

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO

LUÍS MÁRIO LEAL SALVADOR CAETANO

DEMANDAS JUDICIAIS POR MEDICAMENTO:

Análise da judicialização da saúde no município de Uberaba/MG (2016-2018)

UBERABA

2018

LUÍS MÁRIO LEAL SALVADOR CAETANO

DEMANDAS JUDICIAIS POR MEDICAMENTO:

Análise da judicialização da saúde no município de Uberaba/MG (2016-2018)

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração Pública, Mestrado Profissional em Administração Pública em Rede Nacional – PROFIAP, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Administração Pública.
Orientadora: Professora Doutora Luciana Cristina Caetano de Moraes Silva**

UBERABA

2018

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

C131d Caetano, Luís Mário Leal Salvador
Demandas judiciais por medicamento: análise da judicialização da
saúde no município de Uberaba/MG (2016-2018)/ Luís Mário Leal
Salvador Caetano. -- 2018.
132 f. : il., tab.

Dissertação (Mestrado Profissional em Administração Pública) --
Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2018
Orientadora: Profa. Dra. Luciana Cristina Caetano de Moraes Silva

1. Judicialização da saúde. 2. Acesso a medicamentos essenciais e
tecnologias em saúde. 3. Administração pública. I. Silva, Luciana
Cristina Caetano de Moraes. II. Universidade Federal do Triângulo Mi-
neiro. III. Título.

CDU 343.347

LUÍS MÁRIO LEAL SALVADOR CAETANO

DEMANDAS JUDICIAIS POR MEDICAMENTO:

Análise da judicialização da saúde no município de Uberaba/MG (2016-2018)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração Pública, Mestrado Profissional em Administração Pública em Rede Nacional – PROFIAP, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Administração Pública.

Orientadora: Professora Doutora Luciana Cristina Caetano de Morais Silva

Uberaba, 10 de agosto de 2018.

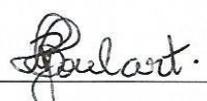
BANCA EXAMINADORA:



Prof. Dra. Luciana Cristina Caetano de Morais Silva - Orientadora
Universidade Federal do Triângulo Mineiro



Prof. Dra. Thaísa Haber Faleiros
Universidade de Uberaba



Prof. Dra. Bethania Ferreira Goulart
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Refleti por dias sobre o assunto e não vi sentido algum em dedicar a alguém um trabalho científico.

“Essa dissertação sobre judicialização da saúde em Uberaba é pra você”.

Por quê?

E porque não faz sentido algum, dedico à minha mãe.

Única pessoa capaz de ver algo de positivo em qualquer coisa, situação ou pessoa e, por isso mesmo, capaz de se emocionar com as homenagens mais singelas que as pessoas lhe fazem.

Tenho certeza que para ela fará sentido.

AGRADECIMENTO

Agradeço à minha família, origem de toda estrutura que tenho para alcançar meus objetivos.

Agradeço também à minha orientadora, em reconhecimento aos diversos sacrifícios que se dispôs a fazer para tornar este trabalho realidade.

Agradeço aos colegas e professores do PROFIAP, por tornarem esta jornada tão enriquecedora e prazerosa.

Agradeço, por último, ao corpo técnico-administrativo da UFTM, pela colaboração para o trabalho.

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo compreender os fundamentos jurídicos presentes nas decisões judiciais proferidas pelo Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG), publicadas entre 01/02/2016 e 28/02/2018, que versaram sobre o fornecimento de medicamentos pelo Estado no município de Uberaba/MG. Trata-se de estudo exploratório e descritivo, do tipo documental e de abordagem qualitativa, em que se realizou análise de vinte e sete acórdãos, em inteiro teor, disponibilizados no sistema de pesquisa do TJMG, cuja obrigação estivesse circunscrita ao território de Uberaba/MG, estando o município e/ou o estado no polo passivo. Realizou-se caracterização do perfil das demandas identificadas nos acórdãos e, posteriormente, análise temática das narrativas presentes nas decisões. A análise dos dados coletados permitiu reunir os elementos norteadores das decisões em duas categorias temáticas: Efetivação do Direito à Saúde e Fundamentos da Decisão. Na primeira categoria observou-se reflexão acerca da concepção de direito à saúde, das atribuições da Administração Pública e do Poder Judiciário. Na segunda, as unidades de sentido compreenderam os atos e regulamentos administrativos, a presença de alternativas terapêuticas no Sistema Único de Saúde e a instrução do processo. O estudo apontou utilização genérica do direito à saúde, à vida e à dignidade da pessoa humana como fundamento principal para deferimento do pedido na maioria das decisões analisadas e ênfase na obrigatoriedade de estados e municípios quanto ao fornecimento do medicamento, outorgando ao jurisdicionado o ônus de manter atualizado o receituário médico correspondente.

Palavras-chave: Judicialização da Saúde. Acesso a Medicamentos Essenciais e Tecnologias em Saúde. Administração Pública.

ABSTRACT

The objective of this research was to comprehend the legal bases present in the judicial decisions handed down by the Court of Justice of Minas Gerais (TJMG), published between 02/01/2016 and 02/28/2018, which dealt with the supply of medicines by the Estate in Uberaba / MG. It is an exploratory and descriptive study, of the documentary type and of a qualitative approach, in which twenty-seven judgments were analyzed, in their entirety, available in the TJMG research system, whose obligation was limited to the territory of Uberaba / MG , being the municipality and / or the state in the passive pole. The characterization of the profile of the demands identified in the judgments and, later, thematic analysis of the narratives present in the decisions were carried out. The analysis of the collected data allowed to gather the guiding elements of the decisions in two thematic categories: Effectiveness of the Right to Health and Decision Bases. In the first category, there was reflection on the conception of the right to health, the attributions of the public administration and the Judiciary. In the second, the units of meaning comprised administrative acts and regulations, the presence of therapeutic alternatives in the Unified Health System and the instruction of the process. The study pointed to the generic use of the right to health, life and dignity of the human person as the main basis for granting the request in most of the decisions analyzed and emphasizing the obligation of states and municipalities to provide the medicine, granting the court the burden of keep the corresponding medical prescription updated.

Keywords: Health Judicialization. Access to Essential Medicines. Public Administration.

LISTAS DE QUADROS

Quadro 1 – Pesquisa por jurisprudência realizada no sistema de pesquisa livre do TJMG.....	59
Quadro 2 – Resumo dos principais dados dos acórdãos analisados publicados entre 01/02/2016 e 31/01/2017.....	62
Quadro 3 – Resumo dos principais dados dos acórdãos analisados publicados entre 01/02/2017 e 28/02/2018.....	67
Quadro 4 – Categorias Temáticas e respectivas Unidades de Sentido das Demandas por medicamentos em Uberaba, 2016-2018.....	83

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Despesas anuais programadas do Município de Uberaba/MG para Secretaria de Saúde, Demandas Judiciais em Saúde e Assistência Farmacêutica, 2015-2018.....	21
Tabela 2 – Valores e Proporção dos custos com dispensação de medicamento no Município de Uberaba, 2015-2018.....	21
Tabela 3 – Relatório comparativo de custo de produtos importados por A.J. (marca e s/ marca) (com e sem registro na ANVISA).....	27
Tabela 4 - Perfil das demandas por medicamento no município de Uberaba/MG identificados nos acórdãos do TJMG (02/2016-02/2018).....	70
Tabela 5 - Fundamentos dos acórdãos em demandas por medicamento no município de Uberaba/MG identificados nos acórdãos do TJMG (02/2016-02/2018).....	75

LISTA DE SIGLAS

ADI – Ação direta de inconstitucionalidade
AgInt – Agravo interno
AgR – Agravo regimental
AgRg – Agravo regimental
AGU – Advocacia-Geral da União
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
ARE – Agravo em recurso extraordinário
ATS – Avaliação de Tecnologia em Saúde
BA – Bahia
CDC – Código de Defesa do Consumidor
CFM – Conselho Federal de Medicina
CID – Classificação Internacional de Doenças
CITEC - Comissão de Incorporação de Tecnologias
CMED - Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos
CNJ – Conselho Nacional de Justiça
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde
CPC – Código de Processo Civil
CRM – Conselho Regional de Medicina
DF – Distrito Federal
DJ – Diário da Justiça
DJe – Diário da Justiça Eletrônico
DPE – Defensoria Pública Estadual
EDcl – Embargos de Declaração
GO - Goiás
GRADE - *Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation*
MS – Ministério da Saúde
MBE – Medicina Baseada em Evidências
MG – Minas Gerais

MP – Ministério Público
MPE – Ministério Público Estadual
NAT-JUS - Núcleos de Apoio Técnico Judiciário para Demandas da Saúde
OAB – Ordem dos Advogados Brasileiros
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada
RE – Recurso Extraordinário
RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENASES – Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
REsp – Recurso especial
RN – Rio Grande do Norte
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde
SC – Santa Catarina
SCTIE - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SESAI/MS - Secretaria Especial de Saúde Indígena
SES – MG – Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais
SE/MS – Secretaria-executiva do Ministério da Saúde
SGEP/MS - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SGTES/MS - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
STA – Suspensão de tutela antecipada
STF – Supremo Tribunal Federal
STJ – Superior Tribunal de Justiça
SUS – Sistema Único de Saúde
SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde
TJ – Tribunal de Justiça
TJAL – Tribunal de Justiça de Alagoas
TJMG – Tribunal de Justiça de Minas Gerais
TRF – Tribunal Regional Federal
TRF1- Tribunal Regional Federal da 1ª Região
UFTM – Universidade Federal do Triângulo Mineiro

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 JUSTIFICATIVA.....	16
3 OBJETIVO DE PESQUISA.....	19
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
4.1 EFEITOS ORÇAMENTÁRIOS DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE.....	20
4.2 MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIA.....	22
4.3 ANVISA.....	24
4.4 A CONITEC E A INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS.....	28
4.5 TRANSPARÊNCIA E MECANISMOS DE PARTICIPAÇÃO NOS PROCESSOS DA CONITEC.....	31
4.6 POLO ATIVO DE PROCESSOS E RELEVÂNCIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS...	35
4.7 DIREITO À SAÚDE BASEADO EM EVIDÊNCIA.....	38
4.8 ACÓRDÃO E FUNDAMENTAÇÃO.....	48
5 PERCURSO METODOLÓGICO.....	56
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	70
6.1 DESCRIÇÃO DAS DEMANDAS JUDICIAIS POR MEDICAMENTO.....	70
6.2 ANÁLISE TEMÁTICA DOS ACÓRDÃOS.....	83
6.2.1 Efetivação do direito à saúde.....	84
6.2.1.1 <i>Concepção do Direito à Saúde.....</i>	84
6.2.1.2 <i>Atribuições da Administração Pública.....</i>	87
6.2.1.3 <i>Atribuições do Poder Judiciário.....</i>	89
6.2.2 Fundamentos da decisão.....	91
6.2.2.1 <i>Atos e regulamentos administrativos.....</i>	91
6.2.2.2 <i>Alternativas Terapêuticas.....</i>	95
6.2.2.3 <i>Instrução do processo.....</i>	97
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	102
8 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	107
REFERÊNCIAS	109
APÊNDICE A - ROTEIRO DE COLETA DE DADOS.....	128
APÊNDICE B - PROPOSTA INDIVIDUAL DE EXTRAÇÃO DE DADOS PARA ANÁLISE TEMÁTICA	132

1 INTRODUÇÃO

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A Constituição Federal, conforme enunciado em epígrafe, consagra o direito a saúde a todos os brasileiros, garantindo-lhes acesso universal e igualitário, bem como estatuidando o dever do Estado de fornecer a assistência à saúde da população.

A saúde também é considerada um direito humano, conforme previsto no Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, devidamente ratificado e internalizado pelo Brasil, conforme decreto 591/92 (BRASIL, 1992), tendo adentrado nosso ordenamento jurídico com status de norma supralegal, com produção de efeito paralisante em relação à eficácia das normas infraconstitucionais que a ele não se adequem (MAZZUOLI, 2016).

Cabe à Administração Pública promover sua efetivação aos cidadãos por meio de planejamento e gestão em saúde coletiva. Tratando-se de uma política pública, o direito à saúde encontra-se regulamentado e organizado por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente conforme as Leis Orgânicas da Saúde de número 8.080/90 e 8.142/90. A oferta de serviços no SUS dispõe de estruturação e funcionamento que envolve alocação de recursos dos três entes da Federação. Tais recursos sempre foram alvo de críticas entre os defensores do SUS por os considerarem insuficientes, haja vista o direito consagrado pela Constituição Federal de acesso gratuito e universal. Recentemente, a Portaria de Consolidação 06/2017 (BRASIL, 2017a), que abrangia a Portaria 204/07 do Ministério da Saúde, regulamentando parte dos repasses para financiamento do SUS, foi alterada pelo Projeto SUS Legal (Portaria 3.992/17 do Ministério da Saúde), provocando mudanças nas regras de repasse de recursos da União para estados e municípios com vistas a conferir, conforme assinala Mendes em entrevista concedida a Antunes (2017), reivindicação antiga dos gestores¹. Ainda assim, destaca o entrevistado que a alteração do modelo de financiamento não seria a resposta para o problema do SUS e, sim, o volume de recurso disponibilizado para a saúde pública. Como os recursos de uma sociedade são sempre escassos (GARCIA; VASCONCELOS, 2015) não é possível esperar que a garantia ao acesso universal estatuída na Constituição Federal atinja

¹ De acordo com Mendes, ressalta Antunes (2017), os gestores criticavam o modelo anterior definido pela Portaria 204 de 2007 por engessar sua atuação. O Projeto SUS Legal permite certa flexibilização dos recursos dividindo-os em 2 blocos: custeio e investimento. O modelo anterior estava dividido em 06 blocos: atenção básica; vigilância em saúde; média e alta complexidade; medicamentos; e gestão e investimento.

sua plena aplicação sem eficiente planejamento (SCHUSTER; MULLER; RODRIGUES JÚNIOR, 2018), do que decorre a previsão convencional da necessidade de se tratar a universalização do direito à saúde de forma progressiva (BRASIL, 1992). A ausência deste planejamento impacta no atendimento às demandas, acolhendo-as apenas de forma contingencial. A Administração Pública é, a princípio, a responsável por tentar alocar os seus recursos da forma mais eficiente e eficaz possível no cumprimento de seus deveres. Entretanto, seu desempenho está condicionado ao planejamento, o qual é considerado uma ferramenta estratégica para a gestão pública.

Nesse sentido, a deficiência na prestação de uma obrigação constitucional acaba sendo alvo de reparo por parte do órgão de poder competente, geralmente o Judiciário. Destaca-se haver debate, na academia, sobre o quão legítimo é a atuação do Estado-juiz quando, a despeito da omissão formalmente justificada pela Administração Pública, imiscui-se em atividade com reflexos na gestão pública e entrega ao cidadão o direito requerido, especialmente havendo formas alternativas e talvez mais eficientes de democratizar o acesso (ou seu debate) à saúde (AITH, 2017). É neste sentido que se orienta a presente pesquisa, elencando variáveis com o objetivo de verificar os elementos – especialmente aqueles afeitos à Administração Pública - que serviram de critério quando o juízo procedeu ao deslinde da controvérsia judicial, em favor ou contra a pessoa jurídica pesquisada.

A análise dos processos judiciais e os critérios que motivaram a tomada de decisão por parte do juízo é de suma importância para entender as causas e efeitos da judicialização das políticas públicas. Com recurso insuficiente para atender as demandas de um sistema de saúde público e universal, conforme apontam os defensores do SUS, somando a um planejamento, às vezes, pouco eficiente, na medida em que não expressa as realidades do território brasileiro, a saúde vem sendo objeto de judicialização.

De acordo com a Advocacia-Geral da União (AGU), de 2009 a 2012, o número total de processos cuja causa de pedir está relacionada à saúde pública aumentou de 10.486 para 13.051. Das 7.773 decisões prolatadas, 4.749 (61,1%) foram desfavoráveis à União e 761 (9,8%) foram parcialmente desfavoráveis. Os gastos do Ministério da Saúde com a compra de medicamentos determinada pelo Judiciário elevaram-se de R\$ 2.441.041,95 (dois milhões, quatrocentos e quarenta e um mil e quarenta e um reais e noventa e cinco centavos) em 2005 para 287.844.968,16 em 2012 (duzentos e oitenta e sete milhões, oitocentos e quarenta e quatro mil e novecentos e sessenta e oito reais e dezesseis centavos) (BRASIL, 2012a).

Um dos problemas da judicialização da saúde identificado na literatura está no impacto financeiro e orçamentário (BARROSO, 2007; BRASIL, 2012a; CASTRO, 2016).

Conforme sinaliza a Carta Magna em seu artigo 198, II, a Administração Pública deve alocar recursos para gastos planejados de acordo com a almejada progressiva universalidade do acesso ao atendimento em saúde, com prioridade para atividades preventivas. A prevalência das demandas judiciais em saúde tem natureza individual, curativista e determina gastos contingenciais. A Administração Pública promove, ainda que de forma insuficiente, a redistribuição de recursos; o Judiciário, a concentração.

A princípio, as balizas de atuação na dispensa de remédios são ditadas pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica, cujo arcabouço jurídico inclui desde a Constituição Federal e as Leis Orgânicas do SUS, a instrumentos infralegais de regulamentação (CORREA, 2016).

O principal ponto a ser seguido na assistência farmacêutica pelos entes públicos é o fornecimento dos medicamentos constantes da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), continuamente atualizada. Os itens nela constantes são chamados de “padronizados”. Conjuntamente, as Comissões Bipartite e Tripartite devem funcionar como espaços de discussão para a formulação de regras a serem seguidas quanto à repartição de competência no âmbito da saúde. Ainda que a regulamentação administrativa, como o Portaria de Consolidação 06/2017, expresse solidariedade entre os entes na área da saúde pública (BRASIL, 2017a), em regra, obriga-se os municípios ao fornecimento dos remédios mais comumente necessários à sua população, e os estados e a União àqueles de maior complexidade, menor demanda e/ou maior custo. Isto porque, no sistema federativo brasileiro, quanto maior o ente, maior a quantidade de recursos disponíveis (ARRETCHE, 2004). Perante o cidadão, entretanto, sempre haverá solidariedade entre todos os entes federativos, conforme interpretação majoritária da Constituição Federal - no Supremo Tribunal Federal (STF), conforme RE 607.381, julgado em 31/05/2011, de relatoria do ministro Luiz Fux (BRASIL, 2011a); no Superior Tribunal de Justiça (STJ), conforme REsp 1.203.244/SC, de relatoria do ministro Herman Benjamin, julgado pela sistemática dos recursos repetitivos (BRASIL, 2014a).

Entretanto, dado o expressivo número de medicamentos com funções similares; dos medicamentos em fase experimental, portanto, ainda, sem qualquer comprovação sobre sua eficácia e segurança; ou daqueles que não integram a lista do SUS por algum critério, mesmo sendo confiáveis e necessários à população (CAMPOS NETO et al., 2012), têm-se observado um forte debate no que concerne ao estabelecimento de parâmetros de segurança e eficácia para a determinação judicial de custeio de medicamento (DIAS; SILVA JÚNIOR, 2016; MEDICI, 2010). Neste sentido, O Supremo Tribunal Federal, na Ação Direta de

Inconstitucionalidade (ADI) 5.501, cuja medida cautelar foi julgada em 19 de maio de 2016, reforçou a necessidade de rígido controle científico sobre a segurança e os efeitos do medicamento, considerando inconstitucional a legalização de remédio de forma casuística (SCHULZE, 2016). Neste caso, paradigma e essencialmente, aplicava os ditames da medicina baseada em evidência, que deve nortear as ações estatais no que tange ao direito à saúde.

2 JUSTIFICATIVA

A proposta deste trabalho caminha ao encontro da temática das demandas judiciais por medicamento no município de Uberaba/MG, analisando a atuação de seus diversos atores processuais. Nesse escopo, elege-se como critérios para a compreensão das demandas judiciais por medicamento os seguintes aspectos: 1) identificação da demanda; 2) solidariedade entre os entes da federação; 3) fundamentos determinantes na análise das demandas. A proposta do estudo é relevante pela inexistência de estudos no município, o qual é referência na oferta de serviços de atenção secundária na Microrregião de Uberaba e de atenção terciária na Macrorregião do Triângulo Sul. A compreensão da judicialização por medicamentos no município contribuirá para fortalecimento da política local de saúde e no aprimoramento da atuação dos diversos atores processuais da questão, incluindo a Administração Pública.

A necessidade de aportes teórico-metodológicos que contribuíssem para a análise da judicialização da saúde promoveu a interface Direito e Saúde, dando origem a um campo de saber denominado Direito Sanitário. De acordo com Dallari (1988), o direito à saúde é parte do direito administrativo e como tal deve ser regido pela supremacia do interesse público sobre o privado. Acrescenta a autora que a reivindicação do direito à saúde como direito humano fez surgir a necessidade do sanitarista de conhecer e compreender as normas e as formas de execução desse direito. Como resultado, essa relação exigiu a criação de um campo específico de saber em que profissionais de saúde e do direito busquem a compreensão do direito coletivo, destaca. Nesse contexto, cabe ao Direito Sanitário

[...] estudar as normas que disciplinam a proteção da saúde da comunidade, assim como, as medidas de caráter particular que possibilitam tal proteção (a vacinação, o isolamento, o tratamento compulsórios). Dada a limitação representada pelo nível de desenvolvimento sócio-econômico e cultural do Estado para o direito à saúde, o direito sanitário deve estudar, também, todas as normas jurídicas de planejamento da saúde, condicionantes importantes do nível de saúde de qualquer Estado contemporâneo. (DALLARI, 1988, p. 333).

Justamente pela inovação representada pela matéria, ainda há muito que se pesquisar para contribuir com seu arcabouço teórico e o exercício de sua prática. Em decorrência do incipiente e lacunoso estudo da matéria pelos atores envolvidos, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), através da Recomendação 31/2010, orientou os tribunais brasileiros a incluir o Direito Sanitário dentro do conteúdo programático de Direito Administrativo nos concursos para ingresso na magistratura; promover visitas dos magistrados aos Conselhos de Saúde e

outros órgãos relacionados à saúde pública e comumente afetados pelas decisões jurisdicionais; e às escolas de aperfeiçoamento da magistratura, a inclusão do Direito Sanitário em seus cursos, bem como a promoção de seminários para estudo da área da saúde, congregando membros do Ministério Público e gestores. Também se determinou a criação de Fóruns da Saúde no âmbito nacional e dos tribunais regionais e estaduais, bem como a especialização de varas sob determinadas circunstâncias, nos termos da Resoluções 107/2010 e 238/2016; Portarias 91 e 93/2010, 69/2012 e 40/2014 (BRASIL, 2010a; 2010b; 2010c; 2010d; 2012b; 2014b; 2016a).

Schulze (2017), ao comentar os resultados da pesquisa com o assunto “Judicialização da Saúde” através dos painéis de pesquisa do relatório da Justiça em Números, produzido pelo CNJ, que demonstraram haver atualmente 1.346.931 processos do tema no Brasil, afirma que

De qualquer modo, o novo diagnóstico numérico indica que existe uma explosão de novos processos sobre a Judicialização da Saúde no Brasil. As medições anteriores apontavam: (a) 854.506 demandas em 2015 (segundo pesquisa feita no Relatório Justiça em Números de 2016 – versão digital[5]); (b) 392.921 processos em 2014[6] e; (c) 240.980 processos judiciais em 2011[7].

Assim, é preciso que a Sociedade e a comunidade jurídica avaliem o assustador cenário, pois não se pode admitir uma judicialização sem limites. Além disso, não é razoável que o Judiciário seja um dos principais responsáveis pela concretização do Direito à Saúde, porquanto tal papel é destinado precipuamente ao Executivo, que também deve zelar pela aplicação adequada do texto da Constituição e da legislação relacionada ao Direito à Saúde. (SCHULZE, 2017).

Não há notícia de estudo da área que tenha tido como objeto o município de Uberaba, ainda que este tenha dedicado valores cada vez maiores de seu orçamento para cumprir as decisões judiciais, conforme detalhado a seguir. Assim, o trabalho irá contribuir significativamente ao avaliar os critérios adotados nas decisões judiciais que tenham como destinatário o Município, podendo remodelar a prática judicial e/ou administrativa em seu território. Também não há pesquisas que tenham tido como objeto análise tão minuciosa da fundamentação das decisões judiciais sobre o tema proferidas pelo Tribunal de Justiça de Minas Gerais. Há estudos com objetos semelhantes, mas com diferentes locos, metodologia ou variáveis analisadas, conforme apontado oportunamente.

Esta pesquisa busca analisar a fundamentação das decisões especialmente sob o enfoque da efetividade do contraditório e do direito à saúde baseado em evidência, o que está em consonância com a Recomendação 31/2010 do CNJ (BRASIL, 2010a), com os enunciados da I e da II Jornadas de Direito da Saúde do CNJ (BRASIL, 2014c; 2015a) bem como dos mais recentes posicionamentos jurisprudenciais e doutrinários, analisando empiricamente,

portanto, o quão efetivas tem sido as determinações ou orientações realizadas pelos mais diversos atores do cenário do direito à saúde.

Outrossim, busca-se conhecer o perfil da demanda por medicamento em Uberaba, elencar quais são os critérios determinantes para que um medicamento seja entregue através de tutela judicial, quais fundamentos são utilizados para a procedência ou improcedência do pedido e quais são os atos relevantes em tal procedimento para, ao final, realizar diagnóstico situacional e propor soluções para os problemas eventualmente encontrados no acesso à saúde em Uberaba.

3 OBJETIVO DE PESQUISA

A pesquisa tem como objetivo geral compreender os fundamentos jurídicos presentes nas decisões judiciais proferidas pelo Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG), publicadas entre 01/02/2016 e 28/02/2018, que versem sobre o fornecimento de medicamentos pelo Estado no município de Uberaba/MG.

Os objetivos específicos são:

- a) Identificar o perfil da demanda por medicamento no município de Uberaba;
- b) Identificar os critérios utilizados como fundamentos das decisões judiciais junto ao Tribunal de Justiça de Minas Gerais relativas a fornecimento de medicamentos que envolvam o município de Uberaba/MG;
- c) Descrever as características processuais que norteiam a procedência ou a improcedência do pedido de fornecimento de medicamentos pelo município de Uberaba/MG.

Os resultados da pesquisa deverão contribuir para o fortalecimento da política local de saúde, a orientação dos diversos atores processuais – magistratura, membros do Ministério Público, Defensoria Pública, advocacia privada e a Administração Pública municipal e estadual - e, ainda, poderá estimular investigações posteriores sobre o tema no município de Uberaba/MG.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

O tema da judicialização da saúde tem sido destaque tanto na literatura da saúde coletiva (VENTURA et al., 2010), quanto na literatura jurídica (GEBRAN NETO; SCHULZE, 2016). Várias são as possibilidades de análise, dependendo do recorte que se procura observar: garantias de direitos; impactos orçamentário-financeiros; critérios da seara judicial para a concessão dos pedidos em saúde, entre outros. Tratar desse tema é compreender a multiplicidade de perspectivas analíticas. Almeja-se, com a presente pesquisa, investigar os fundamentos jurídicos das decisões judiciais proferidas pelo Tribunal de Justiça de Minas Gerais em relação às demandas judiciais por medicamentos no município de Uberaba/MG e seus impactos na Administração Pública. Nesse sentido, torna-se necessário discorrer a respeito das considerações e atos que pesquisadores e atores processuais têm realizado sobre referida judicialização.

4.1 EFEITOS ORÇAMENTÁRIOS DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

Segundo dados da Advocacia-Geral da União (AGU), entre 2009 e 2012, o número total de processos cuja causa de pedir se relaciona à saúde pública subiu de 10.486 para 13.051. A crescente acessibilidade à Justiça Federal em razão de sua interiorização no território nacional, bem como o êxito nas ações judiciais com a concessão de liminares em favor do cidadão, provavelmente tem sido as principais causas deste aumento. Das 7.773 decisões prolatadas em tais processos, 4.749 (61,1%) foram totalmente desfavoráveis à União e 761 (9,8%) foram parcialmente desfavoráveis. Os gastos do Ministério da Saúde com a compra de medicamentos determinada pelo Judiciário subiram de R\$ 2.441.041,95 (dois milhões, quatrocentos e quarenta e um mil e quarenta e um reais e noventa e cinco centavos) em 2005 para 287.844.968,16 em 2012 (duzentos e oitenta e sete milhões, oitocentos e quarenta e quatro mil e novecentos e sessenta e oito reais e dezesseis centavos). Estes valores são referentes somente à compra dos medicamentos: não inclui despesas processuais, honorários advocatícios e outras despesas relacionadas à compra, como o transporte do medicamento. Quanto ao perfil, 18 demandas (representadas pela mesma tecnologia em saúde) custaram aproximadamente R\$ 279.000.000,00 (duzentos e setenta e nove milhões de reais), atendendo a 523 pacientes (BRASIL, 2012a).

Em relação ao Estado de Minas Gerais, os dados divulgados pela Secretaria de Saúde (SES-MG) mostraram aumento nos gastos com demandas judiciais por medicamentos, de R\$

164.325,00 (cento e sessenta e quatro mil, trezentos e vinte e cinco reais), em 2002, para R\$ 46.362.563,00 (quarenta e seis milhões, trezentos e sessenta e dois mil, quinhentos e sessenta e três reais) até o mês de junho de 2010 (CAMPOS NETO et al., 2012).

No caso do município de Uberaba/MG, a programação anual de despesas presentes nos relatórios de 2015 a 2018, permite a comparação entre os valores destinados à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) na sua totalidade e, especificamente, às duas formas discriminadas de entrega de medicamentos aos cidadãos: o cumprimento de decisões judiciais e as despesas com a assistência farmacêutica:

Tabela 1 - Despesas anuais programadas do Município de Uberaba/MG para Secretaria de Saúde, Demandas Judiciais em Saúde e Assistência Farmacêutica, 2015-2018

Setor	2015	2016	2017	2018
Secretaria de Saúde	R\$ 307.531.226,00	R\$ 298.252.103,38	R\$ 293.455.471,46	R\$ 316.098.430,06
Decisões judiciais em saúde	R\$ 4.020.300,00	R\$ 4.018.250,00	R\$ 4.608.200,00	R\$ 4.919.919,79
Assistência farmacêutica e insumos estratégicos	R\$ 9.632.225,00	R\$ 9.760.000,00	R\$ 11.471.700,00	R\$ 13.412.685,34

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos Relatórios de Programação Anual de Despesas do Município de Uberaba, de 2015 a 2018.

Destaca-se, na moldura do orçamento da pasta, a proporção entre as despesas com a dispensação de remédios por determinação judicial, expressando em 2015 e 2016 aproximadamente 50% do valor destinado à assistência farmacêutica e em 2017 a 2018, o equivalente a 35%.

Tabela 2 – Valores e Proporção dos custos com dispensação de medicamento no Município de Uberaba, 2015-2018

Setor	2015		2016		2017		2018	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%
Total dos custos	13.652.525,00	100,0	13.778.250,00	100,0	16.079.900,00	100,0	18.332.605,13	100,0
Determinação judicial	4.020.300,00	29,45	4.018.250,00	29,16	4.608.200,00	28,66	4.919.919,79	26,84
Assistência farmacêutica e insumos estratégicos	9.632.225,00	70,55	9.760.000,00	70,84	11.471.700,00	71,34	13.412.685,34	73,16

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos Relatórios de Programação Anual de Despesas do Município de Uberaba, de 2015 a 2018.

Do total dos custos para dispensação de medicamentos, observa-se que uma parte está prevista para o cumprimento das demandas judiciais: 29,45%, em 2015; 29,16%, em 2016; 28,6%, em 2017; e 26,84%, em 2018. A inserção de previsão orçamentária para as demandas judiciais por medicamento é indicativa da intervenção da judicialização da saúde na programação anual de gastos da política de assistência farmacêutica uberabense.

Nos dados divulgados pelo município em seu sítio oficial (UBERABA, 2015; 2016; 2017; 2018), hipoteticamente, podem estar implícitos dois problemas de planejamento: um referente ao planejamento em saúde, em que a oferta de medicamento não necessariamente está próxima da demanda; outro, de natureza orçamentária, resultante da judicialização, uma vez que as ordens judiciais não consideram aspectos orçamentários em suas determinações. Desta forma, ainda que não haja disponibilidade orçamentária para cumprimento das decisões, elas deverão ser cumpridas, sob pena de o município ou seus gestores, pessoalmente, sofrerem diversas sanções usualmente cominadas: de multas pecuniárias a responsabilização criminal pelo crime de desobediência, não raro com ordem de prisão em flagrante em caso de continuidade do descumprimento. O cumprimento das ordens judiciais prescinde da existência de prévia dotação orçamentária: conseqüentemente, o seu cumprimento poderá fazer uso de recursos não programados.

Em termos de Administração Pública, espera-se equilíbrio entre planejamento e controle orçamentário em relação aos serviços de saúde. Isto, entretanto, não resultará na inexistência de demandas judiciais, vez que determinadas necessidades específicas em saúde podem requerer tecnologias e assistências que se destacam do perfil epidemiológico da população, como, por exemplo, no caso de doenças raras. Observa-se que o gestor tem optado por inserir as demandas judiciais, entre elas a de fornecimento de medicamentos, na previsão orçamentária, conforme demonstrado nas Tabelas 1 e 2, sem, entretanto, haver a possibilidade de prever exatamente aquilo que poderá ser ordenado pelo juízo.

4.2 MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIA

Com o crescimento da judicialização de demandas individuais em saúde no Brasil, medidas têm sido refletidas entre os operadores do direito com vistas a estabelecer critérios para a concessão dos pedidos respectivos. Seguindo este propósito, em 2014 e em 2015 foram realizadas a I e a II Jornada de Direito da Saúde (BRASIL, 2014c; 2015a), respectivamente. Promovidas pelo Conselho Nacional de Justiça, as jornadas promoveram debate acerca dos problemas referentes à judicialização, com vista a estabelecer parâmetros de atuação para

Judiciário e demais órgãos que desempenham funções essenciais à justiça. A medicina baseada em evidência (MBE) foi a fundamentação teórico-metodológica selecionada para a construção de tais critérios.

A MBE é um movimento que busca aliar a boa pesquisa científica e a prática clínica (EL DIB, p. 1, 2007). Teve início com a publicação, em 1971, do livro “*Effectiveness and Efficiency*”, de Archibald (Archie) Cochrane, obra em que criticou severamente a falta de rigor metodológico-científico como base de intervenções médicas, enfatizando a necessidade da busca por evidências na medicina (CHUNG, 2009). A prática é definida por Álvaro Nagib Atallah (2004), principal responsável por introduzi-la no cenário brasileiro, como a “medicina baseada na redução da incerteza”.

A MBE objetiva dar suporte científico às tecnologias e intervenções médicas, com base nas melhores evidências possivelmente obtidas pelos mais diversos estudos científicos. Para a sua prática, o pesquisador deve seguir quatro passos, conforme orienta El Dib:

1. Transformação da necessidade de informação (sobre prevenção diagnóstico, prognóstico, tratamento, etc.) em uma pergunta que pode ser respondida.
2. Identificação da melhor evidência com a qual responder a essa pergunta (verificação do melhor desenho de estudo para a questão clínica).
3. Acesso às principais bases de dados da área da saúde, como a Cochrane Library, MEDLINE, EMBASE, SciELO e LILACS, em busca de estudos bem delineados.
4. Realização de análise crítica da evidência em relação à validade (proximidade da verdade), ao impacto (tamanho do efeito) e à aplicabilidade (utilidade na prática clínica). (EL DIB, 2007, p. 3-4).

Segundo a autora, uma boa pergunta de pesquisa médica deve envolver a situação clínica, a intervenção, o grupo controle e o desfecho clínico. Ilustrando, formula a seguinte pergunta:

Suponhamos que se queira saber se os inibidores de agregação de plaquetas são mais efetivos e seguros quando comparados aos anticoagulantes orais na diminuição da incidência de mortalidade cardiovascular. Nesse exemplo, os inibidores de agregação de plaquetas seriam a intervenção de interesse, os anticoagulantes orais seriam o grupo-controle, os pacientes hipertensos seriam a situação clínica e a diminuição da incidência de mortalidade cardiovascular seria o desfecho primário de interesse. É claro que existem outros desfechos que podem ser avaliados em um mesmo estudo. Dando continuidade a esse mesmo exemplo, poderíamos considerar como desfechos secundários os eventos cardiovasculares não-fatais (acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio e eventos tromboembólicos). (EL DIB, 2007, p. 1-2).

A partir desta pergunta, deve-se descobrir qual o estudo que poderá oferecer os melhores resultados do ponto de vista científico. Um dos pontos essenciais da MBE, ressalta a autora, é o estabelecimento de uma classificação hierárquica dos estudos de acordo com

qualidade das evidências fornecidas. Muito há que se considerar em relação às variações decorrentes da pergunta formulada, o que faz com que a hierarquia dos estudos para a MBE, apesar de sempre existente, seja dinâmica, com a possibilidade de inversão das posições dos tipos de estudo nos níveis de evidência. No caso apresentado, a hierarquia seria a seguinte:

No exemplo anterior, o desenho de estudo que possui validade interna mais adequada são as revisões sistemáticas com ou sem metanálises (consideradas nível I de evidências), seguidas dos grandes ensaios clínicos, denominados *mega trials* (com mais de 1.000 pacientes – nível II de evidências), ensaios clínicos com menos de 1.000 pacientes (nível III de evidências), estudos de coorte (não possuem o processo de randomização – nível IV de evidências), estudos caso-controle (nível V de evidências), séries de casos (nível VI de evidências), relatos de caso (nível VII de evidências), opiniões de especialistas, pesquisas com animais e pesquisas in vitro. As três últimas classificações permanecem no mesmo nível de evidência (nível VIII de evidências), sendo fundamentais para formular hipóteses que serão testadas à luz de boa pesquisa científica. (EL DIB, 2007, p. 1-2)

De forma a hierarquizar os tipos de pesquisa de acordo com aquilo que se pretende investigar – a pergunta que deve ser respondida - o *Oxford Centre for Evidence-based Medicine* elaborou e atualiza tabela, desde 1998, com cinco níveis (números) de evidência, alguns deles compostos de subníveis (letras). A escala contém pesquisas com classificação 1a, 1b, 1c, 2a, 2b, 2c, 3a, 3b, 4 e 5, sendo 1a o tipo de pesquisa com as melhores evidências possíveis e 5, aquele com as piores. Há variações quanto às melhores evidências para cinco questões: terapia/prevenção/etiologia; prognóstico; diagnóstico; diagnóstico diferencial; análise econômica. Deve-se salientar que, apesar da dinâmica possível no ranking, o nível 1a sempre é composto por revisão sistemática (sozinha ou com outro tipo de pesquisa); e o nível 5, pela opinião de um especialista (*idem*), que, aliás, só é considerada como fonte (fraca) de evidência quando cumpridas determinadas regras (PHILLIPS et al., 2018).

4.3 ANVISA

A lei 9.782/99 definiu o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e deu outras providências. Trata-se de uma autarquia sob regime especial, com autonomia financeira, independência técnica e dirigentes estáveis, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, com duração indeterminada. Tem como finalidade institucional a proteção da saúde da população por meio do controle sanitário de produtos e serviços, incluindo de ambientes, processos, insumos e tecnologias a eles relacionados, tudo conforme artigos 3º a 6º da referida lei (BRASIL, 1999).

No que tange à sua competência em relação ao controle de fármacos, a ANVISA abrange, conforme artigo 7º da lei instituidora as seguintes prerrogativas:

[...]

II - fomentar e realizar estudos e pesquisas no âmbito de suas atribuições;

III - estabelecer normas, propor, acompanhar e executar as políticas, as diretrizes e as ações de vigilância sanitária;

[...]

VII - autorizar o funcionamento de empresas de fabricação, distribuição e importação dos produtos mencionados no art. 8º desta Lei e de comercialização de medicamentos;

[...]

IX - conceder registros de produtos, segundo as normas de sua área de atuação;

[...]

XV - proibir a fabricação, a importação, o armazenamento, a distribuição e a comercialização de produtos e insumos, em caso de violação da legislação pertinente ou de risco iminente à saúde;

[...]

XVIII - estabelecer, coordenar e monitorar os sistemas de vigilância toxicológica e farmacológica;

XIX - promover a revisão e atualização periódica da farmacopeia;

[...]

XXII - coordenar e executar o controle da qualidade de bens e produtos relacionados no art. 8º desta Lei, por meio de análises previstas na legislação sanitária, ou de programas especiais de monitoramento da qualidade em saúde;

[...]

XXV - monitorar a evolução dos preços de medicamentos, equipamentos, componentes, insumos e serviços de saúde, podendo para tanto. (BRASIL, 1999)

Observa-se que a ANVISA é a responsável por ações que envolvam controle de medicamentos e de pessoas físicas ou jurídicas a ele relacionadas, tais como: o processo de registro dos fármacos, de seus fabricantes, comerciantes, responsáveis legais e técnicos; a autorização para comercialização e sua retirada do mercado; fomento e realização de estudos na área da vigilância sanitária.

A lei 6.360/76 (BRASIL, 1976) trata de forma mais específica sobre o registro de medicamentos em território brasileiro. Nenhum deles, mesmo que seja importado, poderá ser industrializado, exposto à venda ou entregue ao consumo antes de registrado na ANVISA, conforme seu artigo 12, que se referia ao Ministério da Saúde, mas foi, neste ponto, derogado tacitamente pela Lei 9.782/99, pelo critério da cronologia.

Além dos critérios estabelecidos pela própria ANVISA, que detém competência normativa expressa neste ponto (artigo 17 da lei 6.360/76), o registro de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos ficam sujeito a um conjunto de regras, conforme disposto no artigo 16 da citada lei:

- I - que o produto obedeça ao disposto no artigo 5º, e seus parágrafos. [não ter nomes, designações, rótulos ou embalagens que induzam a erro]
- II - que o produto, através de comprovação científica e de análise, seja reconhecido como seguro e eficaz para o uso a que se propõe, e possua a identidade, atividade, qualidade, pureza e inocuidade necessárias;
- III - tratando-se de produto novo, que sejam oferecidas amplas informações sobre a sua composição e o seu uso, para avaliação de sua natureza e determinação do grau de segurança e eficácia necessários;
- IV - apresentação, quando solicitada, de amostra para análises e experiências que sejam julgadas necessárias pelos órgãos competentes do Ministério da Saúde;
- V - quando houver substância nova na composição do medicamento, entrega de amostra acompanhada dos dados químicos e físico-químicos que a identifiquem;
- VI - quando se trate de droga ou medicamento cuja elaboração necessite de aparelhagem técnica e específica, prova de que o estabelecimento se acha devidamente equipado e mantém pessoal habilitado ao seu manuseio ou contrato com terceiros para essa finalidade.
- VII - a apresentação das seguintes informações econômicas:
- a) o preço do produto praticado pela empresa em outros países;
 - b) o valor de aquisição da substância ativa do produto;
 - c) o custo do tratamento por paciente com o uso do produto;
 - d) o número potencial de pacientes a ser tratado;
 - e) a lista de preço que pretende praticar no mercado interno, com a discriminação de sua carga tributária;
 - f) a discriminação da proposta de comercialização do produto, incluindo os gastos previstos com o esforço de venda e com publicidade e propaganda;
 - g) o preço do produto que sofreu modificação, quando se tratar de mudança de fórmula ou de forma;
 - h) a relação de todos os produtos substitutos existentes no mercado, acompanhada de seus respectivos preços. (BRASIL, 1976)

As exigências para registro do medicamento na ANVISA estão relacionadas à verificação da segurança, eficiência, eficácia e efetividade minimamente exigíveis de produtos desta natureza. Estes quatro termos têm significados específicos na pesquisa médica:

A efetividade diz respeito ao tratamento que funciona em condições do mundo real. A eficiência diz respeito ao tratamento barato e acessível para que os pacientes possam dele usufruir. Referimo-nos à eficácia quando o tratamento funciona em condições de mundo ideal. E, por último, a segurança significa que uma intervenção possui características confiáveis que tornam improvável a ocorrência de algum efeito indesejável para o paciente. (EL DIB, 2007, p. 1).

A princípio, não há qualquer impedimento, por exemplo, ao registro de um medicamento que seja menos eficaz que outro para a mesma patologia, desde que essa deficiência não o deixe aquém dos padrões mínimos exigidos pelo órgão competente.

Da mesma forma, não há exata relação de proporcionalidade entre o preço do produto no mercado e suas outras características verificadas para outorga do registro. Existe, de fato, regulação do preço de remédios no Brasil, feita pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), órgão interministerial, assessorado pela própria ANVISA e instituído pela Lei 10.742/03 (BRASIL, 2003), que acrescentou o inciso VII ao artigo 16 da

Lei 6.360/76, obrigando o processante a instruir os autos de seu pedido com dados que embasarão o estabelecimento de preços para o seu produto (BRASIL, 1976).

O processo de registro de um medicamento na ANVISA, portanto, é regido constitucionalmente tanto pelas normas protetivas da saúde, quanto pela livre iniciativa. Atingido o padrão mínimo esperado de segurança, eficiência, eficácia e efetividade a um preço considerado não abusivo, não há impedimento do registro, produção e comercialização de um novo produto, cabendo aos profissionais competentes e aos consumidores a escolha daquele que melhor atenda suas necessidades em saúde.

Apesar da legislação supracitada, tribunais brasileiros têm recorrentemente condenado o Estado a fornecer medicamentos não registrados pela ANVISA. Em seus estudos sobre a judicialização da saúde no estado de São Paulo, Mapelli Júnior (2017) chama a atenção para as decisões judiciais sem a observância dos critérios do controle da eficácia, efetividade e segurança. O autor considera que tais decisões,

(...) representam, além da judicialização de medicamentos padronizados, uma ingerência do Poder Judiciário bastante questionável, pois, ao acolher prescrições médicas de processos judiciais, os juízes vêm condenando o SUS no fornecimento de produtos não padronizados e/ou importados, sem qualquer controle sobre a eficácia, efetividade e a segurança terapêutica, podendo inclusive representar tratamento experimental sem observância das normas éticas e jurídicas da pesquisa clínica. (MAPELLI JÚNIOR, 2017, p. 99).

Uma das tabelas produzidas a partir da pesquisa do autor mostra a quantidade de determinações judiciais para fornecimento de medicamentos não registrados na ANVISA, número que tem crescido nos últimos anos no estado de São Paulo.

Tabela 3 – Relatório comparativo de custo de produtos importados por A.J. (marca e s/ marca) (com e sem registro na ANVISA)

Ano	Marca	Registro ANVISA	Quantidade de itens	Ações Judiciais	Consumo Realizado
2010	Não	Não	37	162	6.443.576,32
		Sim	8	49	21.363.614,61
	Sim	Não	11	21	228.032,88
		Sim	1	1	20.716,68
Total de 2010:			57	233	28.055.940,50
2011	Não	Não	43	170	17.641.487,74
		Sim	10	74	27.877.973,71
	Sim	Não	15	29	430.962,57
		Sim	3	4	221.935,64
Total de 2011:			71	277	46.172.359,67

2012	Não	Não	51	212	34.395.972,59
		Sim	10	54	34.190.706,33
	Sim	Não	16	38	2.534.532,93
		Sim	2	2	261.612,06
Total de 2012:			79	306	71.382.823,90
2013	Não	Não	55	229	43.805.811,99
		Sim	9	52	36.489.358,78
	Sim	Não	27	62	2.682.769,29
		Sim	3	3	264.923,34
Total de 2013:			94	346	83.242.863,39
2014	Não	Não	63	296	50.874.602,45
		Sim	8	49	40.499.885,84
	Sim	Não	40	117	5.614.417,54
		Sim	3	4	342.812,52
Total de 2014:			114	466	97.331.718,34

Fonte: Mapelli Júnior (2017, p. 101)

Conforme Tabela 3, em 2010, 48 itens não registrados na ANVISA foram pleiteados em 183 ações judiciais, resultando em uma despesa de R\$ 6.671.609,20. Em 2014, observa-se elevação desse da demanda com essas características, uma vez que 103 itens sem registro na ANVISA foram pleiteados em 413 processos a um valor financeiro de R\$ 56.489.019,99.

4.4 A CONITEC E A INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS

A normatização do fluxo para incorporação de tecnologias do SUS teve início em 2006, com as Portarias 152 e 3.323 do Ministério da Saúde, ficando sob a coordenação da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Posteriormente, a Portaria 2.587/08 transferiu a coordenação da Comissão de Incorporação de Tecnologias (CITEC) para a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) (BRASIL, 2016b).

A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC) foi criada pela lei 12.401/11, que alterou a Lei 8.080/90 para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS, substituindo a CITEC. Posteriormente, foi regulamentada pelo Decreto 7.646/2011 (BRASIL, 2016b).

De acordo com o artigo 2º do referido Decreto,

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 (BRASIL, 2011b).

São diretrizes da CONITEC, conforme artigo 3º, a universalidade e integralidade das ações de saúde no âmbito do SUS com base no melhor conhecimento técnico-científico disponível; a proteção do cidadão no processo de incorporação de tecnologias do SUS, que deve ser feita por critérios racionais e parâmetros de eficiência, eficácia, efetividade e de custo-efetividade.

Ainda, segundo informações do sítio oficial da CONITEC,

É responsabilidade da CONITEC, assessorar o MS na incorporação, exclusão ou alteração pelo SUS de novas tecnologias em saúde, como medicamentos, produtos e procedimentos, tais como vacinas, produtos para diagnóstico de uso “in vitro”, equipamentos, procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, informacionais, educacionais e de suporte, programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população. Cabe aqui também falar sobre a atuação da CONITEC na constituição e alteração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, podendo requisitar a sua elaboração ou revisão, conforme o interesse para o SUS, lembrando que um protocolo clínico e diretriz terapêutica estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. (BRASIL, 2016b).

É importante salientar que a CONITEC analisa a incorporação de tecnologias no âmbito do SUS. Desta feita, não está aqui a se falar da possibilidade de registro e autorização para ampla comercialização do fármaco – que é de competência da ANVISA e, quando da análise feita pela CONITEC, já devem ter sido outorgados – para inclusão na política pública de assistência farmacêutica.

Houve várias mudanças da CITEC, órgão originário, para a CONITEC (BRASIL, 2014d). De acordo com o Decreto 7.646/2011, a CONITEC é formada pelo Plenário, que substituiu o antigo colegiado da CITEC, e Secretaria-Executiva. O órgão pleno pode ser considerado verdadeira evolução por sua amplitude, abrangendo diversos setores da Administração Pública, bem como órgãos cuja composição permite a participação popular, como o Conselho Nacional de Saúde, e de todas as unidades federativas. Se antes o colegiado era composto tão somente de representantes da ANVISA, Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e SCTIE, tem-se hoje a participação de membros dos seguintes entes no Plenário, conforme artigo 7º do Decreto 7.646/2011:

a) Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS);

- b) Secretaria-Executiva (SE/MS);
- c) Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS);
- d) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS);
- e) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS);
- f) Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS);
- g) Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS);
- h) Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); i) Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- j) Conselho Nacional de Saúde (CNS);
- k) Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS);
- l) do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); e
- m) Conselho Federal de Medicina (CFM), especialista na área. (BRASIL, 2011b).

Em relação à participação popular, que naturalmente deve ser fomentada em uma democracia (AITH, 2017), deve-se salientar que a própria Constituição Federal elege, em seu artigo 198, III, a participação da comunidade como uma das diretrizes que devem organizar o SUS (BRASIL, 1988).

Outra mudança está relacionada aos documentos exigidos para o protocolo de processos. De acordo com os incisos do artigo 15, §1º do Decreto 7.646/2011, hoje são exigidos os seguintes documentos:

- I - formulário integralmente preenchido, de acordo com o modelo estabelecido pela CONITEC;
- II - número e validade do registro da tecnologia em saúde na ANVISA;
- III - evidência científica que demonstre que a tecnologia pautada é, no mínimo, tão eficaz e segura quanto aquelas disponíveis no SUS para determinada indicação;
- IV - estudo de avaliação econômica comparando a tecnologia pautada com as tecnologias em saúde disponibilizadas no SUS;
- V - amostras de produtos, se cabível para o atendimento do disposto no §2º do art. 19-Q, nos termos do regimento interno; e
- VI - o preço fixado pela CMED, no caso de medicamentos. (BRASIL, 2011b).

Tais documentos delimitam o âmbito de atuação da CONITEC, além de racionalizar os seus trabalhos. Todo remédio analisado deverá ter sido validamente registrado na ANVISA, pois este sim é o órgão competente para tanto – a CONITEC, repise-se, tratará apenas da possibilidade de incorporação do insumo ao SUS, não interferindo, de qualquer maneira, no âmbito estritamente privado.

Cabe a parte interessada demonstrar que a tecnologia a ser incorporada é tão ou mais eficaz, segura e econômica quanto àquelas já incorporadas ao SUS. Isto porque, já havendo insumo similar para determinado tratamento, não é recomendado incorporar qualquer outro que seja menos eficaz, seguro ou que, apresentando dados semelhantes quanto a estes critérios, seja mais caro à administração, o que importaria em benefício único ao fabricante do medicamento, em detrimento da Administração Pública e cidadãos. Nem sempre a análise é

simples e objetiva: a um pequeno aumento de eficácia entre os insumos comparados, poder-se-á seguir desproporcional elevação no preço do insumo. Na análise deste caso, a CONITEC deverá escolher qual tecnologia será ou permanecerá incorporada, tendo melhor custo-benefício, avaliando interesses da Administração Pública e dos cidadãos. Nada impede, também, que ambas sejam abarcadas pelo SUS, ainda que com recomendações diversas. De qualquer forma, o interessado que iniciar o processo, ao fornecer a documentação exigida, sabe do compromisso de demonstrar que, analisados todos os aspectos, é a sua tecnologia que deverá prevalecer no âmbito público.

Há maior abertura democrática dos procedimentos da CONITEC quando comparados com os da antiga CITEC. Atualmente, todas as matérias avaliadas pelo órgão são obrigatoriamente submetidas a audiências públicas, oportunizando a participação popular direta; antes do julgamento definitivo do mérito de um processo, pode ser designada nova audiência. Anteriormente, não havia qualquer previsão neste sentido – nada impedia a designação de audiências públicas, desde que, no âmbito do seu poder discricionário, a pessoa competente assim desejasse (BRASIL, 2014d).

A nova regulamentação de incorporação de tecnologias também solucionou um notório problema de efetividade dos procedimentos e atos do órgão competente. Não havia qualquer prazo para análise dos pedidos feitos pelos interessados, bem como para a efetiva incorporação no SUS quando das decisões de deferimento. Atualmente, o prazo máximo é de 180 dias a partir do protocolo, prorrogáveis por mais 90 dias, de forma fundamentada. Caso a decisão sobre a incorporação seja favorável, as áreas técnicas do Ministério da Saúde têm 180 dias para efetivar a oferta pelo SUS (BRASIL, 2014d).

4.5 TRANSPARÊNCIA E MECANISMOS DE PARTICIPAÇÃO NOS PROCESSOS DA CONITEC

Observa-se por meio das informações divulgadas no site da CONITEC² que estão sendo valorizadas a acessibilidade à Comissão e a transparência de seus processos, especialmente através das informações contidas na aba “Avaliação de Tecnologias” e seus cinco primeiros subtítulos: “Submissão de Propostas; Tecnologias Demandadas; Recomendações da CONITEC; Consultas Públicas; e Enquetes”. Ainda há outros dois subtítulos relevantes, mas cuja única funcionalidade é consultiva: uma diz respeito ao

² Disponível em: conitec.gov.br

RENAME, 2017; e, outra, à Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) 2012.

Em “Submissão de propostas”, o usuário tem uma lista detalhada de todos os documentos necessários para o correto processamento do requerimento. Ainda que não preveja, a rigor, nada além do exigido pelo Decreto 7.646/11, há uma relação bem mais detalhada. A lista publicada no site contém os seguintes itens, com subtítulos que os explicam e, quando necessário, *links* para os devidos acessos: Ofício; Documentação do Proponente; Formulário; Documento principal; Estudos científicos e Artigos em língua estrangeira (BRASIL, 2017b).

O ofício e a documentação do proponente são formalidades de apresentação e certificação de regularidade. Em “Formulários”, além de texto introdutório, há links de acesso aos formulários para demandas externas e internas do SUS. Ao clicar sobre eles, é possível acessar a página que remeterá ao documento. Nesta mesma página, o proponente pode consultar o andamento dos feitos já protocolados. O documento principal exige, ainda, critério científico para subsidiar a análise:

- Descrição da doença/condição de saúde relacionada à utilização da tecnologia;
- Descrição da tecnologia;
- Descrição das evidências científicas da tecnologia comparada à(s) disponibilizada(s) no SUS - **Revisão Sistemática** ou **Parecer Técnico-Científico**;
- Estudo de avaliação econômica na perspectiva do SUS;
- Análise de impacto orçamentário;
- Referências bibliográficas;
- Anexo (cópia da bula ou instrução de uso aprovada na ANVISA). (BRASIL, 2017b, grifo nosso).

Observa-se, também, a existência de manuais sob *links* do próprio site com a finalidade de explicar o que é um parecer técnico-científico; e, outro, para a avaliação econômica sob a perspectiva do SUS. Encontra-se disponibilizado, ainda, para o proponente um terceiro manual para orientar sobre a análise de impacto orçamentário³. As referências bibliográficas indicam ainda mais fontes de pesquisa para a CONITEC e, por último, deve ser juntada a cópia da bula ou instrução de uso aprovada na ANVISA (BRASIL, 2017b).

Ao fim da página, em “Mais Informações”, é possível acessar um *link* intitulado “Estudos para a Decisão de Incorporação”, que remete a uma página convidando o visitante a fazer a sua proposta de incorporação para avaliação da CONITEC, havendo explicação sobre a necessidade de investigação das consequências clínicas, econômicas e sociais da utilização

³ Apesar da existência de *hiperlink*, ao se clicar em “Revisão Sistemática” em 13/01/2018, quando da elaboração desta pesquisa, nenhuma página não era encontrada.

das tecnologias a serem incorporadas, processo denominado Avaliação de Tecnologia em Saúde (ATS). Nesta página são listados e conceituados 19 tipos de estudos que podem contribuir com o processo de avaliação da CONITEC (BRASIL, 2016c).

Outra informação disponível é um fluxograma representativo do fluxo de incorporação de tecnologias, auxiliando o proponente a entender o procedimento que deve ser seguido a partir de seu requerimento. Por último, há dois *links* sob o título “Classificação de Evidências”: o primeiro, intitulado Oxford Centre for *Evidence-Based Medicine*. O segundo, “*Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation – GRADE*”, que é um pequeno resumo explicativo do Sistema *GRADE* de avaliação de qualidade de evidências científicas.

É possível ainda verificar o andamento e resultado de todos os pedidos processados pelo órgão ao acessar o termo “Tecnologias Demandadas”, contendo informações sobre o tipo de tecnologia, motivo da solicitação, nome da tecnologia, indicação, demandante, marca registrada e status (BRASIL, 2018a).

O próximo item da aba “Avaliação de Tecnologias” refere-se às “Recomendações da CONITEC”. Nele, há uma tabela contendo a tecnologia avaliada, o link para a íntegra da recomendação proferida pela CONITEC, a decisão do processo e a portaria que a publicou. Disponibiliza-se o acesso à íntegra da recomendação, com todos os seus elementos, dando margem à crítica especializada e de pessoas que tenham interesse para fazê-lo. Nos processos finalizados, o documento disponibilizado contém de fato todos os elementos que compõem o procedimento, como, por exemplo, a decisão sobre a incorporação da tecnologia (BRASIL, 2018b).

Em “Consultas Públicas” estão disponíveis todos os processos cuja consulta pública está vigente, além de explicações sobre ferramentas disponibilizadas. Nesta página, a CONITEC permite acesso ao seu relatório prévio sobre a tecnologia em análise, bem como dois formulários para contribuição: um, para aquelas de cunho técnico-científico e, outro, para as de pacientes ou responsáveis. Desta forma, não só a comunidade detentora de conhecimento técnico (farmacêutico, médico, entre outros) pode participar ativamente do processo, mas também cidadãos com necessidades em saúde, diretamente interessados na inclusão, manutenção ou exclusão da tecnologia do âmbito do SUS. Destaca-se que, em 2017, a CONITEC promoveu 69 audiências públicas (BRASIL, 2018c).

O item “Enquetes” é a materialização de uma opção da própria CONITEC em permitir, mais do que seria obrigada por norma, a participação dos interessados em seus processos. Basicamente, funciona como uma espécie de consulta pública prévia à formulação

de seu relatório. O processo é iniciado com uma proposta e recebe as primeiras contribuições; a partir dela é feito um relatório e este é submetido a uma nova consulta pública (esta, sim, obrigatória). Cada enquete recebe um título (o que está sendo proposto) e logo abaixo são disponibilizados o Relatório Inicial, basicamente explicando o que é a proposta, e, em outra coluna, o formulário para contribuições ou o seu resultado, documento no qual é possível visualizar todas as contribuições, conforme dadas pelos respondentes. Toda contribuição é datada e a pessoa identificada conforme sua qualidade pertinente, sem indicação de nome pessoal: paciente, especialista no tema, profissional da saúde, etc. Os respondentes devem dizer o que acharam da proposta (em escala que vai de “muito boa” a “muito ruim”) e se gostariam de alterar ou incluir alguma informação ao texto; em caso de resposta afirmativa para este último quesito, o cidadão deve dizer o que adicionaria ou alteraria, sendo a resposta disponibilizada para qualquer interessado. Há ainda dois outros campos, facultativos: um em que a pessoa pode dizer se gostaria de comentar sobre algum outro aspecto (e realizar o comentário) e um segundo em que pode indicar a fonte (referência) do que eventualmente tenha sustentado (BRASIL, 2017b).

Por meio da descrição do fluxo de inserção de medicamento ou novas tecnologias em saúde e protocolos terapêuticos no SUS, observa-se ser a CONITEC um espaço aberto e de diálogo com os diversos atores eventualmente interessados na incorporação, manutenção ou exclusão de tecnologia no sistema público de saúde. Destaca-se a transparência dos fluxos e das decisões, permitindo aos interessados acesso a ações e documentos. A relevância dada às fontes científicas enquanto critério para análise técnica e tomada de decisão por parte do órgão, tende a impedir que interesses meramente econômicos – públicos ou privados - definam a política de inserção de assistência terapêutica e tecnologias em saúde no SUS. Havendo tal abertura, com ações e documentos tão acessíveis à fiscalização, não deve subsistir qualquer argumento/fundamento embasado em premissa contrária, como a impossibilidade de contribuição ou fiscalização, o desconhecimento dos processos, atitudes escusas que favoreçam ou não alguém, ao menos sem elementos concretos, técnicos, que possam lhe dar suporte. O que se está a dizer é que, no Poder Executivo, existe um órgão técnico, que realiza análises neste sentido, de forma acessível e transparente, sequer demandando muito tempo para a finalização dos processos. Desta forma, qualquer pleito que discuta a situação da tecnologia no âmbito do SUS deve demonstrar o desacerto técnico do órgão competente, ou se estará, arbitrariamente, requerendo a simples usurpação de uma função executiva legal e constitucionalmente delimitada.

4.6 POLO ATIVO DE PROCESSOS E RELEVÂNCIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS

A Constituição Federal estabelece que a saúde é um dever do Estado, mas a execução de serviços na área poderá ser feita também pela iniciativa privada (artigos 196 e 197 da Constituição Federal).

Dada a escassez de recursos, além da ainda precária e limitada oferta do serviço de forma direta pelo Estado, é comum a aderência dos cidadãos brasileiros a serviços de saúde suplementar.

Desta forma, segundo Gebran Neto e Schulze

Esta realidade dual, amparada na legislação pátria, tem causado extremo desconforto e talvez seja a causa primeira da judicialização da saúde, porque se busca conceder aos indivíduos que têm acesso apenas ao SUS um padrão de qualidade e atendimento mais próximo do possível daquele dispensado aos indivíduos que têm acesso ao sistema privado.

E, para além da desigualdade do sistema público e do sistema privado, há verdadeira confusão entre as estruturas públicas e privadas de atendimento, bem como de atuação profissional (GEBRAN NETO; SCHULZE, 2016, p. 130).

Ainda conforme Gebran Neto e Schulze (2016), é possível perceber cinco segmentos potencialmente formadores do polo ativo de ações que têm como causa de pedir o fornecimento de medicamentos.

O primeiro segmento, consideravelmente minoritário, é formado por pessoas com condições financeiras suficientes para arcar com os custos de um contrato particular de assistência à saúde, tendo por sua causa acesso a serviços de excelência. Um segundo segmento, também abastado, firma contratos de planos de saúde um pouco menos abrangentes ou com menor padrão de qualidade. Estes dois segmentos, em regra, não tentarão acessar serviços de saúde pela via estritamente estatal, desfrutando daquilo que de melhor a iniciativa privada tem a oferecer. As duas parcelas, normalmente, quando recorrem ao Judiciário, tendem a amparar a sua causa de pedir nos contratos privados, regidos pelas regras do Direito dos Contratos e do Consumidor, pela lei 9.656/98 e demais regras da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (GEBRAN NETO; SCHULZE, 2016).

Conforme, ainda, Gebran Neto e Schulze (2016), o terceiro estrato é formado por pessoas que têm acesso a planos de saúde, mas estes são consideravelmente menos abrangentes e oferecem serviços de menor qualidade. Uma quarta parcela da população não tem acesso a serviços privados, recorrendo somente àquilo que o Estado consegue lhe

oferecer. Estas duas últimas parcelas, ressaltam os autores, são responsáveis pela maior parte da judicialização de questões relativas a serviços de saúde prestados diretamente pelo Estado.

Um quinto segmento pode ser observado. Na concepção de Gebran Neto e Schulze (2016), ele é formado pelas causas patrocinadas pela Defensoria Pública ou pelo Ministério Público. O interessante, neste ponto, é observar que ambas as instituições têm legitimidade ativa para propor ações civis públicas coletivas, conforme insculpido no artigo 5º, I e II da lei 7.347/85 (BRASIL, 1985) para a tutela de interesses individuais homogêneos. No entanto, não têm tido atuação destacada neste sentido, conforme sinalizam os autores. Apesar de patrocinarem causas no âmbito da saúde, o mais comum é que sejam tutelados interesses puramente individuais (indisponíveis), beneficiando, portanto, apenas uma pessoa e não uma coletividade. Ainda que se entenda o patrocínio de causas individuais de pessoas hipossuficientes por parte da Defensoria Pública, cumprindo sua função institucional presente no artigo 134 da Constituição Federal, pode ser considerado inadequado que o Ministério Público o faça, desvirtuando o órgão das funções previstas no artigo 129 da Carta Magna, o que culmina em concorrência de atribuições entre Defensoria, Ministério Público e advocacia privada, todas funções essenciais à Justiça (BRASIL, 1988).

A judicialização das políticas públicas é histórica no Brasil, especialmente na área da saúde. Ainda nos anos 1990, iniciou-se tal prática para o atendimento das necessidades das pessoas portadoras do vírus HIV ou com AIDS – foi o Judiciário, aos poucos, quem concedeu a proteção à saúde destas pessoas (VENTURA et al., 2010). O sucesso da empreitada teve ao menos dois efeitos, segundo Ventura et al. (2010): o primeiro, positivo, foi o de forçar a inclusão do fornecimento de serviços de saúde a referidos pacientes no SUS, moldando, portanto, a política pública formulada pelo Poder Executivo. O segundo efeito foi o de estimular a judicialização de questões relacionadas à saúde no país, conforme pode-se observar na seguinte citação:

(...) A ampla estratégia de advocacia empreendida pelas organizações não-governamentais (ONGs), em todo Brasil, resultou numa jurisprudência favorável à responsabilização dos entes federativos no cumprimento imediato desta prestação estatal (RIOS, 2003; VENTURA, 2003; SCHEFFER et al., 2005), e em avanços nas políticas públicas de saúde às pessoas com HIV/Aids, em especial o acesso universal e gratuito aos medicamentos antirretrovirais (LOYOLA, 2008). De fato, parece que este segmento conseguiu estabelecer uma relação positiva entre acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde.

Os avanços das políticas públicas na assistência às pessoas com HIV/Aids parecem ter animado outros movimentos sociais organizados e a população em geral, pois, nas últimas décadas, pode-se constatar que a reivindicação judicial passa a ser largamente utilizada como mecanismo de garantia de direitos e ampliação de políticas públicas, ampliando, inclusive, a atuação do Ministério Público neste âmbito (VIANNA; BURGOS, 2005). Mas também, constata-se a inclusão do

recurso judicial no "itinerário terapêutico" (GERHARDT, 2006) de milhares de cidadãos, que de forma individual buscam garantir o fornecimento de insumos e procedimentos de saúde para suas necessidades individuais, por essa via. (VENTURA et al., 2010, p. 78).

A esfera judicial, portanto, passou a receber a reivindicação de direitos que, anteriormente, buscava-se pela via do Executivo ou do Legislativo. Conjuntamente, com a corriqueira submissão destes dois poderes às ordens daquele, a determinação judicial de direitos tornou-se, de certo modo, até mais efetiva para o cidadão reivindicante do que o fluxo tradicional de formação e cumprimento das políticas públicas, que, de forma discricionária, poderia abarcá-lo ou não em sua formulação e execução.

Apesar de a judicialização ter se tornado uma das formas de estimular mudanças nas medidas legislativas e executivas existentes (WANG, 2013a), é essencial perceber que não necessariamente os demandantes são aqueles que prioritariamente precisam da atuação do Estado.

O ato de demandar está associado à consciência da possibilidade de tutela de seus direitos e capacidade para pleiteá-los em juízo. Desta forma, não é difícil perceber que não são necessariamente os cidadãos menos abastados – e, por isso, provavelmente os que mais precisam de atuação do Estado – que buscam a tutela judicial. Ao revés, ainda que não existam dados concretos consolidados a respeito, na percepção dos autores Gebran Neto e Schulze (2016), a judicialização é buscada majoritariamente por cidadãos de classe média, razoavelmente esclarecidos sobre seus direitos (ou da possibilidade de conseguir determinadas tutelas), mas eventualmente sem acesso a serviços privados específicos para o seu caso. Nesse sentido, também apontam Gebran Neto e Schulze que:

A experiência tem demonstrado que pertence ao terceiro agrupamento acima citado a maioria dos autores de ações na área da saúde, porque esclarecidos, com atendimento parcial da saúde privada, mas sem condições de arcar com tratamentos e/ou medicamentos não cobertos por seus contratos particulares. (GEBRAN NETO; SCHULZE, 2016, p. 131)

Quando um ato judicial fornece a um cidadão um benefício não contemplado na previamente formulada diretriz de atuação do governo para o público, pratica, neste caso concreto, um ato de suprimento de omissão legislativa e executiva. A questão é que um magistrado não tem, no ordenamento jurídico brasileiro, a capacidade técnica ou a legitimidade democrática para substituir os poderes competentes em sua atuação típica (AITH, 2017; GADELHA, 2014; PERLINGEIRO, 2012). Desta forma, só é correta a atuação do Judiciário neste sentido quando corrija flagrante ilegalidade ou inconstitucionalidade, ou

haverá simples e injustificável usurpação de função dos poderes competentes. Quando isto acontece, uma parcela do Estado usa a sua força para dar a determinados cidadãos acesso a bens que não foram considerados adequados ou prioritários pelo próprio Estado em detrimento da consecução de outros direitos. Em termos de alocação de recursos, aqueles que não acessaram o Judiciário sustentarão, por via do não recebimento de um bem social, o fornecimento deste, pelo Estado, a quem teve os meios de buscar a via judicial.

O Estado perde aos poucos, portanto, a capacidade e o estímulo de formular políticas públicas abrangentes, para coletividades, porque seu Poder Judiciário se ocupa de formulá-las e executá-las em âmbito individual, em cada processo. Daí a preocupação com a prevalência de demandas individuais nesta seara, mesmo quando atuantes de entidades legitimadas para o processo coletivo, como a Defensoria Pública e o Ministério Público – se está a se tratar de políticas públicas, a atuação mais indicada seria, ao menos, aquela que busca tutelas coletivas.

O relatório Justiça em Números, produzido pelo CNJ, confirma a ampla prevalência de litígios individuais nesta seara. Utilizando-se de pesquisa com as classes “ação civil coletiva” e “mandado de segurança coletivo”, no âmbito da Justiça Estadual, em todo o Brasil, no ano de 2016, obtém-se o total de apenas 1.884 novas ações. A mesma pesquisa, sem especificação de classe, abrangendo, portanto, todas as ações cadastradas com o assunto “fornecimento de medicamentos”, revela a existência de 86.358 novas ações. A situação parece especialmente desproporcional no estado de Minas Gerais, que contribui com o maior montante (28.873 ações), praticamente o mesmo que a soma do estado de São Paulo (18.691) e Santa Catarina (10.765), segundo e terceiro colocados (BRASIL, 2017c).

É essencial salientar que o instrumento de pesquisa fornecido pelo CNJ não permite pesquisa que relacione concomitantemente classe da ação e assunto: desta forma, as 1.884 ações coletivas *lato-sensu* abrangem todos os processos destas classes, independentemente da causa de pedir; enquanto o número de 86.358 refere-se a todas as demandas cujo assunto cadastrado tenha sido “fornecimento de medicamentos”.

4.7 DIREITO À SAÚDE BASEADO EM EVIDÊNCIA

A saúde é um direito universal fundamental, garantido, nos termos da Constituição Federal, sem expressas restrições. Entretanto, não sendo a única obrigação do Estado, e dependendo da alocação de recursos escassos, o cumprimento da norma dirigente depende de complexo trabalho de planejamento e execução administrativa e orçamentária por parte da Administração Pública (SCHUSTER; MULLER; RODRIGUES JÚNIOR, 2018).

Esta, a princípio, tem autonomia para formular políticas públicas e seu plano de ação da forma que entender mais conveniente – respeitados os processos legais e sempre visando ao bem do cidadão. O sistema de saúde no Brasil (SUS) constitui-se enquanto uma política pública amplamente defendida pela Reforma Sanitária e oficializada pela Constituição Federal de 1988.

Conquanto haja referida autonomia, a formulação e execução destas políticas públicas devem visar a atender ao compromisso internacional feito pelo Brasil ao aderir ao Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, devidamente ratificado e internalizado pelo decreto 591/92 (BRASIL, 1992), que é de garantir o melhor sistema de saúde possível aos cidadãos, de maneira progressiva. Da mesma forma, há compromisso constitucional de que o Estado formulará “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). Sendo assim, a essencial normatização infraconstitucional na matéria tem objetivos claros, ainda que não haja caminhos exatos para alcançá-los.

Conforme artigo 4º da lei 8.080/90, o SUS constitui-se de um “[...] conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”. Entre seus objetivos estão a “assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas” (artigo 5º, III da lei 8.080/90), bem como a formulação e execução de políticas públicas que criem condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação da saúde (artigo 2º, §1º e 5º, II da lei 8.080/90). Para cumprir seus objetivos, está entre as atribuições do SUS a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, nos ditames do artigo 6º, I “d” da lei 8.080/90 (BRASIL, 1990a).

As balizas de atuação administrativa na dispensação de medicamentos são ditadas pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica, cujo arcabouço jurídico inclui a Constituição Federal de 1988; as chamadas leis orgânicas do SUS (8.080/1990 e 8.142/1990); portarias que regulamentam o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento; a Portaria 3.916/98, que aprova a Política Nacional de Medicamentos; a Resolução 338/04 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica; e a Portaria 2.981/09,

que dispõe sobre a estrutura e funcionamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CORREA, 2016).

O principal ponto a ser seguido na assistência farmacêutica pelos entes públicos é o fornecimento dos medicamentos constantes da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), continuamente atualizada. Conjuntamente, as Comissões Bipartite e Tripartite devem funcionar como espaços de discussão para a formulação de regras a serem seguidas quanto à repartição de competência no âmbito da saúde (artigo 19-U da Lei 8.080/90). Ainda que as próprias normas infraconstitucionais reiterem a solidariedade entre os entes na área da saúde pública, em linhas gerais, existe forte tendência a obrigar os municípios ao fornecimento dos remédios mais comumente necessários à sua população e os estados e a União àqueles de maior complexidade, menor demanda e/ou maior custo. Este último critério é pragmático: no sistema federativo brasileiro, quanto maior o ente, maior a quantidade de recursos disponíveis (ARRETCHE, 2004).

No entanto, do ponto de vista jurídico, perante o cidadão, há solidariedade de todos os entes no fornecimento de medicamentos. O cumprimento ou não daquilo a que obriga a RENAME não excluirá o atendimento a obrigação dos entes, *a priori*, não obrigados pela lista de remédios, ou a obrigação de fornecer os medicamentos não listados.

Em decorrência do aumento exponencial da judicialização da saúde, o direito à saúde baseado em evidência surge fundamentado nos aportes teórico-metodológicos da medicina baseada em evidência. Tem como ponto fulcral a necessidade de avaliação das evidências científicas e custos de determinados insumos para o seu registro no órgão competente e, quando couber, incorporação à lista indicativa de fornecimentos pelo Estado. Para tanto, defende-se o desenvolvimento de pesquisas criteriosamente delineadas que respondam questões sobre eficácia, efetividade e eficiência do novo medicamento ou assistência terapêutica. Desta forma, estudos randomizados devem demonstrar que o produto detém um mínimo de eficácia e segurança biológica.

Como explica Gadelha (2014):

São necessários estudos clínicos bem desenhados, com material e métodos bem definidos e resultados comprováveis e repetíveis, para que se garanta a validade do seu uso fora das condições de pesquisa (conceito conhecido como validade externa). Por isso, toda nova tecnologia em saúde, inclusive medicamentos, deve ser analisada com base em estudos não aleatórios, ou seja, no âmbito de protocolos de pesquisa adequadamente delineados, com número de pacientes adequado, hipóteses a serem testadas bem definidas, desfechos e objetivos finais compatíveis com as hipóteses iniciais. (GADELHA, 2014, p. 67)

Após estudos, o medicamento deve ser registrado na ANVISA. Entretanto, este ato não significa haver incorporação do insumo à lista pública de fornecimento. A princípio, só haverá a obrigação do SUS fornecer o medicamento se, além do registro, houver a sua inclusão na RENAME. Entre o registro na ANVISA e a inclusão na RENAME, outros aspectos devem ser considerados para além da mínima eficácia e segurança, tais como, a existência de vantagens em relação ao similar que já estava na lista e seus custos para o Poder Público, conforme artigo 19-Q, §2º da lei 8.080/90 (BRASIL, 1990a).

Mesmo com o registro do medicamento, a pesquisa sobre os seus efeitos continua, de modo que, após atingir o mercado consumidor, aquilo que fora observado quando da pesquisa prévia, pode culminar em resultados distintos do anterior – o que fica evidenciado pelos documentos exigidos para a mera renovação do registro, conforme resolução da diretoria colegiada (RDC) da ANVISA de número 57/2009 (BRASIL, 2009a). A inclusão de um insumo antes destes testes posteriores na lista do RENAME, ao menos quando houver similar já registrado, sob o enfoque científico, poderia evidenciar uma vulnerabilidade do ponto de vista dos critérios da medicina baseada em evidência, já que os estudos ainda estariam em estágios iniciais e, portanto, teriam produzido resultados menos confiáveis sob este viés metodológico de análise.

A medicina (e o direito à saúde) baseada em evidência, portanto, é a denominação que recebe o trato criterioso, precavido e, especialmente, científico, da aprovação de medicamentos para registro e para a inclusão na lista de dispensação pelo Poder Público. Basear em evidência significa dar tratamento crítico a soluções pretensamente milagrosas oferecidas em uma área que, pelas circunstâncias, a falta de credibilidade da informação propagandeada tende a não preocupar o indivíduo que pode sofrer as consequências de um medicamento ineficaz ou inseguro (GADELHA, 2014).

Por todo o exposto, a abordagem do direito à saúde baseado em evidência tem ganhado força no Judiciário. Dado o expressivo número de medicamentos com funções similares; experimentais, sem qualquer comprovação idônea sobre sua eficácia; ou que não integram a lista do SUS por algum critério, como a baixa demanda no território do ente – mesmo sendo confiáveis e necessários à população (CAMPOS NETO et al., 2012) - há o cuidado em estabelecer alguns parâmetros de segurança para a determinação judicial de custeio de um medicamento (DIAS; SILVA JÚNIOR, 2016; MEDICI, 2010).

Na doutrina jurídica, a partir das obras de Ronald Dworkin e Robert Alexy, os princípios – como aqueles que regem constitucionalmente o SUS – tiveram reconhecida normatividade até então rechaçada, garantindo direitos e impondo deveres independentemente

de atuação intermediária dos Poderes Legislativo e Executivo (BARROSO, 2007). No âmbito do direito social à saúde, sobretudo por causa do princípio da universalidade e da diretriz de atendimento integral, a partir do início dos anos 1990, as decisões dos tribunais brasileiros vinham condenando os entes federativos a custear tudo aquilo que era pleiteado, sem maiores considerações a respeito de orçamento, desigualdade entre cidadãos, escassez de recursos, progressividade de cobertura ou formulação de políticas públicas (BARROSO, 2007). Considera-se que foi a decisão monocrática da ministra Ellen Gracie, então presidente do STF, no pedido de suspensão de tutela antecipada (STA) 91 que começou a mudar este panorama. Nela, ordenou a suspensão da eficácia de decisão liminar extremamente genérica, sem respaldo no caso concreto ou nos desenhos institucionais da legislação infraconstitucional, proferida pelo Tribunal de Justiça de Alagoas (TJAL), que deferia o fornecimento de

[...] todo e qualquer medicamento necessário ao tratamento dos transplantados renais e pacientes renais crônicos, impondo-lhe a entrega de medicamentos cujo fornecimento não compete ao estado dentro do sistema que regulamenta o serviço (BRASIL, 2007, t. 1)

Consignou, ao deferir parcialmente a suspensão da tutela antecipada, que o fazia “tão somente para limitar a responsabilidade da Secretaria Executiva de Saúde do estado de Alagoas ao fornecimento dos medicamentos contemplados na Portaria nº 1318, do Ministério da Saúde” (BRASIL, 2007, t. 1). Dessa forma começava, portanto, a haver um caminho inverso ao que se assistia até então: se o Judiciário brasileiro havia saído de um momento de inteira rejeição para total procedência dos pedidos, começava, agora, a impor limites à atuação desenfreada de seus próprios membros e jurisdicionados.

Este caminho, hoje, parece ser buscado nas instâncias superiores, ainda que mesmo nelas tenha sido vacilante, com decisões de todos os tipos, como mostra o próprio STF, por vezes: deferindo o fornecimento de qualquer fármaco, como na STA 761 AgR/DF (BRASIL, 2015b); só daqueles registrados na ANVISA, como na STA 361 AgR/BA (BRASIL, 2010e); ou simplesmente exigindo receita médica fornecida por médico do SUS, - STA 334 AgR/SC (BRASIL, 2010f). Nas primeiras instâncias, ainda é possível perceber a existência de posicionamento, por vezes prevalente, de que qualquer pedido deve ser deferido, fazendo-se alusão genérica ao direito constitucional à saúde (FARIA, 2014).

Algumas iniciativas têm sido tomadas no âmbito deste poder como forma de diminuir a insegurança jurídica atinente à existência e características das obrigações estatais no campo da assistência farmacêutica.

O Conselho Nacional de Justiça, órgão administrativo pertencente ao Judiciário, tem trabalhado continuamente para o aparelhamento e qualificação das cortes na matéria (WANG, 2013b). Neste sentido, editou a Recomendação 31/2010 que, entre outras disposições orienta os Tribunais de Justiça (TJ) dos estados e os Tribunais Regionais Federais (TRF) a celebrar convênio para terem disponível apoio médico para avaliação do bem pleiteado. Também orienta os magistrados a: quando vinculados a referidos tribunais, instruir seus processos com relatórios médicos e prescrição de medicamentos com denominação genérica e princípio ativo; evitar determinar o fornecimento de medicamentos não registrados na ANVISA ou em fase experimental; ouvir os gestores, preferencialmente por meio eletrônico, antes de apreciar as medidas de urgência; determinar a inscrição do beneficiário de medida judicial em pertinente programa assistencial (BRASIL, 2010a).

Ainda na seara administrativa, o CNJ promoveu, em 2014 e 2015, a I e a II Jornada de Direito da Saúde, para debate e formulação de enunciados interpretativos sobre o tema (BRASIL, 2016d?). Nelas foram aprovados diversos enunciados sobre saúde pública, suplementar e Biodireito.

Em relação à saúde pública, na I Jornada de Direito da Saúde foram editados vários enunciados que estabeleceram recomendações para a atuação de juízes e tribunais: é necessária a renovação periódica de receita médica (enunciado 02); deve se aferir a disponibilidade de atendimento administrativamente (enunciado 03); Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) são elementos organizadores da prestação farmacêutica, e não limitadores, podendo haver prestação diversa daquela prevista nos referidos protocolos (enunciado 04); deve se evitar tanto o fornecimento de fármacos não registrados na ANVISA ou em fase experimental (enunciado 06 e 09), quanto o processamento das ações com tal pedido pelos juizados, pela provável necessidade de realização de perícia (enunciado 05); inclusão de pacientes com câncer nos programas específicos para o tratamento pelo setor público (enunciado 07); a observância, tanto quanto possível, das regras administrativas de repartição de competências do SUS (enunciado 08); quando o pedido envolver fármaco já previsto nas listas do SUS, o paciente deve ser incluído nos programas oficiais (enunciado 11); a ineficácia de tratamento padronizado deve ser demonstrada no caso concreto, com o apontamento do princípio ativo, denominação comum brasileira e diagnóstico da doença conforme Classificação Internacional de Doenças (CID), devendo ser indeferido o pedido quando não demonstrada referida ineficácia, (enunciados 12, 14 e 15); prévia oitiva do gestor público, quando possível (enunciado 13); para o fornecimento de fármacos não padronizados, é necessária a demonstração da existência de evidências científicas de sua eficácia, bem como

da inexistência, inefetividade ou impropriedade dos medicamentos padronizados (enunciado 16); será permitida a participação de profissionais vinculados ao município nos NATs (enunciado 17), que, sempre que possível, fornecerão nota de evidência científica para embasar a tomada de decisão liminar (enunciado 18); e, por último, é recomendável à parte instruir o processo com questionário elaborado pelo CNJ, Ministério Público, Defensoria Pública, juízo processante ou Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) para subsidiar o pedido liminar (enunciado 19) (BRASIL, 2014c).

Na II Jornada de Direito da Saúde, aprovaram-se enunciados com as seguintes orientações: requisição de prontuário médico para a realização da prova pericial (enunciado 49); proibição de fornecimento de medicamentos experimentais, bem como necessidade de demonstração de evidência científica para fornecimento de medicamentos não registrados (enunciado 50); ser recomendável verificar a apreciação do medicamento pelo CONITEC (enunciado 57); notificar o médico prescritor de medicamento não padronizado, para prestar esclarecimentos e firmar declaração de inexistência de conflito de interesses (enunciado 58); a utilização da medicina baseada em evidências como fundamento dos pedidos por medicamentos não padronizados (enunciado 59); a responsabilidade solidária no âmbito do SUS não impede que o juiz direcione o cumprimento inicial da determinação ao ente responsável conforme a distribuição de competências administrativas (enunciado 60); os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) são elementos organizadores da prestação farmacêutica, e não limitadores, podendo haver prestação diversa daquela prevista nos referidos protocolos (enunciado 61) (BRASIL, 2015a).

Destaca-se que o CNJ não tem poder vinculante sobre os magistrados no que tange ao exercício do poder jurisdicional, como não têm, em regra, os próprios tribunais de instâncias superiores. É claro que suas decisões, em recurso, prevalecem sobre aquelas tomadas na instância inferior, mas não há vinculação que determine qual decisão deverá ser tomada antes desse fato efetivamente acontecer. Os magistrados de piso, portanto, preservam a sua independência funcional, mas há a iniciativa de um órgão do próprio Judiciário, alheio, em tese, aos apelos próprios da Administração Pública dos entes federados e dos cidadãos que pleiteiam os benefícios judiciais, de traçar padrões mínimos de segurança – seja ela jurídica ou para a integridade física e mental dos cidadãos - a serem observados nas decisões.

Órgão máximo do Poder Judiciário, o Supremo Tribunal Federal, também proferiu recentemente uma de suas mais importantes decisões sobre o tema, no julgamento da medida cautelar na ação direta de inconstitucionalidade 5.501/DF, em 19 de maio de 2016. Havia sido promulgada a lei ordinária 13.269/2016, autorizadora da produção e utilização da

fosfoetanolamina sintética – popularmente conhecida como “pílula do câncer” – para pacientes diagnosticados com neoplasia maligna. O remédio não havia ainda passado pelos testes necessários ou recebido regulamentação pela ANVISA, sendo, portanto, até então, uma substância de comercialização e uso proibidos. Autorizada a produção e o uso pelo Congresso, o Estado poderia ser obrigado a fornecê-lo (BRASIL, 2016c).

Referida lei teve sua constitucionalidade questionada, sendo objeto da citada ação. No julgamento da medida cautelar, em que se pediu a suspensão dos efeitos da norma, o STF concordou com vários dos argumentos que conduzem à ideia de que a medicina baseada em evidência tem ganhado apreço no Poder Judiciário. O julgamento definitivo da ação ainda irá acontecer, mas considera-se que o tribunal já enfrentou, ao menos em parte, o mérito da ação (BRASIL, 2016e).

Nesse sentido, fixou a inconstitucionalidade da Lei nº 13.269/2016,

[...] que autorizou o uso da fosfoetanolamina sintética por pacientes diagnosticados com neoplasia maligna, mesmo sem que existam estudos conclusivos sobre os efeitos colaterais em seres humanos e mesmo sem que haja registro sanitário da substância perante a ANVISA (BRASIL, 2016e).

Os argumentos apresentados para tal conclusão foram os seguintes: há violação ao direito à saúde porque o Estado só pode fornecer medicamentos regularmente testados e aprovados pela autoridade competente (ANVISA), já que o uso desregrado de substâncias não testadas e conhecidas a fundo poderá causar lesão direta à saúde do cidadão, a pretexto de melhorá-la; enquanto não houver referido registro na ANVISA, deve presumir-se a inadequação do medicamento, e não o contrário. Além do mais, há ofensa ao princípio da separação dos poderes: isto porque o Estado, objetivando cuidar da saúde dos cidadãos, criou órgão próprio, no âmbito do poder executivo, aparelhado a examinar de forma técnica, imparcial e idônea a possibilidade de registro de medicamentos. Quando o Congresso (Legislativo), de forma casuística, meramente política, sem embasamento técnico ou seguindo qualquer rigor metodológico para análise, legaliza o uso de substância específica (ao invés de legislar de forma genérica, como leis em abstrato devem fazê-lo), acaba por usurpar o exercício do poder executivo (BRASIL, 2016e).

Por se tratar de decisão em ação do controle abstrato de constitucionalidade, o julgamento possui eficácia vinculante e *erga omnes*, mas somente quanto à aplicação da lei em comento, já que o STF rechaçou a tese da transcendência dos motivos determinantes quando do julgamento da Reclamação 8.168/SC pela qual os fundamentos empregados nas decisões teriam, tanto quanto sua parte dispositiva, efeito vinculante (BRASIL, 2016f).

Observa-se, porém, que a corte sinalizou o que pensa a respeito do dever do Estado de fornecer medicamentos: eles devem estar registrados na ANVISA e a determinação de sua entrega de forma casuística é inconstitucional por ofender a separação dos poderes, raciocínio que, em tese, deve ser utilizado também quando tal atitude é tomada pelo Judiciário.

No Recurso Extraordinário 566.471/RN, processado pelo regime da repercussão geral (BRASIL, 2007), em que são definidas teses que devem ser observadas em casos similares, o STF avançará no tema da assistência farmacêutica pelo Estado. Embora o julgamento ainda esteja em seu início, parece haver tendência a não permitir o fornecimento de medicamentos não registrados na ANVISA, ressalvada a possibilidade de aferição a respeito de conduta inadequada por parte da autarquia, como o(a) imotivado(a) retardamento do processo de registro ou imposição de condições; prevalência do fornecimento do medicamento previsto pela Administração Pública em detrimento do similar pleiteado pelo cidadão; desconsideração do alto custo como fator único de improcedência do pedido (posicionamento este já pacificado). Outras considerações – como a análise das condições econômicas do paciente e seus familiares - foram traçadas pelos ministros votantes (Marco Aurélio e Roberto Barroso), mas ainda não têm respaldo em outros julgamentos ou instrumentos normativos e nem se pode dizer, de antemão, que serão seguidas nos próximos votos dos demais magistrados (BRASIL, 2018d).

Conjuntamente, há também no Supremo orientação no sentido de que o fornecimento de medicamentos não listados pelo SUS (mas regulamentados pela ANVISA) pode ser determinado desde que comprovado que não há, no RENAME, insumo eficiente – posicionamento que atribui ao paciente o ônus de provar que o remédio do SUS não lhe causa os resultados almejados e que o outro poderá fazê-lo, como decidido no ARE 926.469 AgR/DF, julgado em 07/06/2016, de relatoria do ministro Roberto Barroso (BRASIL, 2016g).

Paradoxalmente, se de um lado o Estado vem sendo constantemente obrigado a fornecer medicamentos sem que haja estudos conclusivos a respeito de sua eficiência e eficácia, de outro, pode ser responsabilizado civilmente quando determinados remédios causem danos aos pacientes, notadamente por haver uma falha no dever de fiscalização, seja não impedindo que uma empresa continue a funcionar sem cumprir os requisitos legais ou não o faça de forma eficiente e segura – conforme se depreende de decisão do Tribunal Regional Federal da 1ª Região (TRF1) na apelação cível 00008578-50.2006.4.01.3500, julgada em 02/12/2015, relator desembargador Leão Aparecido Alves (BRASIL, 2015c), ou no caso em que um medicamento venha a ser reconhecido como perigoso para o paciente após estudos

mais aprofundados – TRF1, apelação na ação civil pública 2001.38.0001425-6/MG, publicada em 01/12/2009, relator desembargador Daniel Paes Ribeiro (BRASIL, 2009b).

Recentemente, o STJ submeteu o tema do fornecimento de medicamentos não listados pelo SUS a julgamento pelo rito dos recursos repetitivos, de maneira que a decisão ali tomada é vinculante em relação às instâncias superiores (BRASIL, 2015d). O acórdão acolheu a pretensão formulada quanto à possibilidade de fornecer os medicamentos, mas estabeleceu três requisitos para tanto, que serão aqueles observados nos processos de questões semelhantes:

ADMINISTRATIVO. RECURSO ESPECIAL REPRESENTATIVO DE CONTROVÉRSIA. TEMA 106. JULGAMENTO SOB O RITO DO ART. 1.036 DO CPC/2015. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS NÃO CONSTANTES DOS ATOS NORMATIVOS DO SUS. POSSIBILIDADE. CARÁTER EXCEPCIONAL. REQUISITOS CUMULATIVOS PARA O FORNECIMENTO.

(...)

3. Tese afetada: Obrigatoriedade do poder público de fornecer medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS (Tema 106). Trata-se, portanto, exclusivamente do fornecimento de medicamento, previsto no inciso I do art. 19-M da Lei n. 8.080/1990, não se analisando os casos de outras alternativas terapêuticas.

4. TESE PARA FINS DO ART. 1.036 DO CPC/2015 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 prescrito; (iii) existência de registro na ANVISA do medicamento.

5. Recurso especial do Estado do Rio de Janeiro não provido. Acórdão submetido à sistemática do art. 1.036 do CPC/2015. (BRASIL, 2018e).

Apesar de não estar consignado na ementa, o tribunal fixou que os efeitos vinculantes serão prospectivos, ou seja, utilizou-se da técnica da modulação dos efeitos para que a vinculação tivesse efeitos apenas em relação aos processos que fossem distribuídos a partir de referido julgado (BRASIL, 2018f). Importante destacar, portanto, que mesmo os processos que já estavam em curso quando deste julgamento não serão necessariamente afetados. Apesar da importância do julgado, deve-se deixar claro que, por se tratar de matéria de fundo eminentemente constitucional, a última palavra ainda caberá ao STF.

Um último posicionamento, firmado no STF e no STJ, diz respeito a responsabilidade solidária de fornecer medicamentos entre os três entes federativos (municípios, estados-membros e União), podendo qualquer um deles figurar, em conjunto ou isoladamente, no polo passivo da demanda a respeito do fornecimento de qualquer medicamento, independentemente do valor ou da complexidade do insumo ou daquilo que deva ser tratado.

Não obstante, não cabe o chamamento ao processo (hipótese coercitiva de intervenção de terceiros requerida pelo réu e baseada na existência de solidariedade) por aquele que figurar inicialmente como requerido na demanda, por se tratar de óbice *inútil e protelatório* à consecução do direito do autor. Nesse sentido, o único critério a ser observado para a regular formação do polo passivo em relação aos três entes federados, é a vontade, discricionária e imotivada, do autor - no STF, RE 607.381, julgado em 31/05/2011, relator ministro Luiz Fux (BRASIL, 2011a); no STJ, REsp 1.203.244/SC, julgado em 09/04/2014, relator ministro Herman Benjamin, submetido à sistemática dos recursos repetitivos (BRASIL, 2014a).

No âmbito legislativo, uma importante mudança no cenário jurídico brasileiro ocorreu com a promulgação da Lei 12.401/11, que alterou a Lei 8.080/90 para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS. Passou a constar expressamente, desde então, que

Art. 19-Q. A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.

§ 1º A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, cuja composição e regimento são definidos em regulamento, contará com a participação de 1 (um) representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde e de 1 (um) representante, especialista na área, indicado pelo Conselho Federal de Medicina.

§ 2º O relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS **levará em consideração, necessariamente:**

I - as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, **acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso;**

II - a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível. (BRASIL, 2011c, grifo nosso).

Desta forma, no âmbito normativo restou superada a possibilidade de dispensar medicamentos não regularmente registrados na ANVISA, especialmente devido à observância dos parâmetros definidos pela medicina baseada em evidência.

4.8 ACÓRDÃO E FUNDAMENTAÇÃO

Ao se reportar ao juiz de primeira instância, o CPC/15 estabelece que seus pronunciamentos consistirão de sentenças, decisões interlocutórias e despachos. Após, define:

Art. 203, §1º: Ressalvadas as disposições expressas dos procedimentos especiais, sentença é o pronunciamento por meio do qual o juiz, com fundamento nos arts. 485

e 487, põe fim à fase cognitiva do procedimento comum, bem como extingue a execução.

§ 2º Decisão interlocutória é todo pronunciamento judicial de natureza decisória que não se enquadre no § 1o.

§ 3º São despachos todos os demais pronunciamentos do juiz praticados no processo, de ofício ou a requerimento da parte.” (BRASIL, 2015d)

O legislador optou por adotar como critérios de definição do que é sentença tanto o seu conteúdo - artigo 485 ou 487 do CPC -, quanto o seu efeito - pôr fim à fase cognitiva ou extinguir a execução (NEVES, 2017).

O artigo 485 do CPC elenca hipóteses de extinção do processo sem resolução do mérito:

Art. 485. O juiz não resolverá o mérito quando:

I - indeferir a petição inicial;

II - o processo ficar parado durante mais de 1 (um) ano por negligência das partes;

III - por não promover os atos e as diligências que lhe incumbir, o autor abandonar a causa por mais de 30 (trinta) dias;

IV - verificar a ausência de pressupostos de constituição e de desenvolvimento válido e regular do processo;

V - reconhecer a existência de preempção, de litispendência ou de coisa julgada;

VI - verificar ausência de legitimidade ou de interesse processual;

VII - acolher a alegação de existência de convenção de arbitragem ou quando o juízo arbitral reconhecer sua competência;

VIII - homologar a desistência da ação;

IX - em caso de morte da parte, a ação for considerada intransmissível por disposição legal; e

X - nos demais casos prescritos neste Código. (BRASIL, 2015d)

Já o artigo 487 do CPC elenca as hipóteses em que o juiz resolve o mérito da demanda:

Art. 487. Haverá resolução de mérito quando o juiz:

I - acolher ou rejeitar o pedido formulado na ação ou na reconvenção;

II - decidir, de ofício ou a requerimento, sobre a ocorrência de decadência ou prescrição;

III - homologar:

a) o reconhecimento da procedência do pedido formulado na ação ou na reconvenção;

b) a transação;

c) a renúncia à pretensão formulada na ação ou na reconvenção. (BRASIL, 2015d)

A decisão colegiada de um tribunal sempre será um acórdão, conforme artigo 204 do CPC, enquanto receberá o nome de decisão monocrática aquela proferida por somente um julgador (BRASIL, 2015d). Ambas podem ter, como conteúdo, o equivalente a decisões interlocutórias e sentenças.

Sentenciando o juiz, a parte irressignada poderá interpor recurso de apelação, submetendo o processo a julgamento do segundo grau. Se o recurso preencher os pressupostos

de admissibilidade, podendo ser processado, a decisão do mérito recursal será veiculada em um acórdão, que substituirá a sentença, também tendo como conteúdo uma das matérias dos artigos 485 e 487 do CPC e sendo potencialmente extintiva do processo, bastando, para tanto, que não seja interposto novo recurso (BRASIL, 2015d; NEVES, 2017).

O legislador estabeleceu, no artigo 489 do CPC, os três elementos constituintes da sentença:

- I - o relatório, que conterá os nomes das partes, a identificação do caso, com a suma do pedido e da contestação, e o registro das principais ocorrências havidas no andamento do processo;
- II - os fundamentos, em que o juiz analisará as questões de fato e de direito;
- III - o dispositivo, em que o juiz resolverá as questões principais que as partes lhe submeterem. (BRASIL, 2015d)

O relatório é o elemento da sentença composto do relato dos principais dados e do processo: quem são as partes, qual é a ação, rito, as alegações (resumidamente) e os pedidos, além dos atos processuais mais relevantes, normalmente indicando quando e/ou onde ocorreram (número das folhas nos autos físicos ou IDs dos documentos quando eletrônicos): petição inicial, contestação, réplica, decisões interlocutórias, audiências, sentença (BUENO, 2017; NEVES, 2017).

Nos fundamentos, principal objeto de análise deste trabalho e sobre o qual se discorrerá detidamente neste subtítulo, o juiz analisa todas as questões de fato e de direito que sejam relevantes para formar o seu convencimento para julgamento da demanda.

O dispositivo da sentença é a decisão propriamente dita, o resultado do julgamento, a conclusão do raciocínio que tem como premissas aquilo que consta nos fundamentos. É nesta parte que o magistrado julgará extinto o processo, resolvendo ou não o seu mérito.

A estrutura da sentença é formada de maneira que seja possível demonstrar que o juiz conhece o processo, utiliza de fundamentos jurídicos para resolver o caso e efetivamente o soluciona (NEVES, 2017). Desta forma, qualquer decisão tende a seguir a mesma estrutura, eventualmente com a dispensa ou possibilidade de resumo do relatório, mas nunca dos fundamentos ou do dispositivo.

No caso de um acórdão substitutivo da sentença, há pequenas alterações, necessárias para que os três desembargadores competentes possam atuar.

Primeiro, o desembargador que, pela distribuição, for designado relator, produz, monocraticamente, o relatório do processo. Após, profere o resto de sua decisão – na forma de um voto -, consubstanciada nos fundamentos e na parte dispositiva. Os outros dois desembargadores também votarão. Entretanto, não farão qualquer relatório, pois ele já foi

feito. Poderão, ainda, consignar que concordam com o relator, sem sobre nada mais discorrer, ou apontar somente os pontos em que divergem. Se aberta divergência pelo segundo votante, o terceiro poderá apontar sua concordância com qualquer um dos votos ou também divergir. Ao final do julgamento, de qualquer forma, haverá uma súmula (resumo) do julgamento, com o seu resultado (BRASIL, 2015d).

No que tange aos fundamentos de uma decisão, tem-se que é nesta parte em o magistrado deverá consignar todos os fatos e fundamentos utilizados para chegar à sua conclusão, que é a decisão propriamente dita.

A fundamentação é um dever do magistrado e garantia do cidadão explícito no artigo 93, IX da Constituição Federal (ALVES, 2015; BRASIL, 1988; MARANHÃO, 2016). Tem como funções endoprocessuais permitir que o sucumbente possa recorrer da decisão que considerar juridicamente inadequada e que os julgadores do recurso possam averiguar a correção da decisão. Do ponto de vista político, a motivação se presta a demonstrar a correção, imparcialidade e lisura do julgador, legitimando democraticamente o ato judicial (NEVES, 2017; SANTOS JÚNIOR, 2013).

Em termos processuais, o elemento da decisão chamado de “fundamentos” sempre deverá existir. A fundamentação é uma garantia constitucional para o jurisdicionado, corolário do dever de transparência do julgador que, juridicamente, não pratica um ato pessoal, mas atua como um órgão do Estado, vinculado ao ordenamento jurídico. Uma decisão não fundamentada, ainda que de forma concisa, sempre estará viciada, havendo um erro de procedimento ou *error in procedendo* (NEVES, 2017).

Mesmo que o dispositivo (conclusão) da decisão seja aquele a que se chegaria com a melhor interpretação possível dos fatos e dos fundamentos jurídicos, a decisão continuará viciada, pois, para o magistrado, existem dois deveres autônomos: o de fundamentar e o de decidir, este último, dada a vedação ao *non liquet* (KOATZ, 2015).

O vício poderá ser corrigido através de embargos de declaração, recurso julgado pelo próprio juízo decisório, interposto para sanar omissão em seu julgado. Também há a possibilidade de interposição de outro recurso (como a apelação, no caso de a decisão ser uma sentença) pedindo a anulação do julgamento. Desta forma, o curso do processo retornará à instância anterior para que seja proferida uma nova decisão, com todos os seus elementos obrigatórios, de modo que a decisão não fundamentada é inválida enquanto ato jurídico. Excepcionalmente, por opção política que privilegia a celeridade e economia processual, será possível a aplicação da teoria da causa madura, e o órgão julgador do recurso poderá resolver

definitivamente a causa que esteja juridicamente apta a julgamento (BRASIL, 2015d; NEVES, 2017).

A falta de fundamentos (forma) não se confunde com a fundamentação equivocada (conteúdo). Quando, em uma decisão, o juiz se utiliza de fundamentos errôneos, contrariando o direito posto, não existe um erro de procedimento, mas de julgamento (*error in iudicando*). Caberá à parte discordante, neste caso, interpor o recurso cabível para que o órgão competente, normalmente de hierarquia superior, substitua a decisão, proferindo alguma que utilize corretamente as soluções jurídicas para o fato analisado. Desta maneira também já consignou o STJ:

PROCESSUAL CIVIL. RECURSO ESPECIAL. SUPOSTA OFENSA AO ART. 535 DO CPC. INEXISTÊNCIA DE OMISSÃO NO ACÓRDÃO RECORRIDO. TRIBUTÁRIO. TAXA DE FISCALIZAÇÃO DE ANÚNCIOS.

1. "Se os fundamentos do acórdão recorrido não se mostram suficientes ou corretos na opinião do recorrente, não quer dizer que eles não existam. Não se pode confundir ausência de motivação com fundamentação contrária aos interesses da parte" (AgRg no Ag 56.745/SP, 1ª Turma, Rel. Min. Cesar Asfor Rocha, DJ de 12.12.1994).

(...)

Recurso Especial 801.101/MG. Primeira Turma. Ministra Denise Arruda. Julgado em 18/03/2008. Publicado em 23/04/2008. (BRASIL, 2008).

Muito se discute a respeito do que deve ser exatamente o conteúdo de uma decisão (ALVES, 2015; COURA; BEDÊ JÚNIOR, 2013), não tendo este trabalho a intenção de se aprofundar nas discussões que a academia produz sobre a matéria.

Cumprе ressaltar, de qualquer forma, que, historicamente, os atores processuais diversos da magistratura se mostraram insatisfeitos com a forma como a fundamentação das decisões eram colocadas. Afirmavam que muito se discorria sobre fatos e fundamentos jurídicos nas peças próprias no processo e, ao final, na decisão, os juízes ignoravam parte das alegações e utilizavam somente aquilo que lhes convinha para chegar ao desfecho que desejavam dar ao processo (MARIN, 2012; SANTOS JÚNIOR, 2013).

O novo CPC, após disputa política entre magistratura e os outros atores processuais (ROVER, 2015; VASCONCELLOS; ROVER, 2015), consagrou a norma que, a princípio, sanearia o problema, obrigando os magistrados a, em apertada síntese: não proferir decisões com fundamentações genéricas; demonstrar a real adequação das premissas jurídicas ao fato concreto; rebater os argumentos utilizados pelas partes. É isto que se depreende do artigo 489, §1º e 2º do CPC:

Artigo 489. São elementos essenciais da sentença:

§1º Não se considera fundamentada qualquer decisão judicial, seja ela interlocutória, sentença ou acórdão, que:

I - se limitar à indicação, à reprodução ou à paráfrase de ato normativo, sem explicar sua relação com a causa ou a questão decidida;

II - empregar conceitos jurídicos indeterminados, sem explicar o motivo concreto de sua incidência no caso;

III - invocar motivos que se prestariam a justificar qualquer outra decisão;

IV - não enfrentar todos os argumentos deduzidos no processo capazes de, em tese, infirmar a conclusão adotada pelo julgador;

V - se limitar a invocar precedente ou enunciado de súmula, sem identificar seus fundamentos determinantes nem demonstrar que o caso sob julgamento se ajusta àqueles fundamentos;

VI - deixar de seguir enunciado de súmula, jurisprudência ou precedente invocado pela parte, sem demonstrar a existência de distinção no caso em julgamento ou a superação do entendimento.

§2º No caso de colisão entre normas, o juiz deve justificar o objeto e os critérios gerais da ponderação efetuada, enunciando as razões que autorizam a interferência na norma afastada e as premissas fáticas que fundamentam a conclusão. (BRASIL, 2015d).

Apesar da literalidade da norma, que, com um padrão máximo de [regulamentação da] fundamentação (MARANHÃO, 2016) visava claramente diminuir subjetivismos em decisões judiciais (THEODORO JÚNIOR et al., 2016), o STJ consagrou o entendimento de que, mesmo na vigência do novo CPC, os magistrados não são obrigados a enfrentar todos os argumentos das partes. O dever de fundamentação estará cumprido desde que os julgadores tenham utilizado de *fundamentação suficiente e clara* para decidir, devendo rebater apenas aqueles argumentos *capazes de, em tese, infirmar (enfraquecer) a conclusão* (e a fundamentação) *adotada pelo julgador*, conforme pode ser observado na citação abaixo:

AGRAVO REGIMENTAL NO RECURSO ESPECIAL. HOMICÍDIO QUALIFICADO. SENTENÇA ABSOLUTÓRIA CASSADA PARA DETERMINAR A SUBMISSÃO DO RECORRENTE A NOVO JÚRI. NEGATIVA DE VIGÊNCIA AOS ARTS. 3º E 619 DO CPP E ART. 1022, PARÁGRAFO ÚNICO, II, E 489, §1º, IV, DO CPC. INOCORRÊNCIA. AGRAVO REGIMENTAL IMPROVIDO.

I - A diretriz trazida no art. 1.021, § 3o, do CPC/2015 deve ser interpretada em conjunto com a regra do art. 489, § Io, IV, do mesmo Código, que **somente reputa nula a decisão judicial que deixa de "enfrentar todos os argumentos deduzidos no processo capazes de, em tese, infirmar a conclusão adotada pelo julgador"**.

II - No caso, a Corte a quo examinou em detalhe todos os argumentos postos na apelação, apresentando fundamentos suficientes e claros para refutar as alegações defensivas.

III - Os embargos de declaração possuem função limitada e, não se conformando a parte com as razões declinadas, não são os aclaratórios a via própria para impugnar o julgado ou rediscutir a causa.

IV - Mesmo após o advento no novo Código de Processo Civil, prevalece no Superior Tribunal de Justiça o entendimento de que **"o julgador não é obrigado a rebater cada um dos argumentos aventados pela defesa ao proferir decisão no processo, bastando que pela motivação apresentada seja possível aferir as razões pelas quais acolheu ou rejeitou as pretensões da parte"**(AgRg no AREsp 1009720/SP, Rel. Ministro JORGE MUSSI, Quinta Turma, julgado em 25/04/2017, DJe 05/05/2017).

V - Agravo regimental a que se nega provimento.

Agravo Regimental no Recurso Especial 1.626.224/RO. Quinta Turma. Relator Ministro Reynaldo Soares da Fonseca. Julgado em 08/02/2018. Publicado em 21/02/2018. (BRASIL, 2018g, grifo nosso).

Como esta pesquisa tem como um dos objetivos elencar os critérios utilizados nas decisões em demandas sobre judicialização da saúde atinentes a Uberaba, tem-se que o objetivo será cumprido pela análise da fundamentação dos acórdãos que correspondam aos critérios de pesquisa.

E, pelo exposto neste subtítulo, é possível chegar a algumas conclusões do ponto de vista jurídico: primeiro, que a fundamentação deve existir; segundo, que se existe qualquer motivo relevante para que o julgador tenha chegado a uma decisão, ela obrigatoriamente estará na decisão. Destarte, caso determinado fundamento, de fato ou de direito, não esteja na fundamentação, duas possibilidades se abrem: a primeira, que o juiz não o tenha considerado relevante para acolher ou rejeitar o pedido da parte; a segunda, que o juiz tenha considerado relevante, mas falhado no dever de fundamentar, não o colocando expressamente na decisão.

Um último aspecto referente à fundamentação merece ser ressaltado. Com vigência a partir de 26 de abril de 2018, a lei 13.655/18 alterou a Lei de Introdução ao Direito Brasileiro (decreto-lei 4.657/42) com importantes mudanças em relação aos fundamentos das causas que envolvam atos e normas administrativas (BRASIL, 1942, 2018h). Entre outros dispositivos, destaca-se a redação dos artigos 20, 21 e 22:

Art. 20. Nas esferas administrativa, controladora e judicial, não se decidirá com base em valores jurídicos abstratos sem que sejam consideradas as consequências práticas da decisão.

Parágrafo único. A motivação demonstrará a necessidade e a adequação da medida imposta ou da invalidação de ato, contrato, ajuste, processo ou norma administrativa, inclusive em face das possíveis alternativas.

Art. 21. A decisão que, nas esferas administrativa, controladora ou judicial, decretar a invalidação de ato, contrato, ajuste, processo ou norma administrativa deverá indicar de modo expresso suas consequências jurídicas e administrativas.

(...)

Art. 22. Na interpretação de normas sobre gestão pública, serão considerados os obstáculos e as dificuldades reais do gestor e as exigências das políticas públicas a seu cargo, sem prejuízo dos direitos dos administrados.

§ 1º Em decisão sobre regularidade de conduta ou validade de ato, contrato, ajuste, processo ou norma administrativa, serão consideradas as circunstâncias práticas que houverem imposto, limitado ou condicionado a ação do agente. (BRASIL, 1942).

Os novos dispositivos impõem ao julgador o dever de considerar (fundamentar) e declarar (decidir) as *consequências práticas da decisão*, sempre que decidir com base em *valores jurídicos abstratos*, notadamente os princípios, bem como de *considerar os obstáculos e as dificuldades reais do gestor e as exigências das políticas públicas a seu*

cargo. Desta forma, o dever de fundamentação ficará ainda mais complexo sempre que o julgador utilizar, como fundamento jurídico para decidir causas sobre medicamentos: o direito à vida, à saúde, o princípio da dignidade da pessoa humana, ou da universalidade e integralidade do atendimento no SUS. A reforma é importante por estabelecer que devem os magistrados, ao realizar atos de interferência na seara administrativa, considerar elementos que os próprios administradores são obrigados no exercício de suas funções o que até então não era feito, conforme destaca Guimarães (2009).

Por ter entrado em vigor após o período sobre o qual recairá esta pesquisa, não há qualquer obrigação de os magistrados, nas decisões pesquisadas, seguirem os aspectos legais da lei 13.655/18. Entretanto, as normas trazem novidade relevante ao direito brasileiro, especialmente no que tange à judicialização da saúde, devendo ainda se aguardar para que a aplicação da nova lei seja objeto de investigação científica.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de pesquisa exploratória e descritiva, do tipo documental, com abordagem qualitativa, cujo objetivo consiste compreender os fundamentos jurídicos presentes nas decisões judiciais sobre o fornecimento de medicamentos no município de Uberaba/MG, proferidas pelo Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG). A escolha da pesquisa exploratória é resultado da escassez de estudos referentes ao tema da judicialização da saúde no município mineiro pesquisado. Assim, conforme assinala Gil (1999), é um tipo de pesquisa de caráter aproximativo a respeito de determinado fato e “[...] o produto final deste processo passa a ser um problema mais esclarecido, passível de investigação mediante procedimentos mais sistematizados” (GIL, 1999, p. 43). Almeja-se, portanto, que os resultados da pesquisa possam contribuir para o fortalecimento da política local de saúde, a orientação dos diversos atores processuais e, ainda, investigações mais amplas sobre o tema no município de Uberaba/MG.

O corpus documental foi constituído de arquivos de domínio público, disponibilizados eletronicamente no *link* pesquisa por jurisprudência em sistema de pesquisa livre do TJMG, com publicação referente ao período de 01/02/2016 a 28/02/2018. Estudos envolvendo documentos jurídicos a respeito de demandas judiciais por saúde também podem ser observados em Bellato et al. (2012). Este trabalho oportuniza a ampliação do conhecimento sobre a judicialização da saúde, contribuindo para a reflexão sobre a interface direito e saúde no município de Uberaba/MG, especialmente nas demandas com pedido para fornecimento de medicamentos, foco deste trabalho. Incluiu-se, também, suplementos alimentares e determinações para o custeio “do que for preciso” no tratamento do paciente, mesmo que o pleito principal envolvesse algo diverso de medicamento, como uma espécie de produto ou tratamento (exemplos: custeio de *stents* e oxigenoterapia). A abordagem qualitativa de análise dos dados coletados serviu para identificar os fundamentos utilizados pelos desembargadores no processo de decisão judicial para que o Judiciário intervisse no serviço administrativo, obrigando ou desobrigando o município a fornecer os medicamentos demandados.

Os documentos que subsidiaram a pesquisa são de origem primária, produzidos por órgãos oficiais, e representam o tema norteador presente na pesquisa, contribuindo para a compreensão de uma realidade social em contextos institucionais específicos, conforme aponta Flick (2009). Os documentos não são meros artefatos estáveis ou estáticos, reitera Prior (2003),

[...] Em vez disso, devemos considerá-los em termos de campo, de estruturas e de redes de ação. De fato, *status* das coisas enquanto “documentos” depende precisamente das formas como esses objetos estão integrados nos campos de ação, e os documentos só podem ser definidos em relação a esses campos. (PRIOR, 2003, p. 02 apud FLICK, 2009, p. 231).

A identificação das decisões judiciais por medicamentos junto ao Tribunal de Justiça de Minas Gerais constituiu-se da primeira fase da coleta de dados e obedeceu aos seguintes critérios: 1) acórdãos em apelação; 2) reexame necessário, ou; 3) outros julgados encontrados que extingam o processo, com ou sem resolução do mérito; 4) obrigações circunscritas, territorialmente, ao município de Uberaba 5) o polo passivo deveria ser formado pelo Município de Uberaba ou estado de Minas Gerais, seus servidores ou entes da administração direta e indireta (réus/requeridos/autoridades coatoras); e 6) as decisões fossem caracterizadas como domínio público. Nesta primeira fase da coleta de dados, a identificação das decisões judiciais por medicamentos permitiu, entre outras análises, construir o perfil da demanda a partir das seguintes variáveis: polo ativo, passivo, patrocínio da demanda e insumo pleiteado.

Foram excluídas da coleta de dados: a) qualquer peça processual que não fosse a própria decisão judicial; b) decisões monocráticas; c) acórdãos em: c.1) agravo de instrumento; c.2) em embargos de declaração não acolhidos ou que não alterassem ou impedissem o julgamento do mérito; c.3) que não pudessem extinguir o processo, com ou sem resolução do mérito, caso não houvesse a interposição de recurso; c.4) em processos cuja causa de pedir fosse diversa de medicamentos, como aqueles que trataram tão somente de internação.

Para construção do *corpus* documental realizou-se a busca no site do Tribunal de Justiça de Minas Gerais por meio da pesquisa livre por acórdãos. Foram realizadas várias buscas para identificação das decisões. Na primeira delas, preencheu-se o campo “Assunto”, que possui alternativas predeterminadas utilizadas para indexação do processo, com “Administrativo e outras matérias de público > Serviços > Saúde > Fornecimento de Medicamentos”; o campo “inteiro teor”, com “Uberaba”, permitindo-se a consulta a termos relacionados; a data de publicação foi de 01/02/2016 a 28/02/2018. Foram encontrados 85 (oitenta e cinco) processos no total, sendo que 21 (vinte e um) deles satisfaziam os critérios de análise.

Em relação à primeira fase, foram excluídas decisões: a) que não colocavam fim ao procedimento, como as exaradas em agravo de instrumento ou em embargos de declaração (neste último caso, averiguou-se seu conhecimento ou acolhimento, que não ocorreu em qualquer caso); b) que tratavam de assuntos reflexos e foram objeto de cadastros errôneos,

como no caso de outros tratamentos que não o fornecimento de medicamentos; c) que não tratavam do fornecimento de medicamentos, mesmo que de forma genérica, como os casos que tratavam tão somente de internação; d) em que a palavra “Uberaba” apareceu no inteiro teor porque o tratamento ao paciente era feito nesta cidade, mas o ente responsabilizado era outro município; e) em que havia a extinção sem resolução do mérito, especialmente por perda do objeto, em que não se pôde coletar quaisquer dados sobre a demanda.

A segunda consulta teve o campo “assunto” preenchido com “Administrativo e outras matérias de público > Serviços > Saúde”; e, no inteiro teor, “Uberaba”. Permitia a consulta a termos relacionados. Foram encontradas 55 (cinquenta e cinco) decisões; apenas 3 (três) delas correspondiam aos critérios elencados.

Insta salientar que, a partir desta segunda consulta, foram excluídos da contagem os processos que se encaixavam nos critérios da pesquisa, mas haviam sido encontrados anteriormente, evitando duplicidades.

Na terceira consulta, incluiu-se “medicamento” e “Uberaba” no inteiro teor, mas não se admitiu, agora, termos relacionados. Foram 27 (vinte e sete) espelhos encontrados, sendo que apenas 1 (um) satisfazia as exigências da pesquisa.

Nesta consulta foram excluídos os acórdãos em sede de apelação ou remessa obrigatória e a maioria dos procedimentos que sobraram tinham a internação como causa de pedir. Embora algumas decisões fizessem referência a medicamento na ementa ou no inteiro teor, a leitura atenta demonstrou que se tratava de transferência hospitalar, sendo o termo “medicamento” utilizado apenas para citar a obrigação, em abstrato, que o ente público tem em relação à garantia da saúde, especialmente ao se citar outros julgamentos sobre o tema.

Na quarta e última consulta, colocou-se “Remédio” e “Uberaba” no inteiro teor; e, no campo “Assunto”, três deles foram assinalados: “Administrativo e Outras Matérias De Público > Serviços > Saúde > Fornecimento de Medicamentos”; “Administrativo e Outras Matérias de Público > Serviços > Saúde”; “Administrativo e Outras Matérias de Público”. Nesta busca foram 108 (cento e oito) espelhos e, após exclusões por motivos semelhantes às das consultas anteriores, especialmente não atendimento dos critérios de pesquisa e duplicidade, apenas 2 (dois) acórdãos foram incluídos no *corpus* documental.

Desta forma, após quatro exercícios de buscas junto ao sistema de pesquisa do TJMG, obteve-se 27 (vinte e sete) acórdãos que atenderam aos critérios da pesquisa. O quadro demonstrativo das buscas realizadas pode ser visto abaixo:

Quadro 1 – Pesquisa por jurisprudência realizada no sistema de pesquisa livre do TJMG

	Assunto (indexação)	Termos no Inteiro Teor	Total de Acórdãos	Total após exclusões
Pesquisa:				
1^a	a) Administrativo e outras matérias de público > Serviços > Saúde > Fornecimento de Medicamentos	“Uberaba”; termos relacionados.	85	21
2^a	a) Administrativo e outras matérias de público > serviços > saúde	“Uberaba”; termos relacionados.	55	3
3^a	a) Campo não preenchido.	Medicamento; Uberaba.	27	1
4^a	a) “Administrativo e outras matérias de público > Serviços > Saúde > Fornecimento de Medicamentos”; b) “Administrativo e outras matérias de público > Serviços > Saúde”; c) “Administrativo e outras matérias de público”.	“Remédio”; “Uberaba”; termos relacionados	108	02

Fonte: Elaborado pelo Autor, 2018.

A busca totalizou 275 processos. Foram excluídas da coleta de dados: a) qualquer peça processual que não fosse a própria decisão judicial; b) decisões monocráticas; c) acórdãos: c.1) em agravo de instrumento; c.2) em embargos de declaração não acolhidos ou que não alterassem ou impedissem o julgamento do mérito; c.3) que não pudessem extinguir o processo, com ou sem resolução do mérito, caso não houvesse a interposição de recurso; c.4) em processos cujo pedido fosse diverso de medicamento. Realizada a investigação, o banco de dados do estudo foi constituído de 27 processos.

O recorte temporal que subsidiou a construção do *corpus* documental inclui os acórdãos publicados no período de fevereiro de 2016 a fevereiro de 2018, disponibilizados no *site* do Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG). A escolha do período justifica-se em

razão da Portaria n° 8 do Conselho Nacional de Justiça, de 2 de fevereiro de 2016, instituidora do comitê organizador do Fórum Nacional do Poder Judiciário para Monitoramento e Resolução das Demandas de Assistência à Saúde (BRASIL, 2016h), órgão que tem como incumbência monitorar as demandas judiciais sobre saúde nos termos das orientações produzidas nas Jornadas de Direito da Saúde do CNJ (BRASIL, 2014c, 2015a) e em outros atos normativos, como a Recomendação 31/2010 (BRASIL, 2010a). Optou-se pela data de publicação dos acórdãos e não de julgamento em razão do fator temporal da redação de um acórdão, sendo possível a existência de julgamentos no período escolhido que ainda não tivessem sido publicados quando da fase de coleta de dados, realizada em abril de 2018, potencialmente alterando o resultado da pesquisa.

Nesse sentido, a pesquisa ficou restrita aos acórdãos que usualmente extinguem o feito, tais como aqueles proferidos em apelação, reexame necessário, embargos infringentes (interpostos ainda na vigência do Código de Processo Civil de 1973) e pelo uso da técnica de decisão do artigo 942 do Código de Processo Civil (CPC) - reexame de acórdão não unânime, substituto dos embargos infringentes (BRASIL, 2015d).

Para a caracterização dos acórdãos pesquisados foi construído instrumento de coleta de dados com o objetivo de analisar o perfil da demanda por medicamento no município de Uberaba junto ao Tribunal de Minas Gerais. A construção do instrumento exigiu a leitura de cada acórdão em seu inteiro teor com a finalidade de extrair as informações básicas do documento jurídico, conforme apontado por Bellato et al. (2012). Ressalte-se, entretanto, que as variáveis que compõem este estudo são específicas para atender aos objetivos da presente pesquisa.

Para a caracterização dos acórdãos pesquisados foi construído instrumento de coleta de dados com o objetivo de analisar o perfil da demanda por medicamento no município de Uberaba junto ao Tribunal de Minas Gerais, bem como parte dos fundamentos utilizados nos acórdãos pesquisados. A construção do instrumento exigiu a leitura de cada acórdão, em seu inteiro teor, com a finalidade de extrair as informações básicas do documento jurídico, o que permitiu levantar informações dos 27 processos que possibilitasse a identificação das demandas a partir das seguintes variáveis: 1) tipo de demanda (individual ou coletiva); 2) ente patrocinador da ação; 3) sexo do requerente; 4) desfecho da demanda em primeiro e segundo grau; 5) ente responsável; 6) prova documental do requerente; 7) realização de procedimento probatório pericial; 8) condições para fornecimento do medicamento; 9) requerimento administrativo; 10) fundamentação em norma administrativa; 11) referência ao medicamento;

12) registro na ANVISA; e 13) existência e ineficácia de medicamento padronizado pelo SUS, conforme APÊNDICE A.

Tais variáveis condizem com as orientações traçadas aos magistrados por meio da Resolução 31/2010 do CNJ, bem como dos enunciados das Jornadas de Direito da Saúde realizadas pelo CNJ em 2014 e 2015, que procuraram balizar a atuação da magistratura para preservar a autonomia dos órgãos de poder sem, contudo, prejudicar o cidadão.

No caso de divergência nos votos, as variáveis consignaram unicamente os dados do(s) voto(s) condutor(es) do acórdão, desconsiderando os votos vencidos. Os dados coletados foram consolidados em banco de dados em software IBM SPSS e, posteriormente, realizou-se a análise descritiva por meio de apresentação de tabelas. A análise temática foi feita a partir do instrumento disposto no Apêndice B

Após a descrição das demandas, procedeu-se a identificação dos fundamentos das decisões em demandas por medicamento no município de Uberaba/MG presentes no inteiro teor dos acórdãos e, em seguida, à sua análise temática. Esta técnica permite a identificação, análise e relato de padrões dentro de dados do *corpus* analisado (BRAUN; CLARKE, 2006). Sendo assim, conforme orientações de Braun e Clarke (2006), após leituras preliminares do *corpus*, identificou-se aquelas ocorrências que poderiam compor temas. Através de instrumento específico, buscou-se elencar os núcleos de sentido encontrados nas diversas fundamentações dos acórdãos, separando-se também os trechos em que se encontravam. O próximo passo foi realizar uma nova análise dos dados coletados, de forma a estabelecer temas que poderiam compor categorias temáticas e seus respectivos núcleos de sentido, separando-os de acordo com os temas e relacionando-os com os respectivos extratos (trechos do texto) em que foram encontrados em cada acórdão, possibilitando a sua conferência e, em capítulo próprio, citação.

O resultado da aplicação do método de análise temática no *corpus* documental foi a identificação das unidades de sentido “Concepção do direito à saúde”, “atribuições da Administração Pública” e “atribuições do Judiciário”, que compuseram a categoria temática “Efetivação do Direito à Saúde”; e as unidades de sentido “atos e regulamentos administrativos”, “alternativas terapêuticas” e “instrução do processo”, cuja categoria temática foi intitulada “Fundamentos da Decisão”.

Embora se tratasse de documentos públicos, por questões éticas, optou-se por suprimir nomes dos requerentes ou beneficiários que foram publicados em algumas decisões, visando garantir o anonimato dos sujeitos. Abaixo, seguem quadros com os principais dados dos acórdãos pesquisados:

Quadro 2 – Resumo dos principais dados dos acórdãos analisados publicados entre 01/02/2016 e 31/01/2017

Acórdão:	Minas Gerais (2016a)	Publicação:	05/02/2016
Patologia:	Retinopatia diabética	Remédio:	(Lucentis) Ranibizumabe.
Fundamentos e aspectos relevantes: Prescrição por médico vinculado ao SUS. Ausência de alternativa padronizada. Retenção de receita médica. Utilização da denominação comum brasileira. Solidariedade.			
Acórdão:	Minas Gerais (2016b)	Publicação:	08/03/2016
Patologia:	Epilepsia de difícil controle	Remédio:	Oxcarbezepina 600mg
Fundamentos e aspectos relevantes: Direito subjetivo do cidadão. Proteção à vida e dignidade; qualidade de vida; ineficácia de tratamentos anteriores. Imprescindibilidade do fármaco; resistência ao anterior. Princípios da universalidade, isonomia, integralidade, equidade e efetividade. Superação da não padronização. Deveres da administração: regulamentação, fiscalização, controle; execução direta e indireta de serviços na área da saúde. Atendimento a necessidades dos cidadãos. Solidariedade: faculdade do cidadão.			
Acórdão:	Minas Gerais (2016c)	Publicação:	10/03/2016
Patologia:	Antecedentes mórbidos de Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica e Tabagismo, apresentando ferida infectada e dolorosa em maléolo medial e 1/3 inferior da perna direita evolução desfavorável.	Remédio:	Sessões de oxigenoterapia, com o que for necessário ao tratamento devido às prescrições médicas.

Fundamentos e aspectos relevantes: Dever do Estado; direito de todos; serviço público essencial. Princípio da dignidade da pessoa humana; direito à vida. Existência de requerimento formal. Serviço público essencial; dever do Estado; direito de todos. Ineficácia de tratamento anterior. Direito ao tratamento integral. Prescrição médica atualizada. Necessidade de provocação para atuação da magistratura. Ordem de cumprimento de dever. Saúde enquanto prioridade da Administração Pública. Solidariedade de todos os entes federados.			
Acórdão:	Minas Gerais (2016d)	Publicação:	15/03/2016
Patologia:	Tumor cerebral	Remédio:	Oxcarbazepina (Trileptal)
Fundamentos e aspectos relevantes: Irrelevância da não padronização. Comprometimento da qualidade de vida. Irrelevância das atribuições administrativas. Peritos judiciais; níveis de evidência. Uso da Denominação Comum Brasileira. Irrelevância da repartição administrativa de competência.			
Acórdão:	Minas Gerais (2016e)	Publicação:	22/03/2016
Patologia:	Lúpus Eritematoso Sistêmico – LES	Remédio:	Azatiporina 50mg e hidroxiclороquina 400mg colchis 10g, proso, miosan 10mg, ácido fólico 5mg, predsín 20mg, omeprazol 20mg e cymbalta 60mg.
Fundamentos e aspectos relevantes: Dignidade da pessoa humana. Prescrição lacônica; falta de provas da imprescindibilidade; existências de alternativas padronizadas; falta de consideração sobre a ineficácia das alternativas padronizadas. Ausência de liquidez e certeza. Inadequação da via eleita. Devedor do Estado: elaboração de políticas públicas; repartição eficiente de recursos.			
Acórdão:	Minas Gerais (2016f)	Publicação:	05/04/2016
Patologia:	Diabetes e insuficiência coronariana com lesões extensas graves	Remédio:	Stents farmacológicos e o que mais for necessário.

Fundamentos e aspectos relevantes: Saúde: extraordinária relevância à vida e à dignidade; justiça social. Elementos de prova produzidos por pessoa jurídica credenciada ao SUS; inutilidade da perícia. Irrelevância da condição econômica e social para o direito à saúde. Ineficácia de alternativa padronizada; risco de morte de se aguardar a fila de espera. Solidariedade: faculdade do cidadão.			
Acórdão:	Minas Gerais (2016g)	Publicação:	05/04/2016
Patologia:	Degeneração macular relacionada à idade	Remédio:	Lucentis (ranibizumabe)
Fundamentos e aspectos relevantes: Direito à vida. Ausência de alternativa padronizada; retenção de receita atualizada. Prescrição por profissionais da rede pública. Alternativas são mais caras. Inexistência de alternativa padronizada. Apresentação de receita médica atualizada.			
Acórdão:	Minas Gerais (2016h)	Publicação:	08/04/2016
Patologia:	Infarto agudo do miocárdio prévio, síndrome coronariana aguda e insuficiência renal crônica.	Remédio:	<i>Stents</i> farmacológicos e o respectivo tratamento.
Fundamentos e aspectos relevantes: Dever do Estado. Irrelevância da Reserva do possível e da limitação financeira. Falta de condições financeiras do autor. Limitações formais, administrativas e orçamentárias não são oponíveis ao direito à saúde. Dever da administração de segurar direitos constitucionais. Dever de reorganização dos serviços para garantir a entrada de recursos para atendimento essencial à saúde. Solidariedade: faculdade do cidadão.			
Acórdão:	Minas Gerais (2016i)	Publicação:	06/05/2016
Patologia:	Intolerância à lactose	Remédio:	Leite de soja sem lactose.
Fundamentos e aspectos relevantes: Saúde: Direito de todos, dever do Estado. Irrelevância da não padronização. Retenção de receita médica. Dever da Administração Pública: desenvolver políticas sociais e econômicas. Solidariedade.			
Acórdão:	Minas Gerais (2016j)	Publicação:	06/06/2016
Patologia:	Retinopatia diabética com	Remédio:	Ranibizumabe

	edema macular		(Lucentis)
Fundamentos e aspectos relevantes: Direito fundamental; dignidade da pessoa humana. Nota técnica do NATS. Direito fundamental/social, direito-dever do Estado; irrelevância do custo ou grau de complexidade. Ausência de alternativa terapêutica. Solidariedade: faculdade do cidadão.			
Acórdão:	Minas Gerais (2016l)	Publicação:	17/06/2016
Patologia:	Não informado.	Remédio:	Não informado.
Fundamentos e aspectos relevantes: Direito fundamental. Prova da necessidade; falta de prova em contrário. Ampliação da cobertura do art. 196 da Constituição Federal; norma de eficácia plena. Respeito à isonomia; pessoa com tratamento necessário. Prioridade do direito à vida. Apresentação de receita atualizada. Incumbência de obrigar o Poder Executivo a cumprir seu dever. Estado deve se empenhar na disponibilização de serviços. Solidariedade: faculdade do cidadão.			
Acórdão:	Minas Gerais (2016m)	Publicação:	05/07/2016
Patologia:	Retinopatia diabética com edema macular	Remédio:	Lucentis (Ranibizumabe)
Fundamentos e aspectos relevantes: Dever do Poder Público; direito à saúde, vida e dignidade humana. Serviço de relevância pública, direito indisponível. Direito fundamental à vida; incorrência de lesão aos cofres públicos; burocracia. Existência de laudo público; não desconstituição por prova técnica. Apresentação de receituário médico atualizado. Solidariedade.			
Acórdão:	Minas Gerais (2016n)	Publicação:	18/08/2016
Patologia:	Não informado.	Remédio:	Não informado.
Fundamentos e aspectos relevantes: Falecimento da autora, perda do objeto. Necessidade de vir a juízo. Sucumbência do Estado.			
Acórdão:	Minas Gerais (2016o)	Publicação:	23/08/2016
Patologia:	Doença pulmonar obstrutiva crônica - estágio 3	Remédio:	Medicamento Spiriva Respimat 2,5 mcg (brometo de tiotrópio).

Fundamentos e aspectos relevantes: Dever do Estado; direito de todos. Dignidade enquanto pessoa humana; direito à vida. Desnecessidade de requerimento formal. Acesso universal. Irrelevância da falta de registro na ANVISA. Poder Judiciário pode exarar ordem para que Administração Pública cumpra seus deveres. Conservação da saúde e da vida; efetividade da Constituição Federal. Íntima convicção. Solidariedade: faculdade do cidadão.			
Acórdão:	Minas Gerais (2016p)	Publicação:	06/09/2016
Patologia:	Patologias diversas	Remédio:	Oxigenoterapia e o que mais for necessário.
Fundamentos e aspectos relevantes: Direito fundamental à vida; dignidade. Competência comum dos entes federativos. Disponibilidade de alternativa terapêutica pleiteada. Irrelevância da não padronização. Solidariedade: faculdade do cidadão.			
Acórdão:	Minas Gerais (2016q)	Publicação:	20/09/2016
Patologia:	Alergia a leite de vaca	Remédio:	Peptamen Júnior
Fundamentos e aspectos relevantes: Suplemento alimentar: incumbência do Município. Alçada administrativa. Falha no dever de prestar contas do dinheiro público gasto. Condenação da autora em perdas e danos.			
Acórdão:	Minas Gerais (2016r)	Publicação:	17/10/2016
Patologia:	Não informado.	Remédio:	10 mg/ml (princípio ativo: ranibizumabe)
Fundamentos e aspectos relevantes: Dever do Estado, direito do cidadão; direito à vida, dignidade da pessoa humana. Inscrição do médico no CRM. Idoneidade do receituário médico; inconveniência da substituição. Competência concorrente. Pessoa idosa. Irrelevância da não padronização. Cuidados com o SUS; competência concorrente. Solidariedade: faculdade do cidadão.			
Acórdão:	Minas Gerais (2016s)	Publicação:	22/11/2016
Patologia:	Câncer	Remédio:	Rituximabe (Mabthera)

Fundamentos e aspectos relevantes: Direito fundamental. Superação de regulamentação ou burocracia. Irrelevância da não padronização. Direito à saúde: norma de eficácia plena; irrelevância de óbice orçamentário; respeito à vida e à saúde. Ingerência devida do Poder Judiciário no Executivo para garantia do direito à saúde. Solidariedade: faculdade do cidadão.			
Acórdão:	Minas Gerais (2016t)	Publicação:	02/12/2016
Patologia:	Fibrose cística	Remédio:	Infantrini 150 ml
Fundamentos e aspectos relevantes: Garantia do mínimo existencial. Dever do Poder Público, direito de todos. Superação de limitações administrativas. Profissional médico vinculado ao SUS. Retenção da receita médica. Independência da marca. Acesso irrestrito à saúde. Medidas que atenuem ou impeçam a doença ou seu agravamento.			
Acórdão:	Minas Gerais (2016u)	Publicação:	12/12/2016
Patologia:	Angina Pectoris	Remédio:	Stents farmacológicos e o que for necessário.
Fundamentos e aspectos relevantes: Direito de todos, dever do Estado; princípio fundamental da dignidade da pessoa humana. Hipossuficiência do autor. Ineficácia de alternativa terapêutica padronizada; prova a esse respeito. Prova da necessidade e da disponibilidade do meio recomendado. Impossibilidade de repartir competências.			

Fonte: Elaborado pelo Autor a partir de acórdãos do Tribunal de Justiça de Minas Gerais (2016a; 2016b; 2016c; 2016d; 2016e; 2016f; 2016g; 2016h; 2016i; 2016j; 2016l; 2016m; 2016n; 2016o; 2016p; 2016q; 2016r; 2016s; 2016t; 2016u).

Quadro 3 - Resumo dos principais dados dos acórdãos analisados publicados entre 01/02/2017 e 28/02/2018.

Processo:	Minas Gerais (2017a)	Publicação:	07/03/2017
Patologia:	Paralisia cerebral, encefalopatia crônica não progressiva, forma tetraparética espástica e epilepsia sintomática	Remédio:	Neozine (03 vidros por mês) e Oxcarbezepina (03 vidros por mês).

Fundamentos e aspectos relevantes: Direito à vida; dignidade da pessoa humana. Falta de provas das dificuldades econômicas do Estado. Retenção de receita atualizada. Inexistência de alternativa eficaz padronizada.			
Processo:	Minas Gerais (2017b)	Publicação:	02/05/2017
Patologia:	Tromboembolismo Pulmonar	Remédio:	Rivaroxabana 20 mg.
Fundamentos e aspectos relevantes: Direito de todos; dever do Estado. Retenção de receita atualizada. Único eficaz no tratamento. Inexistência de alternativa no SUS. Profissional prescritor ligado ao Poder Público. Solidariedade: direito deverá ser provido, seja pela União, seja pelo Estado, seja pelo Município; Cabe a escolha ao cidadão.			
Processo:	Minas Gerais (2017c)	Publicação:	01/08/2017
Patologia:	Tumor/Câncer.	Remédio:	Não informado.
Fundamentos e aspectos relevantes: Garantia do mínimo existencial. Irrelevância da condição econômica do autor. Falta de provas da necessidade de se observar a reserva do possível. Créditos para matérias urgentes, possibilidade de abertura. Atestado particular é elemento de prova, cabendo a valoração que o julgador considerar adequada. Dever do Poder Judiciário de corrigir de omissões inconstitucionais. Responsabilidade solidária dos entes federativos.			
Processo:	Minas Gerais (2017d)	Publicação:	04/08/2017
Patologia:	Não informado.	Remédio:	Neocate ou insumo da mesma natureza.
Fundamentos e aspectos relevantes: Direito fundamental. Necessidade de receita médica atualizada. Irrelevância dos atos administrativos. Níveis de evidência científica. Necessidade de suporte nutricional adequado. Mínimo existencial, direito à vida, afastamento da reserva do possível. Dever do Poder Judiciário de obrigar o Poder Executivo a cumprir dever constitucional. Fórmula alimentar; tratamento. Solidariedade: faculdade do cidadão.			
Processo:	Minas Gerais (2018a)	Publicação:	23/01/2018

Patologia:	Psoríase	Remédio:	Humira 40mg
Fundamentos e aspectos relevantes: Irrelevância de questões administrativas e financeiras. Ineficácia da alternativa padronizada. Ineficácia dos tratamentos anteriores. Perícia. Requerimento administrativo formal. Retenção de receita atualizada. Dever do Estado de garantir, por meio de políticas públicas; direito universal e igualitário. Solidariedade: faculdade do cidadão.			
Processo:	Minas Gerais (2018b)	Publicação:	06/02/2018
Patologia:	Neuromielite Óptica	Remédio:	Rituximabe
Fundamentos e aspectos relevantes: Direito de todos, dever do Estado. Necessidade de prova da reserva do possível. Direito à vida. Perícia; ineficácia dos medicamentos padronizados. Solidariedade: faculdade do cidadão.			
Processo:	Minas Gerais (2018c)	Publicação:	23/02/2018
Patologia:	Lúpus eritematoso	Remédio:	Belimumab (Benlysta 120mg)
Fundamentos e aspectos relevantes: Dignidade da pessoa humana; Direito à vida. Serviço público essencial; dever do Estado, direito de todos; acesso pronto e imediato. Existência de doença; necessidade de tratamento. Irrelevância da falta de recursos do Estado. Desvios constantes, de notoriedade pública. Indicação para fornecimento de medicamento requerido. Judiciário não faz determinação indefinida; ordem para ente público cumprir dever. Influência positiva nas mazelas sociais. Dever de assegurar a saúde. Convicção íntima. Solidariedade: faculdade do cidadão.			

Fonte: Elaborado pelo Autor a partir de acórdãos do Tribunal de Justiça de Minas Gerais (2017a; 2017b; 2017c; 2017d; 2018a; 2018b; 2018c).

A partir dos dados levantados, iniciam-se as análises desta dissertação.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa realizada resultou na descrição das principais características das demandas judiciais por medicamento, bem como na análise temática dos fundamentos encontrados nas decisões que formaram o *corpus* documental.

6.1 DESCRIÇÃO DAS DEMANDAS JUDICIAIS POR MEDICAMENTO

A caracterização do perfil das demandas por medicamentos, conforme dados extraídos dos vinte e sete acórdãos que corresponderam aos critérios da pesquisa, está apresentada na tabela 4:

Tabela 4 - Perfil das demandas por medicamento no município de Uberaba/MG identificados nos acórdãos do TJMG (02/2016-02/2018)

VARIÁVEL	N.	%
Ente patrocinador da demanda		
Advocacia privada	13	48,14
Ministério Público	7	25,92
Defensoria Pública	7	25,92
Sexo dos requerentes		
Feminino	11	40,74
Masculino	4	14,81
N.I.	12	44,44
Desfecho processual na 2ª instância		
Procedência	18	66,67
Parcial procedência	8	29,62
Improcedência ou extinção sem resolução do mérito	1	3,70
Ente responsável na 2ª instância		
Município	8	29,62

VARIÁVEL	N.	%
Estado	9	33,33
Município e estado	9	33,33
Nenhum	1	3,70

Fonte: Elaborador pelo Autor, 2018.

Em relação ao perfil da demanda, a análise dos dados permitiu observar que 100% das demandas por medicamento no município de Uberaba analisadas no período pesquisado foram individuais. As ações coletivas, instrumentos de racionalização do processo, não foram utilizadas (a rigor, não tiveram acórdãos potencialmente extintivos da demanda, conforme pesquisado) no período pesquisado, ainda que mais da metade (51,85%) das ações tenham sido propostas pela Defensoria Pública ou pelo Ministério Público, entes legitimados a propor ações civis públicas coletivas.

O mesmo número de processos foi patrocinado pela Defensoria Pública Estadual (DPE) e pelo Ministério Público Estadual (MPE): sete (25,92%) para cada um. Conforme definido pelo STF no RE 733.433/MG (BRASIL, 2016i), julgado com repercussão geral, a Defensoria Pública tem legitimidade para a propositura de ação civil pública para promover a tutela de direitos difusos e coletivos de que sejam titulares, em tese, as pessoas necessitadas.

Nesse sentido, para guardar correlação com a função constitucional de defesa dos hipossuficientes econômicos, na fase de liquidação individual de sentença coletiva proferida em ação civil proposta pela DPE, o indivíduo deverá demonstrar que fazia jus ao patrocínio de seu direito desta forma, ou seja, pessoas com disponibilidade financeira suficiente não estariam abrangidas por esta decisão. Esta limitação não ocorre com o MPE, que tem legitimidade plena para atuar na defesa de direitos individuais homogêneos indisponíveis, conforme será destacado (BRASIL, 2017d; 2015d). Consigne-se que, se a atuação do MPE for para a defesa individual dos interesses de pessoas economicamente hipossuficientes, ela, apesar de considerada legítima na jurisprudência, encerrará hipótese de concorrência de atribuições com a DPE, o que não é indicado em termos de especialização das funções. A partir deste raciocínio, portanto, pode-se considerar a melhor opção, para que se evite a concorrência de atribuições, que o patrocínio das ações individuais de pessoas hipossuficientes cujo objeto seja o fornecimento de medicamentos seja realizado pela Defensoria Pública e o de ações coletivas, em geral, pelo Ministério Público. Quando um indivíduo não for abrangido por quaisquer destas situações, deve ter seus interesses tutelados

pela advocacia privada, também uma função essencial à justiça segundo a Constituição Federal (BRASIL, 1988).

Um dos casos analisados foi ajuizado na forma de uma ação civil pública coletiva. Contudo, houve perda do objeto em relação a alguns dos beneficiários logo em seu início, antes mesmo do julgamento do mérito em primeira instância, e não há informação no acórdão a respeito do fundamento para tal desfecho, o qual tornara a demanda individual (MINAS GERAIS, 2016b). Sendo assim, para esta pesquisa, o caso foi considerado demanda individual.

Pode-se questionar se a utilização das ações coletivas seria possível, dada a especificidade dos problemas de saúde de cada requerente, o que leva a uma análise de ao menos duas alternativas.

Primeiro, é possível pensar em uma demanda coletiva cujo objeto seja um único fármaco, como o Lucentis (ranibizumabe), não oferecido pelo SUS e requerido em ao menos cinco (18,51%) dos processos pesquisados. Neste caso, uma demanda coletiva encerraria a questão jurídica quanto à obrigação de fornecê-los e, quanto ao beneficiário no caso concreto, bastaria, por exemplo, um laudo médico que atendesse a determinados critérios, como ter sido exarado por médico vinculado ao SUS, instruindo o requerimento de cumprimento de sentença individual. Tanto o STJ, (BRASIL, 2017d; 2015d) quanto o TJMG (MINAS GERAIS, 2013) admitem o ajuizamento de ações com essas características. Os fundamentos para tanto são devidamente trabalhados nas ementas do STJ:

PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS. CONCESSÃO DE EFEITOS ERGA OMNES À SENTENÇA. COMPROVAÇÃO A POSTERIORI DO NEXO DE CAUSALIDADE, DO DANO E DO MONTANTE A SER PAGO. DEFINIÇÃO DOS INDIVÍDUOS A SEREM BENEFICIADOS PELA TUTELA COLETIVA APENAS EM FASE DE LIQUIDAÇÃO. ARGUMENTO NÃO APRECIADO PELA CORTE DE ORIGEM. OMISSÃO. OCORRÊNCIA. NECESSIDADE DE RETORNO DOS AUTOS AO TRIBUNAL A QUO.

1. Na hipótese dos autos, o que pretende o Ministério Público Estadual é o exame dos efeitos da decisão tomada pelo Tribunal a quo, levando-se em consideração a natureza da tutela pretendida com a Ação Civil Pública ajuizada.

2. In casu, extrai-se do pedido de fl. 14/e-STJ que a peça vestibular do Parquet estadual **revela a pretensão da tutela de direito difuso, abrangendo não apenas a paciente [...], mas também todos os usuários que se apresentarem ao Sistema Único de Saúde (SUS), atestando a necessidade do mesmo tratamento requerido pela citada paciente.**

(...)

4. **A finalidade da Ação Coletiva em discussão não seria a de definir, de forma específica e individual, todos os que teriam direito à pleiteada medicação, pois tal definição ocorreria apenas posteriormente, em fase de liquidação.**

5. O próprio Tribunal de origem entende que não há óbice legal para que o fornecimento de fármacos seja condicionado à demonstração da efetiva

necessidade clínica do paciente e isto pode ocorrer na fase de liquidação (fl. 192/e-STJ).

6. É relevante o argumento da parte recorrente de que a Ação Civil Pública visa à concessão de tutela genérica, a ser individualizada posteriormente, com a comprovação, caso a caso, do nexo de causalidade entre o fato reconhecido em sentença, o seu dano individual e o seu montante. Esse argumento encontra supedâneo na doutrina e na jurisprudência. Precedentes do Superior Tribunal de Justiça.

(...) (AgInt no AgRg nos EDcl no AgRg no REsp 1458215 / SC, relator ministro Herman Benjamin, julgado em 09/05/2017, publica no DJe em 19/06/2017d). (BRASIL, 2017d, grifo nosso).

E, ainda:

ADMINISTRATIVO. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS. EFICÁCIA DA DECISÃO. LIMITES. JURISDIÇÃO DO ÓRGÃO PROLATOR. EFICÁCIA ERGA OMNES.

1. É missão do Ministério Público Federal a promoção pela via coletiva da tutela dos interesses e direitos individuais coletivamente considerados, com repercussão social. Na hipótese dos autos, verifica-se que o Parquet **não pretende defender apenas os interesses da cidadã que faleceu no curso do processo, mas sim de todos os cidadãos que se encontram em situação semelhante.**

(...)

3. **Os efeitos do acórdão dos autos são erga omnes, abrangendo todas as pessoas enquadráveis na situação da substituída,** sob pena de ocorrerem graves limitações à extensão e às potencialidades da ação civil pública, o que não se pode admitir.

4. "As ações que versam interesses individuais homogêneos participam da ideologia das ações difusas, como sói ser a ação civil pública. A despersonalização desses interesses está na medida em que o Ministério Público não veicula pretensão pertencente a quem quer que seja individualmente, mas pretensão de natureza genérica, que, por via de prejudicialidade, resta por influir nas esferas individuais" (REsp 1.005.587/PR, Rel. Ministro LUIZ FUX, PRIMEIRA TURMA, DJe 14/12/2010, grifei).

5. Nos termos dos arts. 5º, inciso III, e 7º, inciso IV, da Lei 8.080/90, é obrigação do Estado o estabelecimento de condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, **razão pela qual é cabível a condenação dos entes federados ao fornecimento dos medicamentos hipometilantes aos demais pacientes portadores da Síndrome Mielodisplásica, mediante prescrição médica de profissional habilitado na rede pública de saúde.** Agravo regimental improvido. (AgRg no REsp 1.460.242/SC, relator ministro Humberto Martins, julgado em 01/12/15 e publicado no DJe em 10/12/2015d). (BRASIL, 2015d, grifo nosso).

A partir dos fundamentos jurídicos utilizados nestes julgados, é possível perceber que outra alternativa seria a propositura de ação cuja causa de pedir envolva o fornecimento, de forma abrangente, de todo medicamento solicitado pelos cidadãos, exigindo-se a comprovação também do preenchimento de certos requisitos, como o registro do remédio na ANVISA e o laudo médico estatal que afirme a inexistência ou ineficácia de alternativa fornecida pelo SUS, na fase de liquidação de sentença, de forma a adequar a ação aos critérios estabelecidos de forma vinculante pelo STJ (BRASIL, 2018e); ou mesmo, a propositura de ação com pedido cominatório para que a Administração Pública forneça extrajudicialmente os

medicamentos pleiteados que se enquadrem nos requisitos fixados pelo STJ em julgamento pelo rito dos recursos repetitivos, já que vinculante (BRASIL, 2018e). Em ambos os casos haveria maior racionalização dos trabalhos, promovendo celeridade e segurança jurídica aos cidadãos necessitados.

No momento, o entendimento preponderante é o de que o cidadão tem direito ao recebimento de fármaco não fornecido voluntariamente pela administração e tecnicamente considerado necessário aos cuidados com a sua saúde (BRASIL, 2018e; FARIA, 2014). Seguindo esta ótica, seria interessante, tanto para a saúde quanto para a Administração Pública, ações coletivas visando a esse tipo de tutela, diminuindo o número de ações individuais e o risco de decisões divergentes em casos juridicamente similares.

O CPC/15 apresenta caminhos para o caso de o STF, futuramente, fixar entendimento diverso do que tem prevalecido: pela sistemática do artigo 525, III, §§12, 13, 14 e 15, quando proferido julgamento, pelo STF, que considere inconstitucional a interpretação dada ao sistema de proteção à saúde da Magna Carta em determinados julgados, o interessado poderá impugnar o cumprimento de sentença (se o julgado do STF for anterior à decisão exequenda) ou propor ação rescisória (se for posterior) (BRASIL, 2015d). Sendo assim, a propositura de ação coletiva facilitaria a defesa dos direitos do cidadão sem colocar em xeque a efetividade de eventual mudança da posição dominante no âmbito do STF.

Os dados referentes ao sexo dos requerentes nos acórdãos pesquisados não permitiram gerar um indicador estatístico. Em doze (44,44%) dos processos a variável sexo foi considerada indeterminada em decorrência da atuação de representante legal, como o genitor de menor absolutamente incapaz; ou da substituição processual promovida quando a ação individual foi proposta pelo MPE, que, ao contrário da DPE, não atua meramente como patrocinador dos interesses do requerente, mas como real autor da ação. Nos acórdãos em que foi possível a identificação do sexo, o maior número de ações propostas foi por mulheres, onze (40,74%), sendo quatro (14,81%) por homens. Não foi possível correlacionar o indicador referente ao sexo com outros fatores, como a hipossuficiência econômica ou maior vulnerabilidade da saúde das mulheres, por não ser possível identificá-los nos acórdãos.

Quanto ao desfecho, quase todas as demandas foram julgadas totalmente procedentes na primeira instância. Foram acolhidos diversos pedidos realizados pelos autores. O pedido, em si, teve variações de acordo com cada caso, tais como: entrega de medicamento determinado pela denominação básica brasileira, pelo princípio ativo ou por uma marca específica; com ou sem condicionantes para a execução continuada, como a obrigação por vezes imposta ao autor de atualizar as receitas médicas periodicamente. Na primeira instância,

independentemente do pedido feito, o autor sagrou-se vencedor em relação à medicação, sendo a parcial procedência relacionada às condicionantes acima elencadas.

Na segunda instância, as sentenças foram reformadas para impor condições à execução continuada da entrega do bem (total de oito, ou 29,62%) ou para desobrigar o ente público a se tornar cliente de uma marca específica. Apenas um caso se traduziu em derrota do autor no TJMG. Por se tratar de mandado de segurança, a competência era originária do tribunal, conforme artigo 106, I, “c” da Constituição do Estado de Minas Gerais (MINAS GERAIS 1989). Entretanto, é essencial destacar que o processo foi extinto sem resolução do mérito por falta de interesse de agir (inadequação da via eleita). A extinção foi decorrente de prescrição médica particular lacônica, indicando uma série de medicamentos específicos e sem considerar qualquer possibilidade de uso de alternativas existentes no SUS, havendo necessidade, portanto, de dilação probatória, procedimento impossível na estreita via do *mandamus* (MINAS GERAIS, 2016e).

Em outra decisão houve peculiar reforma. O Estado havia sido condenado a realizar o depósito para que a autora comprasse os insumos pleiteados, mas, conforme constava na decisão, os responsáveis não conseguiram comprovar o gasto idôneo do dinheiro que havia sido levantado. Juridicamente a decisão ainda foi considerada procedente pois havia a obrigação e a responsabilidade demandadas, mas houve também a condenação da responsável pelas perdas e danos (MINAS GERAIS, 2016q). As especificidades dos casos adversos aos autores permitem observar que, em segunda instância, por mais que se imponha condicionantes ou critérios para a satisfação do direito pleiteado pelo requerente, o posicionamento prevalente será o de que o fármaco pleiteado deverá ser entregue.

Em relação a responsabilização do ente demandado, identificou-se que em oito (29,63%) processos o município foi condenado ao fornecimento de medicamentos; em nove (33,33%), condenou-se o estado de Minas Gerais; e em nove (33,33%), ambos foram responsabilizados. Não houve direcionamento de responsabilidade inicial pelo cumprimento da obrigação em nenhuma das decisões, desconsiderando a orientação do enunciado 60 da II Jornada de Direito da Saúde (BRASIL, 2015a).

A caracterização dos fundamentos dos acórdãos em demandas por medicamentos, conforme dados extraídos das vinte e sete decisões que corresponderam aos critérios da pesquisa, está apresentada na tabela 5:

Tabela 5 - Fundamentos dos acórdãos em demandas por medicamento no município de Uberaba/MG

identificados nos acórdãos do TJMG (02/2016-02/2018).

VARIÁVEL	N.	%
Médico-prescritor		
Vinculado ao SUS	6	22,22
Particular	7	25,92
Não informado	14	51,85
Realização de procedimento pericial		
Realizado	10	37,03
Não realizado	7	25,92
Não informado	10	37,03
Requerimento administrativo		
Formulado	5	18,51
Não formulado	1	3,70
Não informado	21	77,77
Referência a norma administrativa		
Sim	1	3,70
Não	26	96,29
Ao se referir ao remédio, julgador se reportou a(o)		
Denominação básica brasileira.	2	7,40
Genérico	1	3,70
Necessário	4	14,81
Necessário ou pleiteado, mas sem vinculação à marca	3	11,11
Requerido pelo autor	16	59,25
Registro na ANVISA como causa de pedir		
Havia Registro	3	11,11

VARIÁVEL	N.	%
Não havia registro	1	3,70
Não informado	23	88,89
Registro na ANVISA		
como fundamento do acórdão		
Havia Registro	3	11,11
Não havia registro	1	3,70
Não informado	23	88,89
Alternativa Padronizada enquanto causa de pedir		
Foi a requerida	1	3,70
Inexistente	4	14,81
Ineficaz	7	25,92
Não informado	15	55,55
Alternativa Padronizada enquanto fundamento		
Foi a requerida	1	3,70
Não foi requerida, mas não havia prova de ineficácia	1	3,70
Inexistente	5	18,52
Ineficaz	7	25,92
Não informado	13	48,14
Condicionamento da continuidade de fornecimento		
Sim	19	73,07
Não	7	26,92

Fonte: Elaborador pelo Autor, 2018.

Com exceção do processo extinto sem resolução do mérito (relatado anteriormente), os condenados em primeira e em segunda instância foram exatamente os mesmos. Também não houve nenhum caso que sofresse diminuição ou ampliação subjetiva da demanda (exclusão ou inclusão de litisconsorte, respectivamente), ainda que isso tenha sido recorrentemente

sustentado pelas partes. Esta correlação demonstra o total acatamento do entendimento de que há solidariedade em relação aos entes administrativos na área da saúde, como também de que caberá unicamente ao autor escolher aquele contra quem demandar. Independentemente do que fora pedido, o ente presente no polo passivo foi irrelevante para a procedência da ação. Corrobora este entendimento o fato de que em 96,30% dos acórdãos analisados, (vinte e seis) não houve menção à distribuição administrativa de competência no âmbito do SUS, ou ela fora desconsiderada enquanto inconstitucional óbice à efetivação do direito à saúde. No único processo em que os julgadores se reportaram à existência de norma infralegal que responsabilizasse o ente demandado, o fizeram para julgar procedente o pedido contra o município (MINAS GERAIS, 2016q) – ou seja, a norma administrativa só foi considerada válida e eficaz quando convergia com o interesse do requerente, o que está dissonante do estatuído no enunciado 8 da I Jornada de Direito da Saúde do CNJ (2014c).

A intrincada repartição de competências no âmbito do SUS, com inúmeras resoluções e portarias, é baseada, entre outros, naquilo que os Conselhos de Saúde propõem, uma reconhecida abertura democrática do debate quanto ao direito à saúde (RIBAS; MEZA, 2018), tudo conforme Portaria de Consolidação 06/2017 do Ministério da Saúde e lei 8.142/90 (BRASIL, 2017a; 1990b). Entretanto, por mais que façam sentido em relação à racionalização dos trabalhos e participação democrática no estabelecimento das obrigações, não tem sido considerada constitucional quando, a pretexto de regular obrigações, impõe restrição ao direito do cidadão de acesso aos bens e serviços da saúde.

Foi também observado que, nas fundamentações, a prescrição que instruiu a inicial pôde ser exarada por médico vinculado ao SUS (22,22%) ou privado (25,92%), não havendo, salvo em votos vencidos, qualquer diferenciação – inclusive, na maior parte dos acórdãos, não houve sequer referência a essa informação (51,85%).

O posicionamento que prevaleceu foi o de que o médico, registrado no Conselho Regional de Medicina (CRM), porta determinada fé, devendo ter respeitada a sua opinião técnica no exercício da profissão. A qualidade do médico (ser vinculado ou não ao SUS), portanto, não influenciou na avaliação do peso probatória da prescrição. Em tese, ainda seria processualmente possível a impugnação à conclusão a que chegou o prescritor, mas isto exigiria prova técnica, especialmente aquela produzida em regular procedimento pericial, de nada valendo qualquer argumentação *ad hominem*. Em nenhum caso mencionou-se a intimação judicial do médico para que prestasse esclarecimentos em juízo e firmasse declaração de inexistência de conflito de interesses, o que contraria o enunciado 59 da II Jornada de Direito da Saúde do CNJ (BRASIL, 2015a).

Importa ressaltar que em dez (37,03%) casos há menção à realização de procedimento pericial determinado pelo juízo, o que incluiu o serviço prestado por peritos judiciais concursados, nomeados ou a utilização dos Núcleos de Apoio Técnico Judiciário para Demandas da Saúde (NAT-JUS). Em sete (25,92%) casos reconheceu-se expressamente que não se realizou perícia e em dez (37,03%) não houve menção a essa informação.

Destaca-se que, dos vinte e sete acórdãos analisados, dois (7,40%) foram proferidos em mandados de segurança, procedimento em que toda a prova deve ser pré-constituída; e, ainda, que dos sete (25,92%) processos instruídos com prescrição particular, quatro (14,81%) tiveram a perícia realizada no curso do procedimento. Sendo assim, nem sempre há referência quanto ao uso de procedimento pericial, o que poderia promover e ou ampliar contribuições técnicas para a tomada de decisão do operador do direito em relação as demandas pleiteadas. O posicionamento diverge da orientação traçada pelo CNJ na Recomendação 31/2010 (BRASIL, 2010a) que reitera a orientação doutrinária (GEBRAN NETO; SCHULZE, 2016) sobre a necessidade de os magistrados se valerem de entes imparciais (através de convênios, por exemplo) para embasarem as suas decisões, já que recorrentemente será imprescindível análise técnica sobre a melhor alternativa de tratamento. A pouca utilização dos procedimentos periciais, bem como do NAT-JUS, também contraria os enunciados 18 da I Jornada de Direito da Saúde do CNJ e 49 da II Jornada (BRASIL, 2014c, 2015a). Por expressa disposição legal (art. 466, §1º do CPC), os médicos particulares contratados têm relação de confiança somente com a parte, não estando sujeitos a suspeição ou impedimento (BRASIL, 2015d).

Em relação à obrigatoriedade de o autor comprovar, periodicamente, a necessidade do medicamento, com a atualização da receita ou novas consultas e avaliações, observou-se a imposição da medida em dezenove casos (73,07%) dos vinte e seis que tiveram julgamentos de procedência. Várias decisões de primeira instância não consignaram este condicionamento, que foi o principal motivo para reforma da decisão em segunda instância. Ainda assim, em sete (26,92%) casos não houve, expressamente, imposição de condição suspensiva. Este ônus ao autor existe porque, em se tratando de execução de obrigação de trato continuado (já que é comum que os remédios sejam requeridos para uso contínuo), há a cláusula *rebus sic stantibus*, segundo a qual o estado do direito deverá ser alterado de acordo com as mudanças que eventualmente ocorram de fato (NEVES, 2017). Outrossim, o Estado impõe ao autor o ônus de comprovar que ainda tem direito ao medicamento, evitando eventuais inércias potencialmente lesivas ao erário, como quando há compra de fármacos para o tratamento de quem já não mais faz seu uso. Esta condição está de acordo com o enunciado 02 da I Jornada

de Direito da Saúde do CNJ (BRASIL, 2014c), bem como, de certa forma, consonante com a Recomendação 31/2010 do CNJ, que determinava a inclusão do paciente nos programas de saúde do ente responsabilizado (BRASIL, 2010a) – ainda que não seja determinada especificamente a renovação do receituário médico, ao menos haverá acompanhamento da evolução do beneficiário pelo Poder Público.

A respeito da necessidade de se realizar requerimento prévio do fármaco à Administração Pública, em vinte e um acórdãos (77,77%) a informação não foi mencionada; em apenas um deles (3,70%) consignou-se que realmente o requerimento não tinha existido. A formulação de requerimento extrajudicial é a recomendação do enunciado 03 da I Jornada de Direito da Saúde do CNJ (2014c).

O princípio da inafastabilidade da jurisdição, segundo o qual a lei não excluirá a apreciação, pelo Judiciário, da lesão ou ameaça de lesão a direitos (BRASIL, 1988), aparentemente prevalece sobre a tradicional alegação de falta de interesse de agir (sob o escopo da necessidade) que compõe as peças defensivas quando não se tenta a resolução extrajudicial do caso antes de se recorrer ao Judiciário. Isto pode ser explicado pelo fato de que, realmente, o cidadão não deve ter reais expectativas de que o Estado forneça voluntariamente os medicamentos que não constam da lista do RENAME, e, portanto, o curso administrativo seria ato essencialmente protelatório à pretensão do autor.

A solução extrajudicial de conflitos tem sido amplamente incentivada no Direito brasileiro nos últimos anos (BUENO, 2017; NEVES, 2017), inclusive quando uma das partes envolvidas é a Administração Pública - superando histórica resistência quanto a este comportamento (CARVALHO FILHO, 2017) - como forma de se evitar a judicialização excessiva e tudo que dela decorre, como a recorrente morosidade do Judiciário para a satisfação dos direitos em litígio. Este movimento, aliado ao recente julgamento do STJ sob o rito dos recursos repetitivos (corroborado, neste ponto, pelo STF) que determinou a possibilidade de fornecimento de medicamento não previsto nas listas do SUS (BRASIL, 2018e), bem como as informações que se podem aferir de pesquisas estatísticas – que devem servir de base para análise de comportamentos futuros (NUNES, 2016), conforme se destaca do moderno conceito de jurimetria (LOSANO, 2011; NUNES, 2016) -, apontam que um dos caminhos a serem testados futuramente pela Administração Pública será o fornecimento de medicamentos não padronizados pela via extrajudicial. Esta seria uma forma de satisfação mais eficiente e eficaz dos direitos dos cidadãos e, face a interpretação de nosso ordenamento jurídico já consolidada pelo Judiciário, de forma alguma poderia ser considerada ilegal. Esta

solução, enquanto uma das alternativas para que se diminua a judicialização na área da saúde, já começou a ser aventada na literatura especializada (SILVA; SCHULMAN, 2017).

Outra variável observada foi o registro do medicamento na ANVISA. Na maioria dos casos analisados, constatou-se que o registro não foi apontado como fundamento, seja para o pedido do autor ou do acórdão. Com efeito, em apenas três casos (11,11%) os acórdãos evidenciaram que o remédio pleiteado era registrado na ANVISA e em uma (3,70%), que ele não era. Em todas as outras decisões não houve menção a este ato. A orientação do CNJ na Recomendação 31/2010, agora confirmada em sede judicial pelo STJ no julgamento do recurso especial 1.657.156/RJ, é a de que deve ser evitada a dispensa de medicamentos não registrados (BRASIL, 2010a; 2018e). Não é possível dizer que não havia prova, no processo, do registro ou não do medicamento, mas este não foi mencionado enquanto fundamento da decisão, o que indicaria que tal quesito foi irrelevante: mesmo quando os magistrados deferem o fornecimento de um remédio registrado, como este é um dos requisitos apontados nos atos elencados, deveria estar indicado na decisão. A descon sideração do registro na ANVISA para fornecimento do fármaco também contraria a orientação do enunciado 06 da I Jornada de Direito da Saúde do CNJ (BRASIL, 2014c).

A referência ao medicamento pleiteado foi feita de várias formas. Em dois acórdãos (7,40%), os julgadores seguiram a orientação do CNJ (BRASIL, 2010a), referindo-se à denominação básica brasileira. Em um acórdão (3,70%) referenciou-se a sua denominação genérica; em quatro (14,81%), àquilo que *for necessário*; em três acórdãos (11,11%), àquilo que, genericamente, *for necessário* ou *foi pleiteado*, mas ordenando a não vinculação à marca; em dezesseis casos (59,25%), entretanto, os magistrados determinaram somente a entrega daquilo que fora pleiteado ao autor, sem qualquer ressalva. O último posicionamento, dominante, está em dissonância com as recomendações e orientações do CNJ e do direito à saúde baseado em evidência, porque não impõe qualquer condição ao pleito do autor, submetendo à Administração Pública a uma análise, *a priori*, de mera conveniência, seja do cidadão ou do seu médico. Reitera-se que o *corpus* documental deste trabalho é formado somente pelos acórdãos dos processos. Portanto, não se pode descartar a hipótese de que, na peça vestibular ou em outros documentos, tenha-se comprovado que o pleito fora embasado na denominação básica brasileira, genérico, princípio ativo ou simplesmente que o autor tenha feito a ressalva de que não desejava qualquer vinculação à marca. Nestes casos, entregar exatamente o que pediu o cidadão não foge às regras do direito à saúde baseado em evidências ou da recomendação 31/2010 do CNJ, bem como das orientações dos enunciados 12, 14 e 15 da I Jornada de Direito da Saúde do CNJ (BRASIL, 2010a; 2014c). Entretanto, os

acórdãos não forneceram informação suficiente a respeito e o objetivo do presente trabalho deteve-se na identificação e análise tão somente dos fundamentos nele presentes.

No que tange à causa de pedir do autor, identificou-se que em um (3,70%) processo o fármaco deveria ser fornecido pelo SUS por se tratar de medicamento padronizado, mas, por falha administrativa, estava em falta. Em quatro casos (14,81%), observou-se que fora apontada ausência de qualquer alternativa terapêutica pelo SUS, pelo que, ao autor, estaria negado o direito à saúde, sem a atuação do Judiciário. Em outros sete acórdãos (25,92%), comprovou-se que, apesar de haver alternativa no SUS para o tratamento, esta tinha se mostrado ineficaz anteriormente – algumas vezes, inclusive, fora feita a comparação com um período em que, por conta própria do paciente, o novo medicamento foi utilizado: desse modo, a não substituição do insumo a ser fornecido pelo SUS resultaria também em negativa ao direito à saúde. Em todos os casos citados, os fundamentos jurídicos do pedido do autor foram repetidos como também sendo o dos acórdãos.

Em quinze casos (55,55%) não foram identificadas informações a respeito da motivação do pedido autoral em relação aos bens oferecidos pelo SUS. Não se baseou o pedido na inexistência ou ineficácia de alternativa terapêutica. Em treze (48,14%) destas decisões, o colegiado também não se reportou às listas do SUS. Desta forma, foi recorrente como fundamento, de forma genérica, o direito à vida e à saúde para que o requerente conseguisse receber exatamente aquilo que pleiteara, sem a assunção do ônus de demonstrar que o Estado estava, realmente, em falta com a sua prestação. Nos outros processos, ainda que não constasse, como fundamento do autor, algo sobre a matéria, as decisões suprimiram esta necessidade: em um caso, o do mandado de segurança extinto sem resolução do mérito narrado anteriormente, o TJMG consignou que não havia prova da ineficácia dos fármacos da RENAME (MINAS GERAIS, 2016e); no outro, que inexistia alternativa terapêutica (MINAS GERAIS, 2016l).

Este número de processos em que os julgadores não fizeram qualquer consideração sobre as alternativas terapêuticas do SUS (48,14%) enquanto fundamento da decisão está em dissonância com o dever de fundamentação jurídica, da separação dos poderes e/ou da medicina baseada em evidência (utilizada para incorporação de fármacos pelo SUS), bem como do mais recente posicionamento do STJ sobre a matéria. Pelo dever constitucional de fundamentação (BRASIL, 1988), esta deve ser clara, de modo que é obrigação do julgador expor todos os fundamentos relevantes para a sua decisão. Sendo assim, ou os julgadores desconsideraram os quesitos existência e eficácia de insumo fornecido pelo SUS, ou há lacuna na fundamentação quanto ao tema. Se consideraram os julgadores que esta informação é

irrelevante (e por isso não a citaram), não respeitaram a separação dos poderes, em clara usurpação das funções do poder executivo, bem como não o fizeram enquanto à medicina baseada em evidência, já que ela é a técnica utilizada para incorporação e manutenção de insumos no SUS e este dado foi considerado sem importância.

A literatura pontua que cabe ao julgador, em controle de legalidade ou constitucionalidade de lei e de atos administrativos, suplantar eventual falha do executivo (CARVALHO FILHO, 2017) por não ter previsto a inclusão fármacos para determinadas moléstias ou de alternativas para quando aquela existente não se mostrar eficiente no tratamento do cidadão. Entretanto, conforme apontam Gebran Neto e Schulze (2016), deve-se introduzir os critérios do direito à saúde baseado em evidências, utilizando-se de provas e fundamentos técnicos (GEBRAN NETO; SCHULZE, 2016), em detrimento da comum generalidade de se entregar ao autor o que ele pediu com base no direito abstrato à saúde. Ao não se discorrer sobre a inexistência ou a ineficácia da alternativa padronizada, ou deixar de se basear nos preceitos do direito à saúde baseado em evidências, os julgadores agem em dissonância às orientações dos enunciados 16 e 18 da I Jornada de Direito à Saúde e 59 da II Jornada (BRASIL, 2014c; 2015a).

6.2 ANÁLISE TEMÁTICA DOS ACÓRDÃOS

A análise qualitativa dos fundamentos nos acórdãos selecionados permitiu a elaboração de duas categorias temáticas e suas respectivas unidades de sentido, conforme quadro abaixo:

Quadro 4 – Categorias Temáticas e respectivas Unidades de Sentido das Demandas por medicamentos em Uberaba, 2016-2018

CATEGORIAS TEMÁTICAS	UNIDADES DE SENTIDO
Efetivação de Direito à Saúde	Concepção do direito à saúde
	Atribuições da Administração Pública
	Atribuições do Poder Judiciário
Fundamentos da Decisão	Atos e regulamentos administrativos
	Alternativas Terapêuticas
	Instrução do processo

Fonte: Elaborado pelo Autor a partir dos acórdãos do TJMG (2018)

Os temas foram revisados, definidos e nomeados, sendo divididos por subtítulos, cada qual com as respectivas unidades de sentido, com identificação dos núcleos de sentido e seus extratos, bem como da discussão pertinente para a produção do relatório de pesquisa (BRAUN; CLARKE, 2006).

6.2.1 Efetivação do direito à saúde

Na categoria temática efetivação do direito à saúde observou-se, inicialmente, a presença de três unidades de sentidos: concepção do direito à saúde, atribuições da Administração Pública e atribuições do Poder Judiciário.

6.2.1.1 Concepção do Direito à Saúde

Parafraseando o artigo 196 da Constituição Federal, uma das afirmações mais recorrentes nas narrativas é sobre a concepção de saúde, elucidando que é direito de todos e dever do Estado, como pode ser visto nos excertos:

Neste sentido, constitui a saúde um direito de todos os indivíduos e um dever do Estado, a quem compete implementar políticas sociais e econômicas visando ao acesso universal e igualitário. (MINAS GERAIS, 2017b)

E ainda:

Vê-se, pois, que a assistência médica e proteção à saúde de modo geral é serviço público essencial, dever do Estado e direito de todos os indivíduos, competindo aos entes da federação propiciar o acesso pronto e imediato às respectivas necessidades de todo cidadão. (MINAS GERAIS, 2016o).

Observou-se, ainda, a prevalência nas narrativas em relacionar a saúde com *o direito à vida, de qualidade, e à dignidade da pessoa humana*, considerando aquela como corolário destas. A saúde, portanto, enquanto direito do cidadão, é, sobretudo, consequência lógica dos outros dois direitos previstos, conforme se denota dos seguintes escritos:

O direito à saúde deve ser preservado, prioritariamente, pelos entes públicos, vez que não se trata, apenas, de fornecer medicamentos e atendimento aos pacientes. Trata-se, mais, de preservar a integridade física e moral do cidadão, a sua dignidade enquanto pessoa humana e, sobretudo, o bem maior protegido pelo ordenamento jurídico Pátrio: a vida. (MINAS GERAIS, 2016c).

E também:

O direito fundamental à vida, assegurado pelo art. 5º, caput, da Constituição Federal, há de ser compreendido à luz dos princípios e fundamentos do Estado, devendo este proporcionar a todo cidadão os meios necessários a uma vida digna, de qualidade, com resguardo de seu bem-estar físico, mental e social. É com esse intuito, que a Constituição Federal, dispõe em seu art. 196, que: (...) (MINAS GERAIS, 2016p).

Considerar o direito à saúde como direito do cidadão e dever do Estado, bem como corolários do direito à vida e da dignidade humana é, a rigor, estar de acordo com os predominantemente ensinamentos da doutrina constitucionalista brasileira (LENZA, 2012; MORAES, 2006; SILVA, 2005).

Identificou-se, ainda, que em alguns casos houveram referência às condições financeiras do autor, algo que, a partir do recente julgamento do STJ no REsp 1.657.156/RJ, que possui efeito vinculante, passará a ter maior importância nos julgados que envolverem fornecimento de fármaco não incluído na RENAME (BRASIL, 2018e). Observou-se que, mesmo quando foi feita tal referência, não necessariamente havia prova real nos autos, como no caso em que o magistrado se reporta somente ao que fora *exposto na peça de ingresso*:

Saliente-se que, conforme exposto na peça de ingresso, o idoso não tem condições de arcar com os custos da internação. Assim, exsurge o direito ao acesso gratuito a todas as condições em matéria de saúde. (MINAS GERAIS, 2016h).

Ou, ainda, houve presunção da hipossuficiência do autor pelo fato de sua causa estar sendo patrocinada pelo Ministério Público, sem, entretanto, haver referência a qual tipo de hipossuficiência estaria presente no caso, já que ela poderia ser de ordem diversa da econômica: “In casu, entendo que ficou demonstrado a hipossuficiência do autor, uma vez que está assistido pelo Ministério Público, que só atua verificando essa situação.” (MINAS GERAIS, 2016u).

Desta forma, não se sabe exatamente a qual hipossuficiência o julgador estava se referindo: pode ser a econômica, relativa a pessoas financeiramente desfavorecidas; técnica, na qual falta conhecimento específico da matéria; jurídica, havendo dificuldades de acesso ao Judiciário e à tutela de direitos, entre outras vulnerabilidades reconhecidas pelo nosso ordenamento jurídico (BUSCHEL, 2009; GERAIGE NETO; COSTA, 2015). Somente a hipossuficiência econômica foi admitida pelo STJ enquanto legitimadora do fornecimento de medicamentos não padronizados (BRASIL, 2018e).

O critério econômico estabelecido, de se exigir que o autor comprove a necessidade (financeira) de atuação do Estado para prover a sua saúde, porque não o conseguiria fazê-lo individualmente, encontra respaldo em entendimentos sobre a matéria (RUMBOLD, 2017), porquanto é irreal a ideia de que seja possível todos os cidadãos requererem qualquer bem do Estado e serem atendidos nestes exatos termos (RUMBOLD et al., 2017; SEN, 2008). Para alguns (RUMBOLD et al., 2017), inclusive, esta é a orientação adotada pelo Brasil mediante a internalização do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, segundo o qual os cidadãos devem “desfrutar o mais elevado nível possível de saúde” (BRASIL, 1992), já que ela admite que a consecução dos direitos sociais será feita de forma progressiva, inclusive do ponto de vista legislativo (BRASIL, 1992). Sendo assim, se está se admitindo o afastamento das normas próprias sobre a matéria – que visam à universalização do direito conforme proposto pela Constituição Federal –, deve-se se ater à assistência emergencial aos necessitados, que realmente não podem aguardar a via democrática e ordinária de formulação e execução de políticas públicas.

Lado outro, há uma contradição deste critério com a universalidade constitucionalmente estabelecida para o SUS (BAHIA; COSTA; STRALEN, 2007; SOUSA, 2014). Quando o Judiciário decide intervir na atuação executiva da Administração Pública, está afirmando serem verdadeiras três premissas: que o cidadão tem direito àquela tutela específica na área da saúde; que o Estado tem o dever de fornecê-la; e que, como este não adimpliu a sua obrigação, é necessária a correção da omissão inconstitucional por parte do Judiciário. O critério econômico em nada pode fazer transmudar em falsa quaisquer destas assertivas, de modo que, a fim de cumprir a Constituição Federal, somente elas devem servir como critério para deferimento do medicamento. Desta forma, conquanto se possa admitir, no âmbito político, a mudança do sistema brasileiro para algum que deixe de ser universal – pela regular via legislativa da emenda constitucional – no âmbito jurídico não é possível estabelecer este critério para diferenciação dos indivíduos em relação ao seu direito. Ademais, conforme aponta a literatura, a exclusão de classes economicamente favorecidas da cobertura do SUS – que historicamente já estavam direcionadas ao sistema complementar de saúde (BAHIA; COSTA; STRALEN, 2007) pode até mesmo enfraquecer o sistema, que passaria a ser menos demandado em quantidade e qualidade (BAHIA; COSTA; STRALEN, 2007; PAIM; SILVA, 2010; SOUSA, 2014.) e, a rigor, levaria à derrocada da universalização (PAIM; SILVA, 2010) compreendida como a possibilidade de acesso de toda pessoa, indistintamente, a qualquer procedimento considerado necessário à efetivação da sua saúde (CAMPOS, 2007; TETEMANN; TRUGILHO; SOGAME, 2016).

6.2.1.2 Atribuições da Administração Pública

Os julgados foram uníssomos em seguir a jurisprudência do STF e do STJ e dizer que, para os cidadãos, há solidariedade entre todos os entes federados no dever de fornecer medicamentos, bem como que cabe unicamente ao cidadão escolher de quem irá demandar referida prestação, independentemente do bem pretendido:

Em face da responsabilidade solidária dos entes federados pelo implemento de ações e serviços com vistas a assegurar o direito à saúde, é facultado ao cidadão exigir a efetivação do direito (que lhe é assegurado constitucionalmente) de um ou de todos os entes, em separado ou de forma conjunta, sem que lhe seja exigido perquirir quais as atribuições concernentes à União, aos Estados ou ao Município. (MINAS GERAIS, 2016b).

No mesmo sentido: “A autonomia entre os entes federados na gestão do SUS permite que o cidadão demande em face do ente federal, estadual ou municipal, em relação ao qual trava relação jurídica direta.” (MINAS GERAIS, 2016o).

E ainda, destacando a conveniência à disposição do cidadão na escolha do polo passivo da ação que pretende propor: “A responsabilidade dos entes políticos com a saúde e a integridade física dos cidadãos é comum, podendo sempre a parte necessitada dirigir seu pleito ao Ente da federação que melhor lhe convier.” (MINAS GERAIS, 2016p).

Reiterando o entendimento, ressaltou-se que cabe unicamente aos entes federados evitar a *duplicidade de fornecimento* quando houver a condenação de mais de um deles:

A responsabilidade dos entes federados, no que se refere ao Direito à Saúde, é solidária, podendo o interessado escolher contra quem irá demandar, podendo, inclusive, direcionar seu pedido a mais de um ente federado, concomitantemente, cabendo a estes se acautelarem no sentido de se evitarem duplicidade no fornecimento. (MINAS GERAIS, 2016h).

O posicionamento adotado, apesar de pacífico nos tribunais, encontra críticas na literatura especializada: afinal, como se pode atribuir a gestão na saúde a todos os entes, possuindo entes todas as obrigações possíveis, com igualdade de responsabilidades? Sustenta-se que a solidariedade deveria ser considerada do sistema, e não de cada ente perante o cidadão (SANTOS; CAMPOS, 2015). Ademais, está-se falando que, em um sistema federativo como o brasileiro, em que a União, os estados e os municípios, cada qual com as suas peculiaridades, tem diferentes capacidades financeiras e de organização, a imposição de obrigação a cada um deles no campo da saúde é, *a priori*, irrestrita, não havendo qualquer

critério de distribuição de competência, algo inadequado enquanto modelo de gestão (ARRECTHE, 1999; 2004; LOTTA; GONÇALVES; BITELMAN, 2014). Esta crítica, entretanto, não é acolhida pelos tribunais.

Também foi considerado dever da Administração Pública promover o acesso universal, pronto e imediato do cidadão aos serviços de saúde, praticamente sem quaisquer restrições, devendo o ente atender ao pleito do cidadão ao invés de se ater a regulações administrativas ou questões das mais diversas sortes que pudessem impedir o direito do cidadão.

Vê-se, pois, que a assistência médica e proteção à saúde de modo geral é serviço público essencial, dever do Estado e direito de todos os indivíduos, competindo aos entes da federação propiciar o acesso pronto e imediato às respectivas necessidades de todo cidadão. (MINAS GERAIS, 2016c).

No mesmo sentido:

A saúde constitui um direito de todos os indivíduos e um dever do Estado, a quem compete implementar políticas sociais e econômicas visando ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, em conformidade com o disposto pelos artigos 6º e 196, da Constituição Federal. (MINAS GERAIS, 2016i).

Outrossim, houve posicionamento, com respaldo na doutrina da Teoria do Estado (BASTOS, 2004), considerando que a normatização deve se dar de modo a se adequar aos anseios do cidadão, pois a burocracia não é um fim em si mesma, devendo ser vencida pelo Judiciário quando tiver sua finalidade desvirtuada. Nessa lógica, reitera uma das narrativas presentes nos acórdãos: “Força convir, não é o cidadão que tem de se adequar ao sistema organizacional do ente público federado, este é que tem que se adequar às necessidades daquele.” (MINAS GERAIS, 2016b).

Esse pensamento, entretanto, não faz qualquer reflexão sobre a importância da burocracia, se não desvirtuada, na gestão, controle, racionalização dos trabalhos e mesmo na otimização do acesso a direitos (GAWRYSZEWSKI; OLIVEIRA; GOMES, 2012). Desta forma, ainda que a burocracia efetivamente não seja um fim em si mesma, o julgador não deve afastá-la sem fazer qualquer consideração sobre a racionalidade e legitimidade de sua instituição, como se em qualquer negativa a requerimento de indivíduos a burocracia estivesse sendo desvirtuada. A burocracia é uma forma de racionalização da atuação das organizações (VASCONCELOS, 2004) e, conquanto se possa discuti-la, sobretudo quanto à necessidade de

participação democrática em sua elaboração (AITH, 2017), não é correto considerá-la como inconstitucional só porque, no caso concreto, negou algo que fora pleiteado a um indivíduo.

Na literatura, autores como Macedo Júnior (2008), Nader (2006) e Nunes (2011) coadunam com o entendimento de que a garantia à saúde nada mais é do que uma consequência de um dever básico da Administração Pública, uma das clássicas justificativas para a mera existência do Estado: a garantia da vida. A narrativa a seguir, extraída de um dos acórdãos, caminha ao encontro dessa concepção ao afirmar que:

De nada vale a Administração Pública se não consegue, sequer, conservar a saúde e a vida de seus cidadãos, pois, a Máquina Estatal não é um fim em si mesma, devendo os gestores públicos atuar de forma a dar efetividade à Constituição Cidadã de 1988, buscando concretizar os direitos fundamentais em relação a cada um dos indivíduos. (MINAS GERAIS, 2016o).

Indo um pouco além, este julgado ressaltou que deve ser resguardada não só a vida em si, mas a sua *qualidade*:

Portanto, diante da comprovação do grave comprometimento da qualidade de vida da paciente acaso não adotado o tratamento com a medicação indicada, tem-se por evidenciada a procedência do pedido. (MINAS GERAIS, 2016d).

Diante do exposto, observa-se que, entre as atribuições da Administração Pública, estaria a de promover a existência do indivíduo com a adequada qualidade de vida. Nesse sentido, as demandas judiciais por medicamentos se justificariam com o objetivo de produzir para o cidadão tal condição.

6.2.1.3 Atribuições do Poder Judiciário

Um sentido presente nas narrativas referentes à categoria temática “efetivação do direito à saúde” está no que constituem as atribuições do Poder Judiciário, conforme se denota a seguir:

Observe-se que não está ao alcance do Poder Judiciário determinar que o Poder Público preste a assistência integral à saúde a todos aqueles que dela necessitam, indefinidamente, visto que, por força da imparcialidade, está sujeito à provocação da parte interessada para se manifestar. Todavia, submetido um caso à sua apreciação, deverá compelir o ente público a cumprir seu dever, o que já deveria estar sendo feito de forma voluntária e prioritária pela Administração Pública. (MINAS GERAIS, 2018c).

Esta afirmativa contrapõe-se ao argumento da existência da separação dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, ou da reserva do possível, também restando assente nos julgados pesquisados o posicionamento de que, se há falha no cumprimento do dever da administração (Executivo) em fornecer os medicamentos necessitados, a sindicabilidade do ato pelo Judiciário é não só possível, como necessária (CARVALHO FILHO, 2017; PIETRO, 2009), havendo verdadeira obrigação (e não faculdade) do Poder Judiciário de realizar o controle de constitucionalidade (BESTER, 2005), compelindo o ente administrativo a satisfazer a obrigação judicializada.

Em igual sentido:

Assim sendo, quando se configura a inércia estatal, incumbe ao Poder Judiciário, quando provocado, assegurar o implemento do direito constitucionalmente previsto à saúde, determinando a adoção de condutas positivas na área da saúde visando à melhoria da qualidade de vida do paciente, não configurando afronta ao princípio da separação dos poderes. (MINAS GERAIS, 2016h).

Desta forma, quando *necessária sua intervenção*, não há *indevida ingerência do Poder Judiciário* nas atribuições do Poder Executivo:

Com efeito, incumbe ao ente público competente dispor de devida capacidade de organização com a finalidade de atender casos de excepcional gravidade e urgência, como o ora apresentado, não havendo se falar em indevida ingerência do Poder Judiciário quando necessária sua intervenção no sentido de garantir aos doentes o cumprimento de seu direito à saúde. (MINAS GERAS, 2016s).

Restou consignado como sendo dever da Administração Pública a realização dos direitos sociais fundamentais e, quando isto não ocorre, a atuação do Judiciário se faz necessária, especialmente em questões de saúde, garantindo não só a existência biológica do ser humano, mas também a moral (OLIVEIRA et al., 2015).

Nos acórdãos analisados houve ainda interessante reflexão quanto ao papel do juiz quando se depara com a demanda por medicamentos, indicando ser necessária certa capacidade diferenciada no modo de perceber a questão. Esta capacidade foi nominada, aqui, por *feeling*:

Árdua será a atividade do juiz, que deverá ter um "feeling" para perceber a imprescindibilidade dos pedidos de tratamento ou de assistência à saúde pleiteados pela parte. Contudo, constatada tal imprescindibilidade, outra não poderá ser sua decisão, que não a da concessão da pretensão, para tornar efetiva tão relevante garantia fundamental. (MINAS GERAIS, 2016o).

O texto admite, de certa forma, a falta de capacidade técnica de valoração das provas – do contrário, *feeling* algum seria necessário – o que implica em maior responsabilidade dos profissionais da saúde que atuarão de forma a embasar as futuras decisões do magistrado. Esta falta de capacidade é devidamente apontada pela literatura (PERLINGEIRO, 2012). Neste sentido, afirma Gadelha (2014):

Como as ações judiciais implicam conteúdos técnicos e médicos diversos e abrangentes, cria-se um conflito entre várias discricionariedades (aqui entendida como a prerrogativa de cada agente envolvido decidir sobre o que se lhe toca) – a médica, a da gestão da saúde e a do Juízo –, no qual a balança pende para o poder que, hoje, se afigura, até por faculdade do Judiciário, como o maior de todos: o poder médico. É a inquestionabilidade da prescrição médica como premissa adotada pelo Poder Judiciário que confere essa maior potência ao poder médico, fortalecendo-o além do próprio Poder Judiciário e em detrimento da discricionariedade, igualmente técnica e legítima, da gestão e administração dos sistemas de saúde. É a “ditadura da ética do julgador”, que desconsidera o contraditório (FIRMO, 2011), termina estabelecendo a “ditadura técnica do prescriptor” e deixando como um subserviente expectador o ente executor da decisão judicial, ou seja, o gestor da saúde. (GADELHA, 2014, p. 66).

Cabe ressaltar, de toda forma, que o CNJ orienta, através da Recomendação 31/2010, que os tribunais formalizem convênios com entidades tecnicamente capacitadas (BRASIL, 2010a), justamente para ajudar os juízes em seus julgados, o que, a rigor, poderia afastar a necessidade deste “*feeling*”, ou o colocaria apenas como uma forma humanizada de complementação do processo de tomada de decisão.

6.2.2 Fundamentos da decisão

Na categoria temática fundamentos da decisão, identificou-se três unidades de sentido: atos e regulamentos administrativos; alternativas terapêuticas; instrução do processo.

6.2.2.1 Atos e regulamentos administrativos

Na análise dos acórdãos, observou-se que a existência ou não de registro na ANVISA para a concessão do medicamento, em regra, não foi mencionada. Isto não quer dizer que os remédios pleiteados não sejam registrados, mas que o ponto não fora expressamente enfrentado nas decisões. Em apenas um caso o fármaco não tinha registro na ANVISA e, neste, o fato foi considerado irrelevante, como pode ser observado no trecho abaixo:

- O fato do medicamento não estar registrado na ANVISA, por si só, não se constitui em óbice ao seu fornecimento, tendo em vista que o direito à vida se sobrepõe ao arcabouço de normas e regulamentações. (MINAS GERAIS, 2016o).

Em relação à previsão do fármaco nas listas do SUS, quando levantada a questão, esta foi também considerada irrelevante como justificativa para impedir a sua concessão pela via judicial. Segundo decisão, “[e]m que pese o medicamento não ser parte integrante da relação dos medicamentos disponibilizados pelo SUS, não está afastada a obrigatoriedade de seu fornecimento.” (MINAS GERAIS, 2016r).

No mesmo sentido, considerou-se que

A disponibilização de medicamento e de suplemento alimentar pela rede pública de saúde não se restringe àqueles elencados nas listas dos Programas de Assistência Farmacêutica, visto que a promoção e proteção da saúde dos cidadãos devem ser realizadas de maneira ampla pelo Estado. (MINAS GERAIS, 2016i).

Em entendimento semelhante, considerou-se que o cumprimento da obrigação de fornecimento somente dos fármacos padronizados diverge da obrigação constitucional de prestação integral à saúde: “Assim, o fato de o medicamento não estar sendo fornecido pelo SUS, por si só, não desobriga o Requerido de realizar a prestação integral à saúde do cidadão, notadamente diante dos fatos acima relatados.” (MINAS GERAIS, 2016s).

Os julgadores também seguiram o entendimento de que óbices administrativos, como os atos que distribuem a competência material no âmbito do SUS, não servem de parâmetro jurídico para a improcedência dos pedidos:

Ora, a irrefutável obrigação que ora se discute, por corporificar garantia identificada no núcleo intangível do mínimo existencial assegurado pela Constituição, não pode ser restrita ou postergada por questões administrativas próprias do ente público, que não vinculam a atuação jurisdicional. (MINAS GERAIS, 2016t).

De maneira semelhante, considerou-se que

Ademais, o Sistema Único de Saúde é uma instituição descentralizada, não se podendo estabelecer, para sua atuação, núcleos com competências diferenciadas nos diversos entes federativos, sob pena de obstar a concretização do direito à saúde, mormente nos casos de urgência. (MINAS GERAIS, 2016p).

E ainda, reconhecendo, em geral, a importância da regulamentação administrativa e orçamentária, mas também a sua incapacidade de sequer *restringir* o direito à saúde do indivíduo, ao menos quando este for *carente*:

Nessa linha, as limitações formais, administrativas e orçamentárias, ainda que relevantes, não tem o condão de restringir ou aniquilar a integralidade do direito ao acesso universal à saúde pela população carente. (MINAS GERAIS, 2016h).

Por vezes, chegou-se a fazer controle de constitucionalidade expresso, determinando a prevalência do direito constitucional à saúde em detrimento de qualquer norma hierarquicamente inferior:

O direito à saúde, em razão de sua natureza - direito fundamental – se sobrepõe a qualquer tipo de regulamentação ou burocracia a inviabilizar o seu pleno exercício, não podendo, o ente público, se eximir do cumprimento de seu dever. (MINAS GERAIS, 2016s).

Por este raciocínio, a normatização infraconstitucional só é válida e eficaz quando atende ao pedido do cidadão, devendo ter sua eficácia afastada quando a esta função não servir, pois as listas do SUS demoram para ser atualizadas frente aos *avanços medicinais*:

As listas de padronização devem ampliar a incidência do artigo 196 da Constituição da República, e não restringir a aplicação da norma de eficácia plena, mormente quando os constantes avanços medicinais não são acompanhados pelos gestores públicos que, insistentemente, demoram na atualização e padronização de tratamentos a serem disponibilizados gratuitamente ao cidadão. (MINAS GERAIS, 2016l).

Outra questão identificada nos acórdãos diz respeito aos óbices possivelmente impostos pelo Direito Financeiro. Seguindo os ensinamentos da doutrina (SQUIZZATO, 2013), afirmou-se que as finanças do Estado e a regulação correlata devem servir de instrumento de realização de direitos e não de escusas para o não cumprimento desta obrigação estatal:

Somente após a garantia da vida, requisito básico para o convívio em sociedade e para a própria existência da ciência do Direito, é que os administradores públicos poderão optar pelo investimento do saldo remanescente dos recursos públicos. (MINAS GERAIS, 2016l).

Desta forma, a alegação *genérica de escassez financeira ou dificuldade econômica* não foi capaz de ilidir a responsabilidade do Estado:

Nesta perspectiva, a alegação de escassez financeira ou dificuldade econômica pelo Estado, realizada de forma genérica, sem a demonstração objetiva, com o intuito tão-somente de se excluir ou se abster do dever jurídico constitucionalmente consagrado, não deve prevalecer. (MINAS GERAIS, 2017a).

Foi até mesmo citado o fato de que, por vezes, os recursos públicos são *desviados para fins escusos*. Desta forma, sabendo-se que a corrupção existe e causa prejuízos ao Estado (ROCHA et al., 2016), não se deve, a princípio, impedir que uma pessoa tenha saúde de qualidade devido à falta de recursos, já que para eventuais desvios eles existem:

Também não se pode considerar que a falta de recursos seja um óbice à concretização da garantia constitucional à saúde, pois, sendo este um dever estabelecido com prioridade pela Constituição da República de 1988, é completamente contraditório e inconcebível permitir que as pessoas sofram e até morram por falta de tratamento e atendimento médico farmacêutico adequados, enquanto a máquina Estatal trabalha empregando dinheiro público em tantas outras esferas, sendo até, muitas vezes desviado para fins escusos, como lamentavelmente se tem notícia, de tempos em tempos no País. (MINAS GERAIS, 2018c).

Outrossim, também se afastou a possibilidade de alegar a *reserva do possível* para deixar de cumprir um direito fundamental:

A cláusula da reserva do possível, contudo, ressalvado o justo motivo objetivamente demonstrado, não pode servir de justificativa a que o Estado se refugie do seu dever proteção à saúde do cidadão, direito este indissociável do direito à vida. (MINAS GERAIS, 2018b).

No mesmo sentido, afastando o *princípio da reserva do possível*, a *limitação financeira do ente público e o suposto prejuízo aos municípios*:

A invocação do princípio da reserva do possível e limitação financeira do ente público e o suposto prejuízo aos municípios, por si só, não pode justificar o desatendimento à ordem constitucional de facilitação do acesso aos serviços de saúde. (MINAS GERAIS, 2016h).

Os posicionamentos aqui expostos têm como ponto fulcral o entendimento de que o direito à saúde, como posto na Constituição Federal brasileira, apesar de demandar a formulação de políticas públicas para a real universalização e integralidade do atendimento, não pode ser limitado pelas normas infraconstitucionais, já que são estas que se submetem à Constituição Federal (CICCO; GONZAGA, 2015; FERRAJOLI, 2011) e não o contrário.

Entretanto, deixam de considerar a natural escassez de recursos, conhecida como um dos pressupostos essenciais da ciência econômica, que obriga a sociedade e o Estado a fazerem escolhas, sendo impossível entregar tudo aquilo que todos querem de forma indistinta (PINHO; VASCONCELLOS; TONETO JÚNIOR, 2011).

Também observou-se que nem sempre os critérios da medicina baseada em evidências fundamentaram a decisão, uma vez que não se identificou avaliação técnico-científica sobre

as escolhas administrativas e a alternativa pleiteada pelo cidadão (GEBRAN NETO; SCHULZE, 2016); Da mesma forma, que se ignora tecnicidade que envolve a tomada de decisões por agências reguladoras (CARVALHO FILHO, 2017), como a ANVISA, entidades criadas justamente por causa da necessidade de se concentrar esforços e conhecimento na regulação e fiscalização de certas áreas, como a saúde, e, por isso, em seus atos, têm incutido o mais alto grau de conhecimento técnico nas esferas de atuação exclusiva do Estado; e as alternativas de participação democrática na tomada de decisões (administrativas e judiciais) em saúde, como as consultas públicas e a atuação dos Conselhos (AITH, 2017), que poderiam favorecer a construção da noção de equidade no SUS (LOPES; MATTA, 2014), além de ser uma das diretrizes constitucionais do sistema (BRASIL, 1988). As características das decisões aqui apresentadas não surpreendem, entretanto, pois a literatura reconhece que estes dados são, normalmente, desconsiderados no debate e nas decisões da seara judiciária (WANG et al., 2014).

Desta forma, considerando o dever de fundamentação inerente às decisões judiciais, conquanto se admita a prevalência da norma constitucional sobre as demais, devem os julgadores assumir o ônus argumentativo de discorrer sobre estes assuntos (LORENZETTI, 2011), que compõem efetivamente o ordenamento jurídico brasileiro. Podem, até mesmo, deixar claro que eles foram considerados irrelevantes, mesmo que por questões ideológicas ou não estritamente jurídicas - que por vezes são até incentivadas na literatura, tidas como uma nova forma de ver o Direito (NOBRE; RODRIGUES, 2011) -, pois referida transparência será necessária à evolução do debate sobre a matéria (LORENZETTI, 2011), inclusive sob a forma de constrangimentos epistemológicos (STRECK, 2011). A atuação judicial, quanto mais significativa for (mais ações, maiores resultados), mais terá o poder de influenciar a atuação administrativa (WANG, 2013a), o que pode até mesmo desestimular os avanços decorrentes da melhora na gestão da saúde.

Não se deslegitima a atuação do Judiciário nesta seara (AITH, 2017; BAHIA, 2014), reconhecendo-o como legítima instância de reconhecimento de direitos. Porém, é necessário admitir que, *a priori*, lhe falta *expertise* sobre o tema quando comparado a outros atores do setor, sendo esta a sua principal fraqueza na contenção da invasão de sua racionalidade por agentes alheios ao interesse público ou social (BAHIA, 2014). Por questão de transparência e legitimação, portanto, a fundamentação das decisões deve ser enrobustecida, nos termos aqui explicados.

6.2.2.2 Alternativas Terapêuticas

Na compreensão dos sentidos que compõe a categoria temática “fundamentos da decisão”, a análise da existência e eficácia de alternativas terapêuticas, especialmente aquelas previstas no SUS, foram observadas em alguns casos.

A ineficácia do tratamento anteriormente realizado pelo paciente, por exemplo, foi um dos fundamentos de decisões que julgaram procedente o pedido autoral, conforme observado no trecho abaixo:

Os documentos revelam, ainda, que a paciente está em acompanhamento da doença no Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro desde 2003, tendo utilizado várias medicações anteriormente, que não mais surtem os efeitos esperados, sendo essencial o tratamento com o fármaco indicado. (MINAS GERAIS, 2018a).

Em determinadas ocasiões, os magistrados ressaltaram, com base em laudo pericial, que o tratamento ineficaz era justamente aquele padronizado:

Registre-se ainda que, conforme o laudo pericial de fls.168/170, os medicamentos disponibilizados pelo SUS como alternativa terapêutica, não são eficazes para o tratamento da moléstia que acomete a autora. (MINAS GERAIS, 2017a).

Da mesma forma:

Insta anotar que, por determinação do Exmo. Magistrado singular, fora realizada perícia nos autos (fls. 140/141), tendo os peritos concluído que deve o medicamento ser fornecido à paciente, mormente em razão da falha terapêutica com os medicamentos disponibilizados pelo SUS e da possibilidade de agravamento do quadro clínico. (MINAS GERAIS, 2018b).

Em outros casos, identificou-se como fundamento da decisão em favor do autor, a inexistência de alternativa terapêutica prevista no SUS para a moléstia que acometia o requerente, de modo que o Judiciário não pôde aceitar a omissão administrativa em garantir o tratamento adequado ao cidadão sob a justificativa de que ele não estaria disponibilizado pelo SUS. Nesse sentido, observa-se a narrativa abaixo:

Comprovada a ausência de equivalentes farmacêuticos com indicação específica disponibilizados pelo Sistema Público de Saúde - SUS, tem-se por evidenciada a necessidade do fornecimento do medicamento contendo o princípio ativo Ranibizumabe a paciente acometido de retinopatia diabética com risco de perda da visão, ainda que a providência implique na superação de entraves administrativos como a ausência de inclusão do fármaco na listagem dos medicamentos disponibilizados no âmbito do SUS. (MINAS GERAIS, 2016a).

E ainda:

Demonstradas a gravidade da doença que acomete o paciente (degeneração macular relacionada com a idade), a necessidade do fármaco lucentis para o seu tratamento, bem como a ausência de medicamentos similares fornecidos pela rede pública de saúde, é de se manter a decisão que determina o fornecimento da droga, condicionada, entretanto, à apresentação de receituário médico atualizado, a ser retido no órgão estadual de saúde. (MINAS GERAIS, 2016g).

Houve julgado em que se considerou tanto a ineficácia de tratamentos anteriores (sem se afirmar que fazia parte da lista do SUS), quanto a inexistência de alternativas no sistema:

Ao seu turno, o documento médico apresentado pela impetrante, como forma de justificar o fornecimento do medicamento "Rivaroxabana 20 mg", denota que a paciente apresenta Tromboembulismo Pulmonar e Edema Agudo de Pulmão e que já foi utilizado outro medicamento no passado, "Marevan 05 mg", não tendo a paciente tolerado seu uso, apresentando episódios de sangramentos frequentes. Ademais, restou demonstrado nos autos que o medicamento pleiteado é o único eficaz para o tratamento da paciente, bem como a inexistência de alternativas terapêuticas oferecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), restando delineada, de modo imprescindível, a necessidade de que o impetrado seja desde logo obrigado a custear o tratamento em foco. (MINAS GERAIS, 2017b).

Nestes processos, para além da mera utilização do abstrato direito à saúde, houve a legitimação da conduta dos magistrados quando consideraram que, no caso específico, não havia real acesso à saúde para o cidadão, de modo que o Judiciário deveria agir assegurando a entrega de alternativa terapêutica adequada (VIEIRA; ZUCCHI, 2009) tornando efetiva a norma constitucional.

6.2.2.3 Instrução do processo

A instrução do processo compõe outra unidade de sentido na categoria temática “fundamentos da decisão”. Ela está relacionada à forma como o pedido foi instruído, culminando, em regra, no julgamento de procedência.

Foi possível, por vezes, observar relevante valor atribuído à qualidade do médico vinculado ao SUS. Nessa ótica, observa-se disposto na citação abaixo:

Observa-se que o procedimento foi prescrito por profissionais que atendem o paciente pela rede pública de saúde (f. 32/37) que, de forma fundamentada, justificam a necessidade do tratamento para o caso específico da idosa. (MINAS GERAIS, 2016g).

Acrescentou-se ainda que, feito o laudo por profissional ligado ao SUS, deveria o requerido ter se valido de *prova técnica* para a sua desconstituição:

Não desconstituída por prova técnica a necessidade e a adequação concreta da medicação chancelada pelo laudo público carreado com a inicial, a manutenção do fornecimento debatido é medida que se impõe. (MINAS GERAIS, 2016m).

Admitiu-se até mesmo que, havendo prescrição feita por *profissional ligado ao Poder Público*, estaria comprovado o *direito líquido e certo da impetrante*: “Dessa forma, comprovado o direito líquido e certo da impetrante, comprovada sua necessidade, além de prescrito por profissional ligado ao Poder Público” (MINAS GERAIS, 2017b).

Em outro caso analisado, devido à prescrição dos profissionais ligados ao setor público, foi inadmitido o procedimento pericial, por considerar tratar-se de prova *inútil*. A narrativa abaixo assinala importância dada ao prescritor vinculado ao SUS:

No caso em que os questionamentos de ordem técnica já se encontram devidamente esclarecidos pelos documentos constantes dos autos, os quais provieram de Hospital Escola certamente credenciado ao SUS, mostra-se de todo inútil e realização de perícia na forma pleiteada pelo Estado de Minas Gerais, a ensejar o seu indeferimento com amparo no art.130 do CPC, sem que se possa falar, na espécie, em cerceamento do direito ao contraditório e à ampla defesa.

(...)

Partindo-se de tal premissa, é de se concluir pela exatidão da decisão que implicitamente permitiu o julgamento do processo na fase em que se encontrava, tendo em vista a documentação juntada aos autos, que comprova a imprescindibilidade do implante de stent no autor que padece de problemas cardíacos, além de ser diabético.

Além disso, não se pode deixar de considerar que os documentos que instruem a demanda é oriundo de Hospital Escola, que tem convênio com o SUS, não sendo, por isso, crível que um servidor tenha postulado por prótese que não seria necessária.

Assim, a meu ver, mostra-se, pois, de todo inútil a realização de pericial na forma pleiteada, devendo ser indeferida, com amparo no art.130 do CPC, sem que se possa falar, na espécie, em cerceamento do direito ao contraditório e à ampla defesa. (MINAS GERAIS, 2016f).

Cumprе ressaltar que, neste ponto, a decisão se referia ao principal objeto pleiteado, um *stent*, mas eu seu corpo houve o deferimento daquilo que fosse necessário ao tratamento, o que poderia incluir medicamentos.

Apesar de nem sempre ter sido realizada perícia, quando esta ocorreu, foi analisada, subsidiando a tomada de decisão sobre o pedido feito, conforme observado a seguir:

Insta anotar que, por determinação do Exmo. Magistrado singular, fora realizada perícia nos autos (fls. 140/141), tendo os peritos concluído que deve o medicamento ser fornecido à paciente, mormente em razão da falha terapêutica com os medicamentos disponibilizados pelo SUS e da possibilidade de agravamento do quadro clínico. (MINAS GERAIS, 2018b).

Em um caso, utilizou-se nota específica do NATS, entidade competente para a avaliação do bem com base na medicina baseada e evidência (NUNES, 2013), conforme observa-se neste excerto:

Para decidir questões referentes a medicamentos prescritos aos pacientes, o Poder Judiciário pode valer-se do NATS - Núcleo de Avaliações de Tecnologias em Saúde da UFMG/Hospital das Clínicas, que apresentará nota técnica acerca do fármaco pleiteado. (MINAS GERAIS, 2016j).

Como demonstrado na fase de caracterização da demanda, nem sempre se atribuiu qualquer característica ao médico ou à prova produzida no processo. Entretanto, quando se pôs em questão o fato de o laudo ter sido elaborado por médico particular, esta qualidade não influenciou de forma negativa, mormente quando não houve qualquer prova técnica em sentido contrário:

Depreende-se a alegação do réu de que o atestado médico particular não é suficiente para revelar a necessidade de tratamento. Razão não lhe assiste, porquanto se trata de elemento de prova, que aliado a outros é idôneo para a formação do convencimento do juízo. (MINAS GERAIS, 2017c).

Mesmo no único caso, dentre os que corresponderam aos critérios de pesquisa, que teve seu pedido negado, apesar de o médico ser particular, a fundamentação demonstra que isto, em si, não era um problema para conceder a tutela pleiteada. O fundamento apontado no acórdão indicava uma *prescrição lacônica*, que não tecia quaisquer considerações a respeito de alternativas terapêuticas do SUS, o que, aliado ao procedimento utilizado (mandado de segurança), que não permite dilação probatória, levaria à denegação da ordem:

I - É inconcebível que uma lacônica prescrição médica, desprovida de qualquer referência acerca da insubstituibilidade ou imprescindibilidade da medicação nela indicada, seja aceita como prova idônea, irrefutável ou inconcussa capaz de gerar a comprovação da liquidez e da certeza imprescindíveis à prolação de ordem judicial que, reconhecendo o direito do cidadão à saúde, ordene ao já sobrecarregado SUS o fornecimento dos remédios reclamados, de relativo custo mensal, em detrimento de outros que, regularmente fornecidos pelo SUS, sequer tiveram sua eficácia descartada. II - Constata a inadequação da impetração, impõe-se denegar a segurança com base no art. 6º, § 5º, da Lei n.º 12.016/09 c/c o art. 267, VI, do CPC/73. (MINAS GERAIS, 2016e).

Em um dos acórdãos analisados, *os níveis de evidência científica* foram mencionados como fundamento de um dos laudos de forma expressa, constando, após, como fundamento da decisão:

Tendo em vista o estado nutricional do requerente devido ao quadro de Alergia à Proteína do Leite de Vaca e Ovo conforme Receitas Médicas, Relatórios Médicos e Exames Laboratoriais, considerando ainda os níveis de evidência de publicações científicas em renomadas instituições de pesquisa, mostrando a gravidade dos quadros clínicos nesses casos, o requerente necessita de suporte nutricional adequado por meio de dietas enterais (ff. 119/122, destaquei). (MINAS GERAIS, 2017d).

Normalmente, portanto, os magistrados não atribuíram maior relevância à atuação de profissionais imparciais, tais como médicos vinculados ao SUS ou peritos do juízo. Considerando que os juízes não detêm todo o conhecimento técnico para decidir sobre a matéria (GADELHA, 2014; PERLINGEIRO, 2012) e que os médicos particulares, enquanto assistentes técnicos, em regra, não têm o dever de serem juridicamente imparciais (BRASIL, 2015d; NEVES, 2017), é recomendável que se exija a instrução do processo com laudo inicial público ou, não sendo possível, que se realize perícia no decorrer do procedimento.

Na maioria das decisões analisadas, seja na primeira, seja na segunda instância, fixou-se a condição de que deve ser apresentada *receita médica atualizada* de forma periódica, para evitar o fornecimento indevido de medicamentos:

A apresentação da receita médica atualizada ao Poder Público prestigia o cumprimento racional da obrigação judicialmente imposta e impede o fornecimento indiscriminado de medicamentos em favor da coletividade (MINAS GERAIS, 2017d).

Essa foi, aliás, a principal causa de reforma da decisão da primeira instância – quando esta não impôs tal ônus ao requerente. Outras causas de reforma recorrentes não estavam relacionadas ao objeto da demanda, como o decote da fixação de honorários em favor do Ministério Público ou da Defensoria Pública quando o requerido era o estado de Minas Gerais. Veja-se:

DOU PROVIMENTO AO RECURSO, para determinar que o tratamento ocorra nos termos da prescrição médica, sendo que, caso haja necessidade de continuidade do procedimento médico pretendido pela autora, prescrição médica atualizada deverá ser apresentada, sob pena de interrupção do tratamento. (MINAS GERAIS, 2016c).

Este cuidado com a demonstração de como aquilo que é determinado está sendo gasto foi importante em um dos casos: nele, a beneficiária havia recebido o valor da pretensão em dinheiro, ficando responsável por adquirir o produto pleiteado. Entretanto, falhou na prestação de contas, não demonstrando a utilização idônea do dinheiro público, de forma que foi por isso responsabilizada a pagar as perdas e danos:

A tutela antecipada foi deferida (f. 46/48) e, em razão de omissão do Município em fornecer o insumo, foi determinado o sequestro da quantia de R\$ 13.154,40, com subsequente expedição de alvará em nome da genitora da autora, que retirou o numerário em novembro de 2013 (f. 60/68).

Intimada a apresentar a prestação de contas, a genitora da autora apresentou nota fiscal apenas quanto ao valor de R\$ 3.288,60, informando que quanto aos restantes R\$ 9.865,40 realizou aquisição junto ao sítio eletrônico Mercado Livre, com a mercadoria lhe sendo entregue pessoalmente, em um posto de gasolina, sendo certo que o vendedor não enviou nota fiscal e posteriormente não mais pode ser localizado (f. 146/151).

(...)

Irresignado, recorreu o Município de Uberaba e pleiteou fosse determinada a prestação de contas no valor de R\$ 9.865,40 em razão da conduta da genitora da autora, que recebeu a quantia respectiva - em sede de antecipação de tutela - e não comprovou a aquisição do insumo.

(...)

Fundado nessas razões, dou parcial provimento ao recurso, para reconhecer que a obrigação do Município de Uberaba foi devidamente cumprida e determinar a devolução aos cofres públicos da quantia de R\$ 9.865,40. (MINAS GERAIS, 2016q).

Observou-se nas decisões que, apesar de o Judiciário ter reconhecido a obrigação de a Administração Pública custear o insumo, não isentou a pessoa responsável da responsabilidade de demonstrar o uso idôneo da verba pública, impondo à parte requerente o ônus de comprovar a real e justa destinação do numerário.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste trabalho permitiram o diagnóstico da situação a respeito da judicialização da saúde quanto aos pedidos por medicamentos no município mineiro, tanto em relação à caracterização da demanda, quanto em relação aos fundamentos jurídicos utilizados nas decisões sobre a matéria em segunda instância.

Em uma primeira abordagem, que objetivava a caracterização do perfil das demandas, levantaram-se dados conforme roteiro de coleta (Apêndice A).

A análise descritiva dos dados evidenciou, quanto ao perfil da demanda: a prevalência de processos individuais, em sua maioria patrocinados pela advocacia privada, tendo a participação das entidades do Poder Público no patrocínio da ação sido igualmente dividida entre o Ministério Público e a Defensoria Pública de Minas Gerais. Apesar de os dados apontarem maior número de mulheres como requerentes, o número de processos em que o sexo do autor era indefinido afasta a possibilidade dessa confirmação, apenas aprontando uma possível tendência.

Foi assente o posicionamento de que o remédio necessário para a patologia encontrada precisava ser fornecido, tanto em primeiro, quanto em segundo grau de jurisdição. A esse respeito, na maior parte das vezes se deferiu exatamente aquilo que foi pleiteado pelo autor, sem se mencionar ou que se pudesse verificar outras informações, tais como o pedido ter utilizado a denominação básica brasileira, nome genérico, princípio ativo ou ter ressaltado a vinculação ou não a alguma marca específica. Estas especificações constaram nos outros processos. Nos processos, houve a predominância, seja por decisão da primeira instância, seja por reforma desta na segunda, do condicionamento do fornecimento do medicamento a renovação do receituário médico, de modo a evitar gastos públicos desnecessários – sendo esta a única causa de reforma recorrente quanto ao pedido principal realizado.

Em regra, o requerimento administrativo não existiu ou foi mencionado na decisão. Isto se deve principalmente pelo fato de que os fármacos pleiteados, em sua maioria, não constavam da lista do SUS, de forma que os cidadãos não deveriam ter expectativa de que eles fossem obtidos extrajudicialmente. Entretanto, seguindo uma tendência geral de desjudicialização e considerando as interpretações que se pacificarem na jurisprudência, eventualmente obrigando o Estado a fornecer medicamentos não padronizados, o oferecimento destes pela via extrajudicial tem sido postulado como alternativa à judicialização na área da saúde, especialmente por se tratar de uma solução favorável ao cidadão.

Outro aspecto que, em regra, foi pouco citado nas decisões judiciais, diz respeito ao registro na ANVISA. Com o novo posicionamento do STJ sobre a matéria (BRASIL, 2018e), é provável que este quesito seja verificado enquanto critério para o deferimento do pedido por medicamentos em decisões judiciais, de modo que não havendo referido registro, o fornecimento deverá ser negado. A valorização da existência ou não de registro na ANVISA está de acordo com o preconizado pela medicina baseada em evidência e orientações que recomendam seu uso (como as do CNJ), vez que, sem registro, não pode ser atribuída confiabilidade ao produto.

Este posicionamento do STJ (BRASIL, 2018e) também exigirá uma mudança naquilo que se observou em cerca de metade das decisões analisadas, qual seja, a desconsideração a respeito da existência ou eficácia das alternativas constantes das listas do SUS. Esta mudança valoriza a autonomia do Executivo, de suas escolhas e da racionalidade de seus atos administrativos, por estabelecer que, *a priori*, estes devem ser obedecidos. Por outro lado, não deixa o cidadão simplesmente à mercê da burocracia do Estado, estabelecendo a correta possibilidade de revisá-la e corrigi-la no caso concreto. Considerando que os estudos da medicina baseada em evidência admitem que os remédios podem surtir efeitos diversos nas pessoas e, por isso, os padrões mínimos de confiabilidade exigidos já foram averiguados quando do registro na ANVISA, a orientação está de acordo com a MBE e é a melhor opção tanto do ponto de vista do cumprimento de suas funções pelo Poder Executivo, como também do resguardo ao direito do cidadão no caso concreto.

Em cerca de um quarto dos casos o laudo que instruiu o requerimento inicial foi expressamente reconhecido como advindo do Poder Público – nos outros casos, era privado ou não havia essa informação. Em pouco mais de um terço dos casos realizou-se perícia ou procedimento equivalente. Em que pese o recente posicionamento vinculante do STJ não obrigar a nada neste sentido (BRASIL, 2018e), o CNJ recomenda aos magistrados que se utilizem dos meios públicos de instrução do processo, como convênios com entidades que se comprometam a imparcialidade em sua atuação (BRASIL, 2010a). Em razão da complexidade que envolve as demandas judiciais por saúde, destaca-se a necessidade de um trabalho intersetorial entre operadores do direito e profissionais da saúde, uma vez que os magistrados teriam dificuldade de apreciar isoladamente pedidos por medicamentos na arena judicial. As informações prestadas pelo médico do requerente nem sempre justificam o uso de alternativa terapêutica não padronizada, mas em razão de sua capacidade técnica, o laudo ainda pode conter relevante valor probatório, mesmo que tecnicamente não tenha substância. Sendo assim, por mais que ainda não se possa considerar obrigatória referida consulta, o presente

estudo aponta para a necessidade de seguir tal orientação a fim de salvaguardar o direito à saúde, tanto em respeito ao direito do cidadão, quanto aos princípios que regem a Administração Pública.

A solidariedade na obrigação de fornecer medicamentos, da qual decorre, para o cidadão, a faculdade de escolher contra quem demandar, não foi rechaçada em nenhum acórdão analisado. Observou-se cabendo unicamente ao autor, conforme a sua conveniência, escolher contra quem demandar. Desta forma, as demandas foram repartidas de forma proporcional contra o município de Uberaba, o estado de Minas Gerais ou ambos. Do ponto de vista da organização administrativa, por questão de eficiência na gestão, só é indicado que qualquer dos entes forneça remédios que são da competência dos outros se, realmente, for constatada demanda suficiente para esta mudança na repartição de competência, o que não foi observado.

A abordagem qualitativa se deu pela análise temática das narrativas dos acórdãos, sendo possível estabelecer duas categorias temáticas que abrangeram o conteúdo analisado: “Efetivação do Direito à Saúde” e “Fundamentos para Deferimento”.

Em relação ao primeiro, a unidade de sentido “Concepção do direito à saúde” encontrou entendimentos prevalentes no sentido de a saúde ser direito do cidadão e dever do Estado, conforme inscrito no artigo 196 da Constituição Federal. Também se relacionou o direito à saúde com o à vida e à dignidade da pessoa humana, de modo que os três foram considerados indissociáveis.

Pouco se discorreu sobre as condições econômicas do autor, o que, a partir do posicionamento vinculante do STJ (BRASIL, 2018e) poderá se tornar um quesito recorrente. Apesar de respeitável entendimento neste sentido, é forçoso reconhecer que, se a política é universal e o Judiciário admite que o direito à saúde foi desrespeitado no caso concreto, o critério econômico não deveria prevalecer.

Outra unidade de sentido presente na categoria “Efetivação do Direito à Saúde” diz respeito às “atribuições da Administração Pública”. O primeiro ponto que se observa é a sua solidariedade, em prol do indivíduo, o qual tem a faculdade de escolher contra quem demandar. Em regra, também se considerou o dever de a Administração Pública promover acesso pronto, imediato e universal aos cidadãos, devendo adequar a sua burocracia a referido dever, ao invés de usá-la como artifício para negar o direito à saúde – o que, afinal, importaria na ofensa ao direito à vida, até mesmo deslegitimando o Estado.

A unidade “atribuições do Poder Judiciário” também se vinculou à categoria “Efetivação do Direito à Saúde”. Consignou-se que, ao constatar a ilegalidade ou

inconstitucionalidade da ação ou omissão administrativa, estas seriam sindicáveis, sendo que o Judiciário teria dever de agir no caso concreto. Também se considerou não haver desrespeito à universalidade quando o Judiciário atua porque, conquanto por força do princípio da inércia da jurisdição (NEVES, 2017) a este poder não caiba a solução de demandas genéricas, formulando por conta própria as políticas públicas, não há impedimento à resolução do caso individual posto a julgamento. Houve até mesmo consideração sobre o papel do juiz, que não é perito, enquanto indivíduo, ao se deparar com as provas sobre a necessidade de tratamento pleiteado pelo autor, de forma a considerá-lo como imprescindível ou não para que haja seu deferimento.

Em relação à segunda categoria temática, “Fundamentos para Deferimento”, observou-se uma unidade de sentido referente aos “atos e regulamentos administrativos”. Verificou-se a total não observância dos regulamentos e atos administrativos atinentes ao direito à saúde quando da determinação da entrega dos medicamentos. Constatou-se que a existência de registro na ANVISA não foi considerada; da mesma forma, a RENAME foi apontada como mero ato burocrático impeditivo do exercício de um direito legítimo pelo indivíduo e, desta forma, teve sua eficácia afastada. Outrossim, óbices advindos do Direito Financeiro também foram afastados para a consagração do direito à saúde.

Em relação à unidade “alternativas terapêuticas”, também componente da categoria “Fundamentos para o Deferimento”, houve a identificação de alguns processos em que os julgadores assumiram o ônus argumentativo de discorrer sobre a inexistência ou ineficácia de tratamentos padronizados, corretamente cuidando de proteger o direito à vida no caso concreto. Entretanto, conforme apontado quando da caracterização das demandas, expressivo número de julgados nada mencionaram a respeito do tema.

Por fim, destaca-se a “instrução” enquanto uma unidade de sentido presente na segunda categoria temática. Foi possível observar que, quando era feita perícia ou outro procedimento probatório, ou, ainda, quando o laudo inicial era prescrito por médico vinculado ao SUS, estas informações constaram na fundamentação, atendendo ao interesse público e à recomendação do CNJ sobre o tema (BRASIL, 2010a). Entretanto, quando o laudo era particular ou a perícia não era realizada, constatou-se que o medicamento também não deixou de ser entregue. Neste sentido, constatou-se que quando os atos que favorecem o interesse público foram realizados, agregaram de forma positiva na fundamentação; entretanto, também não podem ser considerados, na visão dos magistrados, condição *sine qua non* para a tutela judicial.

Por fim, considera-se que há necessidade de debate ampliado em relação ao direito à saúde, de modo a garantir os direitos do cidadão e a entrega das obrigações do Estado, sem objurgar as legítimas ponderações feitas pela administração na tutela do interesse público. Para tanto, postula-se: a observância das regras que emergem do direito à saúde baseada em evidência; uniformizar os entendimentos a respeito do direito em si e do procedimento a ser adotado para a sua verificação, trazendo segurança jurídica aos atores envolvidos; fomentar a utilização dos espaços de discussão, de maneira a democratizar o estabelecimento de prioridades nas ações de saúde; bem como estabelecer meios de, utilizando-se da burocracia estatal, agilizar a prestação do serviço que, ao final, é considerado devido ao cidadão.

Há limitações nesta pesquisa devido ao lapso temporal e espaço geográfico escolhidos; ao tribunal analisado; ao objeto da pesquisa documental, que exclui diversos tipos de decisões e das outras peças do processo, de onde se poderiam tirar outros dados sobre a matéria; bem como da limitação do objeto aos medicamentos, excluindo, a princípio, internações, materiais (como órteses e próteses) e outros procedimentos que frequentemente são objeto da judicialização, salvo quando estes itens são pleiteados em conjunto com medicamentos. O presente estudo aponta possibilidades para pesquisas futuras, a partir de uma relação dialógica entre operadores do direito, profissionais de saúde e sociedade civil.

8 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Este estudo demonstrou a necessidade de buscar a construção de um olhar ampliado sobre a judicialização da saúde, em razão da complexidade que envolve as demandas judiciais nesta área. Tais demandas estão diretamente relacionadas às vidas das pessoas, em sua busca por acesso aos serviços de saúde básicos ou especiais motivados por um cenário de patologias.

Embora nosso sistema de saúde seja uma política pública universal, há vários gargalos que se apresentam desafiadores para a efetivação do sistema. Por um lado, a judicialização pode ser compreendida como um espaço de exercício de cidadania, quando as etapas anteriores não foram resolutivas. Por outro, em razão do seu crescimento, muito se tem debatido sobre seu impacto orçamentário e financeiro.

Com o objetivo de contribuir para a construção desse olhar ampliado, este estudo elege, como proposta de intervenção, um conjunto de orientações que aliam, tanto quanto possível, a autonomia dos atores envolvidos com a questão do direito à saúde do cidadão, o interesse público e social. Nesse sentido, encaminha-se as seguintes recomendações:

1. Adoção da medicina baseada em evidências na avaliação das alternativas terapêuticas que surgirem, o que inclui tanto o estudo que visa ao registro da substância na ANVISA, quanto aqueles que visam a sua inclusão na RENAME.

2. Elaboração, pelos atores processuais, especialmente os magistrados, de questionário para instrução do pedido de medicamento pela via judicial, envolvendo os requisitos essenciais para o seu deferimento, conforme determinado pela medicina baseada em evidências.

3. Utilização de laudos de pessoas vinculadas ao SUS e procedimentos periciais para avaliar a adequação da alternativa terapêutica, padronizada ou não, ao caso concreto.

4. Preferência pelo medicamento padronizado pelo SUS, salvo demonstração, por meio de relatório médico, de sua ineficácia ou inexistência nas listas de padronização.

5. Proposição, via Ministério Público e a Defensoria Pública, de ações coletivas, especialmente nos casos de medicamento frequentemente requeridos.

6. Adoção de procedimento extrajudicial, pela Administração Pública, para o fornecimento de medicamentos que, embora não estejam incluídos na RENAME, sejam comprovadamente necessários à saúde do paciente, quando puderem ser pleiteados e deferidos em sede judicial devido a posicionamento vinculante do Poder Judiciário, desde que os requisitos determinados neste estejam cumpridos.

7. Submeter à apreciação dos Conselhos de Saúde, enquanto espaços legítimos de participação e controle social, a escolha de prioridades para a progressiva universalização do direito à saúde.

8. Constituição de fórum permanente de diálogo no âmbito municipal envolvendo operadores do direito, profissionais de saúde e sociedade civil, para ampliação de debate que vise à desjudicialização da saúde e efetivação do direito do cidadão.

9. Criação de política pública estadual em relação às doenças raras, cujo níveis de evidência científica geralmente são pequenos, com objetivo de promover o acesso do cidadão à informações e medicamentos que possam gerar qualidade de vida.

10. Criação de um observatório da judicialização da saúde com o objetivo de fomentar a transparência e fiscalização referente a atos extrajudiciais e judiciais no município de Uberaba/MG.

REFERÊNCIAS

AITH, Fernando. **Direito à saúde e democracia sanitária**. São Paulo: Quartier Latin, 2017.

ALVES, Francisco Glauber Pessoa. Fundamentação judicial no novo Código de Processo Civil. **Revista CEJ**, Brasília, n. 67, p. 58-77, set/dez. 2015. Disponível em: <<http://www.jf.jus.br/ojs2/index.php/revcej/article/viewArticle/2068>> Acesso em: 14 jun. 2018.

ARRETCHE, Marta Teresa da Silva. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004. Disponível em: <<http://neci.fflch.usp.br/node/256>>. Acesso em: 02 jun. 2018.

_____. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v.14, n. 40, p. 111-141, jun. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010269091999000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Jun. 2018.

ATALLAH, Álvaro Nagib. A incerteza, a ciência e a evidência. **Diagnóstico e Tratamento**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 27-28, 2004. Disponível em <http://www.centrocochranedobrasil.org.br/cms/apl/artigos/artigo_442.pdf> Acesso em: 20 fev. 2018

BAHIA, Lígia. Judicialização da saúde e democracia. **Demetra**, Rio de Janeiro, v. 9, 2014. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/11749>> Acesso em 28 mai. 2018.

BAHIA, Ligia; COSTA, Nilson Rosario; STRALEN, Cornelis van. A saúde na agenda pública: convergências e lacunas nas pautas de debate e programas de trabalho das instituições governamentais e movimentos sociais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1791-1818, Nov. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000700004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 Jun. 2018.

BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: Direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. **Interesse Público**, Belo Horizonte, v. 9, n. 46, nov 2007. Disponível em <<https://www.conjur.com.br/dl/estudobarroso.pdf>>. Acesso em 05 jan. 2018

BASTOS, Celso Ribeiro. **Curso de teoria do Estado e ciência política**. 6. ed. São Paulo: Celso Bastos Editora, 2004.

BELLATO, Rosenev et al. Mediação do direito à saúde pelo tribunal de justiça: análise da demanda. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis. v. 21. n. 2, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/714/71422962013/>> Acesso em 26 jun. 2018.

BESTER, Gisela Maria. **Direito constitucional: fundamentos teóricos**. Vol. 1. São Paulo: Manole, 2005.

BRASIL. Advocacia-Geral da União. **Intervenção judicial na saúde pública: panorama no âmbito da Justiça Federal e Apontamentos na seara das Justiças Estaduais**. 2012a. Disponível em:

<<http://www.portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/.../Panorama%20da%20judicializacao>>
Acesso em: 16 fev. 2018.

_____. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**: Resolução da diretoria colegiada 57. 18 nov. 2009a. Disponível em:<

http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_57_2009_.pdf/80beeade-94c0-42d8-9b84-895bc265f8b1 >. Acesso em: 13 abr. 2018

_____. Conselho Nacional de Justiça. **Justiça em Números**. 2017c. Brasília, DF. Disponível em:

<https://paineis.cnj.jus.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=qvw_1%5Cpainelcnj.qvw&host=QVS%40neodimio03&anonymous=true>. Acesso em: 01 mar. 2018

_____. Conselho Nacional de Justiça. **Enunciados aprovados na I Jornada de Direito da Saúde**. 15 mai. 2014c. Disponível em:

<http://www.cnj.jus.br/images/ENUNCIADOS_APROVADOS_NA_JORNADA_DE_DIREITO_DA_SAUDE_%20PLENRIA_15_5_14_r.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2018

_____. Conselho Nacional de Justiça. **Enunciados aprovados na II Jornada de Direito da Saúde**. 19 mai. 2015a. Disponível em:

<<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/05/96b5b10aec7e5954fcc1978473e4cd80.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2018

_____. Conselho Nacional de Justiça. **Fórum da Saúde**. [2016d]. Disponível em:

<<http://www.cnj.jus.br/programas-e-acoas/forum-da-saude>>. Acesso em: 22 jun. 2018

_____. Conselho Nacional de Justiça. Portaria 8, de 02 de fevereiro de 2016. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. 03 fev. 2016h. Disponível em:

<http://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=3066&acm=33412_8042>. Acesso em: 16 dez. 2017

_____. Conselho Nacional de Justiça. Portaria 91, de 11 de maio de 2010. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. 12 mai. 2010c. Disponível em:

<<http://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=3171>>. Acesso em: 16 dez. 2017

_____. Conselho Nacional de Justiça. Portaria 93, de 17 de maio de 2010. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. 18 mai. 2010d. Disponível em:

<http://www.cnj.jus.br/images/atos_normativos/portaria/portaria_93_17052010_18102012201914.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2017

_____. Conselho Nacional de Justiça. Portaria 69, de 22 de maio de 2012. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. 23 mai. 2012b. Disponível em:

<http://www.cnj.jus.br/images/atos_normativos/portarias/portarias_69_22052012_15102012213950.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2017

_____. Conselho Nacional de Justiça. Portaria 40, de 25 de maio de 2014. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. 26 mai. 2014b Disponível em:

<http://www.cnj.jus.br/images/atos_normativos/portaria/portaria_40_25032014_27032014134822.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2017

_____. Conselho Nacional de Justiça. Recomendação 31, de 30 de março de 2010. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 07 abr. de 2010a. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/images/atos_normativos/recomendacao/recomendacao_31_30032010_22102012173049.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2017

_____. Conselho Nacional de Justiça. Resolução 107, de 06 de abril de 2010b. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=2831>>. Acesso em: 16 dez. 2017

_____. Conselho Nacional de Justiça. Resolução 238, de 06 de setembro de 2016a. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=3191>>. Acesso em: 16 dez. 2017

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988). 17. ed. São Paulo: Saraiva, 2017

_____. Decreto nº 591, de 6 de julho de 1992. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 07 jul. 1992. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm> Acesso em: 24 mai. 2018.

_____. Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 22 dez. de 2011b. Disponível em: <<http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:decreto:2011-12-21;7646>>. Acesso em: 24 fev. 2018

_____. Decreto-lei nº 4.657, de 4 de setembro de 1942. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, RJ. 9 set. 1942. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del4657.htm> Acesso em 14 jun. 2018.

_____. Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 set. de 1976. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6360.htm>. Acesso em: 25 fev. 2018

_____. Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 25 jul. de 1985. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7347Compilada.htm>. Acesso em: 12 fev. 2018

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. de 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 25 fev. 2018

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 dez. de 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 25 fev. 2018

_____. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 27 jan. de 1999.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9782compilado.htm>. Acesso em: 25 fev. 2018

_____. Lei nº 10.742, de 06 de outubro de 2003. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 07 out. de 2003.** Disponível em: <<https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/98298/lei-10742-03>>. Acesso em: 26 fev. 2018

_____. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 abr. de 2011c.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm#art1>. Acesso em: 26 fev. 2018

_____. Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 17 mar. de 2015d.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113105.htm>. Acesso em: 23 fev. 2018

_____. Lei nº 13.269, de 13 de abril de 2016. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 14 abr. de 2016c.** Disponível em: <<https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/324467557/lei-13269-16>>. Acesso em: 23 fev. 2018

_____. Lei nº 13.655, de 25 de abril de 2018. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 26 abr. de 2018h.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13655.htm#art1>. Acesso em: 14 jun. 2018

_____. Ministério da Saúde. **CONITEC: Consultas públicas.** 28 fev. 2018c. Disponível em: <<http://conitec.gov.br/consultas-publicas>>. Acesso em: 01 mar. 2018

_____. Ministério da Saúde. **CONITEC: Enquetes.** 11 dez. 2017b. Disponível em: <<http://conitec.gov.br/enquetes>>. Acesso em: 01 mar. 2018

_____. Ministério da Saúde. **CONITEC: Faça a sua proposta para avaliação da CONITEC.** 20 jan. 2017a. Disponível em: <<http://conitec.gov.br/faca-sua-proposta-de-incorporacao>>. Acesso em: 26 fev. 2018

_____. Ministério da Saúde. **CONITEC: Faça a sua proposta para avaliação da CONITEC - Estudos.** 29 fev. 2016c. Disponível em: <<http://conitec.gov.br/faca-sua-proposta-de-incorporacao-estudos>>. Acesso em: 27 fev. 2018

_____. Ministério da Saúde. **CONITEC: Histórico Institucional.** 07 jul. 2016b. Disponível em: <<http://conitec.gov.br/historico-institucional>>. Acesso em: 26 fev. 2018

_____. Ministério da Saúde. **CONITEC: Mudanças CITEC para CONITEC.** 30 jul. 2014d. Disponível em: <<http://conitec.gov.br/index.php/mudancas-da-citec-para-a-conitec>>. Acesso em: 26 fev. 2018

_____. Ministério da Saúde. **CONITEC**: Recomendações sobre as tecnologias avaliadas - 2018. 22 fev. 2018b. Disponível em:< <http://conitec.gov.br/decisoes-sobre-incorporacoes>>. Acesso em: 01 mar. 2018

_____. Ministério da Saúde. **CONITEC**: Tecnologias demandadas. 28 fev. 2018a. Disponível em:< <http://conitec.gov.br/tecnologias-em-avaliacao>>. Acesso em: 01 mar. 2018

_____. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 06/2017, de 02 de outubro de 2017. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 03 out. de 2017. Disponível em: <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2017/iels.out.17/Iels194/U_PR_C-MS-GM-6_280917.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2018

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 152, de 19 de janeiro de 2006. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 jan. de 2006. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0152_19_01_2006_comp.html>. Acesso em: 28 fev. 2018

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.587, de 30 de outubro de 2008. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 out. de 2008. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2587_30_10_2008_comp.html>. Acesso em: 28 fev. 2018

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.323, de 27 de dezembro de 2006. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 dez. de 2006. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt3323_27_12_2006.html>. Acesso em: 28 fev. 2018

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 dez. de 2017. Disponível em: < <http://portalfns.saude.gov.br/images/pdfs/PT-3992-2017.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2018

_____. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 set. de 2017. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html>. Acesso em: 28 fev. 2018

_____. Superior Tribunal de Justiça. Agravo Interno no Agravo Regimental nos Embargos de Declaração no Agravo Regimental no Recurso Especial 1.458.2015/SC. Segunda Turma. Relator ministro Herman Benjamin. Julgado em 09/05/2017. **Diário da Justiça**, Brasília, DF de 19 jun.2017d. Disponível em <<http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?processo=1458215&&b=ACOR&thesaurus=JURIDICO&p=true>> Acesso em 16 mai. 2018.

_____. Superior Tribunal de Justiça. Agravo Regimental no Recurso Especial 1.460.242/SC. Segunda Turma. Relator ministro Humberto Martins. Julgado em 09/04/2015. **Diário da Justiça**, Brasília, DF, de 10 dez. 2015d. Disponível em <<http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?processo=1460242&&b=ACOR&thesaurus=JURIDICO&p=true>> Acesso em 16 mai. 2018.

_____. Superior Tribunal de Justiça. Agravo Regimental no Recurso Especial 1.626.224/RO. Quinta Turma. Relator ministro Reynaldo Soares da Fonseca. Julgado em 08/02/2018. **Diário da Justiça**, Brasília, DF de 21 fev. 2018g. Disponível em: <
<http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?processo=1626224&&b=ACOR&thesaurus=JURIDICO&p=true>> Acesso em 14 jun. 2018.

_____. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial 801.101/MG. Primeira Turma. Relatora Ministra Denise Arruda. Julgado em 18/03/2018. **Diário da Justiça**, Brasília, DF de 23 abr. 2008. Disponível em: <
<http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?processo=801101&&b=ACOR&thesaurus=JURIDICO&p=true>> Acesso em: 14 jun. 2018.

_____. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial 1.203.244/SC. Primeira Seção. Relator ministro Herman Benjamin. Julgado em 09/04/2014. **Diário da Justiça**, Brasília, DF de 17 jun. 2014a. Disponível em <
<http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?processo=1203244&repetitivos=REPETITIVOS&&b=ACOR&thesaurus=JURIDICO&p=true>> Acesso em 18 fev. 2018.

_____. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial 1.657.156/RJ. Primeira Seção. Relator ministro Benedito Gonçalves. Julgado em 25/04/2018. **Diário da Justiça**, Brasília, DF, de 04 maio 2018e. Disponível em
 <<http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?livre=MEDICAMENTOS+ANVISA+SUSS&repetitivos=REPETITIVOS&&b=ACOR&thesaurus=JURIDICO&p=true>> Acesso em 16 mai. 2018.

_____. Superior Tribunal de Justiça. Inteiro teor do acórdão no Recurso Especial 1.657.156/RJ. Primeira Seção. Relator ministro Benedito Gonçalves. Julgado em 25/04/2018. **Diário da Justiça**, Brasília, DF de 04 maio 2018f. Disponível em
 <https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ITA&sequencial=1641175&num_registro=201700256297&data=20180504&formato=PDF> Acesso em 16 mai. 2018.

_____. Supremo Tribunal Federal. Agravo regimental na suspensão de tutela antecipada 334/SC. Pleno. Relator ministro Cezar Peluso. Julgado em 24/06/2010. **Diário da Justiça**, Brasília, DF, 13 ago. 2010f. Disponível em <
<http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=%28SUSPENS%C3O+TUTELA+ANTECIPADA+334%29&base=baseAcordaos&url=http://tinyurl.com/ydbtrgad>
 > Acesso em 01 mar. 2018.

_____. Supremo Tribunal Federal. Agravo regimental na suspensão de tutela antecipada 361/BA. Relator ministro Cezar Peluso. Julgado em 23/06/2010. **Diário da Justiça**, Brasília, DF, 13 ago. 2010e. Disponível em <
<http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=%28SUSPENS%C3O+TUTELA+ANTECIPADA+361%29&base=baseAcordaos&url=http://tinyurl.com/y7m73cw4>
 > Acesso em 01 mar. 2018.

_____. Supremo Tribunal Federal. Agravo regimental na suspensão de tutela antecipada 761/DF. Relator ministro Ricardo Lewandowski. Julgado em 07/05/2015. **Diário da Justiça**, Brasília, DF, de 29 mai. 2015b. Disponível em <

<http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=%28SUSPENS%C3O+DE+TUTELA+ANTECIPADA+761%29&base=baseAcordaos&url=http://tinyurl.com/y9fhmsl7>> Acesso em 01 mar. 2018.

_____. Supremo Tribunal Federal. Agravo regimental no recurso extraordinário 607.381/SC. Primeira Turma. Relator ministro Luiz Fux. Julgado em 31/05/2011. **Diário da Justiça**, Brasília, DF, de 17 jun. 2011a. Disponível em <
<http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=%28607381%2ENUME%2E+OU+607381%2EACMS%2E%29&base=baseAcordaos&url=http://tinyurl.com/jgnenxc>> Acesso em 18 fev. 2018.

_____. Supremo Tribunal Federal. Agravo regimental no agravo em recurso extraordinário 926.469/DF. Primeira Turma. Relator ministro Roberto Barroso. Julgado em 07/06/2016. **Diário da Justiça**, Brasília, DF, 21 jun. 2016g. Disponível em <
<http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=%28926469%2ENUME%2E+OU+926469%2EACMS%2E%29&base=baseAcordaos&url=http://tinyurl.com/jw6mkft>> Acesso em 18 fev. 2018.

_____. Supremo Tribunal Federal. Medida cautelar na ação direta de inconstitucionalidade 5.501/DF. Pleno. Relator ministro Marco Aurélio. Julgado em 19/05/2016e. **Diário da Justiça**, Brasília, DF de 01 ago./2017. Disponível em <
<http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=%28ADI%24%2ESCLA%2E+E+5501%2ENUME%2E%29+OU+%28ADI%2EACMS%2E+ADJ2+5501%2EACMS%2E%29&base=baseAcordaos&url=http://tinyurl.com/hopppub>> Acesso em 01 mar. 2018.

_____. Supremo Tribunal Federal. Reclamação 8.168/SC. Pleno. Relatora ministra Ellen Gracie. Relator para o acórdão ministro Edson Fachin. Julgado em 19/11/2015. **Diário da Justiça**, Brasília, DF, 29 fev. /2016f. Disponível em <
<http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=%288168%2ENUME%2E+OU+8168%2EACMS%2E%29&base=baseAcordaos&url=http://tinyurl.com/zgccnk2>> Acesso em 01 mar. 2018.

_____. Supremo Tribunal Federal. Recurso extraordinário 566.471/RN. Pleno. Relator ministra Marco Aurélio. Julgado em 15/11/2007. **Diário da Justiça**, Brasília, DF, 07 dez.2007. Disponível em
<<http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=%28RECURSO+EXTRAORDIN%C1RIO+566471%29&base=baseRepercussao&url=http://tinyurl.com/ycfuxk28>> Acesso em 01 mar. 2018

_____. Supremo Tribunal Federal. Recurso extraordinário 566.471/RN. Relator ministro Marco Aurélio. Brasília, DF. Andamento em 01 mar. 2018d. Disponível em
<<http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp?numero=566471&classe=RE-RG&codigoClasse=0&origem=JUR&recurso=0&tipoJulgamento=M>> Acesso em 01 mar. 2018

_____. Supremo Tribunal Federal. Recurso extraordinário 733.433/MG. Relator ministro Dias Toffoli. Julgado em 04/11/2015. **Diário da Justiça**, Brasília, DF, 06 abr. 2016i. Disponível em <
<http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=%28733433%2ENUM>

E%2E+OU+733433%2EACMS%2E%29&base=baseAcordaos&url=http://tinyurl.com/htbv528> Acesso em 16 mai. 2018.

_____. Supremo Tribunal Federal. Suspensão de tutela antecipada 91/AL. Presidência. Ministro Ellen Gracie. Julgado em 26/02/2007. **Diário da Justiça**, Brasília, DF, 05 mar. 2007. Disponível em <
<http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=%28STA%24%2ESCLA%2E+E+91%2ENUME%2E%29+E+S%2EPRES%2E&base=basePresidencia&url=http://tinyurl.com/a44zk9a>> Acesso em 01 mar. 2018.

_____. Tribunal Regional Federal da 1ª Região. Apelação cível 2006.35.00.008598-5/GO. Quinta Turma. Relator desembargador Leão Aparecido Alves. Julgado em 02/12/2015. **Diário da Justiça**, Brasília, DF, 07 dez. 2015c. Disponível em <
<https://www.jusbrasil.com.br/diarios/documentos/264714660/andamento-do-processo-n-0008578-5020064013500-apelacao-civel-07-12-2015-do-trf-1>> Acesso em 16 mai. 2018.

_____. Tribunal Regional Federal da 1ª Região. Apelação na ação civil pública 2001.38.0001425-6/MG. Quinta Turma. Relator desembargador Daniel Paes Ribeiro. **Diário da Justiça**, Brasília, DF, 01 dez. 2009b. Disponível em <
<http://portal.trf1.jus.br/portaltf1/comunicacao-social/imprensa/noticias/reconhecida-a-responsabilidade-da-uniao-pela-utilizacao-de-medicamento-sem-estudo-de-seguranca-de-uso.htm>> Acesso em 16 mai. 2018.

BRAUN, Virginia; CLARKE, Victoria. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, Inglaterra, v. 3, p. 77-101, jul. 2006. Disponível em <
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1191/1478088706qp063oa>> Acesso em 16 mai. 2018.

BUENO, Cássio Scarpinella. **Manual de direito processual civil**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

BUSCHEL, Inês do Amaral. O acesso ao direito e à justiça. In: LIVIANU, Roberto (Coord.). **Justiça, cidadania e democracia**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisa Social, 2009. p. 148-157. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/ff2x7/pdf/livianu-9788579820137-13.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2018

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, p.1865-1874, Nov. 2007. Disponível em:
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000700009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 jun. 2018.

CAMPOS NETO, Orozimbo Henriques et al. Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.46, n. 5, p. 784-790, out. 2012. Disponível em
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102012000500004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 fev. 2018

CARVALHO FILHO, José dos Santos. **Manual de direito administrativo**. 31. ed. São Paulo: Atlas, 2017

CASTRO, Sebastião Helvecio Ramos de. Impacto desalocativo no orçamento público estadual em face de decisões judiciais. **Fórum de Contratação e Gestão Pública**, Belo Horizonte, v. 15, n. 169, jan. 2016. Disponível em: <<http://dspace/xmlui/bitstream/item/21456/Sebasti%c3%a3o%20Helv%c3%a9cio.pdf?sequen%20ce=1>>. Acesso em: 02 jan. 2018.

CHUNG, Kevin C; SHAH, Hriday M. Archie Cochrane and his vision for evidence-based medicine. **Plastic and reconstructive surgery**, Baltimore, n. 124, p. 982-988, 2009. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2746659/>>. Acesso em 01 mar. 2018.

CICCO, Cláudio de; GONZAGA, Álvaro de Azevedo. **Teoria geral do Estado e ciência política**. 6. ed. (rev. atu. e amp.). São Paulo: Revista das Tribunais, 2015.

CORREA, Marcelo Santos. Política nacional de medicamentos e política nacional de assistência farmacêutica: organização, princípios e arcabouço normativo. **Jus**, Teresina, maio 2016. Disponível em <<https://jus.com.br/artigos/48956/politica-nacional-de-medicamentos-e-politica-nacional-de-assistencia-farmaceutica-organizacao-principios-e-arcabouco-normativo>> Acesso em 10 fev. 2016.

COURA, Alexandre Castro; BEDÊ JÚNIOR, Américo. Existe uma resposta correta sobre o problema da resposta correta no direito?. **Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso**, Valparaíso, n. 41, p. 681-695, dez. 2013. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-68512013000200020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 14 jun. 2018.

DALLARI, Sueli Gandolfi. Uma nova Disciplina: o Direito Sanitário. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 22, v. 4, 1988, p. 327-334. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v22n4/08.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2018

DIAS, Eduardo Rocha; SILVA JUNIOR, Geraldo Bezerra da. A Medicina Baseada em Evidências na jurisprudência relativa ao direito à saúde. **Einstein** (São Paulo), São Paulo, v. 14, n. 1, p. 1-5, mar. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082016000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 fev. 2018.

EL DIB, Regina Paolucci. **Como praticar a medicina baseada em evidências**. J. vasc. bras., Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 1-4, Mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492007000100001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 fev. 2018.

FARIA, Luzardo. O direito à saúde entre o Poder Judiciário e a Administração Pública: do ativismo judicial às medidas administrativas. In: **XVI Jornada de Iniciação Científica da Faculdade de Direito da UFPR**. 2014. Disponível em <<http://www.direito.ufpr.br/portal/wp-content/uploads/2014/12/Artigo-Luzardo-Faria-classificado-em-2%C2%BA-lugar1.pdf>> Acesso em 01 mar. 2018.

FERRAJOLI, Luigi. **Por uma teoria dos direitos e dos bens fundamentais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2011.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Trad. Joice Elias Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009

GADELHA, Maria Inez Pordeus. O papel dos médicos na judicialização da saúde. **Centro de estudos judiciários**, Brasília, v. 62, p. 65-70, jan./abr. 2014. Disponível em <file:///E:/USER/Downloads/1862-4756-1-PB.pdf> Acesso em 26 fev. 2018.

GARCIA, Manuel Enriquez; VASCONCELOS, Marco Antonio Sandoval de **Fundamentos de economia**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2015

GAWRYSZEWSKI, Ana Raquel Bonder; OLIVEIRA, Denize Cristina; GOMES, Antonio Marcos Tosoli. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 119-140, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312012000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 mai. 2018.

GEBRAN NETO, João Pedro; SCHULZE, Clênio Jair. **Direito à saúde: análise à luz da judicialização**. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2016.

GERAIGE NETO, Zaiden; COSTA, Kerton Nascimento e. A Eficácia do Código de Defesa do Consumidor em Face do Tratamento Diferenciado aos Consumidores na Fase Pós-Venda, por Parte dos Serviços de Atendimento ao Consumidor. **Sequência: Estudos Jurídicos e Políticos**, Florianópolis, v. 36, n. 71, p. 221, dez. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/sequencia/article/view/2177-7055.2015v36n71p221>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 45. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GUIMARÃES, Daniel Serra Azul. O dever de transparência e motivação da Administração Pública. In LIVIANU, Roberto (Coord.). **Justiça, cidadania e democracia**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisa Social, 2009. p. 96-107. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/ff2x7/pdf/livianu-9788579820137-09.pdf>>. Acesso em 14 jun. 2018.

KOATZ, Rafael Lorenzo-Fernandez. A proibição do non liquet e o princípio da inafastabilidade do controle jurisdicional. **Revista de Direito Administrativo**, Rio de Janeiro, v. 270, p. 171-205, set. 2015. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/58741>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

LENZA, Pedro. **Direito constitucional esquematizado**. 16. ed. (rev. atu. e amp.). São Paulo: Saraiva, 2012.

LOPES, Márcia Cavalcanti Raposo; MATTA, Gustavo Corrêa. SUS, gestão participativa e equidade. In: GUIZARDI, Francini Lube. **Políticas de participação e saúde**. Recife: Editora Universitária – UFPE, 2014.

LORENZETTI, Ricardo Luis. **Teoria da decisão judicial: fundamentos de direito**. 2. ed. São Paulo. Revista dos Tribunais, 2010.

LOSANO, Mario Giuseppe. **Sistema e estrutura no direito: do século XX à pós-modernidade**. São Paulo: Martins Fontes, 2011. v. 3.

LOTTA, Gabriela Spanghero.; GONÇALVES, Renata; BITELMAN, Marina. Coordenação Federativa de Políticas Públicas: uma análise das políticas públicas brasileiras nas últimas décadas. **Cadernos de Gestão Pública e Cidadania**, São Paulo, v.19, n.64, 2014. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/cgpc/article/viewFile/5817/25223>. Acesso em: 02 jun. 2018.

MACEDO JÚNIOR, Ronaldo Porto (coord.). **Curso de filosofia política**. São Paulo: Atlas, 2008.

MAPELLI JÚNIOR, Reynaldo. **Judicialização da saúde: regime jurídico do SUS e intervenção na Administração Pública**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

MARANHÃO, Clayton. O dever constitucional da fundamentação da sentença e o novo código de processo civil brasileiro de 2015: estudo de caso a respeito dos precedentes judiciais em matéria constitucional e o padrão máximo de fundamentação no direito brasileiro. **Revista Eletrônica de Direito Processual – REDP**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2. jul/dez., 2016. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/redp/article/view/26601/18962>> Acesso em 14 jun. 2018.

MARIN, Jeferson Dytz. Hermenêutica constitucional e realização dos direitos fundamentais: o afastamento das arbitrariedades semânticas na atribuição de sentido. **Sequência: Estudos Jurídicos e Políticos**, Florianópolis, n. 65, p. 103-123, Dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-70552012000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 Jun. 2018.

MAZZUOLI, Valério de Oliveira. **Curso de direito humanos**. 3. ed. (rev. e amp.). São Paulo: Método, 2016.

MÉDICI, André Cezar. Judicialização, integralidade e financiamento da saúde. **Revista Diagnóstico e Tratamento**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 35-41, abr/mai/jun. 2010. Disponível em <https://issuu.com/associacaopaulistamedicina/docs/rdt_v15n2> Acesso em 28 fev. 2018

MENDES, Áquilas. 'O grande problema é a falta de dinheiro para o SUS, e não a forma de repasse desses recursos'. [17/02/2017]. Entrevistador: André Antunes, **EPSJV/Fiocruz**. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/o-grande-problema-e-a-falta-de-dinheiro-para-o-sus-e-nao-a-forma-de-repasse>>. Acesso em: 14 fev. 2018.f

MINAS GERAIS. Assembleia legislativa. **Constituição do Estado de Minas Gerais**. Promulgada em 21 set. 1989. Atualizada até 09 mai. 2018. Disponível em: <<https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa-nova-min.html?tipo=Con&num=1989&ano=1989>> Acesso em 29 mai. 2018.

_____. Tribunal de Justiça. Apelação cível e reexame necessário no processo 0070116-74.2013.8.13.0701. Relator juiz convocado Adriano de Mesquita Carneiro. Julgado em 14/12/2017. **Diário da Justiça Estadual**, Belo Horizonte, 23 jan. 2018a. Disponível em: <<http://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/pesquisaNumeroCNJEspelhoAcordao.do?numeroRegi>>

stro=1&totalLinhas=1&linhasPorPagina=10&numeroUnico=1.0701.13.007011-6%2F001&pesquisaNumeroCNJ=Pesquisar> Acesso em 25 mai. 2018.

_____. Tribunal de Justiça. Apelação cível e reexame necessário no processo 0113473-36.2015.8.13.0701. Relator desembargador Corrêa Júnior. Julgado em 22/11/2016. **Diário da Justiça Estadual**, Belo Horizonte, **02 dez. 2016t**. Disponível em: <
<http://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/pesquisaNumeroCNJEspelhoAcordao.do?numeroRegistro=1&totalLinhas=1&linhasPorPagina=10&numeroUnico=1.0701.15.011347-3%2F001&pesquisaNumeroCNJ=Pesquisar>> Acesso em 25 mai. 2018.

_____. Tribunal de Justiça. Apelação cível e reexame necessário no processo 0195303-29.2012.8.13.0701. Relator desembargador Albergaria Costa. Julgado em 09/02/2017. **Diário da Justiça Estadual**, Belo Horizonte, 07 mar. 2017a. Disponível em: <
<http://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/pesquisaNumeroCNJEspelhoAcordao.do?numeroRegistro=1&totalLinhas=1&linhasPorPagina=10&numeroUnico=1.0701.12.019530-3%2F002&pesquisaNumeroCNJ=Pesquisar>> Acesso em 25 mai. 2018.

_____. Tribunal de Justiça. Apelação cível e reexame necessário no processo 0231981-09.2013.8.13.0701. Relator desembargador Alberto Vilas Boas. Julgado em 13/09/2016. **Diário da Justiça Estadual**, Belo Horizonte, 20 set. 2016q. Disponível em: <
<http://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/pesquisaNumeroCNJEspelhoAcordao.do?numeroRegistro=1&totalLinhas=1&linhasPorPagina=10&numeroUnico=1.0701.13.023198-1%2F008&pesquisaNumeroCNJ=Pesquisar>> Acesso em 25 mai. 2018.

_____. Tribunal de Justiça. Apelação cível e reexame necessário no processo 0246821-87.2014.8.13.0701. Relatora desembargadora Hilda Teixeira Costa. Julgado em 29/11/2016. **Diário da Justiça Estadual**, Belo Horizonte, 12 dez. 2016u. Disponível em: <
<http://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/pesquisaNumeroCNJEspelhoAcordao.do?numeroRegistro=1&totalLinhas=1&linhasPorPagina=10&numeroUnico=1.0701.14.024682-1%2F001&pesquisaNumeroCNJ=Pesquisar>> Acesso em 25 mai. 2018.

_____. Tribunal de Justiça. Apelação cível e reexame necessário no processo 0265664-03.2014.8.13.0701. Relator desembargador Edilson Olímpio Fernandes. Julgado em 07/06/2016. **Diário da Justiça Estadual**, Belo Horizonte, 17 jun. 2016l. Disponível em: <
http://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/pesquisaNumeroCNJEspelhoAcordao.do?jsessionid=7AD1DD86F1A9DD39CDA50EB23A274936.juri_node1?numeroRegistro=1&totalLinhas=1&linhasPorPagina=10&numeroUnico=1.0701.14.026566%2F001&pesquisaNumeroCNJ=Pesquisar> Acesso em 25 mai. 2018.

_____. Tribunal de Justiça. Apelação cível e reexame necessário no processo 0272167-74.2013.8.13.0701. Relator desembargador Paulo Balbino. Julgado em 29/04/2016. **Diário da Justiça Estadual**, Belo Horizonte, 06 mai. 2016i. Disponível em: <
<http://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/pesquisaNumeroCNJEspelhoAcordao.do?numeroRegistro=1&totalLinhas=1&linhasPorPagina=10&numeroUnico=1.0701.13.027216-7%2F002&pesquisaNumeroCNJ=Pesquisar>> Acesso em 25 mai. 2018.

_____. Tribunal de Justiça. Apelação cível e reexame necessário no processo 0280477-06.2012.8.13.0701. Relator desembargador Peixoto Henriques. Julgado em 01/03/2016. **Diário da Justiça Estadual**, Belo Horizonte, 08 mar. 2016b. Disponível em: <
<http://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/pesquisaNumeroCNJEspelhoAcordao.do?numeroRegistro=1&totalLinhas=1&linhasPorPagina=10&numeroUnico=1.0701.13.0280477-06%2F001&pesquisaNumeroCNJ=Pesquisar>> Acesso em 25 mai. 2018.

stro=1&totalLinhas=1&linhasPorPagina=10&numeroUnico=1.0701.12.028047-7%2F002&pesquisaNumeroCNJ=Pesquisar> Acesso em 25 mai. 2018.

_____. Tribunal de Justiça. Apelação cível e reexame necessário no processo 0337879-11.2013.8.13.0701. Relator desembargador Luís Carlos Gambogi. Julgado em 25/01/2018. **Diário da Justiça Estadual**, Belo Horizonte, 06 fev. 2018b. Disponível em: <
<http://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/pesquisaNumeroCNJEspelhoAcordao.do?numeroRegistro=1&totalLinhas=1&linhasPorPagina=10&numeroUnico=1.0701.13.033787-9%2F001&pesquisaNumeroCNJ=Pesquisar>> Acesso em 25 mai. 2018.

_____. Tribunal de Justiça. Apelação cível e reexame necessário no processo 0398517-10.2013.8.13.0701. Relator desembargadora Yeda Athias. Julgado em 29/03/2016. **Diário da Justiça Estadual**, Belo Horizonte, 08 abr. 2016h. Disponível em: <
<http://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/pesquisaNumeroCNJEspelhoAcordao.do?numeroRegistro=1&totalLinhas=1&linhasPorPagina=10&numeroUnico=1.0701.13.039851-7%2F001&pesquisaNumeroCNJ=Pesquisar>> Acesso em 25 mai. 2018.

_____. Tribunal de Justiça. Apelação cível no processo 0120411-70.2012.8.13.0016. Relatora desembargadora Hilda Teixeira da Costa. Julgado em 07/08/2013. **Diário da Justiça Estadual**, Belo Horizonte, 21 ago. 2013. Disponível em
 <http://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/pesquisaNumeroCNJEspelhoAcordao.do;jsessionid=D29A89C65139283C16C6E6ACACCA9EE7.juri_node2?numeroRegistro=1&totalLinhas=1&linhasPorPagina=10&numeroUnico=0120411-70.2012.8.13.0016&pesquisaNumeroCNJ=Pesquisar> Acesso em 16 mai. 2018.

_____. Tribunal de Justiça. Apelação cível no processo 0121133-52.2013.8.13.0701. Relator desembargador Claret de Moraes. Julgado em 01/03/2016. **Diário da Justiça Estadual**, Belo Horizonte, 08 mar. 2016d. Disponível em: <
<http://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/pesquisaNumeroCNJEspelhoAcordao.do?numeroRegistro=1&totalLinhas=1&linhasPorPagina=10&numeroUnico=1.0701.13.012113-3%2F001&pesquisaNumeroCNJ=Pesquisar>> Acesso em 25 mai. 2018.

_____. Tribunal de Justiça. Apelação cível no processo 0194312-19.2013.8.13.0701. Relator desembargador Raimundo Messias Júnior. Julgado em 04/10/2016. **Diário da Justiça Estadual**, Belo Horizonte, 17 out. 2016r. Disponível em:
 <<http://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/pesquisaNumeroCNJEspelhoAcordao.do?numeroRegistro=1&totalLinhas=1&linhasPorPagina=10&numeroUnico=1.0701.13.019431-2%2F002&pesquisaNumeroCNJ=Pesquisar>> Acesso em 25 mai. 2018.

_____. Tribunal de Justiça. Apelação cível no processo 0194338-17.2013.8.13.0701. Relator desembargador Claret de Moraes. Julgado em 26/01/2016. **Diário da Justiça Estadual**, Belo Horizonte, 05 fev. 2016a. Disponível em: <
<http://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/pesquisaNumeroCNJEspelhoAcordao.do?numeroRegistro=1&totalLinhas=1&linhasPorPagina=10&numeroUnico=1.0701.13.019433-8%2F001&pesquisaNumeroCNJ=Pesquisar>> Acesso em 25 mai. 2018.

_____. Tribunal de Justiça. Apelação cível no processo 0208627-86.2012.8.13.0701. Relator desembargador Dárcio Lopardi Mendes. Julgado em 18/08/2016. **Diário da Justiça Estadual**, Belo Horizonte, 23 ago. 2016o. Disponível em: <
<http://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/pesquisaNumeroCNJEspelhoAcordao.do?numeroRegistro=1&totalLinhas=1&linhasPorPagina=10&numeroUnico=1.0701.12.028047-7%2F002&pesquisaNumeroCNJ=Pesquisar>>

stro=1&totalLinhas=1&linhasPorPagina=10&numeroUnico=1.0701.12.020862-7%2F001&pesquisaNumeroCNJ=Pesquisar> Acesso em 25 mai. 2018.

_____. Tribunal de Justiça. Apelação cível no processo 0269146-56.2014.8.13.0701. Relator desembargador Áurea Brasil. Julgado em 16/03/2016. **Diário da Justiça Estadual**, Belo Horizonte, 05 abr. 2016g. Disponível em: <
<http://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/pesquisaNumeroCNJEspelhoAcordao.do?numeroRegistro=1&totalLinhas=1&linhasPorPagina=10&numeroUnico=1.0701.14.026914-6%2F001&pesquisaNumeroCNJ=Pesquisar>> Acesso em 25 mai. 2018.

_____. Tribunal de Justiça. Apelação cível no processo 0329731-40.2015.8.13.0701. Relator desembargador Jair Varão. Julgado em 06/07/2017. **Diário da Justiça Estadual**, Belo Horizonte, 01 ago. 2017c. Disponível em: <
<http://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/pesquisaNumeroCNJEspelhoAcordao.do?numeroRegistro=1&totalLinhas=1&linhasPorPagina=10&numeroUnico=1.0701.15.032973-1%2F001&pesquisaNumeroCNJ=Pesquisar>> Acesso em 25 mai. 2018.

_____. Tribunal de Justiça. Apelação cível no processo 0334210-76.2015.8.13.701. Relator desembargador Edilson Olímpio Fernandes. Julgado em 25/07/2017. **Diário da Justiça Estadual**, Belo Horizonte, 04 ago. 2017d. Disponível em: <
<http://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/pesquisaNumeroCNJEspelhoAcordao.do?numeroRegistro=1&totalLinhas=1&linhasPorPagina=10&numeroUnico=1.0701.15.033421-0%2F001&pesquisaNumeroCNJ=Pesquisar>> Acesso em 25 mai. 2018.

_____. Tribunal de Justiça. Apelação cível no processo 0347977-55.2013.8.13.0701. Relator desembargador Versiani Penna. Julgado em 23/06/2016. **Diário da Justiça Estadual**, Belo Horizonte, 05 jul. 2016m. Disponível em: <
<http://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/pesquisaNumeroCNJEspelhoAcordao.do?numeroRegistro=1&totalLinhas=1&linhasPorPagina=10&numeroUnico=1.0701.13.034797-7%2F001&pesquisaNumeroCNJ=Pesquisar>> Acesso em 25 mai. 2018.

_____. Tribunal de Justiça. Apelação cível no processo 0380059-08.2014.8.13.0701. Relator desembargador Gilson Soares Lemes. Julgado em 25/08/2016. **Diário da Justiça Estadual**, Belo Horizonte, 06 set. 2016j. Disponível em: <
<http://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/pesquisaNumeroCNJEspelhoAcordao.do?numeroRegistro=1&totalLinhas=1&linhasPorPagina=10&numeroUnico=1.0701.14.038005-9%2F001&pesquisaNumeroCNJ=Pesquisar>> Acesso em 25 mai. 2018.

_____. Tribunal de Justiça. Apelação cível no processo 0408223-80.2014.8.13.0701. Relatora desembargadora Teresa Cristina da Cunha Peixoto. Julgado em 10/03/2016. **Diário da Justiça Estadual**. Belo Horizonte, 05 abr. 2016f. Disponível em: <
http://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/pesquisaNumeroCNJEspelhoAcordao.do;jsessionid=218632F9882AB810F9E9A61551C19B30.juri_node1?numeroRegistro=1&totalLinhas=1&linhasPorPagina=10&numeroUnico=1.0701.14.040822-3%2F002&pesquisaNumeroCNJ=Pesquisar> Acesso em 26 mai. 2018.

_____. Tribunal de Justiça. Apelação cível no processo 0438067-46.2012.8.13.0701. Relatora desembargadora Yeda Athias. Julgado em 02/08/2016. **Diário da Justiça Estadual**, Belo Horizonte, 18 ago. 2016n. Disponível em: <
<http://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/pesquisaNumeroCNJEspelhoAcordao.do;jsessionid=>

86854570192581A3BBFEDFCD356A81CE.juri_node1?numeroRegistro=1&totalLinhas=1&linhasPorPagina=10&numeroUnico=1.0701.12.043806-7%2F001&pesquisaNumeroCNJ=Pesquisar> Acesso em 06 jun. 2018.

_____. Tribunal de Justiça. Apelação cível no processo 0438501-64.2014.8.13.0701. Relator desembargador Dárcio Lopardi Mendes. Julgado em 03/03/2016. **Diário da Justiça Estadual**, Belo Horizonte, 10 mar. 2016c. Disponível em: <<http://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/pesquisaNumeroCNJEspelhoAcordao.do?numeroRegistro=1&totalLinhas=1&linhasPorPagina=10&numeroUnico=1.0701.14.043850-1%2F004&pesquisaNumeroCNJ=Pesquisar>> Acesso em 25 mai. 2018.

_____. Tribunal de Justiça. Apelação cível no processo 0441879-62.2013.8.13.0701. Relatora juíza convocada Lilian Maciel Santos. Julgado em 10/11/2016. **Diário da Justiça Estadual**, Belo Horizonte, 22 nov. 2016s. Disponível em: <<http://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/pesquisaNumeroCNJEspelhoAcordao.do?numeroRegistro=1&totalLinhas=1&linhasPorPagina=10&numeroUnico=1.0701.13.044187-9%2F013&pesquisaNumeroCNJ=Pesquisar>> Acesso em 25 mai. 2018.

_____. Tribunal de Justiça. Apelação cível no processo 5011102-35.2017.8.13.0701. Relator desembargador Dárcio Lopardi Mendes. Julgado em 22/02/2018. **Diário da Justiça Estadual**, Belo Horizonte, 23 fev. 2018c. Disponível em: <<http://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/pesquisaNumeroCNJEspelhoAcordao.do?numeroRegistro=1&totalLinhas=1&linhasPorPagina=10&numeroUnico=1.0000.17.097890-2%2F001&pesquisaNumeroCNJ=Pesquisar>> Acesso em 25 mai. 2018.

_____. Tribunal de Justiça. Mandado de segurança 0716835-63.2015.8.13.0000. Relator desembargador Peixoto Henriques. Julgado em 15/03/2016. **Diário da Justiça Estadual**, Belo Horizonte, 22 mar. 2016e. Disponível em: <<http://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/pesquisaNumeroCNJEspelhoAcordao.do?numeroRegistro=1&totalLinhas=1&linhasPorPagina=10&numeroUnico=1.0000.15.071683-5%2F000&pesquisaNumeroCNJ=Pesquisar>> Acesso em 26 mai. 2018.

_____. Tribunal de Justiça. Mandado de segurança 0847000-67.2016.8.13.0000. Relator desembargador Paulo Balbino. Julgado em 24/04/2017. **Diário da Justiça Estadual**, Belo Horizonte, 02 mai. 2017b. Disponível em: <http://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/pesquisaNumeroCNJEspelhoAcordao.do;jsessionid=4CDC1E0CD4494AAEDC8272269808CEAE.juri_node1?numeroRegistro=1&totalLinhas=1&linhasPorPagina=10&numeroUnico=1.0000.16.084700-0%2F000&pesquisaNumeroCNJ=Pesquisar> Acesso em 25 mai. 2018.

_____. Tribunal de Justiça. Reexame necessário no processo 0243770-05.2013.8.13.0701. Relator desembargador Elias Camilo. Julgado em 18/08/2016. **Diário da Justiça Estadual**, Belo Horizonte, 06 set. 2016p. Disponível em: <<http://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/pesquisaNumeroCNJEspelhoAcordao.do?numeroRegistro=1&totalLinhas=1&linhasPorPagina=10&numeroUnico=1.0701.13.024377-0%2F005&pesquisaNumeroCNJ=Pesquisar>> Acesso em 25 mai. 2018.

MORAES, Alexandre de. **Direito constitucional**. 20. ed. atu. São Paulo: Atlas, 2006.

NADER, Paulo. **Filosofia do direito**. 15. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2006.

NEVES, Daniel Amorim Assumpção. **Manual de direito processual civil**. 9 ed. Salvador: JusPodivm, 2017.

NOBRE, Marcos; RODRIGUEZ, José Rodrigo. "Judicialização da política": déficits explicativos e bloqueios normativistas. **Novos estudos - CEBRAP**, São Paulo, n. 91, p. 05-20, Nov. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010133002011000300001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 mai. 2018.

NUNES, Altacílio Aparecido et al. Avaliação e incorporação de tecnologias em saúde: processo e metodologia adotados por um hospital universitário de alta complexidade assistencial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, p. 179-186, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-11X2013001300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 mai. 2018.

NUNES, Marcelo Guedes. **Jurimetria**: como a estatística pode reinventar o Direito. São Paulo. Revista dos Tribunais, 2016.

NUNES, Rizzato. **Manual de filosofia do direito**. 4. ed. rev. e amp. São Paulo: Saraiva, 2011.

OLIVEIRA, Maria dos Remédios Mendes et al. Judicialização da saúde: para onde caminham as produções científicas?. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 525-535, Jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042015000200525&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 mai. 2018.

PAIM, Jairnilson Silva; SILVA, Lígia Maria Vieira da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS, Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 2, ago. 2010. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151818122010000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 01 jun. 2018.

PERLINGEIRO, Ricardo. A tutela judicial do direito público à saúde no Brasil. **Direito, Estado e Sociedade**, Rio de Janeiro, n. 41, p. 184-203, jul./dez. 2012 Disponível em <https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2250121&rec=1&srcabs=2250854&alg=1&pos=8> Acesso em 24 mai. 2018.

PHILLIPS, Bob et al. **Oxford Centre for Evidence-based Medicine**: levels of evidence (march 2009). In: CENTRE FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE. Oxford, 2018. Disponível em: <<https://www.cebm.net/2009/06/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/>>. Acesso em 01 mar. 2018.

PIETRO, Maria Sylvia Zanella di. **Direito administrativo**. 22. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

PINHO, Diva Benevides; VASCONCELLOS, Marco Antônio Sandoval de; TONETO JÚNIOR, Rudinei (Org.). **Manual de economia**. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

RIBAS, João André Nascimento; DE MEZA, Maria Lucia Figueiredo Gomes. Os Conselhos Gestores de Políticas Públicas: espaços de consolidação da Administração Pública societal?. **Administração Pública e Gestão Social**, Viçosa, MG, v. 10 n. 1, p. 45-54, jan./mar. 2018. Disponível em: <<https://www.apgs.ufv.br/index.php/apgs/article/view/1492>>. Acesso em: 10 jul. 2018. doi:<https://doi.org/10.21118/apgs.v10i1.1492>.

ROCHA, Leonardo Andrade et al. Corrupção e crescimento: os impactos da corrupção ponderados pelos diferentes graus de eficiência entre as firmas. **Estudos Econômicos**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 783-822, dez. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010141612016000400783&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 24 mai. 2018.

ROVER, Tadeu. Legislador não pode restringir conceito de fundamentação, diz Anamatra. **Conjur**, São Paulo, 9 mar. 2015. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2015-mar-09/legislador-nao-restringir-conceito-fundamentacao-anamatra>> Acesso em 14 jun. 2018.

RUMBOLD, Benedict. Review article: the moral right to health: a survey of available conceptions. **Critical review of international social and political philosophy**, v. 20, 2017. Disponível em <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13698230.2014.995505>> Acesso em 24 mai. 2018.

RUMBOLD, Benedict et al. Universal health coverage, priority setting and the human right to health. **The Lancet**, London, v. 390, n. 10095, p. 712-714, Ago. 2017. Disponível em: <http://eprints.lse.ac.uk/68939/1/Voorhoeve_Universal_health_coverage_2017.pdf> Acesso em: 24. mai. 2018.

SANTOS, Lenir; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. SUS Brazil: The health region as a way forward. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 438-446, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902015000200438&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 mai. 2018.

SANTOS JÚNIOR, Sândalo Vianna dos. **A relação entre o contraditório e a fundamentação das decisões no processo civil do estado democrático de direito**. 2013. 232 f. Dissertação (Mestrado em Direito) -- Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2013. Disponível em: <http://repositorio.ufes.br/bitstream/10/2742/1/tese_6557_Disserta%C3%A7%C3%A3o%20S%C3%A2ndalo%20Santos%20Jr%20-%20202013.pdf> Acesso em 14 jun. 2018.

SCHULZE, Clênio Jair. Números atualizados da judicialização da saúde no Brasil. **Empório do direito**, Florianópolis, 11 set. 2017. Disponível em <<http://emporiododireito.com.br/leitura/numeros-atualizados-da-judicializacao-da-saude-no-brasil-por-clenio-jair-schulze>> Acesso em 19 dez. 2017.

_____. STF fixa novos parâmetros para a judicialização da saúde. **Empório do direito**. Florianópolis, 30 maio 2016. Disponível em: <<http://emporiododireito.com.br/leitura/stf-fixa-novos-parametros-para-a-judicializacao-da-saude-por-clenio-jair-schulze>> Acesso em 15 dez. 2017.

SCHUSTER, Herivelton Antônio; MULLER, Suzana Habitzreuter; RODRIGUES JUNIOR, Moacir Manoel. Avaliação da Eficiência do Atendimento no Sus por meio da Análise

Envoltória de Dados: um Estudo nas Microrregiões do Estado do Paraná. **Administração Pública e Gestão Social**, Viçosa, MG, v. 10, n. 3, p. 179-187, jul. 2018. Disponível em: <<https://www.apgs.ufv.br/index.php/apgs/article/view/1576>>. Acesso em: 10 jul. 2018. doi:<https://doi.org/10.21118/apgs.v10i3.1576>.

SEN, Amartya. Why and how is health a human right? **The Lancet**, London, v. 372, n. 9655. 2010. Disponível em: <https://dash.harvard.edu/bitstream/handle/1/3124128/Sen_HealthHumanRight.pdf?sequence=1>. Acesso em 23 mai. 2018.

SILVA, Alexandre Barbosa da; SCHULMAN, Gabriel. The de-judicialization of health: mediation and interinstitutional dialogues. **Revista de Bioética**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 290-300, Ago. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198380422017000200290&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 mai. 2018.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 26. Ed. rev. atu. São Paulo: Malheiros, 2006.

SOUSA, Aione Maria da Costa. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 227-234, Dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802014000200227&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 Jun. 2018.

SQUIZZATO, Ana Carolina. **Direito financeiro e econômico**. São Paulo: Método, 2013.

STRECK, Lênio Luiz. As recepções teóricas inadequadas em *terrae brasilis*. **Revista de Direitos Fundamentais e Democracia**, Curitiba, v. 10, n. 10, p. 2-37, jul./dez. 2011. Disponível em: <<http://revistaeletronicardfd.unibrasil.com.br/index.php/rdfd/article/viewFile/53/52>> Acesso em: 24 mai. 2018.

TETEMANN, Edialy Cancian; TRUGILHO, Silvia Moreira; SOGAME, Luciana Carrupt Machado. Universalidade e territorialização no SUS: contradições e tensões inerentes. **Textos e Contextos**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 356-369, ago./dez. 2016. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/25456/15297>> Acesso em 02 jun. 2018.

THEODORO JÚNIOR, Humberto et al. **Novo CPC: fundamentos e sistematização**. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2016.

UBERABA (MG). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Programação anual de saúde 2015**. Uberaba, MG. Disponível em: <<http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo//saude/arquivos/Programacao%202015/Programacao%20Anal%20de%20saude%202015%20aprovada%20pelo%20CMS.pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2018

_____. **Programação anual de saúde 2016**. Uberaba, MG. Disponível em: <<http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo//saude/arquivos/2016/Pas%202016%20aprovada%20pelo%20CMS.pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2018

_____. **Programação anual de saúde 2017**. Uberaba, MG. Disponível em: <<http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo//saude/arquivos/2017/PAS%202017.pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2018

_____. **Programação anual de saúde 2018**. Uberaba, MG. Disponível em: <<http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo//saude/arquivos/2018/PAS/PAS%202018%20compativel%20LOA%202018.pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2018

VASCONCELLOS, Marcos de; ROVER, Tadeu. Advogados e juízes disputam vetos de Dilma em novo CPC. **Conjur**, São Paulo, 11 mar. 2015. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2015-mar-11/advogados-juizes-disputam-vetos-dilma-cpc>> Acesso em 14 jun. 2018.

VASCONCELOS, Flávio Carvalho de. Racionalidade, autoridade e burocracia: as bases da definição de um tipo organizacional pós-burocrático. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, 2004. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6534>> Acesso em 01 jun. 2018.

VENTURA, Miriam et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 fev. 2018

VIEIRA, Fabiola Sulpino; ZUCCHI, Paola. Demandas judiciais e assistência terapêutica no Sistema Único de Saúde. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 55, n. 6, p. 672-683, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302009000600011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 mai. 2018.

WANG, Daniel Wei Lian et al.. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. **Revista Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 5, p. 1191-1206, Out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003476122014000500006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 mai. 2018.

WANG, Daniel Wei Lian. **Can litigation promote fairness in healthcare? The judicial review of rationing decisions in Brazil and England**. 2013. 328 f. Thesis (Doctor of Philosophy) -- London School of Economics, London, 2013a. Disponível em: <http://etheses.lse.ac.uk/739/> Acesso em 24 mai. 2018.

_____. **Courts as healthcare policy-makers: the problem, the responses to the problem and problems in the responses**. São Paulo: FGV, 2013b. (Research Paper Series – Legal Studies). Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/11198/RPS_75_final.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em 22 mai. 2018.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE COLETA DE DADOS

Perfil da demanda

1) Natureza da demanda (individual ou coletiva):

- a) Individual.
- b) Coletiva.

2) Patrocinador da ação:

- a) Advocacia privada ou dativa.
- b) Ministério Público.
- c) Defensoria Pública.

3) Sexo do requerente:

- a) Masculino.
- b) Feminino.
- c) Não informado.

4) Desfecho da demanda quanto ao fornecimento de medicamentos em 1º grau:

- a) Procedência ou outro resultado integralmente favorável ao autor.
- b) Parcial procedência, ou outro resultado parcialmente favorável ao autor.
- c) Improcedência ou extinção sem resolução do mérito desfavorável ao autor.

5) Desfecho da demanda quanto ao fornecimento de medicamentos em 2º grau:

- a) Procedência ou outro resultado integralmente favorável ao autor.
- b) Parcial procedência, ou outro resultado parcialmente favorável ao autor.
- c) Improcedência ou extinção sem resolução do mérito desfavorável ao autor.

6) Ente responsável em 1º grau:

- a) Município.
- b) Estado.
- c) Município e estado.
- d) Nenhum.

7) Ente responsável em 2º grau:

- a) Município.
- b) Estado.
- c) Município e estado.
- d) Nenhum.

Ônus probatório

8) Prova da necessidade do requerente ter sido feita por médico vinculado ao SUS ou particular:

- a) Sim, público.
- b) Sim, particular.
- c) Não informado.

9) Realização de procedimento probatório pericial:

- a) Sim, anterior à sentença.
- b) Sim, não houve perícia.
- c) Não.

10) Condicionamento de fornecimento posterior à contínua comprovação de necessidade:

- a) Sim, houve condicionamento.
- b) Não houve condicionamento.

Fundamentação jurídica da decisão

11) Existência e ao resultado de requerimento administrativo previamente formulado pelo requerente:

- a) Houve requerimento.
- b) Não houve requerimento.
- c) Não informado.

12) Norma expressa do âmbito administrativo (tais como portarias do SUS ou resoluções do CNJ) sobre a obrigação do ente em atender à obrigação especificamente pleiteada:

- a) Havendo obrigação do ente responsável.

b) Não informado ou o julgador declarou sua indiferença.

13) Ao se referir ao remédio, julgador se reportou a(o):

a) Denominação básica brasileira.

b) Genérico.

c) Nome Comercial.

d) Àquilo requerido pela parte.

e) Àquilo que “for necessário”.

f) Àquilo que, genericamente, for necessário ou foi pleiteado, mas ordenando a não vinculação à marca.

g) Não informado.

14) Registro na ANVISA do(s) remédio pleiteado enquanto alegação da parte:

a) Há registro.

b) Não há registro.

c) Não informado.

15) Registro na ANVISA do remédio pleiteado enquanto fundamento da decisão:

a) Há registro.

b) Não há registro.

c) Não informado.

16) Existência e ineficácia de remédio fornecido regularmente pelo SUS como alegação do requerente:

a) Sim, e este foi o remédio requerido.

b) Sim, como alegação da parte, afirmando inexistência.

c) Sim, como alegação da parte, afirmando a ineficácia ou falta de prova da eficácia.

d) Não informado.

17) Existência e ineficácia de remédio fornecido regularmente pelo SUS como fundamento da decisão:

a) Sim, como fundamento, afirmando a eficácia ou falta de prova da ineficácia.

b) Sim, como fundamento, afirmando inexistência.

c) Sim, como fundamento, afirmando a ineficácia.

d) Não informado.

Miscelânea

18) Data da publicação: _____.

19) Patologia: _____.

20) Medicamento/insumo: _____.

APÊNDICE B – PROPOSTA INDIVIDUAL DE EXTRAÇÃO DE DADOS PARA ANÁLISE TEMÁTICA

Número do Processo (XXXXXX)	Processo A, B, C,		
Caracterização do Problema	Patologia e medicamento solicitado		
PARÂMETROS (Temas)	TRECHOS EXTRAÍDOS – Extratos.	Núcleos de sentidos	Categoria temática
Concepção de Direito à Saúde			
Fundamentos de Defesa do Réu			
Crítérios da Decisão			
Dispositivo			
Causas da Reforma			
Atribuições do Poder Judiciário			
Atribuições da Administração Pública			
Atribuições do juiz			