (100 MG/5 ML). SOLUÇÃO INJETÁVEL ENDOVENOSA, CAIXA CONTENDO 5 AMPOLAS. AMPOLA 5 ML. | AMP. | FB |
| 303 | SAIS DE REIDRATAÇÃO ORAL - PÓ ENVELOPE 27,9G - EMBALAGEM HOSPITALAR | ENV | FB |
| 304 | SALBUTAMOL SULFATO 0,4 MG/ML SOLUÇÃO ORAL | FR | UAI/UAR |
| 305 | SAXAGLIPTINA 2,5MG + METFORMINA 1000MG - KOMBIGLYZE XR | COMP. | PJ |
| 306 | SAXENDA 6MG /ML (LIRAGLUTIDA) | AMP. | PJ |
| 307 | SECNIDAZOL 1G - DOSE UNITÁRIA - EMBALAGEM HOSPITALAR | COMP. | FB |
| 308 | SIMETICONA 75 MG/ML - FRASCO – GOTAS - 15 ML | FR | UAI/UAR |
| 309 | SINVASTATINA 10MG - COMPRIMIDO REVESTIDO | COMP. | FB |
| 310 | SINVASTATINA 20MG - COMPRIMIDO REVESTIDO | COMP. | FB |
| 311 | SINVASTATINA 40MG - COMPRIMIDO REVESTIDO | COMP. | FB |
| 312 | SOLUÇÃO DE SCHILLER A 2% 1000ML - EMBALAGEM CONTENDO: COMPOSIÇÃO QUÍMICA, LOTE, RESPONSÁVEL, INSTRUÇÕES DE USO E PRECAUÇÕES, DATA DE FABRICAÇÃO E VALIDADE, FRASCO DE VIDRO ÂMBAR. | FR | FB |
| 313 | SOLUÇÃO PARA LIMPEZA E DESCONTAMINAÇÃO DE FERIDAS, COMPOSTO POR BETAÍNA (SURFACTANTE) E POLIHEXANIDA. PRODUZIDO EM SISTEMA FECHADO ESTÉRIL, LIVRE DE ENDOTOXINAS E PRONTA PARA USO. FRASCO DE 350 ML. (PROTOSAN) | FR | UAI/UAR |
| 314 | SULFADIAZINA 500MG | COMP. | FB |
| 315 | SULFADIAZINA PRATA 1 - POTE 400 MG CATMAT | PT. | UAI/UAR |
| 316 | SULFAMETOXAZOL 400MG + TRIMETOPRIMA 80MG COMPRIMIDO - EMBALAGEM HOSPITALAR | COMP. | FB |
| 317 | SULFATO DE MAGNÉSIO HEPTAHIDRATADO 100 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL IV/IM, CAIXA COM 50 AMPOLAS. AMPOLAS DE 10 ML | AMP. | UAI/UAR |
| 318 | SULFATO FERROSO 122,97 MG (40 MG FERRO ELEMENTAR) - COMPRIMIDO REVESTIDO - EMBALAGEM HOSPITALAR | COMP. | FB |
| 319 | SULFATO FERROSO 125MG/ML (25 MG FERRO ELEMENTAR) SOLUÇÃO ORAL - FRASCO COM 30 ML | FR | FB |
| 320 | SULPIRIDA 50MG - PORT. 344/98 | CAP. | S MENTAL |
| 321 | SYMBICORT FORMOTEROL + BUDESONIDA 12/400 | FR | PJ |
| 322 | SYSTANE COLIRIO | FR | PJ |
| 323 | TIAMINA (VITAMINA B1) + RIBOFLAVINA (VITAMINA B2) + PIRIDOXINA (VITAMINA B6) + NICOTINAMIDA (VITAMINA B3) + PANTOTENATO DE CALCIO (VITAMINA B5) 5+1+3+30+4 MG. COMPLEXO B - AMPOLA 2 ML - EMBALAGEM HOSPITALAR | AMP. | UAI/UAR |
| 324 | TIAMINA 100 MG/ML, AMPOLA DE 1 ML | AMP. | S MENTAL |
| 325 | TIAMINA 300 MG, CLORIDRATO - EMBALAGEM HOSPITALAR | COMP. | S MENTAL |
| 326 | TIORIDAZINA 100 MG PORT. 344/98 | COMP. | S MENTAL |
| 327 | TIORIDAZINA 50 MG PORT. 344/98 | COMP. | S MENTAL |
| 328 | TOBRAMICINA 0,3% - COLIRIO FRASCO 3 ML | FR | UAI/UAR |
| 329 | TOPIRAMATO 50 MG PORT. 344/98 | COMP. | S MENTAL |
| 330 | TRAMADOL 50 MG PORT. 344/98 | COMP. | PROTOCOL OS |
| 331 | TRAMADOL, CLORIDRATO 50 MG/ML - AMPOLA 2 ML (IM/IV) PORT. 344/98 | AMP. | UAI/UAR |
| 332 | TRIANCINOLONA HEXACETONIDA - 20 MG/ML – SUSP. INJETÁVEL - AMPOLA 1 ML | AMP. | UAI/UAR |
| 333 | VANCOMICINA CLORIDRATO 500MG | FR | UAI/UAR |
| 334 | VARFARINA 5MG COMPRIMIDO EMBALAGEM HOSPITALAR | COMP. | FB |
| 335 | VERAPAMIL - PRINCIPIO ATIVO: VERAPAMIL, CLORIDRATO; CONCENTRACAO/DOSAGEM: 2,5 MG/ML; FORMA FARMACEUTICA: SOLUCAO INJETAVEL; APRESENTACAO: AMPOLA 2ML. | AMP. | FB |



| | | | |
|-----|---|-------|---------|
| 336 | VERAPAMIL CLORIDRATO 80MG COMPRIMIDO EMBALAGEM HOSPITALAR | COMP. | FB |
| 337 | VILDAGLIPTINA 50MG (GALVUS) | COMP. | PJ |
| 338 | VILDAGLIPTINA 50MG + METFORMINA 1000MG (GALVUS MET) | COMP. | PJ |
| 339 | VITAMINA B12 (CIANOCOBALAMINA) 2.500 MCG (5.000 MCG) AMPOLA SOLUÇÃO INJETAVEL | AMP. | UAI/UAR |

APÊNDICE A - AGENDA DE PESQUISA

A despeito de a agenda de pesquisa acerca do tema Judicialização da Saúde ter sido exaustivamente pesquisada nas últimas duas décadas, é importante olhar para os municípios de pequeno e médio porte, nas seguintes bases:

1) Doenças prevalentes na população brasileira e previsão de medicamentos nas Listas Oficiais.

Olhando para os estudos na área de saúde pública, verifica-se que as doenças prevalentes e apontadas no presente são as que acometem grande parte da população brasileira. Assim, mostra-se relevante olhar para quais doenças são judicializadas em municípios com perfil de pequeno e médio portes, dialogando com o campo da saúde pública. Além disso, algumas questões precisam ser investigadas, a exemplo: por que estão sendo pedidos medicamentos alternativos às Listas Oficiais?; se é preciso haver uma atualização da Lista de Medicamentos do Município de Manhuaçu?; e quais os limites da interferência do Poder Judiciário sobre o poder de agenda e formulação de políticas públicas nos municípios?

2) Vazios assistenciais de atendimentos na média e alta complexidade.

Investigar os vazios de atendimentos especializados no SUS, notadamente em razão da ausência de cobertura médica para diversas especialidades de saúde.

3) Formulário-padrão de atermação.

O estudo retratou a existência de um grande número de ações ajuizadas por cidadãos diretamente no Juizado Especial da Fazenda Pública, valendo-se, na maioria dos casos, do uso do documento de atermação elaborado de modo incompleto quanto aos parâmetros para o fornecimento de medicamentos. Desse modo, considerando que o referido documento padrão (confeccionado para diversos tipos de litígios) é, via de regra, elaborado por servidores do próprio Poder Judiciário, é interessante investigar por meio de pesquisa qualitativa, de investigação de campo e de entrevista com os atores a forma de elaboração e a possível (in)completude dos formulários de atermação frente aos parâmetros da Judicialização da Saúde.

4) Pareceres e Notas Técnicas do NAT-JUS.

Com a pandemia decisões judiciais têm se baseado na medicina baseada em evidência. Assim, considerando que os padrões de justificação do direito e da saúde são diferentes, a investigação

sobre em que medida um juiz pode se valer de um parecer médico para fundamentar suas decisões de forma jurídica constitui tema relevante de pesquisa, sobretudo para verificar se e onde a interpretação do direito fica acima do fundamento médico.

5) Divergências entre juízes na prolação de decisões envolvendo o fornecimento de medicamentos.

Por que alguns juízes aplicam e outros não os parâmetros para a Judicialização da Saúde? Ouvir juízes e analisar a fundamentação de suas decisões pode evidenciar a eventual falta de *distinguish* adequado quando da não aplicação dos parâmetros para a Judicialização do Direito à Saúde aos casos concretos submetidos à apreciação judicial.

6) Possível existência de “filtros” na Defensoria Pública Municipal quanto ao acesso dos cidadãos à Judicialização da Saúde.

A inexistência de ações ajuizadas pela Defensoria Pública Municipal no presente estudo pode sinalizar a existência e funcionamento de “filtros” alinhados à parametrização do Direito à Saúde definidas pelo STF, STJ e CNJ, tratando-se de matéria merecedora de uma agenda de pesquisa dada a sua relevância na redução da judicialização versando sobre o fornecimento de medicamentos.

APÊNDICE B - QUADRO SINTÉTICO

| PARÂMETROS DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE | | |
|--|--------------------------------|--|
| ÓRGÃO | FONTE | SÍNTESE DO PARÂMETRO |
| STF | STA 175 - AgR/CE | Existe o direito público subjetivo do cidadão à formulação e implementação de políticas públicas de promoção, proteção e recuperação da saúde, notadamente às prestações materiais de saúde já previstas em políticas públicas de medicamentos do SUS, cuja intervenção do Poder Judiciário deverá, via de regra, limitar-se apenas a determinar a implementação solidária das referidas políticas pelos Entes Federados e ao fornecimento dos bens e serviços nela previstos, excluindo-se os medicamentos não registrados na Anvisa e aqueles considerados experimentais. Ademais, a determinação do Poder Judiciário do fornecimento de tratamento não incorporado ao SUS em decorrência da ineficácia ou impropriedade da política de saúde existente às condições clínicas do paciente é medida de exceção, a qual deverá ser objeto de ampla instrução probatória. |
| | Tema 500 (RE 657.718/MG) | Fixou-se como regra geral a impossibilidade de o Poder Judiciário obrigar o Estado a custear o fornecimento de medicamento sem registro na Anvisa, cuja decisão judicial excepcionando a aludida regra somente será possível em caso de mora irrazoável da Anvisa em analisar o pedido administrativo de registro sanitário, bem como quando preenchidos outros três requisitos cumulativos e desde que proposta a ação necessariamente contra a União. |
| | Tema 793 (RE 855.718 ED/SE) | Diante da solidariedade entre os entes da Federação em matéria de saúde, compete à Autoridade Judicial proceder ao direcionamento do cumprimento da prestação de saúde conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro. No entanto, a falta de definição clara das discussões que resultaram na definição da tese no Tema 793 vem ensejando interpretações diferentes do julgado pelo STF e STJ quanto à necessidade ou não de inclusão da União como litisconsorte passivo necessário nas situações envolvendo o fornecimento judicial de medicamentos não incorporados às políticas públicas do SUS. |
| STJ | Tema 84 (REsp 1.069.810/RS) | Compete à autoridade judicial adotar as medidas constritivas necessárias para assegurar o cumprimento de suas decisões que determinem ao Estado obrigações de fornecimento de medicamentos. Muito embora procedida a afetação do REsp 1.069.810/RS para julgamento em sede de Recurso Repetitivo no STJ e a fixação da respectiva tese no Tema 84, não tratou este último Tema de decisão inovadora, haja vista que a possibilidade do bloqueio de verbas públicas para garantir o fornecimento de medicamentos já havia sido pacificada no âmbito do STF em sede de Repercussão Geral no RE 607.582 RG/RS (Tema 289). |
| | Tema 98 (REsp 1.101.725/RS) | Objetivando assegurar a efetividade do direito à saúde e evitar a subversão da referida garantia fundamental pela recalcitrância do Poder Público, é possível ao magistrado a utilização da medida indutiva de aplicação de multa diária a ente público para compeli-lo a fornecer medicamento à pessoa desprovida de recursos financeiros. |

| | | |
|------------|---------------------------------|---|
| | Tema 106 (REsp 1.657.156/RJ) | Em situações excepcionais o Poder Judiciário poderá obrigar o Estado a fornecer medicamentos não incorporados à política pública de assistência farmacêutica, quando comprovada a imprescindibilidade do medicamento face ao risco de vida do paciente, a ineficácia/impropriedade dos medicamentos disponibilizados pelo SUS, a incapacidade do paciente em arcar com os custos do medicamento pleiteado e a existência de registro do medicamento na Anvisa, observados os usos autorizados pela referida agência. |
| | Tema 686 (REsp 1.203.244/SC) | Qualquer um dos entes federativos poder ser demandado nas ações versando sobre prestações materiais de saúde, de acordo com o critério eleito pelo autor da ação, sendo descabida a pretensão de inclusão da União nas ações propostas contra os Estados e Municípios com o conseqüente deslocamento da competência para a Justiça Federal. Entretanto, embora fundado em entendimento da Primeira Turma do STF (RE 607.381), o Tema 686 do STJ passou posteriormente a divergir do novo entendimento firmado pelo STF no Tema 793, segundo o qual será impositiva a inclusão da União no polo passivo da ação se a pretensão veicular pedido de tratamento, procedimento material ou medicamento não incluído nas políticas públicas do SUS. |
| CNJ | Recomendação 31/2010 | Com conteúdo nitidamente instrumental e versando sobre a aproximação entre Políticas Públicas de Saúde e Direito, mais especificamente sobre as formas de interação entre as instituições de saúde e de justiça, a Recomendação nº 31/2010 volta-se para a dimensão estrutural e coletiva da questão envolvendo a judicialização da saúde, recomendando-se aos Tribunais a instituição de instrumentos técnicos voltados ao apoio de magistrados em matéria de Direito à Saúde, bem como incentivando a deferência judicial à política de saúde e a incorporação de argumentos técnicos às decisões judiciais para o aprimoramento da prestação jurisdicional. |
| | Resolução 107/2010 | O Fórum Nacional de Saúde, integrado pelos Comitês Nacional e Estaduais de Saúde, possui atribuição de elaborar estudos e propor medidas concretas e normativas para o aperfeiçoamento de procedimentos, o reforço à efetividade dos processos judiciais e à prevenção de novos conflitos. Como síntese do entendimento predominante acerca do papel do sistema de justiça na implementação do direito à saúde, os Enunciados produzidos pelo CNJ por ocasião das Jornadas de Direito da Saúde buscam promover a uniformização do comportamento do Judiciário, seja reafirmando a jurisprudência predominante, seja orientando os magistrados quanto à adoção de posturas/medidas administrativas e processuais para a condução e gestão racional de processos de saúde, tanto no que diz respeito à fase de instrução processual quanto à fase de cumprimento de sentença, além de buscar uma maior aproximação e interação entre os Poderes Judiciário e Executivo. |
| | Resolução 238/2016 | Amparada pela corrente da medicina baseada em evidências científicas, a estratégia de criação institucional dos Núcleos de Assistência Técnica ao Poder Judiciário (Nat-jus) no âmbito dos tribunais estaduais e federais teve por propósito de emissão de pareceres técnicos sobre tecnologias de saúde por equipe especializada (composta por médicos e farmacêuticos) para o auxílio direto a magistrados (quando solicitados por estes) por ocasião da apreciação de demandas envolvendo a assistência à saúde. Instituídos a partir de convênios de cooperação técnica, os |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>Nat-jus constituem medidas de racionalização das demandas judiciais em saúde decorrentes das interações entre as instituições de saúde e justiça, tendo dentre os seus objetivos reduzir a possibilidade de decisões judiciais conflitantes em temas relacionados a medicamentos e tratamentos, bem como prevenir a judicialização da saúde, evitando-se a distribuição de ações cujos tratamentos médicos não são recomendados pela medicina com base em evidências.</p> |
|--|--|--|

APÊNDICE C - ESPELHO DA CONSTRUÇÃO DA BASE DE DADOS

| Número da ação | Juízo | Ano de distribuição | Representação | Nome do Advogado | Polo passivo | Idade | Sexo | Renda Mensal | Requerimento Administrativo | Origem do Atendimento | Nome do Médico |
|----------------|-------|---------------------|---------------|------------------|--------------|-------|------|--------------|-----------------------------|-----------------------|----------------|
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

As variáveis de pesquisa foram selecionadas tendo por referência o Manual Indicadores de Avaliação e Monitoramento das Demandas Judiciais de Medicamentos (PEPE; VENTURA, 2011).

- 1) número, ano e Juízo/Vara de distribuição da ação;
- 2) representação do autor no Poder Judiciário e polo passivo;
- 3) nome do advogado (representado por uma sigla com a finalidade de evitar sua identificação);
- 4) sexo, idade e renda mensal da parte autora quando do ajuizamento da ação;
- 5) requerimento administrativo;
- 6) origem do atendimento (SUS ou outros serviços) e médico prescriptor (representado por uma sigla para evitar sua identificação);

Referência à STA-175. Referência ao Tema 500 Referência ao Tema 686 Referênci ao Tema 793 Referência ao Tema 106 Referência ao Tema 84 Referência ao Tema 98 Justiça gratuita

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

23) concessão de justiça gratuita;

| Referência ao Tema 98. | Referência a Enunciados Fonajus. | Referência ao NAT-JUS | Referência ao Tema 106 | Referência ao Tema 686. | Produção de outras provas? | Contestação |
|------------------------|----------------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------|----------------------------|-------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

- 29) referência da petição inicial aos Pareceres/Notas Técnicas NAT-JUS, Enunciados Fonajus e Temas 84, 98, 106 e 686 do STJ;
- 30) produção de outras provas em sede de instrução probatória pela parte autora;
- 31) fundamentos de defesa do ente público na contestação;

| Ausência de solidariedade | Não previsão do medicamento em Lista Oficial | Existência de alternativa terapêutica | Juntada do histórico clínico do paciente | Referência ao Tema 500 |
|---------------------------|--|---------------------------------------|--|------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

- 32) alegação da ausência de solidariedade;
- 33) não previsão do medicamento em Listas Oficiais do Poder Público;
- 34) existência de alternativa terapêutica;
- 35) juntada do histórico clínico do paciente previamente atendido na rede SUS;

