

**ATIVISMO JUDICIAL E DEFESA DE DIREITOS:
FORNECIMENTO GRATUITO DE MEDICAMENTOS E A
INTERVENÇÃO DO PODER JUDICIÁRIO**

FABIANA GOMES RODRIGUES

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FLUMINENSE - UENF

**CAMPOS DOS GOYTACAZES – RJ
MARÇO/2018**

**ATIVISMO JUDICIAL E DEFESA DE DIREITOS:
FORNECIMENTO GRATUITO DE MEDICAMENTOS E A
INTERVENÇÃO DO PODER JUDICIÁRIO**

FABIANA GOMES RODRIGUES

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Sociologia Política do Centro de Ciências do Homem da Universidade Estadual do Estado do Norte Fluminense como parte das exigências para obtenção do título de Doutor em Sociologia Política.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FLUMINENSE - UENF
CAMPOS DOS GOYTACAZES – RJ
MARÇO/2018

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca do **CCH / UENF**

033/2018

R696 Rodrigues, Fabiana Gomes.

Ativismo judicial e defesa de direitos : fornecimento gratuito de medicamentos e a intervenção do poder judiciário / Fabiana Gomes Rodrigues. – Campos dos Goytacazes, RJ, 2018.

160 f. : il.

Bibliografia: f. 120 – 134.

Tese (Doutorado em Sociologia Política) – Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Centro de Ciências do Homem, 2018.
Orientador: Hugo Borsani.

1. Políticas Públicas. 2. Judicialização da Política de Medicamentos. 3. Ativismo Judicial. 4. Saúde Pública. I. Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro. II. Título.

CDD – 362.1098153

ATIVISMO JUDICIAL E DEFESA DE DIREITOS: FORNECIMENTO
GRATUITO DE MEDICAMENTOS E A INTERVENÇÃO DO PODER
JUDICIÁRIO

FABIANA GOMES RODRIGUES

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Sociologia Política do Centro de Ciências do Homem da Universidade Estadual do Estado do Norte Fluminense como parte das exigências para obtenção do título de Doutor em Sociologia Política.

Tese aprovada em: 26 de março de 2018.

Comissão examinadora:

Dr. Hugo Borsani – orientador
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – UENF

Dr. Andres del Rio Roldan
Universidade Federal Fluminense – UFF

Dr. Carlos Alexandre de Azevedo Campos
Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ

Dr. Leandro Molhano Ribeiro
Fundação Getúlio Vargas - FGV

Dr. Mauro Macedo Campos
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – UENF

Agradecimentos

Ao meu orientador Dr. Hugo Borsani, por todas as contribuições fundamentais para a produção deste trabalho: pelas tardes de orientação e leitura crítica e aguçada que, com gentileza, foram descortinando minhas reflexões; pelas mensagens respondidas sempre com muito carinho, mesmo que tarde da noite e finais de semana, e por confiar no potencial deste trabalho.

Ao professor Dr. Mauro Macedo, pela perspicácia das observações, determinantes para direcionar o viés desta pesquisa.

À professora Dra. Joseane de Souza, pelas precisas contribuições na confecção do projeto e pela confiança ao me convidar para ministrar uma das disciplinas do curso de Administração Pública no meu estágio docente.

Aos membros da banca, pelos comentários e críticas nas instâncias prévias de avaliação do trabalho.

Aos meus professores Sérgio de Azevedo, Nilo Lima de Azevedo, Roberto Dutra Torres, Vitor Peixoto, Vânia Morales, Carlos Pinho, e todos os demais professores do programa de doutorado em sociologia política.

Ao Nelson Goulart, pela parceria acadêmica com a qual sempre pude contar.

Aos amigos Anabelle, Marcos Coutinho, Ana Carla, Vanda, Ubirajara, Moises (in memoriam). Obrigada pelas palavras e companheirismo que sempre me estimularam a prosseguir.

Ao meu querido marido, companheiro de vida, pelo apoio e compreensão durante todo período do doutorado, em especial nos últimos meses de reclusão e isolamento. Obrigada pela leitura e correções de todas as páginas deste trabalho e pela parceria intelectual e emocional em todos os momentos. Sem você seria impossível concluir este projeto. Muito obrigada pela atenção e cuidado com as nossas meninas durante este tempo que me dediquei a escrever.

Às minhas meninas, Carina e Cecília, desculpas pela ausência e os momentos que fiquei distante, ainda que no mesmo ambiente. Obrigada pelos abraços entre uma página e outra desse trabalho. Foram fundamentais.

À minha mãe, pelo apoio incondicional às minhas escolhas e carinho que dedica às netas.

À minha família, por compreender este período de ausência e torcida pela conclusão deste projeto.

RESUMO

Esta tese analisa a judicialização da política de medicamentos através dos efeitos provocados pelas decisões judiciais ativistas na política pública do estado. Para tanto, utilizou-se as decisões judiciais provenientes do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro (TJRJ) dos anos de 2013 a 2016 que tratavam de fornecimento de medicamentos a fim de verificar os impactos gerenciais causados na Administração Pública. Este estudo serviu-se ainda de entrevistas não estruturadas que buscaram explorar a percepção dos atores sobre a judicialização da política de medicamentos, e também dos diálogos interinstitucionais promovidos pelo Conselho Nacional de Justiça em 2017. Como metodologia, a análise das decisões judiciais foi realizada a partir de algumas variáveis consideradas relevantes para indicação do ativismo judicial, levantamentos bibliográficos e entrevistas que permitiram acesso a informações, atitudes e vivências não encontradas nas decisões e nos textos normativos. Conceitualmente, o estudo foi baseado na teoria desenvolvida no país por Luís Roberto Barroso, que considera ativismo judicial a atitude proativa de concretizar valores constitucionais, interferindo no espaço de atuação do Executivo. Das análises foi possível perceber que as decisões judiciais ativistas incrementam o custo de gerenciamento da política pública de medicamentos, observando-se também que, para o indivíduo, as decisões judiciais significam a possibilidade de obter o medicamento que pretende. Os estudos apontam para verdadeiras “escolhas de Sofia”, haja vista que negar um medicamento pode significar furtar do indivíduo a chance à vida. Por outro lado, medicamentos individualmente concedidos e custeados pela administração pública preterem o acesso à saúde do conjunto da coletividade e privilegiam aqueles que vão ao Judiciário. A combinação de esforços entre as instituições envolvidas e as recentes inovações institucionais podem ser o meio mais eficaz para o controle deste fenômeno, mas ainda é cedo para avaliar os efeitos dessas iniciativas.

Palavras-chave: Política Pública de Medicamentos; Saúde; Judicialização da política; Ativismo Judicial.

ABSTRACT

This thesis analyzes the judicialization of drug policy through the effects of judicial activist decisions on public policy in the state. To do so, we used judicial decisions from the Court of Justice of Rio de Janeiro (TJRJ) from the years of 2013 to 2016 that dealt with the supply of medicines in order to verify the management impacts caused in the Public Administration. This study also served as unstructured interviews that sought to explore the actors' perceptions about the judicialization of drug policy, and also of the interinstitutional dialogues promoted by the National Council of Justice in 2017. As a methodology, the analysis of judicial decisions was made from some variables considered relevant to indicate judicial activism, bibliographical surveys and interviews that allowed access to information, attitudes and experiences not found in decisions and normative texts. Conceptually the study was based on the theory developed in the country by Luís Roberto Barroso that considers judicial activism the proactive attitude of concretizing constitutional values, interfering in the executive's space of action. From the analyzes it was possible to notice that the judicial decisions activists increase the cost of managing the public policy of medicines, it was also observed that for the individual, judicial decisions represent the only chance for health. The studies point to true "Sofia's choices" since denying a drug may mean stealing from the individual the chance to live. On the other hand, medicines individually granted and paid for by the public administration preclude access to the health of the whole community and privilege those who go to the Judiciary. The combination of efforts between institutions involved and recent institutional innovations may be the most effective means of controlling this phenomenon, but it is still early to assess the effects of these initiatives.

Keywords: Public Medicines Policy; Cheers; Judicialization of politics; Judicial Activism.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANS-Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BLAFT – Bloco de Assistência Farmacêutica
BLMAC – Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar
BLVIG – Bloco de Vigilância em Saúde
BPS - Banco de Preços da Saúde
CBAF Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CEAF - Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CEME – Central de Medicamentos
CESAF - Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
CF – Constituição Federal
CFM - Conselho Federal de Medicina CID
CFM - Conselho Federal de Medicina
CNS - Conselho Nacional de Saúde
COMARE - Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
CRLS - Câmara de Resolução de Litígios de Saúde
DPERJ – Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro
DPU - Defensoria Pública da União
EC – Emenda Constitucional
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
FNS - Fundo Nacional de Saúde
FTN - Formulário Terapêutico Nacional
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
MP - Ministério Público
MPF - Ministério Público Federal
MPRJ - Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro

MS – Ministério da Saúde

NAT – Núcleo de Assistência Técnica

OAB - Ordem dos Advogados do Brasil

OMS – Organização Mundial da Saúde

PCDT - Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

PGERJ - Procuradoria Geral do Estado do Rio de Janeiro

PNM - Política Nacional de Medicamentos

REME - Relação Estadual de Medicamentos Essenciais

REMUME - Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

SAS/MS - Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde

SCTIE/MS - Secretarias de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do

Ministério da Saúde SE/MS - Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde

SESAI/MS - Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde

SGEP/MS - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da
Saúde

SGTES/MS - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do
Ministério da Saúde

STF – Supremo Tribunal Federal

STJ – Superior Tribunal de Justiça

SUS – Sistema único de Saúde

SVS/MS - Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde

LISTAS DE GRÁFICOS E TABELAS

GRÁFICOS

Gráfico 01 - Quantidade de medicamentos na RENAME, p 48.

Gráfico 02 - Fases de Implantação do HÓRUS nos municípios do RJ, p 60.

Gráfico 03- Evolução dos valores gastos pelo MS com a aquisição de medicamentos/insumos para atender às demandas judiciais, p 60.

Gráfico 04 - Recursos repassados ao Estado do RJ para custeio de decisão judicial, p 62.

Gráfico 05 - Evolução de recursos repassados ao Estado do RJ para custeio de decisão judicial segundo blocos de assistência (2013 a 2016), p 63.

Gráfico 06 - Recursos judiciais para BLMAC, p 65.

Gráfico 07 - Quantidade de decisões proferidas pelo TJRJ sobre medicamentos, p 67.

Gráfico 08 - Fluxograma das ações judiciais – Justiça Comum, p 71.

Gráfico 09 - Ano de início da institucionalização da Defensoria Pública, p 80.

Gráfico 10 - Principais áreas de atuação dos Defensores Públicos Estaduais entre 2009 a 2014, p 81.

Gráfico 11 - Principais áreas de atuação dos Defensores Públicos Federais, entre 2009 e 2014, p 82.

Gráfico 12 - Quantidade de medicamentos concedidos nas 412 ações judiciais analisadas, p 84.

Gráfico 13 - Ações iniciais (1º instância) no TJRJ, p 105.

Gráfico 14 - Números de julgamentos de ações de saúde no Juizado Especial Fazendário (2013-2016), p 112.

TABELAS

Tabela 1- Ativismo judicial no STF, p 32.

Tabela 2 - Histórico da CEME, p 38.

Tabela 3 – Trechos do relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde/1986 e do texto original da Constituição Federal/1988, p 43.

Tabela 4 – Edições da RENAME, p 46.

Tabela 5 - Apresentação da RENAME desde 2012, p 50.

Tabela 6 – Financiamento de medicamentos da RENAME, p 53.

Tabela 7 - Execução orçamentária do MS e aquisição de medicamento com demanda judicial, p 61.

Tabela 8 - Valores gastos com o fornecimento dos dez medicamentos mais caros (ano-base 2016), p. 61.

Tabela 9 - Recursos repassados ao Estado do RJ para custeio de decisão judicial no bloco de vigilância sanitária (BLVIG), p 64.

Tabela 10 - STJ: temas de repercussão geral na política pública de medicamentos, p 73.

Tabela 11 - Quantidade de hipossuficientes mencionada nas decisões pesquisadas, p 78.

Tabela 12 - Emendas constitucionais que conferiram autonomia à Defensoria Pública, p 79.

Tabela 13 - Quantidade de comarcas existentes, atendidas e não atendidas pela Defensoria Pública Estadual, p 81.

Tabela 14 - Instituições que mantêm convênio com as Defensorias Públicas Estaduais para a prestação de assistência jurídica gratuita, p 82.

Tabela 15 - Repasses financeiros ao estado do Rio de Janeiro a assistência farmacêutica (2013-2016 – em R\$ do ano corrente), p 86.

Tabela 16 - Repasses financeiros ao programa de assistência farmacêutica básica, RJ, 2013-2016 (em R\$ do ano corrente), p 87.

Tabela 17 - Medicamentos fora da lista do MS mais concedidos nas decisões pesquisadas, p 90.

Tabela 18 - Exemplos de posicionamentos ativistas, p 91.

Tabela 19 - Composição dos Comitês Estaduais em 2011, p. 95.

Tabela 20 - Enunciados das I e II Jornada de Saúde que abordam o tema medicamentos, p 97.

Tabela 21- Assuntos dos enunciados do CNJ, p 100.

Tabela 22 - Arenas de diálogo institucional, p 103.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO 1 – DA JUDICIALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS AO ATIVISMO JUDICIAL	20
1.1 - Da judicialização da política pública.....	20
1.2 - O desafio das decisões judiciais: a reserva do possível e o mínimo existencial.....	26
1.3 – O ativismo judicial	28
1.4 - O ativismo judicial no Brasil	31
CAPÍTULO 2 - A POLÍTICA NACIONAL DE FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS.....	36
2.1 – A primeira iniciativa do governo para distribuição gratuita de medicamentos.....	36
2.2 - A Reforma Sanitária.....	39
2.3 – A política de medicamentos	42
2.3.1 - RENAME.....	43
2.3.2 – Assistência farmacêutica.....	49
2.3.3 - Promoção do uso racional de medicamentos	52
2.3.4 - Organização das atividades de vigilância sanitária de medicamentos..	52
CAPÍTULO 3 - A JUDICIALIZAÇÃO NA POLÍTICA DE MEDICAMENTOS	55
3.1 – A judicialização dos retrovirais no Brasil	55
3.2 – Custos da judicialização na política pública de medicamentos	56
3.2.1- A entrada dos pedidos no Poder Judiciário do Estado do Rio de Janeiro	66

3.2.2 - NAT (Núcleo de Assistência Técnica)	72
3.2.3 – Os interessados e seus representantes nas ações de medicamentos. 77	
3.2.4 – Os medicamentos judicializados.	83
3.3 – As decisões judiciais ativistas	87
CAPÍTULO 4 - A POLÍTICA DE MEDICAMENTOS E O DIÁLOGO INTERINSTITUCIONAL	93
4-1- Fórum Nacional da Saúde	93
4.1.2 – As primeiras ações promovidas pelo Fórum de Saúde	95
4-2 Ampliação das arenas de diálogo	99
4-3- Ações concretas produzidas pelos diálogos institucionais.....	109
CONSIDERAÇÕES FINAIS	114
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	120
ANEXO – ENTREVISTAS.....	135

INTRODUÇÃO

A saúde, e todos os demais direitos sociais previstos na carta constitucional de 1988, requerem prestação positiva do Estado para sua efetivação. Esta prestação começa pelo dimensionamento da obrigação estatal, tarefa reservada ao Legislativo. Sua missão é elaborar as normativas que irão delimitar a abrangência da prestação da assistência à saúde. Cabe então ao Executivo movimentar a máquina administrativa para que, de fato, a assistência à saúde chegue ao cidadão. Acontece que a prestação fornecida pelo Estado pode não coadunar com as expectativas da sociedade. Neste cenário o Judiciário ganha destaque. O texto constitucional dá ao Judiciário a possibilidade de “se tornar palco final de decisões de largo alcance político, moral ou social”, através dos mecanismos de controle constitucional, dos vários atores legitimados a provocar a corte suprema, dos princípios e dos conceitos indeterminados que ela elenca (BARROSO, 2012).

Questões de repercussão social e política estão sendo transferidas para arena do Poder Judiciário, o qual, notadamente após a criação do SUS, vem assumindo o protagonismo na prestação da saúde. A interferência judicial nesta seara ocorre tanto por omissão administrativa quanto por omissão legislativa. Na primeira situação, a administração deixa de oferecer a prestação à saúde planejada, caso em que o Judiciário cumpre sua função de controle de legalidade; na segunda situação, a atuação do Judiciário pode traduzir-se em usurpação das funções do poder político, acarretando um entrave na política pública planejada para atender à cidadania.

Dois acontecimentos exemplificam a problemática acima: (1) a audiência pública realizada pelo Supremo Tribunal Federal (STF) no ano 2009, discutindo a judicialização do direito à saúde (STF) e; (2) posteriormente, a decisão da suprema corte chancelando aos juízes o poder de bloquear verbas públicas para garantir o fornecimento de remédio à pessoa necessitada.

A audiência pública de 2009, inicialmente programada para acontecer em dois dias (27 e 28 de abril de 2009), se prolongou por mais três (29 de abril, 04, 06 e 07 de maio de 2009). Vários representantes da sociedade civil participaram desse encontro, mostrando a face do problema que desembocava no Judiciário. Esperava-se, ao final, uma decisão que orientasse os juízes de todos os Tribunais do país, fato que não aconteceu dada a complexidade do assunto.

Os problemas da saúde continuaram a ser pauta das decisões judiciais. Os juízes, para compelir o imediato cumprimento das prestações, começaram a determinar o bloqueio de verbas da administração, fato que provocou uma avalanche de recursos dos entes públicos, o que demandou um posicionamento dos Tribunais Superiores sobre tais medidas judiciais.

Em 2010, o Supremo Tribunal Federal autorizou expressamente que os juízes procedessem ao bloqueio de verbas públicas para aquisição de medicamentos. Seguindo esta orientação, o Superior Tribunal de Justiça, em 2013, autorizou bloqueio ou seqüestro de verbas do Estado, a serem depositadas em conta corrente para compra imediata.

Tais decisões, tomadas em igual medida para todos os entes da federação, tornaram a gestão dos recursos da saúde ainda mais difícil. A depender do ente federado e do valor bloqueado, os serviços públicos oferecidos à população acabam sendo afetados.

O enfoque da política de saúde não é o mesmo em todo país, assim como não são os recursos. Basta pensar na disponibilidade de serviços públicos essenciais como água e esgoto e as implicações desta realidade no direcionamento da política pública de saúde em cada região. Em 2015, na região norte do país, 56,4% dos domicílios eram atendidos com água tratada e 8,7% com esgoto. Já na região Sudeste, esses percentuais eram de 91,2% (água tratada) e 77,2% (esgoto) (SNIS, 2017).

Políticas públicas em saúde demandam investimentos em infraestrutura que tragam desenvolvimento econômico, seja pela distribuição de rendas e aplicação de políticas redistributivas, efetivando os direitos sociais garantidos na Constituição de 1988. Falar de fornecimento de medicamentos por ações judiciais, ao contrário, é tratar da ineficiência do direito social à saúde, em que vários atores estão envolvidos: o Judiciário, abarrotado de ações; o Executivo, tendo que dar conta do fornecimento de uma infinidade de medicamentos judicializados, e o indivíduo, doente e necessitando da assistência farmacêutica.

O objetivo deste trabalho é estudar as intervenções do Judiciário na política pública de medicamentos a partir das sentenças. O objetivo geral do projeto de tese é compreender se o ativismo do Judiciário voltado para a garantia de direitos individuais afeta os direitos coletivos e altera a dinâmica do arranjo institucional.

O poder do Judiciário está abrigado nas atribuições conferidas pela Constituição Federal de 1988 (CF/88), que, assim como acontece nas demais constituições democráticas, confia a função governamental a órgãos especializados, que tomam para si o nome dessas funções (SILVA, 2006. P.108). Cabe ao Executivo administrar a coisa pública e ao Judiciário aplicar a lei ao caso concreto. Cabe ao primeiro planejar e implantar políticas públicas e ao segundo a atuar como fiel da balança entre a sociedade e administração pública, quando chamado a se manifestar.

Decisões judiciais sobre medicamentos, que conferem um direito individual sob a justificativa da saúde como direito de todos, implicam em intervenção na política pública de medicamentos quando obriga que o Executivo forneça medicamento que não faz parte do rol de fármacos planejados para dispensação pela administração pública.

A judicialização da política pública ultrapassa a zona de conforto do Judiciário delimitada pelo ordenamento jurídico. O que está sendo analisado são as decisões ativistas, em que os julgadores, “utilizando-se de princípios constitucionais, interferem no cenário da vida dos entes da federação - União/Estado/Município, para solucionar casos concretos” (VIANNA, 2008). Este trabalho se direciona para as decisões que conferem medicamentos não inseridos na relação nacional de medicamentos, incluídos os medicamentos de alto custo, off label, importados e os não registrados pela ANVISA.

O Supremo Tribunal Federal, órgão máximo do judiciário brasileiro, tem sido impulsionado a decidir questões desta natureza. O julgamento, que aguarda decisão no STF, sobre a obrigação do estado de fornecer medicamento de alto custo, é um exemplo. A decisão enfrenta situações complexas: o direito individual à saúde, a dignidade humana, a desorganização do SUS, a saúde pública e a falta de uma solução ótima.

Situação similar ocorre nos tribunais inferiores, que são chamados a decidir sobre medicamentos que não fazem parte daqueles definidos para dispensação pelo SUS. Vale ressaltar que, ainda que a decisão judicial se refira a medicamentos de baixo e médio custo, mas que não fazem parte da lista do governo, ela pode perverter o sistema de saúde. A ordem judicial implica, por exemplo, compras em pequenas quantidades, com prazo exíguo, e, por consequência, com valores mais elevados.

O que se quer responder é qual é o efeito, isto é, o custo (monetário, ou não monetário) das decisões judiciais na política pública de medicamentos.

Seguindo este norte foram apontadas duas hipóteses:

Hipótese 1 – As decisões judiciais alteram o planejamento orçamentário quando determinam o fornecimento de um medicamento que não está no rol da política pública de medicamentos.

A aquisição de medicamentos realizada pelas unidades de saúde, quando planejadas, passa por um procedimento licitatório, em que são analisados critérios de preço, quantidade, necessidade, entre outros. Quando o Judiciário determina a dispensação, em geral ela deve ser cumprida em caráter de urgência, compelindo a Administração Pública a adquirir medicamentos a preços superiores dos obtidos em grandes quantidades.

Hipótese 2 - As decisões judiciais acarretam um custo operacional para administração quando o Judiciário se torna a porta alternativa para aquisição do medicamento.

Não é critério de admissão das ações judiciais a negativa do medicamento pela Administração Pública. As secretarias de saúde exigem procedimento burocrático, com abertura de processo administrativo e a observância de critérios de prioridade, ordem de chegada para dispensação, etc.. Na justiça, uma ação procedente pode tornar a aquisição do medicamento mais célere, preterindo critérios direcionados à coletividade, como a ordem do atendimento coletivo.

Para o desenvolvimento da pesquisa foram utilizados, como métodos de procedimento, pesquisa qualitativa, bibliográfica e documental.

Para analisar o tratamento dado ao Judiciário como instituição responsável na democracia contemporânea foi realizada pesquisa bibliográfica da judicialização da política pública. Feita esta análise, foi possível conhecer como o ativismo judicial surge nesse cenário, trazendo, para tanto, casos emblemáticos da Corte Norte-americana e decisões do Judiciário nacional que representam interferência nas políticas públicas e são capazes de demonstrar como se configura o ativismo brasileiro.

Para descrever os fundamentos da política pública de fornecimento gratuito de medicamentos, além da análise bibliográfica, foi traçado um panorama do marco do ativismo judicial no país: as decisões judiciais nas ações promovidas no interesse

das pessoas portadoras do vírus HIV para a implantação da política pública para fornecimento gratuito do coquetel de medicamentos para esta doença.

Ancorado na produção legislativa que disciplina o procedimento de fornecimento gratuito de medicamentos, foi possível revisitar o caminho percorrido pelos poderes do Estado para desenhar a política pública farmacêutica e entender seu atual desenvolvimento.

A fim de verificar os impactos gerenciais causados na Administração Pública, utilizaram-se as decisões judiciais provenientes do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro (TJRJ) dos anos de 2013 a 2016 e das Turmas Recursais Fazendárias do Estado destes mesmos anos. Escolheram-se decisões em grau de recurso por representarem um retrato de todo o Estado. Os documentos analisados são de natureza pública, disponíveis para consulta no site do TTRJ. Uma das limitações destes documentos se refere a sua própria natureza, pois eles não foram produzidos para investigação social, estando os dados condicionados ao conteúdo dos documentos, o que restringe a atuação do pesquisador. Outra limitação é o critério de seleção estabelecido pelo site de consulta, haja vista que, uma vez que as decisões disponibilizadas são somente aquelas sobre as quais os julgadores, de forma discricionária, entenderam conveniente a construção de uma ementa, um resumo da decisão. Significa dizer que a pesquisa não será capaz de abranger todas as decisões do Tribunal, mas somente as disponíveis no site de consulta, as quais, ainda assim, representam um montante expressivo capaz de atender ao objetivo da pesquisa. Para realização da consulta e seleção das decisões judiciais foram utilizados os seguintes descritores: medicamento, remédio, apelação, recurso inominado.

A pesquisa incluiu também entrevistas não estruturadas que buscaram explorar a percepção dos atores sobre a judicialização com o objetivo de permitir acesso a informações, atitudes e vivências não encontradas nas decisões e textos normativos. Foram entrevistados 09 atores em diferentes funções deste contexto: 01 desembargador, 02 juízes, 01 promotor de justiça, 01 defensor público estadual, 01 funcionário do núcleo de assistência técnica (NAT) e 02 funcionários da assistência farmacêutica do município.

O texto está dividido em quatro capítulos. O capítulo 01 é uma breve revisão teórica sobre judicialização da política pública e ativismo judicial. O capítulo 2 mostra

a trajetória do desenvolvimento da política nacional de medicamentos, até ganhar status constitucional em 1988 e posterior implementação. No capítulo 03 são apresentadas as análises a partir das decisões judiciais coletadas, revelando seu conteúdo e as prováveis repercussões na política pública planejada a partir das hipóteses levantadas. No quarto e último capítulo estão retratadas as iniciativas dos entes políticos para promover um diálogo a fim de garantir a sobrevivência da política nacional de medicamentos.

Por fim, são apresentadas as considerações finais que apontam para um processo de construção de diálogo entre Executivo e Judiciário, dado o embate de forças provocado pelo ativismo judicial.

CAPÍTULO 1 – DA JUDICIALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS AO ATIVISMO JUDICIAL

1.1 - Da judicialização da política pública

Harmônicas e independentes, as funções governamentais legitimam as ações de seus dirigentes de maneiras diferentes. O Legislativo e o Executivo nascem do poder majoritário. Seus dirigentes representam o eleitorado que os escolheu. Os membros do Judiciário não se sujeitam à aprovação popular. O acesso dos agentes políticos ao Judiciário depende de conhecimentos específicos e, na maioria dos casos, aprovação em concurso público. A atuação dos juízes depende da ação positiva do Legislativo, que elabora as normas, e do Executivo, que efetiva o cumprimento de suas decisões.

Nesta perspectiva, a autonomia do Judiciário é relativa. Os juízes estão vinculados a um direito posto; eles não agem de ofício, sendo necessário que sejam chamados a se pronunciar. Diferente das demais funções do Estado, eles não atuam no planejamento e no desenvolvimento das ações governamentais, sendo seu campo de atuação os acontecimentos desencadeados na sociedade e levados para sua apreciação por meio das ações judiciais. Cabe ao Judiciário dirimir os conflitos diante das situações apresentadas, aplicando a lei ao caso concreto. Os juízes atuam com base nas normas postas, balizas das quais não podem abrir mão, sob pena de desvirtuar a atuação jurisdicional, posto que não têm a prerrogativa de criar leis, mas de interpretá-las e aplicá-las.

Para os autores dos Artigos Federalistas (*The Federalist Papers*), o Judiciário era considerado o mais fraco dos três poderes, já que não possuía influência nem sobre a “espada” e nem sobre o “tesouro”.

Quem analisa atentamente os diferentes ramos do poder percebe desde logo que, em um governo em que eles são separados uns dos outros, o judiciário, pela própria natureza de suas funções, será sempre o menos perigoso para os direitos políticos previstos na Constituição, pois será o de menor capacidade para ofendê-los ou violá-los. O executivo dispõe não apenas das honrarias, mas também da espada da comunidade. O legislativo, além de controlar os gastos do tesouro, prescreve as normas que devem reger os direitos e deveres de cada cidadão. O judiciário, porém, não tem a menor influência sobre a espada nem sobre o tesouro; não participa da força nem da riqueza da sociedade e não toma resoluções de qualquer natureza. Na verdade, pode-se dizer que não tem FORÇA nem VONTADE, limitando-se simplesmente a julgar, dependendo fundamentalmente do auxílio do ramo executivo para a eficácia de suas sentenças. (MADISON, J. HAMILTON, A. e Jay, J. 1961, p.464)

Acontece que, no mundo real, nem sempre haverá soluções prontas para os casos apresentados em juízo. As leis não são capazes de prever todas as situações que surgem. Na ausência de norma cabe ao juiz interpretar, não lhe sendo dada a possibilidade de deixar o caso sem solução.

Quando eventos de repercussão na sociedade não encontram respostas nas leis postas, os juízes utilizam princípios constitucionais para dar solução às demandas. Os princípios possuem conceitos abertos, "cujos parâmetros de preenchimento devem ser buscados na realidade, nas concepções políticas predominantes que variam conforme a situação das forças sociais." (GRAU, 1988, p.72).

É nestas decisões que está situada a atuação política do Judiciário, onde se observa um fortalecimento deste poder, permeando searas reservadas tradicionalmente aos demais poderes. Era esperado que os demais órgãos estatais se posicionassem antes que estes fatos chegassem ao Judiciário, pois, quando isto não ocorre, a judicialização da política é o caminho natural no estado democrático de direito.

Um dos primeiros trabalhos sobre a expansão da atividade judiciária foi publicado em 1995 por Tate e Valinder. Após reunirem vários textos que indicavam a ampliação das atividades judiciais nas últimas décadas do século XX, os autores entenderam que este fenômeno estava relacionado com o processo político de formação das democracias contemporâneas (TATE e VALINDER,1995). Para os autores, a expansão do Judiciário é consequência da queda do comunismo e do colapso do socialismo, acontecimentos que desnudaram a necessidade de fortalecimento de um braço do estado capaz de promover o controle das escolhas tomadas pelos governantes e evitar a condução de decisões políticas que se mostrarem contrárias à democracia e aos direitos individuais.

Por certo, as cartas constitucionais do pós-guerra viabilizaram a judicialização das políticas públicas. As constituições trouxeram em seu núcleo direitos fundamentais que expressam as pretensões da sociedade. Estes direitos, anunciados de forma abrangente e indeterminada, possibilitaram demandas judiciais reclamando prestações positivas do estado.

O modelo de estado do pós-guerra inseriu a prática de procedimentos tipicamente judiciais em todas as esferas de poder. A própria burocratização e práticas quase-judiciais em espaços não-ritualizados favoreceram a expansão

simbólica do direito, induzindo a sociedade a se orientar por procedimentos judiciais. A reconstitucionalização conferiu “força normativa à Constituição” (HESSE, 1991), vinculando as ações do soberano aos dispositivos constitucionais na intenção de imunizar os direitos fundamentais do processo político majoritário.

No cenário acima retratado, coube ao Judiciário, por suas cortes constitucionais, conferir tal proteção. Os Tribunais Constitucionais se mostraram essenciais para a concretização dos direitos fundamentais e manutenção do regime democrático de direito, representando uma importante barreira frente à ameaça de intervenção militar.

Em que pese esse fato substanciar um rompimento com a compreensão tradicional do princípio da separação, da independência, do equilíbrio e da harmonia entre os poderes do Estado, forçoso é concluir-se que se trata de um fenômeno absolutamente normal, de resto decorrente não apenas da materialização e da força normativa da constituição, mas também do surgimento da jurisdição constitucional, deliberadamente instituída fora e acima dos demais poderes do Estado para, sem peias jurídicas de qualquer espécie, desempenhar livremente a função, que lhe é congênita, não de senhora, mas de intérprete final e guarda da constituição (COELHO, 2006. p. 23).

Essas decisões judiciais permeiam as escolhas políticas e exigem pensar no indivíduo para além da sua condição individualista, exigindo ainda a intermediação dos entes estatais para sua concretização.

Boaventura (2001) explica que o primado do direito dá a certeza de previsibilidade para o funcionamento do mercado e diminui os custos de transação. Certos assuntos de grande repercussão na sociedade tem um custo político muito alto. A intervenção do Judiciário em questões polêmicas se mostra útil sempre que os representantes políticos não conseguem atingir questões estruturantes. Transferir certos temas para arena jurídica diminui o custo político, evitando que os representantes políticos assumam posicionamentos capazes de criar embaraços para aprovação periódica nas urnas.

Para alguns autores, a atividade das cortes é vista como uma interferência do Judiciário nas atribuições dos outros Poderes. Para outros, trata-se do exercício pleno da função do Judiciário. Diferentes análises são encontradas sobre a posição do Judiciário na democracia contemporânea. Para Garapon, a busca pelo Judiciário reflete um descrédito nas instituições políticas clássicas e a perda do espírito público. A judicialização da política representa um fenômeno social que encontra na Justiça a garantia da igualdade, se tornando a força substitutiva do Estado. O papel

do juiz deveria estar concentrado nos problemas que afligem as relações sociais, na reestruturação do tecido da sociedade (GARAPON, 1999).

Habermas, baseado na concepção formal de democracia, aponta a procura pelo Judiciário como privatização da cidadania. Para ele, o fluxo comunicacional que caminha entre as esferas da sociedade garante a transformação do poder e da influência da publicidade da norma, presumindo a capacidade do cidadão agir estratégica e comunicativamente, pois são eles, os cidadãos, os responsáveis por interpretar a Constituição, e não um Tribunal, que deveria se ater à norma, por ser esta a expressão das “práticas comunicativas” (HABERMAS, 1997).

Cappelletti acredita que criação de leis não pode ser entendida como um processo substancialmente democrático, mas o compromisso entre grupos com interesses conflitantes. Defende que a expansão do Judiciário é medida necessária para garantir a inclusão das minorias no processo de formação da vontade (CAPPELLETTI, 1993).

Independente da posição assumida, a judicialização é um fato. Os textos constitucionais possibilitaram ao Judiciário participar, através de suas decisões, da arena política. Esta expansão da atividade judicial pode ser observada na maioria das democracias contemporâneas após a 2ª Guerra Mundial.

A rigor, pode-se dizer que, a partir do século XX, a polêmica a respeito dos limites da atuação judicial e da necessidade de se velar pela Constituição universalizou-se, estendendo-se para as democracias europeias. O embate entre Kelsen e Smith [rectius, SCHMITT, Carl Schmitt] é paradigmático. O desenlace a favor da criação de Cortes Constitucionais, como preconizava Kelsen, reafirma a pluralidade de soluções visando a proteger a democracia de ameaças, como a do nazismo. Esses Tribunais Constitucionais, especialmente depois da 2ª Guerra, foram instituídos em praticamente todos os países. Trata-se [sic], contudo, de instituições independentes do Judiciário e com claro acento político partidário. (SADEK, 2011, p. 14).

Também no pós-guerra é que os EUA se tornaram a única potência mundial. Os procedimentos desenvolvidos pelas cortes americanas de revisão judicial e as repercussões dessas decisões se tornaram vitrine no mundo e foram replicados em diversos países.

O agigantamento do Judiciário e o controle de constitucionalidade é hoje uma tendência das cortes constitucionais em várias partes do mundo.

Vários países adotaram um modelo de controle de constitucionalidade. Assim se passou, inicialmente, na Alemanha (1951) e na Itália (1956), como assinalado. A partir daí, o modelo de tribunais constitucionais se irradiou por

toda a Europa continental. A tendência prosseguiu com Chipre (1960) e Turquia (1961). No fluxo da democratização ocorrida na década de 70, foram instituídos tribunais constitucionais na Grécia (1975), na Espanha (1978) e em Portugal (1982). E também na Bélgica (1984). Nos últimos anos do século XX, foram criadas cortes constitucionais em países do leste europeu, como Polônia (1986), Hungria (1990), Rússia (1991), República Tcheca (1992), Romênia (1992), República Eslovaca (1992) e Eslovênia (1993). O mesmo se passou em países africanos, como Argélia (1989), África do Sul (1996) e Moçambique (2003) (BARROSO, 2006, p 3).

No Brasil, todo esse movimento de controle de constitucionalidade, judicialização da política e agigantamento do Judiciário tem expressividade após a Constituição de 1988. Antes da redemocratização já havia no país a possibilidade de controle constitucional, mas as constituições anteriores apenas aparentavam garantia de direito, que de fato não se configurava.

O processo histórico que se desenrolou na Europa Ocidental a partir do final da Segunda Guerra, no Brasil só teve início após a promulgação da Constituição de 88. É verdade que já tínhamos controle de constitucionalidade desde a proclamação da República. Porém, na cultura jurídica brasileira de até então, as constituições não eram vistas como autênticas normas jurídicas, não passando muitas vezes de meras fachadas. Exemplos disso não faltam: a Constituição de 1824 falava em igualdade, e a principal instituição do país era a escravidão negra; a de 1891 instituiu o sufrágio universal, mas todas as eleições eram fraudadas; a de 1937 disciplinava o processo legislativo, mas enquanto ela vigorou o Congresso esteve fechado e o Presidente legislava por decretos; a de 1969 garantia os direitos à liberdade, à integridade física e à vida, mas as prisões ilegais, o desaparecimento forçado de pessoas e a tortura campeavam nos porões do regime militar. Nesta última quadra histórica, conviveu-se ainda com o constrangedor paradoxo da existência de duas ordens jurídicas paralelas: a das constituições e a dos atos institucionais, que não buscavam nas primeiras o seu fundamento de validade, mas num suposto poder revolucionário em que estariam investidas as Forças Armadas (SARMENTO, 2009, p 6).

A Constituição de 1988 nasce com a promessa de ancorar um pacto democrático após sucessivos governos de exceção. Ela traz em seu texto um extenso rol de direitos sociais “próprios a um Estado que se quis fundar como welfarista, e que tem objetivos declarados de transformação social, redução de desigualdades de renda e de oportunidades (VERÍSSIMO, 2008, p 408).

Também na carta política o Executivo foi fortalecido, com a concentração de recursos financeiros do Estado e com poderes políticos para controlar a distribuição destes recursos. Tal concentração de poder e status conferidos ao STF de “guardião da Constituição” contribuiu para transformar o judiciário e, em especial, a suprema corte, em um “importante fórum de contestação de políticas públicas e projetos de governo, em uma espécie de “segunda instância deliberativa” (VERÍSSIMO, 2008, p 409).

De similar relevância para a judicialização da política foi a ampliação das vias de acesso à jurisdição, como, por exemplo, a possibilidade de controle constitucional difuso, em que as discussões sobre a violação da Constituição podem ser debatidas em qualquer instância da justiça.

A arquitetura constitucional, que agrega uma celeuma de direitos, e a impossibilidade de exercer as garantias definidas na CF, levam o cidadão a recorrer à Justiça. Há no diploma constitucional os direitos e garantias individuais, os direitos sociais, disposições sobre orçamento público, previdência, proteção à família, crianças, meio ambiente, uma infinidade de normas definidoras de tarefas e programas a serem concretizados pelos poderes públicos que implicam em escolhas, ainda que trágicas, necessárias.

Há ainda que se considerar o custo político de certas demandas. Interesses de grupos específicos, escolhas difíceis que dificultam a formação de consenso, deixam de serem tomadas. Não há interesse em levar à votação temas que possam gerar um desconforto com a maioria e prejudicar as eleições.

Esses grupos de interesses caminham para o Judiciário, que não tem a prerrogativa de se furtar em decidir temas apresentados, ainda que delicados. A Suprema Corte é palco de discussões de questões sensíveis, sendo exemplos: a regulamentação do direito de greve do servidor público, o casamento homoafetivo, a demarcação de terras indígenas, o aborto do feto anencefálico, entre outros. Da mesma forma as demais instâncias do Judiciário convivem com esta realidade.

Acontece que os juízes não são vocacionados a tomar decisões políticas. No Brasil os juízes não são escolhidos pelo voto popular, e, diferente dos outros poderes, sua legitimidade repousa nas normas que os levaram à condição de agentes políticos. Decisões sobre política pública não são temas reservados aos nativos da área jurídica, sendo, via de regra, temas que envolvem outras áreas de conhecimento. Este movimento tem levado o Judiciário a ampliar os canais de interação com a sociedade civil, promovendo audiências públicas, sustentações e participação de entidades envolvidas durante os julgamentos, em busca de decisões que melhor se amoldem à sociedade.

1.2 - O desafio das decisões judiciais: a reserva do possível e o mínimo existencial

As decisões judiciais nas ações de saúde desafiam as escolhas realizadas pelo poder estatal para aplicação das verbas orçamentárias e as condições básicas para a sobrevivência da vida humana. As verbas orçamentárias são limitadas, havendo uma reserva de recursos que antecede aos gastos do Executivo. O planejamento realizado nas leis orçamentárias periodicamente indica quanto e onde gastar o dinheiro público com base no valor total arrecadado aos cofres públicos.

A limitação de recursos para atender a inúmeras demandas obriga o administrador a escolhas alocativas, “que acabam sendo também desalocativas, pois subtraem “fatias do bolo” dos recursos existentes, mesmo quando isso não seja explicitado.” (SARMENTO, 2016, p.1670).

Uma ordem judicial determinando o bloqueio de verbas para a aquisição de um medicamento e garantindo o fornecimento a um indivíduo pode prejudicar o direito de várias pessoas. A verba orçamentária dedicada a uma única pessoa pode acarretar danos graves a coletividade.

A administração pública tem usado o conceito da reserva do possível para justificar a incapacidade econômico-financeira em atender aos pedidos de medicamentos.

A expressão “reserva do possível” (Vorbehalt des Möglichen) foi cunhada pelo Tribunal Constitucional da Alemanha (Bundesverfassungsgericht) no julgado que discutia sobre a possibilidade do Judiciário criar vagas na Faculdade de Medicina para estudantes habilitados no vestibular, mas não classificados. (TORRES, 2008, p.324).

Na Alemanha, os direitos sociais não são considerados direitos fundamentais. As prestações sociais dependem da reserva democrática que cabe ao legislador, o qual é soberano para avaliar a proteção dos direitos sociais a depender da conjuntura econômica.

No Judiciário brasileiro, a exemplo da decisão do STJ abaixo colacionada, a reserva do possível em ações de medicamentos tem sido interpretada como reserva fática. Se há disponibilidade nos cofres públicos há possibilidade de concessão dos direitos prestacionais.

REsp1069810/ RS, Rel. Ministro NAPOLEÃO NUNES MAIA FILHO, PRIMEIRA SEÇÃO, Julgado em 23/10/2013, DJE 06/11/2013) Saúde¹ -

¹Disponível em: http://www.stj.jus.br/portal_stj/publicacao. Acesso em 26/11/2013.

Fornecimento de medicamento necessário ao tratamento de saúde, sob pena de bloqueio ou seqüestro de verbas do Estado, a serem depositadas em conta corrente.

EMENTA

1. Tratando-se de fornecimento de medicamentos, cabe ao Juiz adotar medidas eficazes à efetivação de suas decisões, podendo, se necessário, determinar, até mesmo, o seqüestro de valores do devedor (bloqueio), segundo o seu prudente arbítrio, e sempre com adequada fundamentação.
2. Recurso Especial provido. Acórdão submetido ao regime do art. 543-C do CPC e da Resolução 08/2008 do STJ.

Neste sentido, a reserva do possível é insuficiente para justificar a escassez de recursos e conter a judicialização da política pública.

Um dos critérios que fundamenta as decisões judiciais em política pública é o mínimo existencial, entendido como conteúdo essencial dos direitos fundamentais. O mínimo existencial corresponde a condições materiais básicas da vida humana e não se submete à discricionariedade do Executivo e do Legislativo. “É compreendido através das garantias institucionais de liberdade, na estrutura dos serviços públicos essenciais e na organização dos estabelecimentos públicos.” (TORRES, 2008, p.323).

O mínimo existencial é uma categoria universalista, mas não remete ao universalismo abstrato, característico do direito liberal-burguês, cego às diferenças e especificidades de cada sujeito. Assim, uma determinada prestação pode integrar o mínimo existencial para uma pessoa, mas não para outra, tendo em vista a variação das respectivas necessidades básicas. Veja-se o exemplo do direito à saúde: é certo que se trata de um direito universal (art. 196, CF), e que a gratuidade do SUS vale para todos, inclusive para os ricos (art. 43 da Lei nº 8.080/90). Porém, o não fornecimento de um medicamento indispensável para o tratamento de uma pessoa pobre, que não disponha dos recursos necessários para adquiri-lo por conta própria, pode significar um grave abalo à sua saúde ou até mesmo um sacrifício à sua vida. Já para outro indivíduo com a mesma patologia, que tenha, contudo, condições de custear o medicamento sem prejuízo da sua subsistência digna, a omissão estatal não terá efeitos similares: repercutirá no seu patrimônio, mas não ameaçará a sua saúde ou a sua vida. No primeiro caso, haverá violação do direito ao mínimo existencial, mas não no segundo. (SARMENTO, 2016, p.1661)

O mínimo existencial não possui um conteúdo específico, estando ligado aos princípios constitucionais da dignidade humana e da igualdade. Passa pela compreensão das diversas variáveis que representa (por ex. idade, sexo, renda, aptidão física e mental, variações socioeconômicas e culturais), comportando necessidades básicas diferentes para cada indivíduo. Numa ação judicial, a análise dessas variáveis confere concretude ao mínimo existencial e dá densidade às decisões ativistas.

1.3 – O ativismo judicial

O primeiro a utilizar o termo ativismo judicial foi o historiador norte-americano Arthur Schlesinger Jr., em um artigo publicado na revista Fortune em janeiro de 1947. Ele usou a expressão com o objetivo de atrair a atenção do público para suas considerações sobre as decisões dos nove juízes da Suprema Corte naquela época. No artigo, o historiador separou os juízes em três blocos: ativistas judiciais, campeões de auto-restrição e os intermediários.

Classificou os juízes Black, Douglas, Murphy e Rutledge como "ativistas judiciais" pelo desempenho de um papel afirmativo na promoção do bem-estar social utilizando-se da ambiguidade dos precedentes e da elasticidade da doutrina. Frankfurter, Jackson e Burton foram considerados os "campeões de auto-restrição", por defenderem uma política de autocontenção judicial e deferência à vontade legislativa. Para este grupo, a intervenção judicial, diferente do que dispunha a lei, colocaria em risco o vigor da democracia.

Fred Vinson e Reed tinham uma posição intermediária. Ao final, em seu artigo, Schlesinger toma partido pelo ativismo judicial limitado aos casos de liberdades civis, sob pena de ameaçar a democracia (KMIEC, 2004).

O artigo, que traz os primeiros parâmetros significativos para identificar o "ativismo judicial", apresenta as primeiras indeterminações do conceito. Suas considerações não possuíam definições claras e os vários atributos dados aos ativistas judiciais e aos campeões de auto-restrição impossibilitaram uma precisão conceitual, que se seguiu ao longo do tempo.

Ainda hoje não há consenso sobre a definição do ativismo judicial. Para muitos o termo guarda uma conotação pejorativa, como exarcebamento do poder judicial. Para outros, reflete o exercício pleno da função judicante, de garantir a efetivação dos preceitos constitucionais.

Este trabalho serve-se da base teórica defendida por Barroso, que trata o ativismo judicial como uma atitude, um modo proativo de interpretar a Constituição, diferente da judicialização da política, considerada como um fato decorrente do arranjo institucional.

A judicialização e o ativismo judicial são primos. Vêm, portanto, da mesma família, frequentam os mesmos lugares, mas não têm as mesmas origens. Não são gerados, a rigor, pelas mesmas causas imediatas. A judicialização, no contexto brasileiro, é um fato, uma circunstância que decorre do modelo constitucional que se adotou, e não um exercício deliberado de vontade política. A ideia de ativismo judicial está associada a uma participação mais

ampla e intensa do Judiciário na concretização dos valores e fins constitucionais, com maior interferência no espaço de atuação dos outros dois Poderes. A postura ativista se manifesta por meio de diferentes condutas, que incluem: a) a aplicação direta da Constituição a situações não expressamente contempladas em seu texto e independentemente de manifestação do legislador ordinário; b) a declaração de inconstitucionalidade de atos normativos emanados do legislador, com base em critérios menos rígidos que os de patente e ostensiva violação da Constituição; c) a imposição de condutas ou de abstenções ao Poder Público, notadamente em matéria de políticas públicas. (BARROSO, 2012, p.25)

O leading case do ativismo judicial é conhecido como *Marbury v. Madison*, da Suprema Corte americana. William Marbury propôs *writ of mandamus* na Suprema Corte, com fundamento na Seção 13 do *Judiciary Act* de 1789, em face do Secretário de Estado James Madison, que nega sua investidura no cargo de Juiz de Paz do Distrito de Columbia, cargo nomeado pelo presidente federalista, John Adams, em seus últimos dias de mandato e derrotado nas eleições presidenciais de 1800 pelo republicano Thomas Jefferson.

Apesar de negar o pedido de Marbury sob o fundamento de que a Constituição não garantia à Suprema Corte competência originária para julgamento daquela natureza, mas somente em sede de recurso, fundamentou a decisão afirmando que o Congresso não poderia elaborar um ato normativo incompatível com o texto constitucional e, desse modo, reconheceu o direito de Marbury ao cargo (CAMPOS, 2014).

A mais importante declaração de autoridade da Corte Marshall foi a decisão de 1803, *Marbury v. Madison*, quando o voto de Marshall afirmou o poder da Corte para julgar inconstitucional e deixar de aplicar leis federais incompatíveis face à Constituição. (CAMPOS, 2014. P. 51).

O ativismo judicial é hoje uma tendência das cortes constitucionais em várias partes do mundo, fortalecidas com constituições democráticas do Segundo Pós-Guerra. O ativismo judicial na Alemanha e na Itália é identificado como ruptura do passado totalitário e a efetivação de direitos fundamentais. Em países como a Colômbia e a Costa Rica, o ativismo judicial está envolvido em transformações políticas, institucionais e jurídico-culturais, similar ao que ocorre no Brasil (CAMPOS, 2014).

Porém, não se pode dizer que o ativismo é positivo ou negativo. Em alguns contextos ele serve para corrigir disfunções do processo político ou atender interesses das minorias. Em outros, ele se mostra como ameaça ao espaço legítimo

da política majoritária, interferindo, por exemplo, nas políticas públicas pensadas pelo Estado.

O ativismo se manifesta nas práticas decisórias em diferentes áreas, o que torna seu conceito muito fragmentado. Alguns indicadores possibilitam a identificação do ativismo (CAMPOS, 2014):

1- **Interpretação expansiva do texto constitucional:** identificada nas decisões em que há a ampliação de direitos e poderes implícitos na Constituição ou não claramente previstos, ou, ainda, em decisões que conferem concretude a princípios constitucionais vagos. É o que ocorreu com o STF² ao interpretar o art. 226, § 3º da CF, reconhecendo a união estável entre casal do mesmo sexo como entidade familiar, equiparando-a à união estável entre um homem e uma mulher.

Em seu voto, o Rel. Min. Ayres Britto afirma:

Inexistência de hierarquia ou diferença de qualidade jurídica entre as duas formas de constituição de um novo e autonomizado núcleo doméstico. Emprego do fraseado “entidade familiar” como sinônimo perfeito de família. A Constituição não interdita a formação de família por pessoas do mesmo sexo. Consagração do juízo de que não se proíbe nada a ninguém senão em face de um direito ou de proteção de um legítimo interesse de outrem, ou de toda a sociedade, o que não se dá na hipótese sub judice. Inexistência do direito dos indivíduos heteroafetivos à sua não-equiparação jurídica com os indivíduos homoafetivos. (STF - Pleno, ADI 4.277/DF, j. 05.05.2011, DJ de 14.10.2011)

2- **Criação legislativa:** aqui o Judiciário toma os poderes do legislador, se imiscuindo em uma função que diverge da sua competência. Um caso emblemático é o direito de greve do servidor público.

A regulação da greve dos servidores públicos é um marco da postura ativista da Corte Suprema (MI 670, 708, 712/2007). Diante da omissão legislativa e da ausência de lei regulamentando o exercício de greve no setor público, ficou decidido que fosse aplicada, no que coubesse, a lei de greve vigente no setor privado - Lei nº 7.783/89. Celso de Mello, ministro à época, ressalta:

Não mais se pode tolerar, sob pena de fraudar-se a vontade da Constituição, esse estado de continuada, inaceitável, irrazoável e abusiva inércia do Congresso Nacional, cuja omissão, além de lesiva ao direito dos servidores

²STF - Pleno, ADI 4.277/DF, Rel. Min. Ayres Britto, j. 05.05.2011, DJ de 14.10.2011.

públicos civis - a quem se vem negando, arbitrariamente, o exercício do direito de greve, já assegurado pelo texto constitucional -, traduz um incompreensível sentimento de desprezo pela autoridade, pelo valor e pelo alto significado de que se reveste a Constituição da República.³

3- Ampliação da competência de controle: é o que ocorreu na decisão em que o STF autorizou a todos os juízes do país a bloquearem verbas públicas para garantir o pagamento do medicamento daquele que solicitar seu direito na Justiça.

Fornecimento de medicamentos. Possibilidade de bloqueio de verbas públicas para garantia. Ratificação da jurisprudência firmada por esta suprema corte. Existência de repercussão geral. (RE 607582 RG, Relator(a): Min. ELLEN GRACIE, julgado em 13/08/2010, DJE-159 divulg 26-08-2010 public 27-08-2010 ement vol-02412-06 pp-01185 lexfstf v. 32, n. 381, 2010, p. 275-280).

1.4 - O ativismo judicial no Brasil

O Brasil vive uma fase ativista que pode indicar a incapacidade do poder majoritário de atender às demandas sociais e a confiança que a sociedade tem depositado no Judiciário como palco para discussão e solução de conflitos sociais. O STF é protagonista deste fenômeno.

A tabela 01 demonstra exemplos de decisões ativistas da Suprema Corte. Todas elas revelam as dimensões ativistas que se identificam pela interpretação expansiva do texto constitucional, criação legislativa e ampliação da competência de controle e das diretrizes da política pública.

Tabela 1- Ativismo judicial no STF

2007	Regulamentação do direito de greve no serviço público (MI 670, 708 e 712).
2008	Liberação de pesquisas com células-tronco embrionárias por entenderem que estas não violam o direito à vida, tampouco a dignidade da pessoa humana(ADI 3510).
2008	Impede o emprego, nos tribunais, de cônjuges, companheiros e parentes de magistrados, se estes não forem aprovados em concurso público (ADC 12).
2008	Só é lícito o uso de algemas em casos de resistência e de fundado receio de fuga ou de perigo à integridade física própria ou alheia, por parte do preso ou de terceiros (HC 91952 - Súmula Vinculante 11).
2011	Reconhecimento da união homoafetiva como entidade familiar, refletindo a proibição constitucional de qualquer discriminação em virtude de sexo, raça, cor e que, nesse sentido, ninguém pode ser diminuído ou discriminado em função de sua preferência sexual. (ADI 4277) e (ADPF 132).
2012	Descriminaliza a interrupção da gravidez do feto anencéfalo (ADPF 54).
2016	Possibilidade de execução da pena após condenação em segunda instância (HC 126.292 e ADC 43 e 44).
2016	Liminar determina que projeto de lei (PL nº 4.850/2016) sobre 10 medidas de combate à corrupção que estava tramitando no Senado retorne a Câmara dos Deputados devido a "multiplicidade de vícios" (MS 34530).
2017	Proibição de extração, industrialização, comercialização e distribuição do amianto crisotila no País em razão da proteção à vida dos trabalhadores e à saúde da população (ADI 4066).

Fonte: Elaboração própria com base nas informações coletadas no site do STF (www.stf.jus.br)

³ <http://www.stf.jus.br/imprensa/pdf/MI670cm.pdf>.

O ponto de partida é a regulamentação do direito de greve do servidor público, que, desde a Constituição de 1988, aguardava pela iniciativa de lei e o Legislativo se manteve inerte. Na sequência, o destaque é a decisão que autoriza pesquisas com células-tronco, antecedida por um longo debate em audiências públicas promovidas pelo próprio STF com a participação de vários segmentos da sociedade. Outro caso é a decisão de proibição do nepotismo, em resposta à indignação dos magistrados diante da proibição do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) da contratação de parentes. No mesmo ano, a proibição do uso de algemas nos presos que não demonstrem periculosidade, impulsionada por um julgamento ocorrido no Tribunal do Júri em que o acusado se manteve algemado todo o tempo. A decisão da corte entendeu que aquela condição ofendia a dignidade humana do preso e poderia gerar uma impressão equivocada do réu para os jurados.

Nos anos seguintes são identificadas várias decisões ativistas da Suprema Corte: reconhecimento da união homoafetiva como entidade familiar, descriminalização do aborto do feto anencefálico, execução da pena após decisão de segunda instância, entre outros.

Todos os casos acima relatados são exemplos de dimensões ativistas nas decisões judiciais. Eles se assemelham pela interpretação expansiva do texto constitucional, criação legislativa e ampliação da competência de controle e das diretrizes da política pública.

O que fundamenta o ativismo judicial são as omissões, quando estão em jogo os direitos fundamentais e as bases estruturais da democracia. Para Vianna et al (2007), o ativismo se justifica pelo agigantamento do Executivo no campo do Legislativo e pela incapacidade deste de fornecer as respostas esperadas pela população, cenário no qual o Judiciário é chamado pelo indivíduo a efetivar os direitos garantidos na Constituição. Em decorrência desta iniciativa, as decisões acabam adentrando em matérias que, até então, fugiam da alçada do Judiciário. Nas decisões ativistas o Judiciário regulamenta, através dos casos concretos, normas ainda não previstas.

Um ponto de tensão que se destaca no ativismo judicial é o papel do Judiciário no Estado Democrático. Democracia pressupõe soberania popular e governo da maioria, resguardando os direitos básicos das minorias.

No ativismo judicial, em especial nas ações individuais, as decisões revelam um caráter não seletivo, privilegiando a minoria que aciona a Justiça. Nas políticas

públicas universalistas, como o fornecimento de medicamentos, as decisões ativistas concedem privilégios para aqueles que buscam o Judiciário.

As políticas públicas de saúde devem seguir a diretriz de reduzir as desigualdades econômicas e sociais. Quando o Judiciário assume o papel de protagonista na implementação dessas políticas, privilegia aqueles que possuem acesso qualificado à Justiça, seja por conhecerem seus direitos, seja por poderem arcar com os custos do processo judicial. (BARROSO, 2008. P 895)

Vários são os argumentos contrários à legitimidade da atuação do Judiciário nesta seara (BARROSO, 2008. p.281), um deles se apoiando no próprio texto constitucional: a CF/88 dispõe que são deveres do Executivo e do Legislativo a regulamentação e execução de políticas sobre saúde, e, quando o Judiciário intervém nesses deveres, ele está contrariando uma determinação constitucional, extrapolando suas atribuições.

Outro argumento contrário ao ativismo judicial tem como ponto de partida o desenho institucional, segundo o qual Judiciário não possui uma visão global dos recursos disponíveis, bem como das necessidades a serem atendidas. Ao determinar a efetivação de direito à saúde através do fornecimento a um determinado indivíduo de medicamento ausente da lista de dispensação, o magistrado estaria alterando o arranjo institucional pensado pelo constituinte.

Quanto à legitimidade democrática, os que se opõem ao ativismo afirmam que cabe aos poderes legitimados pela maioria, através do voto popular – Legislativo e Executivo - a gestão dos recursos públicos. Sem esta outorga, o Judiciário não poderia determinar onde aplicar os recursos públicos por não ter legitimidade para tanto.

O argumento mais usado por aqueles que são contrários à interferência do Judiciário nas políticas públicas é a “reserva do possível”, resumida na mera ausência de recursos, cabendo ao legislador identificar as necessidades da sociedade e decidir onde serão aplicadas as verbas do orçamento. As verbas públicas possuem, por sua própria natureza, limitações, são finitas, e o Judiciário só poderia contornar esta evidência se a situação fática que chegasse à Justiça se opusesse de maneira irrefutável ao mínimo existencial. Decisões judiciais que não observassem tal equação implicariam em priorizar o atendimento de casos particulares em detrimento do atendimento a outros setores que a Administração Pública entende como prioridade.

Os favoráveis ao ativismo entendem que a atividade criativa do juiz estaria amparada na cultura política e na vivência histórica, não sendo dado ao mesmo a possibilidade de se furtar a decidir, estando, sob esta ótica, atuando dentro de suas atribuições constitucionais.

O Poder Judiciário assume uma nova posição em relação aos demais poderes: julgando os casos concretos, ele materializa os princípios constitucionais, tornando-os valor permanente, ainda que, em certas circunstâncias, estas decisões se imponham contra as maiorias eventuais. Para esta vertente, a Constituição também representa seu esteio, embora em outra perspectiva. O Judiciário, com a função de guardião da Constituição, deve garantir a coerência dos princípios (Vianna, et al,2007).

Os juízes, em todas as esferas do Judiciário, vêm enfrentando situações em que se discute a efetividade de garantias fundamentais, as quais foram postas de maneira abrangente na Constituição, deixando a cargo do governo instituir os meios para a concretização desses direitos. A lei posta não consegue dar conta da adequação ao caso concreto e a conjuntura social não possibilita a garantia desses direitos.

A implementação de direitos sociais demanda prestações positivas do Estado, bem como investimento de recursos nem sempre disponíveis. A restrição de direitos fomenta a interferência do Judiciário nesta seara, sendo o que ocorre com a distribuição de medicamentos.

O Judiciário é provocado a decidir sobre a obrigação dos entes federados em custear medicamentos. Os pedidos, em primeira análise, requerem a proteção de direitos individuais e fundamentais, como a saúde e a dignidade da pessoa humana, mas podem configurar detrimento do direito coletivo, a depender do caso concreto.

Quando os pedidos pretendem a aplicabilidade da política pública nos parâmetros que ela foi desenvolvida e o Judiciário garante sua efetividade, ele, por outra via, está garantindo a vontade da maioria. Cabe ao Judiciário equilibrar forças, determinar que os agentes políticos cumpram a política pública estabelecida.

É desejável que uma política formulada e implantada passe por uma análise e uma escolha prévia do poder majoritário, que envolve considerações entre possibilidades orçamentárias do ente público e necessidades básicas da população. É esperada a correlação de forças envolvidas na construção de uma política pública: os poderes políticos do Estado (Executivo e Legislativo) e outras instituições (ONG,

indústria farmacêutica) representantes de setores com capacidade de organização e de mobilização. Não cabe ao Judiciário negar um direito pré-estabelecido.

O problema não reside nestas hipóteses, mas nas decisões que ultrapassam as fronteiras das normas e convênios estabelecidos pelos entes políticos. Determinações judiciais para a compra de certos medicamentos não previstos pela administração, alguns de alto custo, e ainda aqueles que não possuem regulamentação na ANVISA, estão na base desta discussão.

Os Juízes não possuem expertise necessária que os possibilite ter uma visão ampliada das implicações de tais decisões, em especial no que se refere a alocações orçamentárias.

Em outra perspectiva, os processos judiciais lidam, em geral, com partes individualizadas, que apresentam dramas identificados. Os casos levados à justiça têm rosto e identidade, o que torna a negativa do direito uma decisão difícil e ariscada. Negar um medicamento para a pessoa que se apresenta a sua frente pode representar a negativa do direito à vida; de outro modo, designar atendimento a um indivíduo pode implicar em retirar o direito de tantos outros traduzidos em números: a coletividade. Seguindo tal raciocínio, pode-se dizer que tais decisões judiciais afetam também aqueles que não vão à justiça.

Não se deve cometer o equívoco de supor que a ponderação que se faz nessa matéria envolve o direito à saúde e à vida, de um lado, e a separação de Poderes e regras orçamentárias, de outro lado. Se fosse assim as soluções seriam mais fáceis. Como os recursos são limitados e precisam ser distribuídos entre fins alternativos, a ponderação termina sendo entre vida e saúde de uns versus vida e saúde de outros. A vida e a saúde de quem tem condições de ir a juízo não têm valor maior do que a dos muitos que são invisíveis para o sistema de justiça⁴. (BARROSO, 2017)

Decisões judiciais concorrendo na condução das políticas públicas estão sendo percebidas em todas as agendas do governo, como é o caso da saúde e do fornecimento de medicamentos. A política pública de fornecimento de medicamentos conhece esta realidade, mas antes de retratá-la no campo da judicialização, é necessário entender seu desenho, o que será feito no próximo capítulo.

⁴STF - Recurso Extraordinário nº 566.471/ Rio Grande do Norte. Ministro Luís Roberto Barroso: medicamentos de alto custo

CAPÍTULO 2 - A POLÍTICA NACIONAL DE FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS

2.1 – A primeira iniciativa do governo para distribuição gratuita de medicamentos

Uma das primeiras ações governamentais sinalizando a formulação de uma política pública foi à criação de uma Central de Medicamentos (CEME), em 1971, que agregou, durante toda a sua existência, diversas competências que, além da distribuição de medicamentos, por vezes assumiu a função de regulamentação de preços de remédios. A tabela 2 apresenta o processo de institucionalização da política nacional de medicamentos.

Tabela 2 - Histórico da CEME

Decreto 68.806 de 25 de junho de 1971	Criação da CEME
Decreto 69.451 de 1º de novembro de 1971	Constitui os recursos da CEME os consignados do Orçamento Geral da União e estabelece, entre outras, a função de aprovação da Relação de Medicamentos Essenciais que poderão ser fabricados pelo Laboratórios de Governo ou adquiridos da Indústria Privada. Os serviços administrativos são custeados pelo INPS
Decreto 71.205 de 04 de outubro de 1972	Consolida as normas gerais da CEME
Decreto 72.552 de 30 de julho de 1973	Dispõe sobre as Políticas e Diretrizes Gerais do Plano Diretor de Medicamentos e prevê a elaboração de uma Relação de Medicamentos Essenciais
Decreto 72.343 de 08 de junho de 1973	Aprova disposições especiais sobre produtos farmacêuticos destinados à Central de Medicamentos, regula licenciamento dos produtos farmacêuticos, regulamenta rótulos e bulas de indústrias farmacêuticas privadas e estatais e concede autonomia ao diretor do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia (SNFMF), do Ministério da Saúde, para solucionar os casos omissos e que sejam de interesse da CEME.
Decreto 73.077 de 1º de novembro de 1973	Estabelece normas complementares à autonomia financeira da Central de Medicamentos. Cria-se o Fundo da Central de Medicamentos (FUNCEME), de natureza contábil destinado a centralizar recursos e financiar atividades do órgão.
Lei 6.036 de 1º de maio de 1974	Cria o Ministério da Previdência e Assistência Social desmembrando do Ministério do Trabalho e Previdência Social
Decreto 74.000 de 30 de abril de 1974	Vinculação do INPS ao Ministério da Previdência e Assistência Social
Decreto 75.985 de 17 de julho de 1975	CEME é instituída como órgão autônomo do Ministério da Previdência e Assistência Social custeado pelo FUNCEME
Portaria MPAS nº 233 de 08 de julho de 1975	Padronização da Relação de Medicamentos Essenciais
Decreto 76.719 de 03 de dezembro de 1975	Dispõe sobre a estrutura básica do Ministério da Previdência e Assistência Social; a CEME se estabelece como órgão autônomo e assume a competência de promover e organizar o fornecimento, por preços acessíveis, ou a título gratuito, de medicamentos a quantos não puderem adquiri-los a preço comum de mercado.

Lei 6.439 de 1º de setembro de 1977	A CEME é integrada ao SINPAS na condição de órgão autônomo e passa a receber recursos do IAPAS.
Decreto 91.439 de 16 de julho de 1985	Transferência da CEME do MPAS para o MS
Decreto 2283 de 24 de julho de 1997	Desativação da CEME

Fonte: Elaboração própria com base nas informações coletadas no site <http://www2.planalto.gov.br/>

A CEME reflete a iniciativa do governo da época de criar um órgão de abrangência nacional para distribuição gratuita de medicamentos. Ela nasce ligada à Presidência da República, mas a competência deliberativa se dava por um colegiado formado por representantes dos Ministérios da Marinha, do Exército, da Aeronáutica, do Trabalho e Previdência Social e da Saúde.

Os funcionários encarregados dos serviços administrativos da CEME eram requisitados dos Ministérios aos quais estavam vinculados. O INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) custeava os serviços administrativos com verbas destinadas à assistência farmacêutica dos segurados, nos limites de um orçamento especial, aprovado pelo Presidente da República.

O Presidente à época, Emílio Garrastazu Médici, enviou mensagem ao Congresso Nacional justificando a criação do órgão como medida de “caráter social e humanitário, equiparável àquelas medidas que o Governo toma em relação às calamidades públicas” (MARQUESINI, 1980, p. 128).

Depois de 04 meses de sua criação, outro decreto ampliou a competência da CEME, agregando a função de influir no sistema produtor, distribuidor e de pesquisa de remédios. Esta nova competência atribuída à CEME representava a tentativa do governo de salvaguardar a indústria farmacêutica nacional do oligopólio internacional, medida que, ao longo do tempo, se mostrou infrutífera, fato que foi determinante para o fim da central, como se verá mais à frente.

No final da década de 60 eram produzidos no país 98% dos medicamentos prescritos pelos médicos, basicamente pelas empresas multinacionais aqui instaladas. O governo vivia na dubiedade entre o discurso nacionalista e a convivência com as empresas multinacionais, que tiveram papel decisivo no atendimento às demandas do mercado brasileiro naquela quadra da história. ... em 1975 o Brasil se tornou o sétimo mercado mundial de medicamentos, sendo que dos 460 laboratórios farmacêuticos instalados no país, 385 (84%) tinham capital nacional e 75 (16%) eram subsidiárias de firmas estrangeiras e responsáveis por 88% do faturamento do setor. É bem verdade que no final dos anos 70 havia laboratórios nacionais com linha de produtos similares e capazes de preencher uma expressiva parcela do mercado. (SINDUSFARMA, 2013).

Meses depois, já era percebida a pressão das empresas multinacionais do ramo farmacêutico pela ampliação de mercado, as quais ofereciam medicamentos

com descontos para serem adquiridos pelo governo e requeriam, como contrapartida, isenção de impostos.

Em seguida, em resposta à indústria farmacêutica internacional, o Governo confere à CEME competência para negociar a aquisição de medicamentos, sob a supervisão da Presidência da República, órgão a qual estava vinculada.

Em 1974, o Ministério da Previdência Social é desmembrado do Ministério do Trabalho, ao qual estava vinculado, e assume a pauta da assistência e previdência social. A CEME e seu instituto de custeio (INPS) ficam vinculados ao Ministério da Previdência e Assistência Social. Na sequência, nova regulamentação confere à CEME o status de órgão autônomo do Ministério da Previdência e Assistência Social, com a competência para celebrar convênios, contratos e acordos com entidades públicas e privadas, nacionais, estrangeiras e internacionais.

Os recursos financeiros da Central passam, nesta mudança, a integrar o Fundo da Central de Medicamentos (FUNCEME), constituído com verbas orçamentárias consignadas ao mesmo, como recursos de doações, legados e convênios, transferências, operações de natureza industrial e comercial. Os medicamentos eram adquiridos pela central e distribuídos para a rede de serviços públicos, que os forneciam nos ambulatórios e centros de atendimento médico locais.

Em 1977 a CEME é integrada ao Sistema Nacional de Previdência, e os recursos destinados à Central são verbas arrecadadas, distribuídas e fiscalizadas pelo IAPAS (Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social). Uma das responsabilidades desse sistema era a proposição da política de assistência médica e, talvez por isso, possa ser apontado com primeiro indício da política de medicamentos.

No processo de redemocratização do país, em 1985, a CEME foi transferida para o Ministério da Saúde, mas os recursos para o custeio da assistência farmacêutica continuaram a ser providos pelo Ministério da Previdência e Assistência Social através do IAPAS.

Apesar das várias tentativas de realocar este órgão como estruturador da política de medicamentos, sua trajetória é marcada por escândalos envolvendo corrupção, destruição de medicamentos, estocagem de medicamentos vencidos, desorganização logística e atendimento precário e centralizado.

O desenvolvimento da Ceme vem sendo, na realidade, um instrumento de expansão do mercado de medicamentos fabricados pela indústria

farmacêutica privada, o que significa que por trás da função de redistribuição da renda - levar remédios gratuitos àqueles que não podem adquiri-los no mercado, preconizada nos seus objetivos - a Ceme exerce papel preponderante no fortalecimento da indústria farmacêutica privada, dado o significativo mercado potencial (população pobre) que ela representa monetariamente como intermediária na compra de medicamentos à indústria privada. (MARQUESINI, 1980, p.178).

Com a desativação da CEME em 1997 os saldos e dotações orçamentárias foram direcionados para o Fundo Nacional de Saúde, procedimento preparatório e necessário para a implantação da Política de Medicamentos.

A extinção da CEME coincide com a aprovação da política nacional de medicamentos, instituída após a criação do SUS (Sistema Único de Saúde), fruto das aspirações da Assembleia Constituinte.

2.2 - A Reforma Sanitária

A Reforma Sanitária trouxe a ideologia para construção do sistema de saúde no país e, por consequência, da política pública de medicamentos. Este movimento ganha voz através das entidades médicas e sindicatos quando, à época, fizeram as primeiras greves do setor (1968). As ideias da Reforma Sanitária são adotadas como bandeiras em prol da democracia, da melhoria das condições de vida da população, associadas às reivindicações dos médicos residentes, que trabalhavam com uma carga horária excessiva e sem acesso aos direitos trabalhistas.

O movimento absorve a teoria marxista e integra a saúde ao campo da teoria das ciências sociais, conhecimentos antes estranhos às ciências médicas.

O materialismo histórico e dialético de Karl Marx é incorporado à abordagem metodológica da teoria médico-social. As repostas para os dilemas da saúde começaram a procurar fundamentação na situação econômica das pessoas e nos acontecimentos históricos. Nesse sentido, as principais causas da doença passam a ser analisadas a partir das condições econômicas socialmente determinadas.

A saúde começa a ser compreendida como reflexo do bem-estar físico, mental, social e político, e não somente como ausência de doença.

Dois trabalhos acadêmicos marcam esta mudança, ambos de 1975: “O dilema preventivista”, de Sérgio Arouca, e “Medicina e Sociedade”, de Cecília Donnangelo.

O primeiro aproxima a saúde pública do fato social, redefinindo os contornos dos profissionais da saúde e atribuindo aos mesmos um conjunto de atitudes que os fazem se relacionarem com a comunidade, com os serviços públicos de saúde, com

a promoção e a proteção da saúde do indivíduo e de sua família”. (AROUCA,1975. P.177).

O segundo trabalho adota uma perspectiva sociológica da medicina: retira os problemas relacionados à saúde do foco das questões médicas para identifica-la nas condições sociais.

Inaugurou no país o conhecimento sobre a produção e a distribuição dos serviços médicos na sociedade e o trabalho do médico em seu mercado, além do papel e da atuação do Estado nessas questões, mostrando ser a profissão também matéria de política pública. Foi, por isso, inovador o reconhecimento do aspecto social em assuntos da corporação profissional, nas figuras do papel regulador do Estado moderno e da economia política dos serviços de saúde. (SCHRAIBER, et al, 2015. p.1470)

Estas ideias ganham espaço nas universidades, principalmente na Universidade de São Paulo, Universidade de Campinas e no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Encontros estudantis, como a Semana de Estudo para a Saúde Comunitária, ocorrida em 1974, e os encontros científicos dos estudantes de medicina, nos anos seguintes, foram importantes para a difusão desses pensamentos e o amadurecimento do movimento sanitário.

A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), que aconteceu em 1986, já com a ditadura em colapso, é um momento de integração dos atores que partilhavam da vontade de implantar novas diretrizes no campo da saúde no país. Esta conferência contou com a presença de acadêmicos, profissionais da área de saúde, movimentos populares de saúde, sindicatos e grupos de pessoas não diretamente vinculados à saúde.

A participação foi composta por 50% de representantes do Estado, entre ministérios, secretarias estaduais e municipais, e 50% de representantes da sociedade civil, escolhidos como delegados. Só que, como o nível de representação era elevado, mesmo com delegados já eleitos, milhares de outras pessoas chegaram a Brasília querendo participar da Conferência. Foram cinco mil participantes. Todos participaram dos 98 grupos de trabalho, assim como da plenária final, que decidia com os votos dos delegados. (Entrevista Ary Miranda, sanitário, 2016)

O relatório final da VIII CNS é quase que completamente integrado à Constituição Federal de 1988. O capítulo do texto político Ordem Social, que abrange saúde, previdência e assistência social, é formado da transcrição das diretrizes traçadas nesta conferência. Foi a primeira proposta do texto constitucional de 1988 construída pela participação democrática.

A Plenária Nacional de Entidades de Saúde, que se fez representar intensamente no processo constituinte visando à aprovação das propostas da VIII CNS, obteve vitórias que culminaram na aprovação de um capítulo sobre saúde inédito na história constitucional, refletindo o pensamento e a luta histórica do movimento sanitário. (SCOREL, 1999, p. 193)

Na tabela 3 é possível observar a reprodução do relatório final da Conferência no texto original da Constituição. A saúde como direito de todos; o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde; a promoção de políticas públicas; a descentralização dos serviços de saúde; a formulação de um sistema único de saúde, e tantos outros pontos, foram editados na carta constitucional tal qual descritos no relatório final da conferência.

Tabela 3 – Trechos do relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde/1986 e do texto original da Constituição Federal/1988.

RELATÓRIO FINAL DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE/ 1986	CONSTITUIÇÃO FEDERAL/1988 TEXTO ORIGINAL
<p>TEMA 1 – SAÚDE COMO DIREITO 3 – Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. 11- O Estado tem como responsabilidades básicas quanto ao direito à saúde: - a adoção de políticas sociais e econômicas que propiciem melhores condições de vida, sobretudo, para os segmentos mais carentes da população; - definição de um sistema de financiamento e administração de um sistema de saúde de acesso universal e igualitário; - operação descentralizada de serviços de saúde; - normatização e controle das ações de saúde desenvolvidas por qualquer agente público ou privado de forma a garantir padrões de qualidade adequados;</p> <p>TEMA 2 – REFORMULAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE 1- A reestruturação do Sistema Nacional de Saúde deve resultar na criação de um Sistema Único de Saúde que efetivamente represente a construção de um novo arcabouço institucional separando totalmente saúde de previdência, através de uma ampla Reforma Sanitária.</p>	<p>TÍTULO VIII DA ORDEM SOCIAL CAPÍTULO II DA SEGURIDADE SOCIAL SEÇÃO I DISPOSIÇÕES GERAIS SEÇÃO II DA SAÚDE</p> <p>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.</p> <p>Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;</p>

Fonte: Elaboração própria. Fonte: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf e <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1988/constituicao-1988-5-outubro-1988-322142-publicacaooriginal-1-pl.html>.

A criação do SUS é uma das promessas da CF/1988 assumidas na VIII CNS. Uma das várias ações do SUS era a formulação de uma política nacional de

medicamentos. Assim, a Política Nacional de Medicamentos (PNM) também é fruto deste movimento.

Lei 8080/1990. Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção.

Além do SUS, a articulação da PNM foi impulsionada pela desorganização da assistência farmacêutica, que provocou, após a Constituinte, a convocação de quatro Comissões Parlamentares de Inquérito (CPI) para investigar suspeitas de corrupção envolvendo indústrias farmacêuticas e representantes do governo alocados na CEME. A CPI instaurada em 1995 foi determinante para a institucionalização da política de medicamentos e a extinção da central de medicamentos. O relatório final desta CPI identificou irregularidades na fabricação de medicamentos e a formação de cartel, fatores que apontavam para a necessidade de uma imediata regulamentação, que, de fato, logo correu (PONTES JÚNIOR, 2007).

2.3 – A política de medicamentos

Instituída através da Portaria 3916/1998, a PNM tem o “ propósito de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais”. Medicamentos essenciais, segundo a OMS, são os que satisfazem as necessidades primárias da população; não são remédios de segunda classe, selecionados “para pobres” (PEPE, 2010), mas medicamentos que buscam definir a necessidade de uma população, aliados aos princípios da universalidade, integralidade e equidade fixados na Lei do SUS (Lei 8080/1990).

A perspectiva adotada na seleção dos medicamentos essenciais é epidemiológica e busca refletir necessidades coletivas, ao invés de perspectivas individuais ou de segmentos específicos. A proposta de seleção não é, portanto, uma medida de austeridade financeira, mas sim um exercício de inteligência clínica e de gestão. (PEPE, 2011,p 139)

Quatro prioridades foram traçadas para atender a estes critérios: 1) revisão permanente da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME); 2)

assistência farmacêutica; 3) promoção de uso racional de medicamentos e 4) organização das atividades de vigilância sanitária de medicamentos.

2.3.1 - RENAME

Em 1975, a Organização Mundial de Saúde (OMS), na 28ª Assembleia Mundial de Saúde, alerta a população para a necessidade de elaboração de uma lista de medicamentos essenciais.

A recomendação da OMS era a adoção de uma lista como medida de proteção da saúde da população da influência do mercado farmacêutico e proporcionar a todos o acesso a fármacos que atendessem às necessidades prioritárias. Esta lista serviria de orientação para as ações de assistência farmacêutica para seleção, programação, aquisição e distribuição de medicamentos. Cada país deveria adotar sua própria lista de acordo com as peculiaridades endêmicas de sua população, tendo como norte a lista da OMS.

Além desta medida, a 28ª Assembleia pontuava a necessidade da elaboração de políticas de medicamentos que estendessem o atendimento a parcelas da população que não tinham acesso à saúde. A estratégia global era reforçar a atenção primária à saúde como componente para atingir a meta “Saúde para todos no ano 2000”.

A primeira lista da OMS foi publicada em 1977 e continha 204 itens. Esta lista é atualizada e revisada a cada dois anos pelo Comitê de Peritos da OMS sobre a Seleção e Uso de Medicamentos Essenciais, e vários países, como orientado, utilizam a lista como guia para desenvolvimento de suas próprias relações de medicamentos. Em 2017 a lista está na 21ª edição e conta com um total de 433 medicamentos, um aumento de 212%, que parece ser justificado pelas novas descobertas da indústria farmacêutica ao longo de 40 anos.

Como se observa na tabela 4, a primeira lista de medicamentos no Brasil é instituída onze anos antes do alerta da OMS, por meio do Decreto n.º 53.612, de 26 de fevereiro de 1964, e continha uma relação básica de medicamentos para uso humano e veterinário.

Em 1973, por decreto, é oficializada a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), assim considerados os medicamentos indispensáveis à prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças consideradas de maior significação sócio sanitária no país. Esta ação era parte do Plano Diretor de

Medicamentos, mas não era ainda uma política pública universal. As primeiras listas tinham a finalidade de direcionar a produção, distribuição e comercialização farmacêutica em apoio ao plano nacional de desenvolvimento econômico e social da época. Na competência da CEME, além da primeira RENAME, houve uma reedição para atualização da listagem.

A primeira relação de medicamentos após a política nacional é do ano 2000. Das atualizações que se seguiram à PNM, a lista conta atualmente com 8 publicações (2000, 2002, 2006, 2007, 2008, 2010, 2012/2013, 2014, e, a última, em 2017).

A RENAME, a exemplo da lista elaborada pela OMS, também mostra um crescimento na quantidade de medicamentos, principalmente a partir de 2012.

Tabela 4 – Edições da RENAME

Edição	Lançamento	Ementa
0	1964	Decreto nº 53.612, de 26 de fevereiro de 1964
1	1983	Portaria MS/MPAS nº 6 homologou a Rename em 18.03.80, regulamentada pela Portaria Interministerial MPAS/MS/MEC n. 3 de 15.12.82
2	2000	Portaria N. 507/GM e diretrizes da PNM estabelecida pela Portaria Nº 3.912/98
3	2002	Portaria GM nº 131/2001
4	2006	Portaria Ministerial n.º 2.475, de 18 de outubro de 2005
5	2007	Reedição da Portaria Ministerial n.º 2.475, de 18 de outubro de 2005
6	2008	Portaria nº 2.012, de 24 de setembro de 2008
7	2010	Portaria GM 1.044, de 5 de maio de 2010; DOU no 85, de 6 de maio de 2010
8	2012	Decreto nº 7.508/2011, de 28 de junho de 2011; Resolução nº 1/CIT, de 17 de janeiro de 2012; Portaria nº 533/GM/MS, de 28 de março de 2012
9	2014	Portaria nº 1/GM/MS, de 2 de janeiro de 2015
10	2017	Portaria nº 1.897, de 26 de julho de 2017

Fonte: Elaboração própria, fonte MS.

O processo de atualização da primeira RENAME (2ª edição) é iniciado pela Portaria CEME nº 45, publicada no DOU de 14.11.96. Nesta normativa foi estabelecida a composição de uma Comissão Multidisciplinar de Revisão da RENAME, bem como a assinatura de um Ajuste de Cooperação Técnico-Científica e Convênio entre a CEME e a Fundação Oswaldo Cruz. Com o fim da CEME, o grupo de trabalho estabelecido pela FIOCRUZ assumiu a responsabilidade de Câmara Técnica da Comissão de Revisão da RENAME (RENAME, 2000).

Na edição seguinte de atualização da RENAME (3ª edição), foi criada a Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – (COMARE), coordenada pela Secretaria de Políticas de Saúde e integrada por um representante de cada uma das 10 entidades que integravam a comissão: ministérios, universidades, órgãos de classe, ANVISA (Agência de Vigilância Sanitária), entre outros.

A partir da oitava edição, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) passa a ser responsável pela atualização da RENAME, conforme estabelecido no Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011, com diretrizes estabelecidas já em 2005, na 1.ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

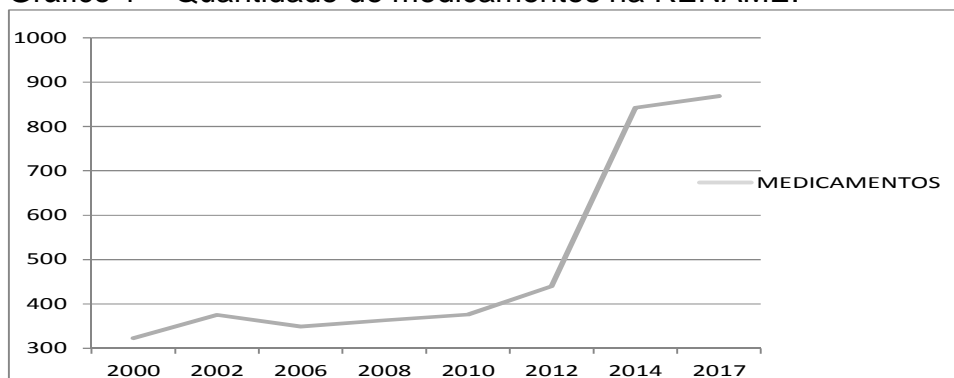
A CONITEC é um órgão colegiado de caráter permanente, composto por 13 membros com direito a voto: 07 membros do Ministério da Saúde, proveniente das secretarias de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS), que a presidirá; da Secretaria-Executiva (SE/MS), Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS), Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) e Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS). Um membro da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e outro da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) compõem o grupo, e mais outros quatro membros vindos do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Conselho Federal de Medicina (CFM).

Esta comissão também responde pela análise, elaboração de estudos de avaliação dos pedidos de incorporação, ampliação de uso, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde, atuando também na constituição ou na alteração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDTs) (RENAME 2012).

O gráfico 01 mostra a quantidade de medicamentos relacionados nas listas de 2000 a 2017. A partir da edição de 2012, a lista assume um novo formato, separando os medicamentos em três categorias: básico, estratégicos e especializados. O propósito foi o de facilitar atualização periódica da lista. Percebe-se também um aumento significativo de medicamentos coincidindo com a entrada da CONITEC como responsável pela formulação da lista.

Segundo Figueiredo et al (2014), o aumento do elenco de medicamentos a partir da RENAME 2012 não representa aumento das causas de doenças, mas um afrouxamento no critério de essencialidade. Grupos de interesse, como as indústrias farmacêuticas, portadores de doenças raras e os atores envolvidos com as ações judiciais tem pressionado a CONITEC para inclusão de novos medicamentos na lista de dispensação do governo.

Gráfico 1 – Quantidade de medicamentos na RENAME.



Fonte: Elaboração própria. Fonte: RENAME 2000 a 2017.

Santos-Pinto CDB et al (2013), considerando a RENAME 2014, que estava em fase de elaboração, alerta:

Considerando que os Estados já experimentaram dificuldades em gerenciar uma lista de 350 medicamentos essenciais, os 810 medicamentos na nova "RENAME" (mais aqueles que provavelmente serão adicionados no futuro) será ainda mais problemático. Dado o ritmo de incorporação de novas tecnologias (muitas de alto custo), é importante enfatizar que quando o SUS defende o princípio de abrangência em serviços farmacêuticos, o sistema deve proteger a sua sustentabilidade. É necessário adotar uma única lista de medicamentos essenciais com base em evidências e legítimas necessidades nacionais, aderidas pelos prescritores e gerentes de saúde e reconhecido pela população, em contraste com a lista positiva de financiamento, composta por vários itens. Novas tecnologias e medicamentos que não conseguem atender a definição de essencialidade representa um passo para trás, promovendo a lógica do fornecimento financiado como substituto para a lógica das necessidades baseadas em prioridade.

Para as indústrias, a lista do governo representa um importante mercado, pois representa ganhos efetivos para estas empresas. Para quem precisa do remédio, a inclusão do medicamento na lista do governo facilita a dispensação.

A inclusão do remédio na lista do SUS também implica na regulamentação de seu preço no mercado nacional e possibilita, para a gestão pública, a aquisição planejada do fármaco, com menor custo. Pode ainda refletir na diminuição das ações judiciais, sendo, portanto, fator positivo também para o Judiciário. O

complicador é apartar a avaliação técnica que se espera da CONITEC dos interesses do mercado farmacêutico.

Com a criação da CONITEC, a incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde (novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica) na lista nacional tornou-se dinâmico, passando a ser possível que qualquer interessado dê início a um procedimento de incorporação de medicamento (tecnologia) através de requerimento administrativo previsto na comissão (CONITEC).

Os processos de incorporação de tecnologias estabelecem um prazo de 180 dias, prorrogáveis por mais 90, para a tomada de decisão. É necessário que o produto tenha registro prévio na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA para que sua incorporação possa ser avaliada pelo SUS, com prazo para parecer final de até 180 dias (prorrogáveis por mais 90 dias).

Todas as recomendações emitidas pelo plenário são submetidas à consulta pública e as contribuições e sugestões da consulta pública são organizadas e inseridas ao relatório final da CONITEC, sendo, posteriormente, encaminhado para o Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos para a tomada de decisão final.

Analisando as propostas da CONITEC, pedidos de pessoa física quase não são percebidos, diferente do que acontece no Judiciário. Os requerimentos de inclusão na lista do governo encaminhados à Comissão são, via de regra, deferidos. Infere-se ainda que interessados em receber medicamentos pelo governo não reconhecem a Comissão como caminho para a inclusão de medicamentos na política pública tendo em vista a quantidade de requerimentos provenientes dessas pessoas (<http://conitec.gov.br/faca-sua-proposta-de-incorporacao>).

Os laboratórios farmacêuticos aparecem com bastante frequência no pedido de incorporação de novas tecnologias. Não foi percebida prevalência de atendimento a esses pedidos, mas percebe-se o interesse da indústria farmacêutica de ver seu medicamento fazendo parte da relação de medicamentos do governo.

Estudo fomentado pelas indústrias farmacêuticas e apresentado na World Review Conference em 2017 (p.37) aponta que o ritmo de incorporações no SUS mostra sinais de “melhora” para a indústria farmacêutica, com um incremento nas incorporações à lista, linha de pesquisa que demonstra o interesse dessas corporações.

Segundo dados da Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa (Interfarma)⁵, o Brasil é o sexto maior mercado global farmacêutico, e cerca de 144 milhões de brasileiros dependem de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), o que faz da RENAME objeto de interesse das indústrias farmacêuticas, não é por acaso que estas empresas estão atentas aos procedimentos governamentais para inserção de seus produtos na relação do SUS.

O Brasil optou por selecionar os medicamentos não apenas para as doenças mais prevalentes, mas também contempla aqueles indicados para as doenças negligenciadas. Os critérios de seleção têm sido norteados, de maneira geral, pelas recomendações da OMS. Assim, são considerados: dados consistentes e adequados de eficácia e segurança de estudos clínicos; evidência de desempenho em diferentes tipos de unidades de saúde; disponibilidade da forma farmacêutica em que a qualidade adequada, incluindo a biodisponibilidade, possa ser assegurada; estabilidade nas condições previstas de estocagem e uso; custo total de tratamento e preferência por monofármacos. Quando os medicamentos mostram-se similares nestes aspectos, as propriedades farmacocinéticas comparativas e a disponibilidade para produção e armazenamento são usadas como critérios secundários. (PEPE, 2011, p.2).

Quanto à apresentação da RENAME (tabela 5), os itens apresentados são dispostos em cinco anexos contendo denominação genérica, concentração e/ou composição, forma farmacêutica e/ou descrição, conforme as diretrizes que orientam a assistência farmacêutica.

Tabela 5 - Apresentação da RENAME desde 2012.

Anexo I	Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CbaF)	Medicamentos destinados a satisfazer as necessidades prioritárias de cuidados da saúde da população. Destacam-se entre eles os analgésicos, antitérmicos, antibióticos e anti-inflamatórios .
Anexo II	2- Relação Nacional de Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (Cesaf)	Medicamentos destinados ao controle de “doenças perpetuadoras da pobreza” (tuberculose, hanseníase, malária, leishmanioses, doença de Chagas, cólera, esquistossomose, filariose, meningite, tracoma, micoses sistêmicas). Faz parte desse grupo os antivirais para o combate à influenza, os antirretrovirais para tratamento de pessoas vivendo com HIV/aids, hemoderivados e pró-coagulantes para pessoas com doenças hematológicas, vacinas, soros e imunoglobulinas, medicamentos e insumos destinados ao combate do tabagismo e ao programa de alimentação e nutrição
Anexo III	Relação Nacional de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf)	Medicamentos para tratamento em nível ambulatorial, para situações crônicas com custos de tratamento mais elevado ou de alta complexidade.

⁵ <http://www.valor.com.br/empresas/3057208/sexto-maior-mercado-global-farmaceutico-brasil-carece-de-inovacao>. Acesso em 22/03/2013.

Anexo IV	Relação Nacional de Insumos composta por produtos para a saúde, de acordo com programas do Ministério da Saúde	Integram os componentes Básico e Estratégico (anexo I) da Assistência Farmacêutica (anexo II)
Anexo V	– Relação Nacional de Medicamentos de Uso Hospitalar	Procedimentos hospitalares

Fonte: Elaboração própria com base na RENAME

O formato da lista separada em anexos relaciona o componente de assistência farmacêutica com as diferentes formas de financiamento, aquisição e distribuição pelos entes responsáveis. Como mencionado, a lista de medicamentos passa por um processo de atualização permanente, mas a inclusão do medicamento não acontece com a recomendação favorável de incorporação emitida pelo CONITEC, pois não cabe à CONITEC decidir em qual componente da assistência farmacêutica o medicamento será incorporado, já que isto implica direcionar a forma de financiamento, como também, não incumbe a ela dizer quando o medicamento será incorporado. Tais decisões cabem a CIT (Comissão Intergestores Tripartite), comissão gerencial que se organiza através de foros permanentes de negociação, articulação e decisão entre os gestores dos entes da federação.

A CIT é formada por três instâncias governamentais do Sistema Único de saúde: a União, representada pelo Ministério da saúde; os Estados, representados pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – Conass; e os Municípios, representados pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de saúde – Conasems. A definição quanto às responsabilidades do financiamento dos medicamentos, e, portanto, a inclusão nas listas de dispensação, deve ser pactuada na Comissão (CIT), o que pode ocorrer antes da atualização da RENAME.

Os medicamentos ficam disponíveis aos interessados a partir da decisão desta comissão. Após a decisão de incorporação, o SUS tem 180 dias para disponibilizar o medicamento na forma pactuada e os interessados podem obtê-lo através de procedimentos específicos disponibilizados nas secretarias de saúde.

2.3.2 – Assistência farmacêutica

A assistência farmacêutica engloba as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, controle da qualidade e utilização, nesta compreendida a prescrição e a dispensação.

As três esferas de poder asseguram, dentro de seus orçamentos, os recursos para aquisição e distribuição de medicamentos de forma direta ou descentralizada.

O gestor federal participa do processo de aquisição dos produtos mediante o repasse fundo a fundo de recursos financeiros e cooperação técnica. As transferências fundo a fundo caracterizam-se pelo repasse do governo federal diretamente nas contas dos estados e municípios, dispensando a celebração de convênios.

Este tipo de transferência é utilizado na saúde e também na assistência social. Os recursos federais destinados às ações e serviços de saúde até 2017 eram organizados e transferidos para 05 blocos de financiamento: 1) atenção básica; 2) atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; 3) vigilância em saúde; 4) assistência farmacêutica; 5) gestão do SUS.

Uma nova forma de transferência de recursos foi determinada para 2018, a qual substitui os blocos de financiamento para dois únicos blocos: custeio e investimento. O Ministro da Saúde justifica a medida afirmando a necessidade de “desburocratizar” e deixar que os gestores decidam onde alocar estes recursos, ainda que com destinação específica.

"O que estamos permitindo é mais flexibilidade para que um município proponha como deve gastar. Hoje mandamos recurso carimbado igual para todo mundo, como se fosse igual uma cidade no Amazonas com uma de uma região metropolitana e não é. A cada ano, o Ministério da Saúde repassa cerca de R\$ 75 bilhões a Estados e municípios e a regra atual faz com que prefeituras deixem de investir parte dos recursos federais enviados - a estimativa é que ao menos R\$ 7 bilhões ficaram parados nas contas neste ano." Entrevista do Ministro da Saúde em 28/12/2017. Disponível em <http://www.valor.com.br/politica/5240461/estados-e-municipios-ganham-mais-liberdade-no-uso-de-recursos-da-saude>. Acesso em 02/01/2018.

Especialistas temem que a nova forma de repasse “tire recursos de áreas tidas como menos "visíveis", como a vigilância, área que prevê ações como o controle de vetores de doenças, para aplicação em outras mais "visíveis", como oferta de serviços hospitalares.” (Folha de São Paulo, 2017).

"Foi do 8 para o 80: saiu de uma lógica ruim e fragmentada para uma lógica de caixa único cujo efeito imediato será reduzir os recursos em duas áreas essenciais à saúde brasileira: atenção básica e vigilância em saúde. Isso significa deixar de prevenir problemas de saúde importantes logo no início e desorganizar a área de vigilância, o que é perigosíssimo com a febre amarela e dengue." (sanitarista Heider Pinto em entrevista para Folha de São Paulo). Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/02/1856438-governo-federal-quer-afrouxar-regra-para-uso-de-verba-destinada-ao-sus.shtml>. Acessado em 07/02/2017.

Como ainda é muito recente, não é possível avaliar as repercussões desta medida, sendo que nestes primeiros meses de 2018 os repasses ainda estão sendo realizados nos 05 blocos de assistência.

Os recursos, então, são transferidos para os respectivos blocos. O bloco de assistência farmacêutica (bloco 04) financia a aquisição dos medicamentos para fornecimento, principalmente, nos ambulatórios, sendo nesta forma de distribuição de medicamentos que se concentra a judicialização. Ele é constituído por três componentes como especificados na tabela 6:

Tabela 6 – Componentes do bloco de Assistência farmacêutica.

Componente Básico da Assistência Farmacêutica	Aquisição de medicamentos do elenco de Referência Nacional de Medicamentos e Insumos Complementares para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica	Anexo I e III da RENAME
Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica;	Financiamento de ações de assistência farmacêutica e programas de saúde estratégicos.	Anexo II e III da RENAME
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.	Acesso a medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde caracterizada pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde.	Anexo III da RENAME

Fonte: Elaboração própria com base no portalfns.saude.gov.br

1) O Componente Básico da Assistência Farmacêutica destina-se à aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica no âmbito da atenção básica em saúde e àqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, no âmbito da atenção básica.

2) O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica destina-se ao financiamento para custeio de ações de assistência farmacêutica nos programas de saúde para controle de endemias, tais como a tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional; anti-retrovirais do programa DST/AIDS; sangue e hemoderivados; e imunobiológicos.”

3) O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica é destinado a tratamento de pacientes com doenças raras, de medicamentos de custo elevado, os quais são financiados pelo Ministério da Saúde e co-financiados pelos Estados e Distrito Federal, com dispensação em ambulatório. Os recursos financeiros advindos do Ministério da Saúde são repassados mensalmente aos Estados e ao Distrito

Federal, responsáveis pela programação, aquisição, distribuição e dispensação destes medicamentos aos usuários cadastrados, que devem obedecer aos “Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas” estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Alguns Estados adotam protocolos clínicos próprios, normatizados e financiados pelas Secretarias Estaduais de Saúde.

2.3.3 - Promoção do uso racional de medicamentos

Esta terceira prioridade envolve a promoção de campanhas educativas, estimulando o uso racional de medicamentos, bem como o registro e uso de medicamentos genéricos, elaboração e divulgação do formulário terapêutico nacional (FTP).

O FTP é um documento que contém todas as informações relativas aos medicamentos, inclusive à sua ação no organismo. Visa orientar os prescritores e consumidores e promover do uso racional de medicamentos, utilizando-se de ações junto aos profissionais de saúde, informando sobre os efeitos adversos da utilização do remédio (farmacoepidemiologia) e promovendo estudos de produtos (farmacovigilância). Conforme objetiva a PNM, esta poderia ser uma medida eficiente para controlar a judicialização da saúde, embora este trabalho não tenha se aprofundado quanto ao desenvolvimento de tal medida.

2.3.4 - Organização das atividades de vigilância sanitária de medicamentos

A organização de atividades com base Sistema Nacional de Vigilância Sanitária ainda é um processo em formação. A 1ª Conferência Nacional em Vigilância em Saúde, fase preparatória para articulação do sistema de vigilância sanitária em medicamentos com os estados e municípios, está acontecendo no momento da fase final de elaboração deste trabalho (27 de fevereiro de 2018 a 02 de março de 2018).

A conferência foi organizada em dois principais eixos de acordo com o tema referente. Um deles está programado para discutir a vigilância sanitária de medicamentos, voltado para o descarte correto de produtos e a preocupação com o meio ambiente. Outro voltado para treinamento de pessoal e inspeção de laboratórios.

Eixo I - O lugar da vigilância em saúde no SUS: aprimorar, com corresponsabilização das empresas, o processo de descarte correto de medicamentos vencidos ou de sobras de medicamentos com a adoção de um sistema de logística reversa, aplicando sanções financeiras aos transgressores e realizar campanhas que alertem a população sobre os

riscos à saúde e ao meio ambiente. (1ª Conferência Nacional da Saúde/2018)

O que se espera é que os debates desta conferência orientem as ações concretas para vigilância sanitária em medicamento, atendendo aos objetivos da PNM: organizar as atividades de vigilância sanitária de medicamentos através da adoção de procedimentos operacionais sistematizados, como a revisão dos procedimentos relativos ao registro de medicamentos de marca e similares; treinamento de pessoal do sistema de vigilância sanitária; consolidação do sistema de informação em vigilância sanitária, compreendendo, registro e regulamentos da qualidade dos produtos comercializados; inspeção em linhas de produção da qualidade dos produtos de comercialização autorizada e empresas; fiscalização e ações para tratar dos efeitos adversos dos medicamentos (farmacovigilância), entre outros (MS, 2001).

Este capítulo procurou demonstrar a trajetória de construção da política pública de medicamentos e sua efetiva implantação pelo Ministério da Saúde. Há um destaque especial à RENAME, referencial para a distribuição gratuita de medicamentos, uma das prioridades da PNM. Importa ressaltar que a RENAME, apesar de importante instrumento para orientação dos gestores, não é a única lista financiada pelo setor público, pois os medicamentos são selecionados pelas três esferas de governo que, orientadas pela RENAME, definem o elenco final de suas listas. Assim, cada município possui sua REMUME e os estados possuem a RESME.

Na sequência foram apresentados os procedimentos de elaboração e atualização da lista nacional e as formas de financiamento para aquisição, distribuição e dispensação destes medicamentos e demais prioridades da PNM, tendo sido demonstrado que estes são processos em construção, que passam por constantes ajustes e que ainda não existe um cenário definido, principalmente no que se refere ao financiamento dos medicamentos a partir de 2018. A vigilância sanitária também está na pauta das discussões, e todas estas mudanças irão refletir na PNM, sendo ainda cedo para avaliar as repercussões destas alterações.

O estudo prossegue no capítulo seguinte com o olhar voltado para as decisões judiciais. Elas revelam outra face da PNM.

O papel do Judiciário em um estado constitucional democrático é o de interpretar o ordenamento jurídico, ancorado na Constituição Federal, e aplicá-lo ao caso concreto. Este poder, diferente do Executivo e do Legislativo, é inerte,

dependendo que o interessado o provoque para então se pronunciar, por meio das decisões judiciais.

A judicialização da política de medicamentos é o fenômeno identificado quando matérias desta política são levadas ao Judiciário para que ele se manifeste nos conflitos entre os indivíduos e o Executivo. Na política pública nacional de saúde, um dos primeiros referenciais sobre este movimento foram as ações promovidas pelos portadores de HIV/AIDS na década de 1990.

CAPÍTULO 3 - A JUDICIALIZAÇÃO NA POLÍTICA DE MEDICAMENTOS

3.1 – A judicialização dos retrovirais no Brasil

A epidemia de HIV/AIDS dos anos 1990 provocou uma avalanche de ações na Justiça visando assegurar a imediata entrega do medicamento retroviral. Na época, além de caro, era um único medicamento (AZT, ou Zidovudinaproduzido) produzido com exclusividade por um único laboratório.

Este medicamento, de comprovada eficácia, representava a única garantia de vida para portadores do vírus letal. Ele era comercializado a um preço elevado e, principalmente para as pessoas mais carentes, as decisões judiciais representavam a única chance de elas obterem o medicamento e, assim, a única possibilidade de se manterem vivas. Um estudo financiado pelo Ministério da Saúde relata que a maioria das ações judiciais para fornecimento de retrovirais eram propostas pelas ONGs de proteção aos direitos dos portadores de HIV/AIDS.

Muitas organizações foram formadas para amparar os portadores do vírus. Além da gravidade da doença, a mobilização em prol dos doentes foi motivada pela contração do vírus por pessoas de destaque na sociedade. Atores, cantores, estudiosos, nacional e internacionalmente, também foram infectados pelo vírus HIV e acabaram dando voz a todos os que viviam o mesmo drama (o cartunista Henfil e seu irmão, o sociólogo Betinho, o cantor e compositor Cazuza, dentre tantos outros).

Como acontece atualmente, o Judiciário determinava que o Executivo fornecesse imediatamente o medicamento. As ordens judiciais para aquisição do medicamento ocasionaram um aumento expressivo das verbas orçamentárias para este fim. Insatisfeitos, os entes da federação acabaram levando essas ações até a Suprema Corte, que confirmava a obrigação de fornecimento de medicamento.

Um ano depois que a Suprema Corte decidiu sobre a responsabilidade do Estado em fornecer o retroviral a um indivíduo, ocorreu uma tentativa de quebra de patente do medicamento pelo Ministério da Saúde, que, embora sem sucesso, conseguiu um acordo para a aquisição do remédio a preço menor.

Os estudos que se seguiram sobre a doença, desenvolvidos pela Fundação Fiocruz, medidas governamentais como propagandas, campanhas educativas e ampliação do atendimento aos pacientes, propiciaram um controle da epidemia. Em consequência, as ações pleiteando os retrovirais também diminuíram em todos os tribunais do país e hoje se restringem a casos isolados.

Neste mesmo período é regulamentado o direito à saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde e a implantação da política pública de medicamentos. A elaboração de uma lista de medicamentos considerados necessários à sociedade e acessíveis à população foi uma das ações desta política, e os retrovirais já vieram como componentes desta lista. Para os medicamentos não contemplados nesta relação, o fornecimento tem ocorrido com a judicialização.

O posicionamento do Judiciário, deflagrado pela iniciativa daqueles que necessitam de assistência à saúde, na maior parte das vezes determina que o estado forneça o medicamento requerido. Esta atitude enfrenta críticas pontuais, que podem ser analisadas por meio de dois enfoques: os custos na política pública de medicamentos e a intervenção do Judiciário em matéria de política pública.

3.2 – Custos da judicialização na política pública de medicamentos

Os custos da judicialização na política de medicamentos podem ser mensurados pelas repercussões financeiras na agenda da saúde e também pelas implicações organizacionais provocadas por este fenômeno.

Os municípios são os entes federados mais afetados pelas ações judiciais sobre medicamentos. Pelo entendimento adotado pelo Judiciário, a União, o Estado/Distrito Federal e os Municípios são solidariamente obrigados a custear os serviços de saúde advindos da decisão judicial. Apesar de a política pública apontar claramente os responsáveis para aquisição de cada categoria de medicamento, é o interessado na prestação estatal que escolhe de quem vai cobrar na justiça. O escolhido, com exceção da capital, em regra, é o mais próximo do interessado e, por esta razão, os municípios são os entes federados mais afetados por estas ações judiciais (PINTO, et al, 2015).

Este posicionamento do Judiciário acarreta situações de complicada solução. Para exemplificar, um medicamento muito judicializado é o Sofosbuvir, utilizado para hepatite C, um componente especializado e, portanto, a competência para aquisição é centralizada no Ministério da Saúde; o tratamento mais comum é de 12 semanas, sendo necessários (7x12) 84 comprimidos para atender a esta demanda; o preço de cada comprimido é de, em média, R\$ 3.200,00 (três mil e duzentos reais) (preço

máximo ao consumidor)⁶, e todo o tratamento tem um custo total aproximado de R\$275.000,00 (duzentos e setenta e cinco mil reais).

O Município, por força de decisão judicial, é obrigado a dispende, em caráter de urgência, para um único paciente, o alto valor deste tratamento. A depender da arrecadação desse município, seu orçamento ficará prejudicado, às vezes insustentável, determinando escolhas sub-ótimas para contornar o problema.

O Brasil tem 5.570 municípios com realidades muito distintas. Uma única decisão judicial, como do município exemplificado, pode afetar todo seu orçamento, dependendo de sua capacidade financeira. A maior parte dos municípios brasileiros, 68.4%⁷, possuem até 20 mil habitantes e não oferecem a maioria dos serviços de saúde, sendo os atendimentos realizados em centros de referência ou em municípios vizinhos, e a judicialização da política de medicamentos desconsidera a forma como o serviço de saúde é organizado.

Percebe-se uma preocupação com os custos que o orçamento municipal deve arcar, como se verifica na decisão seguinte, mas nada com a intenção de direcionar a ação judicial para o responsável pela aquisição do medicamento.

O laudo médico a ser apresentado à Municipalidade quando da entrega dos remédios, ocasião em que o autor deverá apresentar também o comprovante de residência atualizado; merecendo pequeno ajuste na sentença recorrida neste aspecto, em respeito à necessidade de equilíbrio no repasse de verbas públicas e ao Verbete 116 desta Corte. (Décima Terceira Câmara Cível. Apelação Cível 0002210-55.2008.8.19.0061.Relator Mauro Pereira Martins, julgamento 08/06/2016, grifo nosso)

As decisões judiciais são direcionadas, em regra, para cumprimento imediato, sem levar em conta a competência atribuída ao Município, que acaba arcando com custos, que estão além da sua competência e capacidade financeira. Há procedimentos administrativos que possibilitam o ressarcimento, mas estes procedimentos não são regulados sistematicamente pelo MS (Ministério da Saúde), havendo um embaraço para que estes valores cheguem ao destinatário.

Em outubro de 2017 uma nova portaria do MS (Portaria 2.566, de 4 de outubro de 2017) instituiu o núcleo de judicialização, com a finalidade de organizar e promover o atendimento das demandas judiciais no âmbito do Ministério da Saúde. Uma das competências deste núcleo é interagir com os outros entes federativos coobrigados na ação judicial, visando definir o ente que dará cumprimento à decisão.

⁶ Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos- CMED

⁷ IBGE

Ainda não se sabe das implicações deste novo procedimento. O que se tem hoje é a ausência de procedimentos claros para a realização do ressarcimento financeiro a estados e municípios. Ou seja, em algumas ações e serviços de saúde de competência federal os municípios são ressarcidos e em outras eles encontram dificuldades para o ressarcimento (TCU/2017).

Outro problema que afeta a administração é a falta de métodos seguros que viabilizem a realização de um diagnóstico preciso com a judicialização da política de medicamentos. Muitos municípios no país não possuem um sistema de armazenamento de dados adequado. Em muitos a informatização é precária e não se tem pessoas treinadas para trabalhar e alimentar as informações.

Neste aspecto, a dificuldade das Secretarias Municipais reside na baixa qualificação dos gestores, na insuficiência da universalidade das ações em políticas públicas e na ausência ou existência de informações pouco fidedignas. Mensurar os custos esbarra na questão organizacional e na necessidade de informações claras e confiáveis sobre as repercussões das ações judiciais para a saúde. Estes problemas organizacionais administrativos também são encontrados nos estados (TCU/2016).

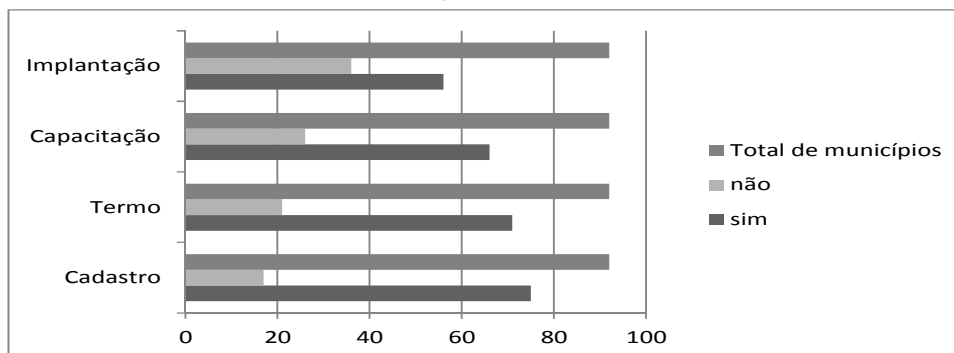
O MS, observando esta deficiência, vem implantando, a nível nacional, desde 2013, um sistema informatizado denominado HÓRUS -Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica- que pretende monitorar e avaliar a assistência farmacêutica no país, integrando todos os entes da federação. Em relação às ações judiciais, um dos propósitos é que este sistema armazene um cadastro único, com acesso compartilhado entre as áreas que atuam no atendimento das demandas judiciais.

O que se espera deste sistema é a possibilidade de se obter informações mais precisas sobre as ações judiciais, mas todo processo encontra-se em fase de implantação. Para exemplificar, a realidade nos municípios do Estado do Rio de Janeiro em relação a este sistema pode ser percebida no gráfico 02.

Dos 92 municípios, 36 deles implantaram o sistema HÓRUS do Ministério da Saúde e estão aptos a implementar o sistema de gestão de assistência farmacêutica. Dos sete municípios do Estado⁸ com maior número de habitantes, somente Duque de Caxias conseguiu cumprir todas as fases do sistema.

⁸ Rio de Janeiro, São Gonçalo, Duque de Caxias, Nova Iguaçu, Niterói, São João de Meriti, Belford Roxo e Campos dos Goytacazes. (IBGE, 2010).

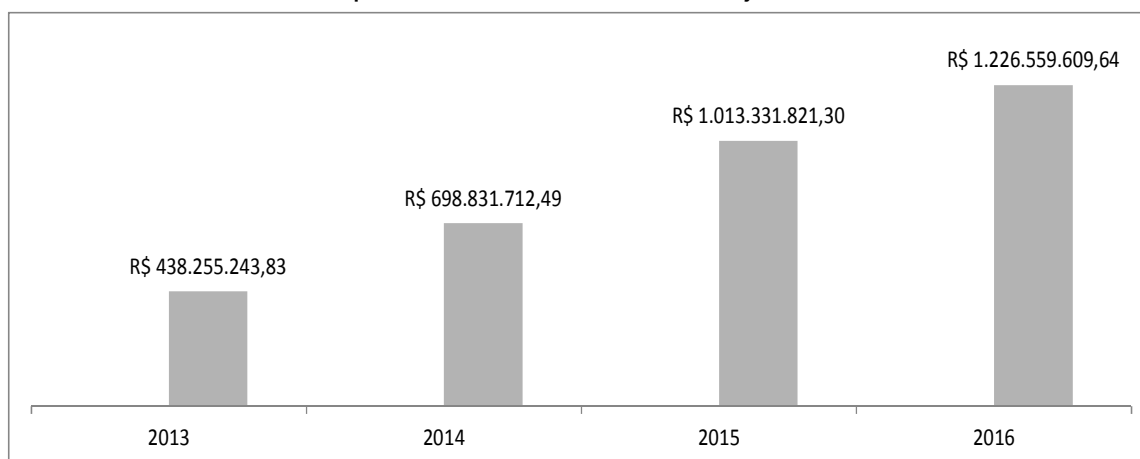
Gráfico 02. Fases de Implantação do HÓRUS nos municípios do RJ



Fonte: Elaboração própria. Dados do portalsaude.saude.gov.br (acesso em 10/09/2017).

Diante dessa insuficiência de informações, os custos financeiros não são claramente mensurados para que possam ser calculados os reais gastos que a Administração Pública sofre com a judicialização da política de medicamentos. As informações mais consistentes sobre custos financeiros vêm do MS, que acompanha, desde o ano 2007, a evolução dos gastos com a aquisição de medicamentos e insumos para atender às demandas judiciais. O gráfico 03 demonstra uma escala ascendente desses valores.

Gráfico 03. Evolução dos valores gastos pelo MS com a aquisição de medicamentos/insumos para atender às demandas judiciais.



Fonte: Cálculos CODEJUR a partir de dados CDJU/MS

Cabe destacar que tais valores correspondem exclusivamente a gastos com a aquisição dos medicamentos.

Insta consignar que tais valores referem-se, tão somente, aos gastos efetuados com a aquisição dos medicamentos/insumos pleiteados em ações judiciais, excluídos os valores relativos às demais despesas com o procedimento de compra e entrega do medicamento, tais como: publicação em Diário Oficial, pagamento de transportadora para entrega da medicação em domicílio, pagamento de seguro para o transporte do medicamento e, quando for o caso, custos com a importação. Em que pese não ser o melhor instrumento para atender às ordens judiciais, nem mesmo para o Ministério

da Saúde, ante o questionamento de órgãos de controle, a sistemática de depósitos bancários tem sido a única forma de atender os prazos determinados pelo Judiciário nesse tipo de ação. (MS/CJU – 2017)

Em 2015 a concessão de medicamentos pela Justiça tem o aumento mais expressivo, fato que coincide com a crise financeira no país, atingindo todos os setores públicos e privados.

Em termos percentuais (tabela7), a aquisição de insumos para saúde em atendimento a ações judiciais no ano de 2016 representou 1% da execução orçamentária global do MS.

Tabela 7: Execução orçamentária do MS e aquisição de medicamento com demanda judicial.

ANO	EXECUÇÃO GLOBAL	DEMANDA JUDICIAL	PERCENTUAL
2016	R\$ 116.813.073.629,00	R\$ 1.252.217.955,08	1%

Fonte: CDJU/MS.

Quando comparado à quantidade de pessoas atendidas a discrepância fica acentuada (tabela 8).

Tabela 8- Valores gastos com o fornecimento dos dez medicamentos mais caros (ano-base 2016).

Nome dos medicamentos de alto custo	Valores gastos	Número de pacientes atendidos
1) Eculizumabe, 10 mg/ml, Solução Injetável	R\$ 624.621.563,43	364
2) Galsulfase, 1 mg/ml, Concentrado para Perfusão Injetável	R\$ 127.092.026,10	157
3) Elosulfase Alfa, 1 mg/ml, solução Injetável	R\$ 93.597.472,29	73
4) Idursulfase, 2 mg/ml, solução p/ Infusão Venosa	R\$ 72.676.821,24	126
5) Alfagalsidase, 1 mg/ml, solução p/ Infusão	R\$ 70.480.535,48	41
6) Atalureno, 250 mg, Granulado para Suspensão Oral	R\$ 48.455.943,89	25
7) Betagalsidase, 35 mg, Pó Líofilo p/ Injetável	R\$ 32.851.015,39	122
8) Metreleptina, 11,3mg	R\$ 27.918.719,66	19
9) Lomitapida, 10 mg	R\$ 20.839.997,50	47
10) Laronidase 0,58mg/ml	R\$ 19.985.240,90	21
Total	R\$ 1.138.519.335,90	995

Fonte: Cálculos CODEJUR a partir de dados CDJU/MS.

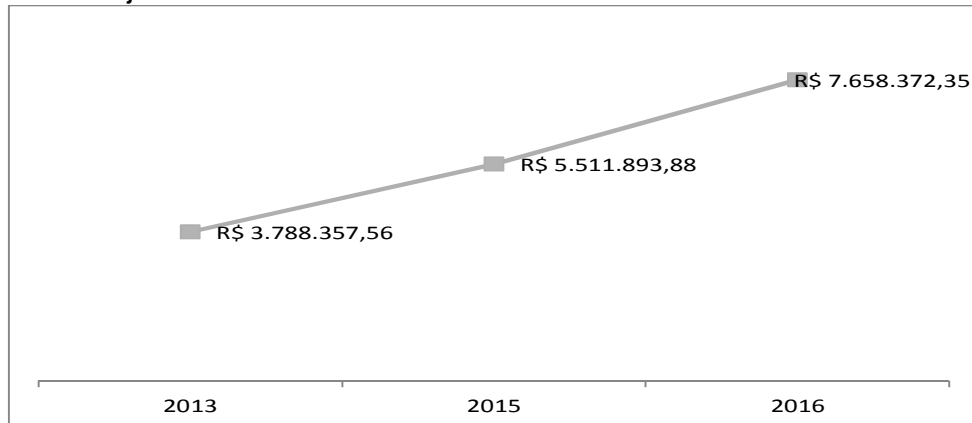
Segundo o IBGE, a população do Brasil em 2016 era de 206.081.432, e a execução orçamentária global da saúde, no mesmo ano, para a assistência farmacêutica, foi de R\$ 978.497.812,12. Nesse ano, 995 pessoas que recorreram ao Judiciário gastaram R\$ 1.138.519.335,90 das verbas do governo para aquisição de medicamentos, o que representa 86% a mais que o restante da população poderia gastar. Cada pessoa tem direito, em média, a R\$ 4,74 para gastar com

medicamentos; as 995 pessoas que tiveram os medicamentos judicializados gastaram R\$ 1.144.240,54.

As transferências de recursos na área de saúde da esfera federal para as esferas estadual, distrital e municipal são feitas de maneira descentralizada, dispensando a celebração de convênios (repassa fundo a fundo). Não são só medicamentos, mas todas as despesas com pessoal ativo, de custeio e de capital são consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde.

Os repasses para custeio da judicialização da política de medicamentos têm sido realizados através dos blocos de financiamento. Este fenômeno assume contornos particulares dentro de cada estado e de cada município. No Estado do Rio de Janeiro, os valores gastos com a judicialização também aumentaram, como aconteceu com a União. Os valores do gráfico 03 representam unicamente os medicamentos e procedimentos de competência da União, restando ainda aqueles que ficaram a cargo do Estado, ou que, por problemas burocráticos, não foram repassados.

Gráfico 04. Recursos repassados ao Estado do RJ para custeio de decisão judicial⁹



Fonte: Elaboração própria a partir do portal FNS.

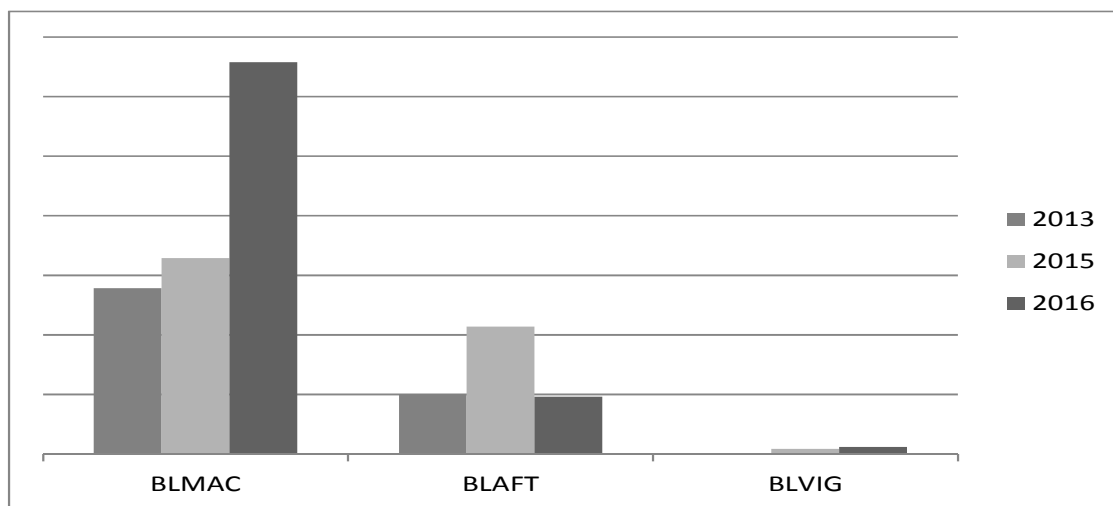
Desagregando estes dados (gráfico 04), verifica-se que o bloco de assistência farmacêutica (BLAFT) recebeu menos recursos em 2016, o que denota a diminuição da judicialização desses medicamentos. Este bloco representa um importante valor a ser considerado para o impacto da judicialização da política.

O BLAFT custeia, entre outros, o componente básico da assistência farmacêutica (Cbaf), medicamentos destinados a satisfazer as necessidades prioritárias de cuidados da saúde da população. Destacam-se entre eles os

⁹ Os gastos de 2014 não estavam disponíveis para consulta.

analgésicos, antitérmicos, antibióticos e anti-inflamatórios. Eles estão relacionados na RENAME nos anexos I e IV (tabela 05).

Gráfico 04. Evolução de recursos repassados ao Estado do RJ para custeio de decisão judicial segundo blocos de assistência (2013 a 2016)¹⁰:



Fonte: Elaboração própria a partir do portal FNS.

O gráfico 04 demonstra que os gastos se concentram no bloco de atenção de alta e média complexidade ambulatorial e hospitalar (BLMAC). O bloco é formado pelo MAC (limite financeiro da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar) e pelo Faec (fundo de ações estratégicas e compensação). Estão neste bloco os medicamentos que não fazem parte da lista, de alto custo, e os medicamentos não registrados na ANVISA.

O bloco de vigilância em saúde (BLVIG) também recebeu recursos para custear as ações judiciais (tabela 9). Este bloco é formado por dois componentes: vigilância epidemiológica e ambiental e vigilância sanitária. No primeiro estão os recursos para a prevenção e controle de doenças epidemiológicas em âmbito hospitalar, laboratórios de saúde pública, campanhas de vacinação, monitoramento de resistência a inseticidas para o combate ao *aedes aegypti*, entre outros.

No segundo (vigilância sanitária), estão os recursos destinados à vigilância sanitária. Por ser muito diversificado, não há como determinar o que exatamente provocou a judicialização neste bloco, se medicamento ou alguma outra atividade específica. O que se percebe é que, de 2013 a 2015, houve um salto de despesas de mais de 100%, que continuou crescendo no ano seguinte, mas as causas

¹⁰ Idem

precisariam ser desvendadas com a disponibilização pelo MS de informações mais claras.

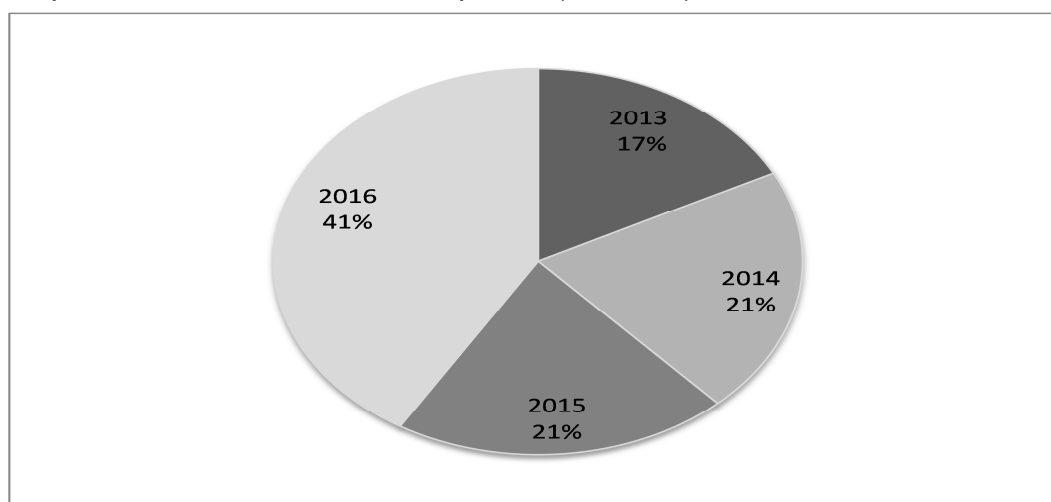
Tabela 9. Recursos repassados ao Estado do RJ para custeio de decisão judicial no bloco de vigilância sanitária (BLVIG)¹¹.

2013	R\$ 945,24
2015	R\$ 86.162,26
2016	R\$ 117.138,69

Fonte: Elaboração própria a partir do portal FNS.

Analisando o volume de recursos judiciais (gráfico 06), é possível dizer que a Justiça se tornou a porta alternativa para aquisição de medicamentos que não estão disponíveis na lista do SUS: medicamentos de alto custo, medicamentos não registrados na ANVISA e medicamentos off label. Em 2016, os repasses para este bloco tiveram um aumento próximo a 100% em relação ao ano de 2015.

Gráfico 06. Recursos judiciais para bloco de atenção de alta e média complexidade ambulatorial e hospitalar (BLMAC)



Fonte: Elaboração própria a partir do portal FNS

As ações indicam que a maioria dos pedidos que chegam ao Judiciário são concedidos. No Judiciário não parece haver dúvida quanto à necessidade daquele que requer o medicamento, sendo os pedidos, em regra, deferidos através de decisões liminares, que dispensam a manifestação do ente público. Mas de onde provém a certeza da necessidade do medicamento?

¹¹ Os gastos de 2014 não estavam disponíveis para consulta.

3.2 - Intervenções do Judiciário em matéria de política pública

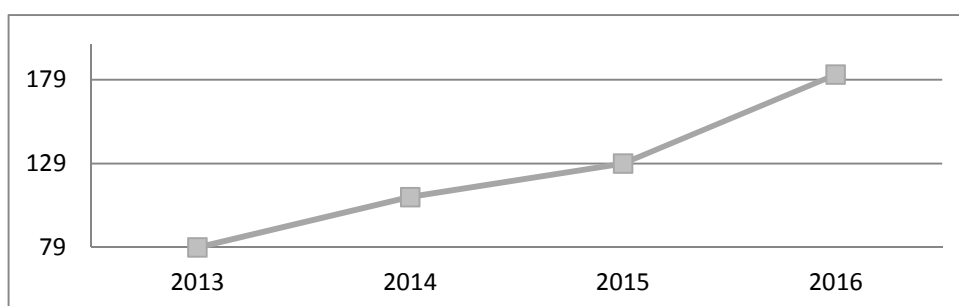
Para analisar a judicialização da política pública de medicamentos, foram utilizados dados empíricos, obtidos através das decisões judiciais do TJRJ, não perdendo de vista as diferenças existentes entre outros estados e até mesmo os contrastes existentes entre a capital e os municípios do interior do Rio de Janeiro.

Foram analisadas 412 decisões judiciais julgadas nos anos de 2013 a 2016, todas provenientes da reapreciação pelo órgão colegiado do TJRJ em razão de terem sido submetidas a reexame para decisão definitiva (apelação).

As decisões que chegam ao TJRJ¹², especificamente aos órgãos colegiados (22 câmaras cíveis), são uma amostra das ações que tramitam nas 81 comarcas do Estado. Para se ter uma ideia do volume de ações nos municípios, somente em um deles, Itaperuna, em 2013, a Secretaria de Saúde Municipal atendeu 282 demandas judiciais (FOLY, 2014) e apenas 02 (duas) foram julgadas pelas Câmaras Cíveis, segundo informações coletadas.

O aumento do número das ações judiciais pleiteando medicamentos reflete no custo da judicialização da saúde também no Estado do Rio de Janeiro (gráfico 07), a exemplo do que se passa com a União. Nos dados levantados, em 2013, foram julgadas 79 ações versando sobre pedidos de medicamentos; em 2016 este número passou para 179, um aumento de 227% em um espaço de 03 anos.

Gráfico 07 Quantidade de decisões proferidas pelo TJRJ sobre medicamentos



Fonte: Elaboração própria, dados do TJRJ (www.tjrj.jus.br)

A percepção dos Juízes sobre as causas da judicialização está no mau funcionamento do Executivo. Nas entrevistas realizadas, a opinião dos entrevistados é que o grande número de ações judiciais para aquisição de medicamentos decorre

¹² Os descritores utilizados para obter estas decisões foram: medicamento, saúde, remédio e apelação

da desorganização das secretarias de saúde, que não conseguem atender aos usuários.

A questão de medicamento começa no judiciário por volta da década de noventa, e isso se deve à desorganização administrativa das prefeituras, do Estado e da União. Depois de muito tempo os tribunais fixaram a possibilidade do cidadão vir à Justiça, e isso hoje ocupa grande parte das causas judiciais...tem pesquisa pelo Brasil nesse sentido...e a gente sabe que o SUS garante remédios básicos e, em tese, não seria necessária a Judicialização, porque existe a portaria do Ministério da Saúde, e, assim, o município deveria fornecer, o Estado e a União. O não fornecimento, a desorganização gera a entrada de ações, atrapalha o Judiciário no seu trabalho, porque não é função do Judiciário, é uma função do Executivo, tanto que os remédios estão definidos nesse sentido. No Rio de Janeiro, na cidade do Rio de Janeiro, a gente tem uma câmara técnica, à semelhança de outros estados, que verifica a capacidade, a necessidade de se fornecer esses remédios; se cria outra estrutura administrativa que também seria da função do executivo. Na verdade, o Judiciário tinha que atuar, sim, naqueles remédios fora da portaria, vez que ainda não estão na portaria da SUS como gratuitos, e verificar se haveria caso ou não de se conferir esse remédio extra portaria, além da portaria. (J1)

Pelas circunstâncias, a gente analisa que não tem condições de adquirir aquele remédio e a prova de ofícios encaminhados pela Defensoria Pública solicitando informações ou pedido de fornecimento para o Município que também não são atendidos. A partir daí é feita toda a fundamentação do direito à saúde, da obrigação do estado em prestar o serviço de saúde, que, nesse aspecto, é o fornecimento de medicamento, é dada uma decisão obrigando o Município a entregar o medicamento. A nossa primeira tentativa é intimar a Secretaria de Saúde para entregar o medicamento. A rigor, não há sequer resposta, não tem nada, a gente fixa um prazo de dois ou três dias para que respondam, até porque é um caso urgente, não tem como esperar, e, na maioria dos casos, não há resposta, que poderia vir, por exemplo: “olha, não tenho o medicamento A, que é de uma marca ou de um laboratório específico, mas tenho o B, que serve para a mesma finalidade, por exemplo, não há. O prazo de modo geral corre em branco.” (J2)

O aumento dessas ações judiciais sobre medicamentos interfere na rotina do atendimento às demais ações. Como são vários pedidos e todos alegando urgência, a análise desses processos se torna prioritária em relação aos demais.

Só que isso, pra gente, talvez seja hoje, nas Varas Cíveis de xxx, a matéria que ocupa mais tempo. Porque é tudo urgente. Aqui, por exemplo, na xxx Cível, tem uma servidora que só cuida disso. São processos que, durante o dia... são vários pedidos. Não tem como aguardar. Não tem como dizer para a parte você precisa do seu remédio, aguarde 5 dias, 10 dias, que vou resolver. Em geral, quando eles vêm pedir, já está no finalzinho, por que já acabou, e não é só medicamento, é medicamento, leite especial para criança, tratamento para idoso, um sem número, exames, por exemplo. (J2)

Nas secretarias de saúde, onde a dispensação é realizada, também há uma percepção diferente da judicialização, pois nelas existem setores específicos, alguns identificados como farmácias judiciais, para atender essas demandas. Os profissionais trabalham sem uma lista de dispensação pré-definida e reclamam da impossibilidade de planejamento. A gama de medicamentos é muito variada,

havendo diversas apresentações determinadas judicialmente de medicamentos que estão na lista, mas com a apresentação diferente.

A utilização de nome comercial em detrimento da composição, a escolha por uma forma de apresentação e não outra implica em compras de medicamentos desnecessárias para atender às demandas judiciais. Afirma-se ainda que há um privilégio do paciente que vem da justiça em relação ao usuário do sistema de saúde, pois os originários da justiça não passam por cadastro prévio e não obedecem a uma ordem de atendimento como os demais usuários.

A dispensação judicializada acaba “furando a fila” do usuário que aguarda para ser atendido. Outra observação é quanto à forma como as decisões judiciais são direcionadas para as Secretarias: elas vêm desacompanhadas de dados que identifiquem com precisão aquele que irá fazer uso do fármaco, como CPF, RG, endereço, impossibilitando um acompanhamento do usuário na utilização do medicamento. Relata-se também que a receita que compõe o processo nem sempre acompanha a decisão que chega às Secretarias, fazendo com que medicamentos como os antibióticos, com prescrição médica obrigatória em duas vias, sejam fornecidos, em cumprimento à ordem judicial, desobedecendo à resolução da ANVISA.

(...) na maioria das vezes não vem o laudo médico, isso é uma queixa muito frequente. A gente, à vezes, não tem acesso à receita, a laudo, a nada do paciente. Então, a gente não consegue nem observar e nem fazer a função do farmacêutico; tipo: da Defensoria, vem ofício que não vem nem documento do paciente, CPF, não vem nada, tô falando do CPF, que é um documento básico, não vem receita (...) Funcionária da Secretaria de Saúde Municipal

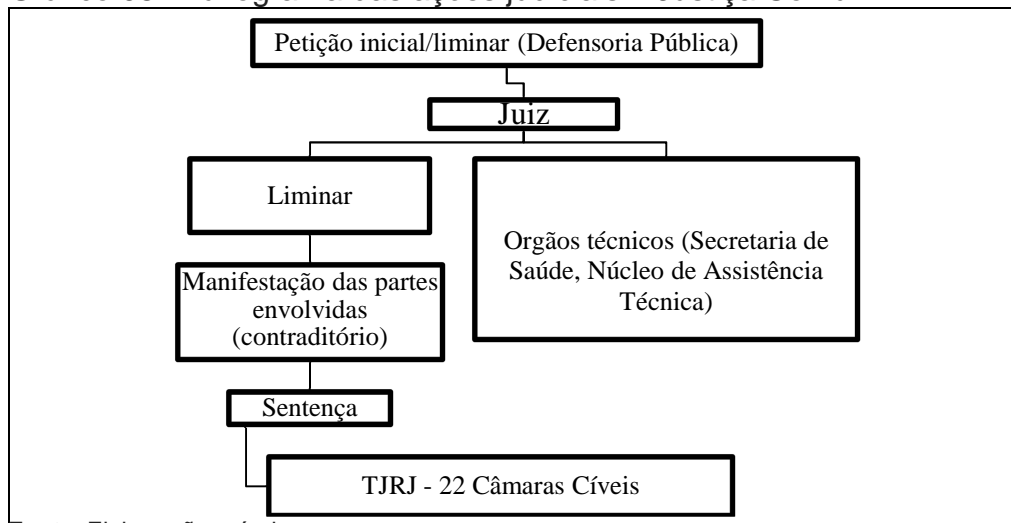
O ponto em comum é a disfunção que a judicialização da política provoca, seja pelo excesso de demandas, seja pelo interesse da indústria farmacêutica e ainda pelo privilégio do paciente judicializado, que é atendido “fora da fila”.

3.2.1- A entrada dos pedidos no Poder Judiciário do Estado do Rio de Janeiro

As ações judiciais do Estado são oriundas das 81 comarcas que atendem os 92 municípios. Tentando encontrar uma uniformidade entre os procedimentos adotados na capital e no interior do estado, diante da singularidade de cada comarca, o fluxograma (gráfico 08) demonstra de maneira simplificada o caminho percorrido pelas decisões judiciais da política de medicamentos até chegarem aos órgãos colegiados do Tribunal de Justiça, onde serão julgadas de maneira definitiva.

As diferenças do percurso dos pedidos dependem do diálogo que a Secretarias de Saúde/órgãos técnicos realizam com o Judiciário.

Gráfico 08. Fluxograma das ações judiciais – Justiça Comum



Fonte: Elaboração própria.

Quando estas sentenças chegam aos órgãos colegiados no TJRJ para serem novamente julgadas, em geral o medicamento já está com o usuário. As Secretarias de Saúde já foram compelidas a fornecer o fármaco através da tutela antecipada ou da sentença final dada pelo Juiz monocrático, aquele que exerce suas funções nas comarcas do Estado.

Das 412 decisões analisadas, todas foram propostas individualmente. Portanto, 412 pessoas se beneficiaram do acesso a medicamentos pela Justiça. A grande parte das ações propostas para fornecimento de medicamentos são individuais, fato que pode ser explicado pela própria natureza do problema.

Por razões éticas, o advogado que é procurado para propor uma ação de medicamento não pode divulgar a doença e muito menos dizer que procura outros indivíduos acometidos do mesmo mal para promover uma ação coletiva, a não ser se a própria pessoa tomar esta iniciativa. Ao contrário, ao advogado cabe ficar silente, manter o sigilo a respeito das causas que patrocina.

Em relação àquele que necessita do medicamento, quando procura assistência jurídica pretende satisfazer sua pretensão o mais rápido possível, não tendo interesse pessoal de reunir pessoas para uma ação coletiva.

Pela diversidade de casos e volume de atendimento, seria de se esperar que as ações coletivas fossem comuns na Defensoria Pública e no Ministério Público,

órgãos que, por natureza, atuam em defesa do hipossuficiente e na defesa de interesses coletivos.

Na Defensoria do Estado do Rio de Janeiro foi relatado, em uma entrevista, que, embora tenham sido propostas algumas ações coletivas com resultados positivos, a instituição prefere propor ações individuais. Uma ação coletiva demanda um extenso rol probatório e disponibilidade dos Defensores para se dedicarem a elas. Para esses profissionais, que trabalham com quadro reduzido, trabalhar em uma ação coletiva pode implicar em desassistir várias pessoas que precisam de atendimento urgente.

Além disso, as ações coletivas são julgadas em um espaço de tempo muito maior que as individuais, e os interessados buscam resposta imediata.

A mesma experiência foi relatada no Ministério Público, apesar da demanda de atendimento de casos desta natureza se apresentar em menor escala, em razão das atribuições da própria instituição.

Observou-se ainda que todas as 412 decisões judiciais confirmaram o fornecimento de medicamento. A receita médica é requisito obrigatório nestas ações. O deferimento da liminar é motivado pela prescrição do médico, não necessariamente médico do SUS. A resposta judicial, em geral, tem se limitado a determinar o cumprimento, pelos gestores de saúde, da prestação requerida pelos reivindicantes, respaldados por uma prescrição médica individual (PEPE, et al, 2010, p.85).

Para a propositura das ações judiciais, a receita médica é documento essencial, sendo irrelevante a rede de atuação do profissional, se privada ou pública, posicionamento expressamente difundido nas decisões judiciais pesquisadas. Independente desta particularidade, as fundamentações das decisões judiciais conferem credibilidade absoluta ao laudo médico.

Não se olvide que a Constituição da República em nenhum momento condiciona o fornecimento de medicamentos aos hipossuficientes a receituário fornecido pelos Hospitais Públicos do SUS. Todavia, indiscutível a necessidade de apresentação periódica de receituário médico, para garantir a continuidade do tratamento à enfermidade da recorrente, independentemente, porém, de ser este receituário vinculado à rede pública (Apelação nº 0001852-91.2012.8.19.0080. Desembargador Juarez Fernandes Folhes, julgamento : 06/07/2016, Décima Quarta Câmara Cível, TJRJ, grifo nosso)

Insta consignar, no que diz respeito ao receituário firmado por médico particular, que a Constituição da República não condiciona o socorro médico, para fornecimento de medicamentos aos necessitados, a que estes sejam previamente atendidos pelo SUS. Desse modo, o receituário firmado por

medico particular é documento hábil para comprovar a necessidade de medicamentos (Processo 68302-45.2012.8.19.0038 – julgado em 2013, grifo nosso)

Noventa e sete por cento dos medicamentos foram concedidos nos termos pedidos pelo autor. Nos outros 2,6%, as reformas determinadas pelos órgãos colegiados se referiam a atualização do receituário médico (periodicamente ou com termo certo) e substituição do medicamento, caso houvesse o mesmo princípio ativo nas listas das secretarias de saúde, mas em nenhuma delas houve negativa ao medicamento.

O MS aponta que uma das principais causas do aumento de demandas judiciais é o processo de incorporação de novas tecnologias no mercado e o desenvolvimento de diagnósticos e tratamento de doenças. Os produtos envolvendo a saúde repercutem no bem-estar e na vida das pessoas, criando a necessidade de acesso a novos recursos, como tábua de salvação para o mal acometido, mesmo sem a certeza da eficiência para o caso em particular.

Outra observação direciona-se para o interesse das indústrias farmacêuticas. Muitos lançamentos de medicamentos possuem pequenas alterações nas moléculas disponíveis, mas representam estratégias dessas empresas para obterem novas patentes, assegurarem preços e garantirem exclusividade de fabricação. Associada à atividade da indústria, as empresas apresentam os novos produtos à classe médica ou a grupos específicos de usuários como inovadores, ressaltando de forma desproporcional a vantagem.

Existe ainda hoje, um grande vazio no papel que o Estado e, especialmente, os gestores do SUS devem desempenhar no processo de qualificação e de educação continuada dos médicos que atuam no sistema. Com estratégias agressivas de marketing e de convencimento, este espaço tem sido ocupado, cada vez mais, pela indústria farmacêutica, que atua, indevidamente, como educadora/atualizadora de médicos. Essa educação/atualização, evidentemente, padece de vieses representados pelos interesses comerciais em jogo. O que se vê, com grande frequência, é uma enorme pressão pela incorporação tecnológica, baseada em evidências nem sempre confiáveis; a troca do antigo pelo novo, mais caro e, supostamente, melhor tratamento. (CONASS, 2011, p.125)

O início da judicialização acontece no encontro do médico com o seu paciente, no momento em que este profissional prescreve o medicamento mais adequado ao seu paciente. A necessidade do tratamento, a duração, o tipo de medicamento que será ministrado ao paciente é determinado pelos médicos.

É usual a presença de representantes das empresas farmacêuticas nos consultórios médicos, públicos e privados. Existe um maciço investimento da indústria farmacêutica com propaganda na atividade desses profissionais. Medicamentos inovadores são apresentados sem a demonstração de pesquisas independentes que garantam a avaliação da eficácia e da segurança dos novos produtos. Sabe-se também que estas indústrias oferecem benefícios, prêmios para estes profissionais em razão do aumento das vendas do medicamento.

A preocupação com a judicialização da política de medicamentos não se resume aos recursos financeiros dispendidos, que são significativos, mas também com o uso indevido de um braço do poder estatal para atender ao interesse econômico da indústria farmacêutica, com possibilidade de colocar em risco a saúde do usuário.

Entretanto, apesar de essa análise da relação entre médicos, advogados e medicamentos não permitir que se explore em toda a sua complexidade o papel das ações judiciais como estratégia de introdução de novos medicamentos no SUS, os dados apresentados mostram a grande concentração da distribuição dos processos em poucos médicos e escritórios de advocacia. Esse fato pode ser um indício de que a Justiça e a medicina têm sido utilizadas para atender aos interesses da indústria farmacêutica. (Neto, et al, 2012)

Pedidos de medicamentos de alto custo, alguns sem registro na ANVISA , são levados ao Judiciário amparados nos interesses do mercado, dissociado do planejamento e da racionalidade administrativa e desvinculado dos princípios relativos aos direitos fundamentais: saúde, igualdade e dignidade da pessoa humana, tão caros ao Judiciário.

Um exemplo é o estudo feito pela Cochrane para o Ministério da Saúde que compara o uso de stents revestidos com drogas a stents não revestidos, utilizados para insuficiência coronariana aguda. O stent revestido com drogas tem um custo de R\$ 15 mil a unidade, sendo usados na quantidade média de três a quatro unidades por pessoa, enquanto os stents não revestidos têm um custo de R\$ 2.500,00 a unidade. Os registros do SUS da época da realização do estudo mostravam que 90% dos stents colocados eram os mais caros, o que reflete uma conduta baseada na filosofia norte-americana. Para realizar esse trabalho para o Ministério da Saúde, foi feita uma revisão da literatura, utilizando-se filtros adequados para o que se queria pesquisar, considerando que os resultados obtidos em uma revisão embasarão o posicionamento acerca do tema. É importante ressaltar que, em uma revisão sistemática, a aderência ao método de seleção dos trabalhos é muito importante. Os resultados dos estudos analisados na revisão sistemática mostraram que o uso de stents revestidos com rapamicina ou paclitaxel reduzem a incidência de reestenose, mas não reduzem a necessidade de revascularização cirúrgica, ou a incidência de infarto ou morte. Com base nestes dados, não haveria vantagem no uso do stent farmacológico, pois, além do elevado impacto econômico/financeiro

para o SUS, não apresenta impacto significativo no sentido de evitar cirurgia de revascularização, infarto ou morte (CONASS, 2010, p.97 – grifo nosso).

Um estudo realizado no ano 2005 com decisões de 1º grau que não foram submetidas a recurso no TJRJ apresenta as mesmas conclusões, apesar de passados mais de 10 anos e das várias arenas de discussão que estão sendo realizadas no país.

Partindo-se do universo final de 2.062 ações com sentenças proferidas até dezembro de 2006, verificou-se que em 1.829 casos (89%) os pedidos foram julgados totalmente procedentes, com sentenças favoráveis aos autores das ações, sendo os medicamentos pleiteados concedidos pelo juiz nos exatos termos do requerido pelo usuário. Em 153 processos (7% dos casos), os pedidos foram julgados parcialmente procedentes, havendo concessão apenas de parte do requerido. Esses casos referem-se a pedidos nos quais o autor pleiteava outros itens além de medicamentos, tais como camas hospitalares, cadeiras de rodas, luvas descartáveis, seringas, sondas, fraldas descartáveis e aparelhos para medir glicose, sendo que o deferimento pelo juiz se deu apenas em relação aos medicamentos. Em 1% dos casos o estado e/ou município réu da ação reconheceram que os medicamentos solicitados eram devidos aos autores das ações. Os restantes 3% dos casos se referem a situações em que o juiz não chegou a decidir sobre o pedido de medicamento em razão de falecimento do autor, desistência da ação, abandono do processo ou interrupção no uso do medicamento pleiteado. Observa-se, portanto, que não existem casos em que houve o indeferimento do pedido do autor, o que indica que o Poder Judiciário tem se manifestado sempre em favor do usuário quando se trata de solicitações sobre medicamentos, independentemente de ser aquele medicamento padronizado pelo Ministério da Saúde (BORGES, et al, 2005, p.61)

Os médicos oferecem ao paciente os medicamentos que consideram mais eficientes e eles estão sendo obtidos através de sentenças, o que, sem a devida cautela, pode se tornar uma janela aberta para patrocinar interesses econômicos, como das indústrias farmacêuticas, e comprometer a saúde do paciente.

A Corregedoria Geral da Administração do Estado de São Paulo e o Departamento de Polícia de Proteção à Cidadania (DPPC) estão investigando médicos que prescreveram o remédio “Juxtapid”, produzido por um laboratório dos Estados Unidos e não aprovado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Há suspeita de que os médicos teriam negociado com o laboratório para testar o medicamento em pacientes brasileiros. (...) O número de ações judiciais que pediam a compra do remédio foi um dos fatores que chamou a atenção dos órgãos investigadores. A polícia ouviu alguns dos pacientes que estavam usando o remédio e descobriu que alguns deles não precisavam do tratamento e estavam com efeitos colaterais. Um dos entrevistados disse que, após usar o medicamento, passou a ter tonturas e formigamento no braço (HISAYASU, 2015, p.14).

O Conselho Nacional de Justiça, em dois encontros (I e II Jornada do Direito da Saúde) sobre direito à saúde, promovidos nos anos de 2014 e 2015, aprovou 68 enunciados, tentando orientar a atuação dos juízes.

Os Tribunais Superiores também buscam achar um ponto de equilíbrio através de decisões de efeito multiplicador, como se observa na tabela 10.

Tabela 10. STJ: temas de repercussão geral na política pública de medicamentos

<p>STJ – 08/11/2013 - Repercussão Geral – Tema 84- Bloqueio de verbas públicas para garantia de fornecimento de medicamentos. Tratando-se de fornecimento de medicamentos, cabe ao Juiz adotar medidas eficazes à efetivação de suas decisões, podendo, se necessário, determinar até mesmo o sequestro de valores do devedor (bloqueio), segundo o seu prudente arbítrio, e sempre com adequada fundamentação.</p> <p>STJ – 26/06/2017 - Repercussão Geral – Tema 98 - Possibilidade de imposição de multa diária (astreintes) a ente público, para compeli-lo a fornecer medicamento à pessoa desprovida de recursos financeiros.</p> <p>STJ – pendente de julgamento - Repercussão Geral – Tema 106 - Obrigatoriedade do poder público de fornecer medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS. Questão de ordem suscitada na sessão de julgamento do dia 24/05/2017 e publicada no DJe do dia 31/05/2017: a Primeira Seção, à unanimidade, deliberou que caberá ao juízo de origem apreciar as medidas de urgência. Até 08/09/2017 eram 8.841 processos suspensos em virtude desta decisão, segundo informa o próprio STJ (Tema repetitivo 136 -RESP 1657156/RJ: afetado na sessão do dia 26/04/2017 (Primeira Seção).¹³¹⁴</p>

Fonte: Elaboração própria, fonte: www.stj.jus.br

O NAT é mais uma das iniciativas em busca do equilíbrio entre a judicialização e a política pública de medicamentos.

3.2.2 - NAT (Núcleo de Assistência Técnica)

'Criado no ano 2009 como resultado de um convênio entre a Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e o TJRJ, o NAT é uma estratégia para orientar os juízes em suas decisões judiciais. Ele não inibe a judicialização da política, já que sua atuação se inicia após a entrada da ação na justiça. Sua função é fornecer informações qualificadas aos juízes, conhecimentos técnicos sobre os pedidos que chegam ao Judiciário. Foi uma iniciativa do TJRJ, em parceria com a

¹³ Insumos: medicamentos, correlatos (tiras reagentes para glicose, fraldas descartáveis, bombas de insulina, etc.), suplementos alimentares, dentre outros, não incluindo os gastos com procedimentos como cirurgias e internações.

¹⁴ Disponível em: http://www.stj.jus.br/repetitivos/temas_repetitivos/pesquisa.jsp. Acesso em 08/09/2017.

Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, em prol do diálogo do Judiciário com a Administração Pública.

Não sei se foi o primeiro diálogo, eu sei que foi um diálogo que resultou em bons frutos, e o termômetro pra que a gente possa botar como parâmetro de sucesso é a recomendação do CNJ que, em função da experiência do Rio de Janeiro, ele recomendou que os demais tribunais, dos outros estados, também firmassem seus convênios. Então é um termômetro importante pra que a gente possa apontar para o Rio de Janeiro e ver que aquela experiência rende bons frutos. Eu sou muito comedido ao falar com essa abrangência porque a judicialização é complexa; é muito difícil uma estratégia ser suficiente para reduzir a judicialização ou qualificar a judicialização. Sempre existem muitas necessidades, e estamos muito distantes de uma única estratégia ser suficiente, até porque o NAT precisa do processo judicial, então a gente não reduz, é difícil falar que o NAT reduz judicialização, é o processo que vem pra cá. Eu acho que o objetivo é qualificar a decisão, a manifestação do magistrado. (NAT)

Nesta parceria, o Tribunal arca com os custos operacionais de instalação e manutenção de equipamentos de informática, materiais de escritório e o espaço para funcionamento do núcleo, e a Secretaria Estadual fornece os profissionais que vão atuar no núcleo.

O NAT foi criado no ano de 2009 por um convênio firmado entre a Secretaria de Estado de Saúde e o Tribunal de Justiça na intenção de subsidiar tecnicamente os magistrados antes da decisão, por um entendimento conjunto de que cada processo possui uma história, um quadro clínico associado a um pedido que está sendo pleiteado. Então, para o Juíz conseguir acompanhar cada processo, cada quadro clínico, e entender se aquilo que está sendo pleiteado guarda relação com o quadro clínico apresentado nos laudos médicos; que seria muito importante um subsídio, que tem que ser elaborado por uma equipe de saúde, pra que ele entenda se aquilo que ele deferirá ou indeferirá está diretamente relacionado ou não. (NAT)

O NAT funciona nas dependências do TJRJ, no mesmo prédio onde estão as varas de fazenda pública da capital. É formado por uma equipe multidisciplinar composta por médicos, farmacêuticos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas e equipe administrativa, todos vinculados à Secretaria Estadual de Saúde. Esses profissionais têm a função de emitir pareceres a partir dos pedidos contidos nos processos. Conforme o procedimento adotado nos locais em que o NAT atua, o teor dos pedidos, junto com a receita medida, é enviado para o núcleo no momento que as ações dão entrada na justiça, procedimento facilitado com a adoção dos processos exclusivamente virtuais pelo TJRJ.

Segundo informações do núcleo, o parecer é individualizado e personalizado de acordo com cada caso. Antes de o documento ser encaminhado ao juiz, ele passa por três revisões: uma versão preliminar é elaborada por um farmacêutico; em seguida o documento elaborado é encaminhado à equipe médica; por fim a equipe

multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, farmacêuticos e nutricionistas emite o parecer final a ser encaminhado ao juiz. Em todas as equipes a alternativa terapêutica é proposta e reavaliada, tentando demonstrar as possibilidades da ciência médica para o caso apresentado.

Somos seis enfermeiros, vinte e quatro farmacêuticos, seis fisioterapeutas, quatorze médicos, sete nutricionistas...são diversas especialidades. Assim como a gente não pode ter uma especialidade só médica, o mesmo se reflete nas demais categorias profissionais. Você não pode ter só farmacêutico clínico, você tem que ter o hospitalar, tem que ter o industrial, o de avaliação de tecnologia em saúde... a mesma coisa pra nutrição, pra fisio e pra nutri. (NAT)

O valor do medicamento é uma informação que não faz parte do parecer e não chega ao conhecimento do juiz.

Os pareceres dependem do quadro clínico, da doença da pessoa, se é uma doença rara. Se for uma doença rara sem tratamento? E se existe um medicamento que não é registrado... e a gente entende como acontece o registro pela Anvisa...tem que ser demandado... a Anvisa não vai buscar o medicamento. Assim como a gente informa pro Juiz que o prazo é elevado para o medicamento chegar ao Brasil mesmo quando se tenta a aquisição. Então, todas as informações entram pro Juiz: se tem registro ou não, se configura uma alternativa terapêutica interessante para aquele paciente independente de ter o registro, se é um medicamento que vai demorar meses e meses... seis meses pra chegar, se for adquirido, na mão do paciente... porque, dependendo do quadro dele, isso é importante. Então, todas as informações vão entrar, porque é o Juiz quem decide, não é o NAT. (NAT).

A avaliação do preço não acontece no NAT. A gente, no parecer, não é inserido o valor do medicamento ou do tratamento anual, como é muito comum hoje em dia.(NAT)

Os pedidos são encaminhados para o juiz decidir sobre a liminar, já acompanhados de parecer prévio do NAT. O núcleo possui um prazo curto para a resposta: o mínimo é de 48 horas, em razão do caráter de urgência da prestação jurisdicional. Pedidos ainda mais urgentes, a depender das razões apresentadas pelo interessado, não passam pelo núcleo.

A partir do momento que o processo é recebido pelo NAT são 48 horas pra emissão de um parecer e retorno porque são casos de saúde, então todas as demandas são urgentes, com muitos casos de idosos, de pessoas com quadros complexos, e se o processo ficar parado uma semana obviamente essa tramitação aumentada vai gerar algum prejuízo pra população. Então 48 horas é o mínimo de prazo que a gente conseguiu estabelecer pra que o processo também não perca, não haja perda do prazo médio de tramitação de processo de saúde que já tramita com prioridade. (NAT)

Nos casos mais complexos, nos quais a urgência não seja tão premente, os prazos para análise podem ser dilatados, a depender do pedido do núcleo e

deferimento do juiz. O NAT faz um requerimento ao juiz e, dependendo da sua análise, pode deferir ou não.

Mesmo com o parecer no processo, em qualquer fase de sua tramitação o juiz pode solicitar um esclarecimento do NAT. O objetivo é qualificar as decisões judiciais.

Poucas comarcas no Estado contam com o apoio do núcleo. O TJRJ divide o Estado em 14 regiões administrativas, a depender da quantidade de habitantes e de ações. Desse total, 04 possuem a assessoria técnica do NAT, apenas 28%, o que faz com que a atuação do NAT seja ainda incipiente no que se refere à sua abrangência.

Então a gente, hoje, o NAT hoje contempla 04 regiões administrativas de saúde, e isso vem crescendo ao longo do tempo, mas não é possível absorver a demanda do interior em um único momento, porque a equipe tem que ser maior, a gente tem que estudar o município, estudar as Remunes, as pactuações...então o preparo para receber aquela demanda tem que ser maior do que depois que inicia, porque a gente precisa de grande parte da legislação já dentro de casa, já identificada em pastas pra que a gente possa lançar mão daquilo e atualizar nos nossos momentos de atualizações de legislações porque isso é muito... flutua, muda muito, umas mais outras nem tanto, mas a gente precisa... Esse fluxo não tem como ser diferente, por isso que a gente não consegue abrir pra todo mundo de uma vez só, e para alguns municípios é bem difícil conseguir a informação.
(NAT)

Alguns tribunais do país contam com núcleos de apoio técnico, a exemplo do TJBA, TJSP, TJMG, similar ao NAT no TJRJ, na tentativa de conferir informações qualificadas a todos os juízes que trabalham com ações sobre medicamentos.

O CNJ, em 2016, criou um Comitê Estadual de Saúde, com representação de membros de várias entidades envolvidas com a judicialização da política de saúde para auxiliar os tribunais na criação de Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário de maneira mais abrangente, em todos os tribunais do país.

O objetivo é que os núcleos sejam constituídos por profissionais de saúde para elaborar pareceres acerca da medicina baseada em evidências (Resolução CNJ 238/2016). A ideia é que estes núcleos sejam integrados à estrutura de hospitais-escola e respondam às solicitações dos Tribunais através de pareceres técnicos sobre os pedidos de saúde.

No final de 2017, em uma audiência pública promovida também pelo CNJ, o conselho ampliou a proposta, colocando em funcionamento o e-natjus, uma plataforma digital que promete oferecer base científica para as decisões dos magistrados de todo o país quando precisarem julgar demandas de saúde. A plataforma será alimentada pelos núcleos nos tribunais com a articulação do

Hospital Sírio-Libanês. Como a medida é ainda muito recente, não é possível dizer sobre suas repercussões.

No estado do Rio de Janeiro, onde o NAT está em funcionamento há quase 10 anos, o que se observou nas 412 decisões analisadas dos anos de 2013 a 2016 é que apenas 6% diziam da existência do parecer do núcleo. Este número reduzido de assistência se deve à centralização de suas atividades a somente algumas regiões, o que pode ser solucionado com o funcionamento da plataforma digital e-natjus.

Quanto ao conteúdo desses pareceres, as decisões pesquisadas não fornecem essas informações. O que se obtém é a origem das ações judiciais e o julgamento positivo para fornecimento de medicamento. Das 23 decisões que mencionam existência do parecer, 11 são provenientes da comarca da capital e as demais de Belford Roxo, Cabo Frio, Macaé, Nilópolis e Valença, e todas conferiram o pedido solicitado.

O que se observa é que, mesmo com os pareceres, não há uma mudança em relação à concessão dos pedidos, os quais continuam sendo deferidos; não há negativa aos pedidos que dão entrada no Judiciário.

Em razão da maneira como as sentenças são disponibilizadas, não foi possível conhecer o conteúdo desses pareceres, pois nelas a informação se restringe a dizer se há ou não parecer, sendo desconhecida a informação se ele é favorável ou não à concessão do pedido.

Um sinal de mudança percebido nas decisões, em especial a partir de 2016, é a preocupação dos juízes em determinar, por exemplo, a substituição por genérico, se houver, e ainda a reavaliação periódica da receita para constatar se a necessidade ainda persiste, medidas que parecem expressar as orientações dadas pelos assistentes técnicos. A presunção de veracidade desses pedidos, refletida no deferimento integral do medicamento, começa a ser reavaliada. Observa-se, por exemplo, a recomendação para a substituição do remédio indicado por similar de menor valor, caso o produto ofereça os mesmos resultados.

Possibilidade de substituição do remédio indicado por outro similar menos custoso, acaso existente no mercado e conforme laudo atualizado fornecido por médico integrante do sus, atestando que o novel produto possui as mesmas indicações e obtenção de resultados do inicialmente eleito (Décima Oitava Câmara Cível 0001907-88.2013.8.19.0021 – Apelação Cível – Relator Eduardo de A. Paiva - julgamento:26/10/2016)

Jurisprudência desta Corte que se consolidou no sentido de que é indiferente para a comprovação da necessidade do medicamento o fato de o médico que o prescreveu ser ou não integrante da rede pública de saúde.

Tal assertiva não afasta, todavia, a necessidade de avaliação de seis em seis meses, com elaboração de laudo médico a ser apresentado à Municipalidade quando da entrega dos remédios, ocasião em que o autor deverá apresentar também o comprovante de residência atualizado; merecendo pequeno ajuste na sentença recorrida neste aspecto, em respeito à necessidade de equilíbrio no repasse de verbas públicas e ao Verbete 116 desta Corte. (Décima Terceira Câmara Cível. Apelação Cível 0002210-55.2008.8.19.0061.Relator Mauro Pereira Martins, julgamento 08/06/2016)

As argumentações dos advogados que postulam essas ações são de fato o elemento determinante para a concessão do pedido. Apoiados nos laudos/receitas médicas, que indicam o medicamento necessário, estes profissionais, nas suas argumentações jurídicas, apontam a urgência, que possibilita as liminares. Não se percebe nas decisões critérios médicos, além das receitas, que atestem a urgência. A urgência, que garante as liminares, é reconhecida através das argumentações dos advogados. Quem são estes atores, quem são os responsáveis para postular essas ações?

3.2.3 – Os interessados e seus representantes nas ações de medicamentos

Os interessados - nas decisões pesquisadas, somente 18 delas foram ajuizadas por advogado particular, sendo as demais pela Defensoria Pública Estadual

A Defensoria Pública é a instituição responsável pela prestação integral e gratuita de assistência jurídica aos hipossuficientes, considerados aqueles que não tenham condições financeiras de contratar advogado e pagar despesas de processo judicial¹⁵. A maior parte das decisões analisadas foi patrocinada pela Defensoria Pública, mas não se pode afirmar, com exatidão, a condição socioeconômica dos patrocinados.

Segundo pesquisa realizada IV Diagnóstico da Defensoria Pública no Brasil (2015), somente 28,3% de 771 Defensores Públicos do Rio de Janeiro que foram entrevistados tinham a percepção da existência de critérios determinantes para atendimento ao público. A condição econômica, nesse sentido, pode ser

¹⁵ www.portaldpge.rj.gov.br

subentendida diante das diretrizes constitucionais da instituição, mas a afirmação deste fato carece de dados mais precisos.

No levantamento realizado, em 60,2% dos casos havia informação expressa que os interessados não podiam arcar com o pagamento do medicamento pleiteado, fator não mencionado nos demais (tabela 11).

Tabela 11. Quantidade de hipossuficientes mencionada nas decisões pesquisadas

Hipossuficiente	Frequência	Percentual
sim	248	60,2
omisso	164	39,8
Total	412	100,0

Fonte: Elaboração própria, fonte: www.tjrj.jus.br

Acontece que até mesmo esta constatação é questionável, pois basta que a pessoa dê entrada com a ação por intermédio da Defensoria Pública para ser considerada hipossuficiente.

Nas ações postuladas por advogado particular não há informações sobre a condição socioeconômica dos interessados.

A Defensoria Pública - pensada pela Assembleia Constituinte em 1988, a Defensoria Pública foi ganhando autonomia a partir de várias emendas constitucionais, como se observa na tabela 12. A elaboração dessas emendas foi impulsionada pela associação nacional criada pelos Defensores Públicos – (ANADep), que conseguiu, ao longo do tempo, apoio da sociedade civil por meio de iniciativas como “carta aberta” e o movimento #DefensoriaSim.

As mobilizações repercutiram nas casas legislativas, levando à criação de projetos de lei e à promulgação de emendas constitucionais. A partir dessas mudanças, as Defensorias iniciaram um processo de expansão nos estados.

A iniciativa de lei de proposta orçamentária, que, antes, para a Defensoria Pública da União, ficava a cargo do governo federal, ou dos governos estaduais para as Defensorias Estaduais, passou a ser de responsabilidade das próprias Defensorias, uma importante conquista alcançada pelas Defensorias Públicas Estaduais (2004) e pela Federal (10 anos depois).

Tabela 12-Emendas constitucionais que conferiram autonomia à Defensoria Pública

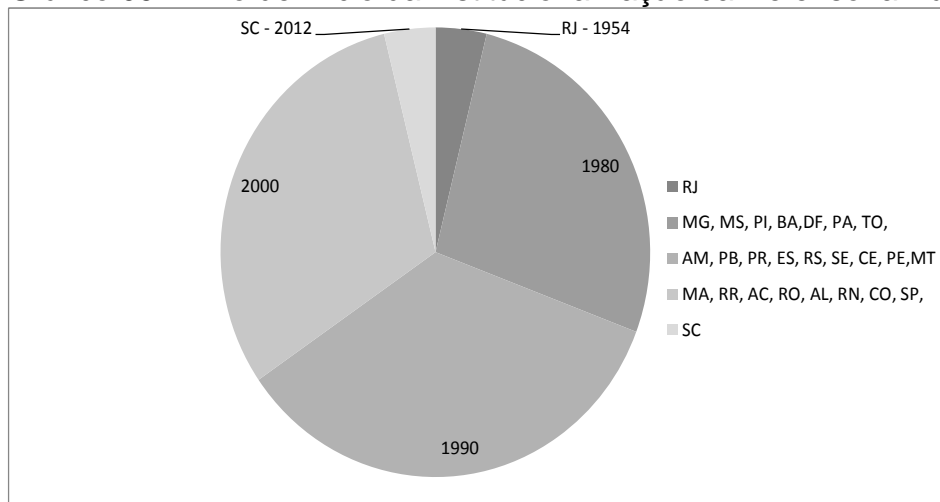
EC 19/1998	Remuneração exclusivamente por subsídios limitados ao teto da remuneração do Poder Judiciário
EC 69/2012	Organização administrativa, judiciária, do Ministério Público e da Defensoria Pública da União e dos Territórios
EC 45/2004	Autonomia funcional, administrativa e iniciativa de sua proposta orçamentária da Defensorias Públicas Estaduais pagos em duodécimos.
EC 74/2014	Autonomia funcional, administrativa e iniciativa para as Defensorias Públicas Federais, no mesmo molde conferido pela EC 45/2004.
EC 80/2014	A Defensoria Pública é considerada como função essencial a justiça, com uma seção exclusiva no capítulo constitucional das funções essenciais da justiça e há um comprometimento expresso de no prazo de 8 (oito) anos, todas as unidades jurisdicionais contar com defensores públicos.

Fonte: Elaboração própria com base na Constituição Federal de 1988.

Nos anos 1990 há uma expansão das Defensorias Estaduais, quando, de fato, começam a se estruturarem. Esta expansão significativa percebida é reflexo das emendas constitucionais.

O gráfico 09 mostra a institucionalização das defensorias públicas estaduais. A do Rio de Janeiro é a mais antiga do país, desde 1954. Na década de 1980 mais seis defensorias estaduais foram instituídas.

Gráfico 09 – Ano de início da institucionalização da Defensoria Pública



Fonte: Elaboração própria com base ao IV Diagnóstico da Defensoria Pública no Brasil (2015).

A expansão da Defensoria Pública Federal demorou um pouco mais, em consequência da autonomia financeira conferida mais tarde (EC 80/2014).

São 548 Defensores Públicos Federais trabalhando no país. Apenas 61 municípios brasileiros contam com a atuação destes profissionais. A instituição possui um número reduzido de servidores administrativos para dar suporte às atividades, reclamação que se repete entre os Defensores Públicos Estaduais.

Os Defensores Públicos Estaduais estão em maior número, mas ainda em quantidade insuficiente para atender ao quantitativo populacional e suas demandas. Na maioria dos estados brasileiros a estruturação da Defensoria Pública ainda é incipiente. A tabela 13 mostra a relação entre as comarcas dos Estados brasileiros e a presença de Defensores Públicos. Dos 27 entes da federação, somente o Distrito Federal, Rio de Janeiro, Roraima e Tocantins contam com a atuação do defensor público em cada uma de suas comarcas.

Tabela 13 – Quantidade de comarcas existentes, atendidas e não atendidas pela Defensoria Pública Estadual¹⁶

UF	Comarcas atendidas	Quantitativo de comarcas não atendidas pela Defensoria Pública
AC	9	13
AL	30	31
AM	51	10
AP	0	16
BA	28	248
CE	47	106
DF	14	-
ES	40	38
GO	3	127
MA	27	89
MG	103	193
MS	30	25
MT	53	26
PA	58	38
PB	70	7
PE	77	73
PI	26	68
PR	21	123
RJ	81	-
RN	9	56
RO	23	2
RR	8	-
RS	158	6
SC	28	84
SE	9	30
SP	43	230
TO	42	-
TOTAL	1079	1648

Fonte: Elaboração própria em base ao IV Diagnóstico da Defensoria Pública no Brasil (2015).

Para amenizar a falta de estruturação das Defensorias Públicas, os Estados realizam convênios com centros acadêmicos, advogados privados e OAB para prestar assistência à população carente. Como demonstra a tabela 14, estes convênios também são escassos, a considerar que a maior possibilidade de convênio se dá com as Universidades/Faculdades de Direito.

¹⁶ O estado do Amapá está em processo de institucionalização da Defensoria estadual, realizando em 2018 o primeiro concurso público para ocupar os cargos de Defensor Público Estadual.

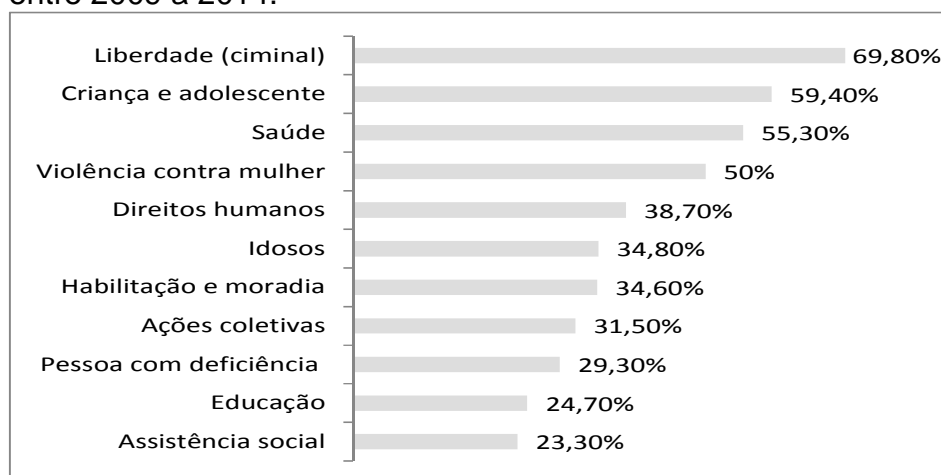
Tabela 14 – Instituições que mantêm convênio com as Defensorias Públicas Estaduais para a prestação de assistência jurídica gratuita.

Instituições	Proporção de defensores Públicos Estaduais que atuam em unidades que mantêm convênios
Universidades/Faculdades de Direito	20,30%
OAB (Ordem dos Advogados do Brasil)	12,10%
Entidades Cíveis ou ONG	5,10%
Prefeituras Municipais	2,80%
Outra(s) área(s)	1,80%
Organizações Privadas	1,30%

Fonte: Repositório do IV Diagnóstico da Defensoria Pública no Brasil (2015).

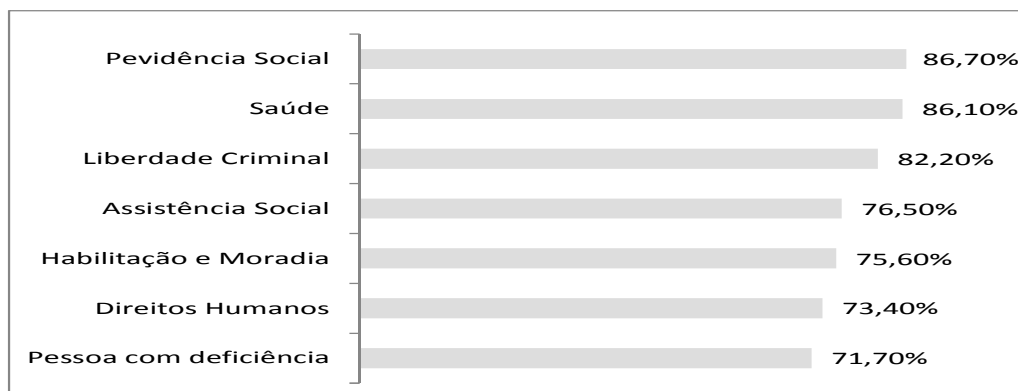
Os gráficos 10 e 11 demonstram a relevância da atuação da Defensoria Pública na assistência judiciária à saúde. A saúde ocupa, respectivamente, o terceiro lugar nas Defensorias Estaduais e o segundo lugar nas Defensorias Federais na área de atuação destas instituições. No gráfico 10 se observa que a saúde está separada das ações coletivas. No gráfico 11 as ações coletivas sequer são mencionadas. Isto coincide com os dados que serão apresentados no capítulo 12, de que a judicialização da saúde é, em geral, provocada por interesses individuais.

Gráfico 10 - Principais áreas de atuação dos Defensores Públicos Estaduais entre 2009 a 2014.



Fonte: IV Diagnóstico da Defensoria Pública no Brasil (2015)

Gráfico 11 - Principais áreas de atuação dos Defensores Públicos Federais, entre 2009 e 2014.



Fonte: IV Diagnóstico da Defensoria Pública no Brasil (2015)

Os gráficos 10 e 11 indicam ainda uma situação problemática: ou a administração pública anda mal, na medida em que não consegue cumprir a política pública de saúde, ou o Judiciário está sendo utilizado pelo cidadão como um braço do Executivo para garantir o atendimento à saúde. As duas assertivas parecem verdadeiras. Em entrevista realizada com um Juiz Estadual, ele relata que este tipo de ação abarrota as Varas Cíveis da sua Comarca:

“Talvez seja hoje nas Varas Cíveis de xxxxx a matéria que ocupa mais tempo. Porque é tudo urgente. Aqui, por exemplo, na xx Cível, tem uma servidora que só cuida disso, são processos que durante o dia... são vários pedidos.” J1

Na secretaria municipal de saúde, a entrevistada relata a dissonância entre a necessidade do paciente e a urgência das decisões judiciais:

“Tudo vira uma questão de urgência, muitas vezes é o paciente que teria o acesso pela farmácia popular, pelo processo administrativo e conseguiria pegar muito mais rápido do que se entrasse pela justiça, então não que seja urgente.”

O desafio é descobrir como amenizar os sintomas, já que um dos prováveis caminhos para resolver boa parte dos problemas das sociedades democráticas parece ser o Judiciário.

Advogado particular: nas poucas ações ajuizadas por advogado particular não se percebeu nenhuma diferença entre as argumentações destes e as de Defensores Públicos que pudessem refletir de maneira distinta nas decisões judiciais. Neste bloco de ações havia a expressa declaração de que os interessados eram hipossuficientes, informação que também merece ser questionada. Para este tipo

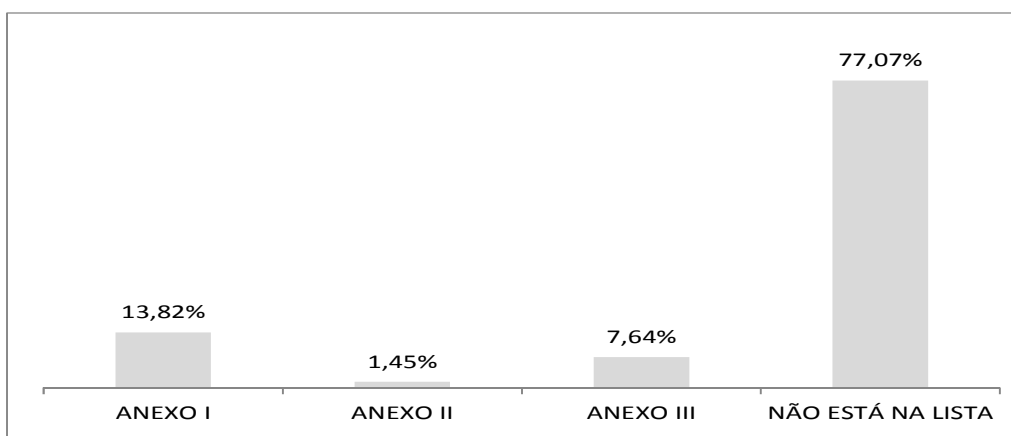
de ação a simples declaração de hipossuficiência do interessado junto com o pedido inicial é suficiente para ser reconhecida esta condição.

Depois de analisadas as atuações dos Juízes, do NAT e dos advogados, enfocaremos o objeto dessas ações: os medicamentos judicializados.

3.2.4 – Os medicamentos judicializados.

Nas decisões analisadas foram encontrados 1.034 medicamentos. Destes, 797 não faziam parte da lista da RENAME (gráfico 12). Verificado o quantitativo, os medicamentos foram relacionados seguindo a metodologia adotada pela relação nacional, separando os medicamentos em anexos segundo sua destinação (Capítulo 02 – tabela 05). As observações se restringiram aos medicamentos dos anexos I a III, por se direcionarem ao tratamento ambulatorial, onde se concentra a judicialização da política de medicamentos.

Gráfico 12. Quantidade de medicamentos concedidos nas 412 ações judiciais analisadas



Fonte: Elaboração própria, fonte: www.trjj.jus.br

Os medicamentos do anexo I são os destinados a satisfazer as necessidades prioritárias de cuidados da saúde da população, destacando-se entre eles os analgésicos, antitérmicos, antibióticos e anti-inflamatórios. O financiamento deste bloco é responsabilidade de todos os entes federados. O repasse é proporcional ao número de habitantes e há valores determinados para cada ente.

Até o ano 2017 o recurso tinha destinação específica: ele só poderia ser utilizado para aquisição de itens deste componente. Há uma importante alteração quanto à destinação específica dos recursos, que será discutida no capítulo 4.

A porta de entrada para dispensação de medicamentos de atenção da saúde básica é a rede de atenção de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) dos Municípios, que são os responsáveis pelo fornecimento dos medicamentos à população. A aquisição desses medicamentos fica a cargo dos Municípios, ressalvadas as variações de organização pactuadas por estados e regiões de saúde. Deste bloco, o MS responde pela aquisição e distribuição dos medicamentos insulina humana NPH, insulina humana regular e daqueles que compõem o Programa Saúde da Mulher: contraceptivos orais e injetáveis, dispositivo intrauterino (DIU) e diafragma. Os recursos são transferidos a cada um dos entes federativos beneficiários em parcelas mensais correspondentes a 1/12 (um doze avos) do valor total anual a eles devido (RENAME/2016).

Para os medicamentos presentes na relação nacional para dispensação à atenção básica (anexo I da RENAME), a judicialização garante ao cidadão acesso aos fármacos que deveriam estar disponíveis por previsão da política pública.

A política pública de medicamentos planeja suas ações com base em uma relação de medicamentos anteriormente elaborada. Se ao cidadão é negado o acesso a um medicamento previsto nesta lista, o único caminho que lhe resta é o Judiciário. Aqui não se justifica o argumento de que as decisões judiciais alteram a arena das políticas públicas, servindo as ações judiciais, neste caso, como instrumento de controle da administração, embora a porta de entrada pelo sistema da justiça retire o paciente do sistema de saúde e das escolhas terapêuticas da Secretaria de Saúde (HAMILTON, 2001).

Importa aqui discutir os motivos que levaram à judicialização desses medicamentos.

As receitas médicas que acompanham as ações judiciais pode ser um deles. Vários medicamentos estão prescritos em um único documento. Como a receita é requisito essencial para a ação judicial, a decisão acaba determinando o fornecimento de todos os medicamentos nela constantes, ainda que algum remédio esteja disponível para dispensação.

Exemplificando: a receita que orientava a decisão judicial analisada prescrevia 10 tipos de medicamentos para o mesmo paciente; apenas um dos medicamentos prescritos pertencia à relação dos medicamentos da atenção básica, porém, a decisão judicial determinou o fornecimento de todos os dez.

Ressalta-se ainda que, considerando a ordem judicial de forma isolada, a determinação do fornecimento de uma série de medicamentos em um único bloco pode, no caso de bloqueio de verbas, onerar a administração pública com compras individualizadas, e, portanto, de valor mais elevado, de medicamentos para o programa de assistência farmacêutica básica que, talvez, poderiam estar disponíveis à dispensação.

A redução do orçamento, como constatado nos repasses financeiros, não pode ser esquecida. Ela atinge a capacidade de dispensação por impossibilidade financeira de adquirir o medicamento da política pública. Até 2017 não existia uma conta única para repasse das verbas para cada bloco de financiamento. O Ministério da Saúde, no início de 2018, em boa medida, determina este procedimento para maior controle da destinação desses recursos.

A tabela 15 refere-se à soma dos recursos destinados à assistência farmacêutica. Este bloco de financiamento é formado por três componentes: assistência farmacêutica básica; assistência farmacêutica estratégica e medicamentos de dispensação excepcional.

A assistência farmacêutica básica (tabela 16) é dividida em: Programa de Assistência Farmacêutica Básica, Programa Nacional de Qualificação de Assistência Farmacêutica (QUALIFICAR-SUS), Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicas (APLS - Custeio) e Pessoas Privadas de Liberdade Prisional (PNAISP), inserido em 2015.

Tabela 15. Repasses financeiros ao estado do Rio de Janeiro a assistência farmacêutica (2013-2016 – em R\$ do ano corrente).

Estado do Rio de Janeiro	2013	2014	2015	2016
Bloco assistência farmacêutica	R\$ 123.137.336,65	R\$ 121.135.045,96	R\$ 116.969.157,47	R\$ 131.826.389,34
Componente Básico da assistência farmacêutica	R\$ 84.181.325,94	R\$ 83.494.022,73	R\$ 78.396.665,07	R\$ 92.476.423,63

Fonte: Elaboração própria, fonte: <http://aplicacao.saude.gov.br/portaltransparencia/index.jsf>

Na tabela 14 estão concentradas as verbas para aquisição de medicamentos da atenção básica. Observa-se que, em 2014, e, em especial, em 2015, houve uma redução dos recursos repassados, e, mesmo com acréscimo que ocorreu em 2016, estes foram insuficientes para acompanhar os déficits dos anos anteriores.

Tabela 16 Repasses financeiros ao programa de assistência farmacêutica básica, RJ, 2013-2016 (em R\$ do ano corrente).

Componente Básico da assistência farmacêutica do estado do Rio de Janeiro	2013	2014	2015	2016
Programa de Assistência Farmacêutica Básica	R\$ 83.266.548,63	R\$ 83.422.022,73	R\$ 76.470.076,10	R\$ 90.373.726,30

Fonte: Elaboração própria, fonte: <http://aplicacao.saude.gov.br/portaltransparencia/index.jsf>

A redução no orçamento impacta a política de medicamentos; a falta deles nas Secretarias de Saúde e o aumento da judicialização podem ser frutos desta variável. A mesma redução foi percebida nos outros blocos de financiamento, onde os custos dos medicamentos são maiores¹⁷.

No anexo II estão relacionados os medicamentos destinados aos programas estratégicos de saúde do SUS para controle de doenças e agravos específicos com potencial para impacto endêmico, em geral aqueles destinados ao controle de “doenças perpetuadoras da pobreza”, grupo do qual fazem parte os antivirais, hemoderivados e vacinas. O Ministério da Saúde responde pela aquisição e distribuição destes itens aos Estados e ao Distrito Federal, cabendo a estes o recebimento, armazenamento e distribuição aos municípios.

Neste grupo, assim como no dos medicamentos da atenção básica, a judicialização não altera o equilíbrio do Judiciário frente à Administração. Ao contrário, determina a dispensação de medicamentos que, pela política pública, deveriam estar disponíveis.

Os medicamentos do anexo III são os de custo mais elevado, que buscam garantir tratamento ambulatorial de maior complexidade para agravos crônicos. Estes são financiados pelo MS, alguns com aquisição centralizada e outros por transferência de recursos aos Estados e Distrito Federal. Desta relação foram encontrados 79 medicamentos judicializados, dos quais 08 foram mais frequentes¹⁸. Aqui também não se trata de ativismo judicial, mas do Judiciário cumprindo o seu papel na solução dos conflitos.

¹⁷ A pensar na redução do orçamento, esta situação tende a se agravar a partir de 2018 com o congelamento dos gastos públicos por 20 anos, seguindo a implementação do novo regime fiscal instituído a partir da EC 95/2016.

Além das questões apontadas, o que se observa neste bloco é a diversidade das apresentações ¹⁹ (formas como os medicamentos são apresentados: comprimidos, drágeas, cápsulas, supositórios, líquidas, gasosas), o que pode ser uma das causas da judicialização pois o laudo médico não corresponde à exata apresentação da RENAME. Ocorre que a exatidão destas informações não puderam ser verificadas nos documentos pesquisados.

3.3 – As decisões judiciais ativistas

O conteúdo das decisões até aqui relatadas se referiram aos medicamentos que, embora presentes na lista da RENAME, foram judicializados. Como dito anteriormente, a judicialização dos conflitos sociais é um efeito esperado do modelo de estado adotado. Quando a portaria do MS elenca remédios que irá fornecer, mas não os disponibiliza para os interessados, cabe ao Judiciário determinar a adequação do caso concreto à norma estabelecida.

Já o ativismo judicial vai além da adequação do caso concreto à norma pré-estabelecida. Nas decisões ativistas se observa a utilização de conceitos abertos e indeterminados para garantir direitos aos interessados. É um posicionamento do Juiz que dá força normativa a princípios constitucionais como a saúde, dignidade humana e igualdade, conferindo, por exemplo, medicamentos que não fazem parte das decisões tomadas pelos gestores da política pública.

Nas decisões pesquisadas, 797 medicamentos do total de 1.034 encontrados não constavam na RENAME. Verificou-se que a relação é bastante pulverizada e poucos medicamentos se repetem mais de uma vez: 79 (setenta e nove) medicamentos se repetem uma única vez. É inviável um planejamento administrativo com um rol tão extenso de possibilidades.

Em seis decisões havia medicamentos sem registro na ANVISA à época, (duas julgadas em 2014 e outras quatro em 2016), os quais agora estão autorizados pela agência de vigilância. Nota-se que, nestes casos, a judicialização também se presta a fomentar a atualização das listas do governo, fato já comentado anteriormente.

¹⁹ O medicamento Risperidona, por exemplo, foi encontrado de várias formas de apresentação. Essa peculiaridade pode refletir na judicialização, se o médico optar por uma apresentação específica diferente da listada pelo sistema de saúde.

Duas decisões concederam medicamentos *off label* (fora da indicação de bula ou protocolo), uma delas trazendo argumentações da ANVISA na sentença, que demonstrava a possibilidade do medicamento ser utilizado para fim diverso do descrito na bula.

O órgão responsável para dizer tecnicamente sobre esses medicamentos não se posiciona de maneira a orientar a decisão, afirmando, por exemplo, que a indicação veiculada na bula do medicamento não é a única possível. A semelhança entre estas seis decisões é que todos os requerentes estavam acometidos de doenças graves (neoplasia maligna).

“Cada medicamento registrado no Brasil recebe aprovação da Anvisa para uma ou mais indicações, as quais passam a constar na sua bula, e que são as respaldadas pela Agência. O registro de medicamentos novos é concedido desde que sejam comprovadas a qualidade, a eficácia e a segurança do medicamento, sendo as duas últimas baseadas na avaliação de estudos clínicos realizados para testá-lo para essas indicações. Quando um medicamento é aprovado para uma determinada indicação isso não implica que esta seja a única possível, e que o medicamento só possa ser usado para ela. Outras indicações podem estar sendo, ou vir a ser estudadas, as quais, submetidas à Anvisa quando terminados os estudos, poderão vir a ser aprovadas e passar a constar da bula. Estudos concluídos ou realizados após a aprovação inicial podem, por exemplo, ampliar o uso do medicamento para outra faixa etária, para uma fase diferente da mesma doença para a qual a indicação foi aprovada, ou para uma outra doença, assim como o uso pode se tornar mais restrito do que inicialmente se aprovou. Uma vez comercializado o medicamento, enquanto as novas indicações não são aprovadas, seja porque as evidências para tal ainda não estão completas, ou porque a agência reguladora ainda as está avaliando, é possível que um médico já queira prescrever o medicamento para um seu paciente que tenha uma delas. Podem também ocorrer situações de um médico querer tratar pacientes que tenham uma certa condição que, por analogia com outra semelhante, ou por base fisiopatológica, ele acredite possam vir a se beneficiar de um determinado medicamento não aprovado para ela. Quando o medicamento é empregado nas situações descritas acima está caracterizado o uso *off label* do medicamento, ou seja, o uso não aprovado, que não consta da bula. O uso *off label* de um medicamento é feito por conta e risco do médico que o prescreve, e pode eventualmente vir a caracterizar um erro médico, mas em grande parte das vezes trata-se de uso essencialmente correto, apenas ainda não aprovado. Há casos mesmo em que esta indicação nunca será aprovada por uma agência reguladora, como em doenças raras cujo tratamento medicamentoso só é respaldado por séries de casos. Tais indicações possivelmente nunca constarão da bula do medicamento porque jamais serão estudadas por ensaios clínicos (grifou-se). O que é uso *off label* hoje pode vir a ser uso aprovado amanhã, mas nem sempre isso ocorrerá. O que é *off label* hoje, no Brasil, pode já ser uso aprovado em outro país. Não necessariamente o medicamento virá a ser aprovado aqui, embora frequentemente isso vá ocorrer, já que os critérios de aprovação estão cada vez mais harmonizados internacionalmente. A aprovação no Brasil, porém, pode demorar, por vários motivos, entre os quais o de que o pedido de registro pode ser feito muito mais tarde aqui do que em outros países. Também pode ocorrer que o medicamento receba aprovação acelerada em outro país, baseada na apresentação de estudos preliminares ou incompletos, o que, via de regra, não é aceito pela Anvisa. Por fim, um uso autorizado no Brasil pode ser uso *off label* em outros países. A classificação de uma indicação como *off label*

pode, pois, variar temporalmente e de lugar para lugar. O uso off label é, por definição, não autorizado por uma agência reguladora, mas isso não implica que seja incorreto”. (Apelação Cível – Decisão 557/CPC nº 0009140-14.2011.8.19.0052 fls. 9/12)

Dos cinco medicamentos mais frequentes, as decisões se referem ao nome comercial do medicamento (tabela 17). O mais requerido desta lista é um medicamento cuja composição faz parte da lista RENAME, assim como também o sexto na tabela: Rivotril (clonazepan).

Tabela17. Medicamentos fora da lista do MS mais concedidos nas decisões pesquisadas.

MEDICAMENTO	FREQUÊNCIA	COMPOSIÇÃO
MIMPARA	21	cinacalcete
SPIRIVA RESPIMAT	15	brometo de tiatrópio
DIOVAN	8	valsartana
LUCENTIS	6	ranibizumabe
RIVOTRIL	6	clonazepan

Fonte: Elaboração própria, fonte: www.trij.jus.br

Em todas essas decisões o que se percebe é que a atitude proativa precede a análise do medicamento pedido, mesmo naquelas em que os medicamentos fazem parte da lista do MS.

As decisões judiciais que concederam medicamentos que faziam parte da RENAME não se basearam na política pública, configurando mero acaso, pois não há informações se os medicamentos faziam parte da RENAME e nem mesmo se houve análise das listas, como é observado nas decisões judiciais em outras situações em que a decisão faz referência expressa a enquadramentos normativos sobre o tema que está sendo discutido.

Expressões recorrentes nas sentenças como “fornecer o medicamento é um direito constitucional protegido”, “é incabível restringir a obrigação dos entes federativos”, “não se pode engessar o fornecimento de medicamentos” dão os contornos do ativismo judicial (ver tabela 18).

Tabela 18. Exemplos de posicionamentos ativistas

1- Independentemente da excepcionalidade de tais medicamentos, os entes públicos devem fornecê-los ante o direito constitucional a ser protegido. Por outro lado, inexistente impedimento à substituição do medicamento originalmente prescrito, por genéricos ou similares, desde que com o mesmo princípio ativo e previamente autorizado pelo profissional médico que atende a parte autora (0235427-23.2010.8.19.0001 – julgada em 2013),

2- Ademais, não é preciso que os medicamentos necessários à preservação da saúde do autor integrem “Farmácia Básica” do Município réu, listas de dispensação, ou, ainda, seja padronizado, pois, não se pode engessar o fornecimento deste ou daquele medicamento: em primeiro lugar, em razão do desenvolvimento tecnológico que a todo o momento descobre novas formas e fórmulas de tratamento; em segundo lugar porque a ciência, de quando em vez, revela uma nova forma de manifestação de doença. De forma que uma portaria ou listas viriam em detrimento do melhor atendimento aos carentes. (0020634-74.2012.8.19.0007 – julgada em 2014)

3 - Da mesma forma, incabível restringir a obrigação dos entes federativos ao fornecimento, tão só, de medicamentos contidos na Lista de Assistência Farmacêutica básica, já que maciça jurisprudência indica que listas de tal gênero constituem apenas uma orientação de prescrição e abastecimento, razão pela qual a ausência da droga objeto do litígio no rol oficial não pode elidir a responsabilidade do Ente, pois indispensável à sobrevivência da autora. (0337181-71.2011.8.19.0001 – julgada em 2015)

4- A tudo acresce que o uso de medicamento (off label) requerido para fim diverso daquele recomendado pelo fabricante, ou considerado experimental e ainda não autorizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, embora conste na listagem deste órgão, não configura óbice ao seu fornecimento ao paciente, tampouco afasta a responsabilidade dos entes federativos, inclusive por haver sido prescrito por médico, no uso de seu conhecimento técnico. (0003302-98.2015.8.19.0004 – julgada em 2016)

Fonte: Elaboração própria, fonte: www.trijjus.br

A concessão dos medicamentos pelo Judiciário se vincula à lógica do direito, baseada em argumentos sobre o que “deve ser”, sobre direito constitucional a ser protegido, o que não significa no que realmente “pode ser”.

Thiago Acca, em sua dissertação defendida pela USP, analisando a doutrina brasileira dos direitos sociais, conclui:

Os direitos ganham sentido a partir de um diálogo entre diversos atores tais como juízes, promotores, advogados e doutrinadores. Os textos jurídicos são vagos e ambíguos e é por meio da interpretação que se atribuirá um sentido a um dado texto. Esse sentido não é buscado em um mundo das ideias onde estão todos os sentidos verdadeiros desse texto. São os discursos jurídicos que irão construir um sentido plausível para o direito em jogo. Isso não significa nem (a) que sempre conseguiremos estabelecer a priori todos os sentidos oferecidos pelo texto; nem (b) que diante de um caso concreto não se possa alterar, contrariando o entendimento que até pode ser unânime, o sentido estabelecido e consolidado pela comunidade jurídica. Entretanto, sem um debate sobre o que pode significar direito à saúde, moradia e educação, como é possível aplicar adequadamente esses direitos? Se não se sabe quais as obrigações que deles se derivam como é possível efetivá-los? (ACCA, 2009, p.140)

As decisões judiciais se fundamentam na igualdade de atendimento associada à universalidade de acesso, não importando se o medicamento está ou não inserido na lista do MS. A receita médica materializa o direito e as Secretarias

da Saúde transformam esta comunhão de ideias em algo concreto - remédios. O acesso a medicamento nas decisões judiciais se traduz em direito individual, cuja leitura, para a Administração, é de se tratar de um dever do Estado que pressupõe parâmetros delineados pela política social formulada.

Em que se traduz esse dever? Na necessidade de justificação (ou seja, da presença de um fundamento material bastante) em todas as ações ou intervenções do Estado que se mostrem em contradição (potencial ou real) com a referência da igualdade. Nesse sentido, a igualdade é dada como a hipótese jurídica para o tratamento de problemas complexos onde, no plano da realidade, igualdade e desigualdade estão sempre combinadas. Segundo esta tese, ao passo que a liberdade é primeiro um direito e só depois um dever, a igualdade é primeiro um dever e só depois um direito. Ao passo que a liberdade tem a ver com as ações das pessoas (descritas como direito destas), obrigando-se o Estado a perseguir este fim, a igualdade refere-se a ações do Estado (descrevendo um dever deste), sem que daí resulte de imediato um direito para os particulares. (ALEXANDRINO, 2015, p.81)

O ativismo judicial aqui analisado confirma o diagnóstico de vários outros estudos realizados no Estado do Rio de Janeiro, bem como em várias partes do país: os pedidos de medicamentos são deferidos com base nas receitas médicas prescritas aos interessados.

Além de critérios ligados a procedimentos próprios do Judiciário, estabelecidos para os trâmites das ações judiciais, não existem balizas concretas, nem jurídicas e nem técnicas, que orientem os juízes em suas decisões. Na judicialização dos medicamentos previstos na lista de dispensação, além da possível indisponibilidade de atendimento das secretarias de saúde, há casos nos quais existe a possibilidade de eles fazerem parte de receitas médicas extensas que contemplem remédios não listados, casos nos quais as receitas que provam a necessidade do interessado são judicializadas por completo. Assim, há medicamentos que, mesmo disponíveis, nunca foram solicitados nas secretarias de saúde e estão sendo judicializados.

Para a administração, as ordens judiciais para entrega de medicamentos não previstos nas listas de dispensação dificultam o planejamento da gestão pública. Os pedidos são variados, as compras são realizadas em pequena quantidade e em curto espaço de tempo e esta diversidade aumenta o custo de aquisição e compromete o planejamento da gestão pública.

A universalidade de acesso a medicamentos sem critérios definidos está fadada ao privilégio daquele que foi atendido primeiro, por isto a importância de procedimentos preestabelecidos para garantia material da igualdade. O

estabelecimento desses parâmetros depende do diálogo entre as instituições, que já ocorre em diversas esferas. Experiências demonstram o sucesso deste entendimento entre os entes e se mostram como caminhos possíveis, sendo este o objeto principal do próximo capítulo.

CAPÍTULO 4 - A POLÍTICA DE MEDICAMENTOS E O DIÁLOGO INTERINSTITUCIONAL

A Audiência Pública da Saúde - Judicialização do direito à saúde - promovida pelo Supremo Tribunal Federal em 2009 deixou à mostra os problemas da judicialização da política pública de saúde.

Esta audiência foi motivada pelas ações que tramitavam no STF com pedidos dos entes federados para suspender medidas cautelares que vinham dos Tribunais dos Estados e determinavam o fornecimento das mais variadas prestações de saúde pelo Sistema Único de Saúde - SUS (fornecimento de medicamentos, suplementos alimentares, órteses e próteses, criação de vagas de UTI, contratação de servidores de saúde, realização de cirurgias, custeio de tratamentos fora do domicílio e de tratamentos no exterior, entre outros).

De um lado, a administração pública alegava que estas decisões causavam lesão à ordem instituída entre os poderes do Estado, à economia e à saúde pública; de outro estava o interesse dos beneficiados com as decisões judiciais. Ao contrário do esperado, não houve uma resposta do STF que pudesse orientar os tribunais nas ações sobre saúde.

Os casos continuaram sendo decididos individualmente, com a prevalência de conceitos jurídicos extraídos da Constituição Federal como “dignidade humana” e “saúde é direito de todos”. A medida tomada pela corte foi a instituição de uma arena permanente de diálogo, o Fórum Nacional da Saúde.

4-1- Fórum Nacional da Saúde

O fórum da saúde foi criado com o objetivo de coordenar e resolver as demandas de saúde com a participação das instituições envolvidas. Este fórum é coordenado por um Comitê Executivo Nacional, sendo uma de suas competências promover seminários e discussões para o estudo e desenvolvimento de soluções práticas para superar as questões relacionadas às demandas de saúde. As ações de interesse local, regional e estadual ficaram a cargo dos Comitês Estaduais.

Num primeiro momento, foram formados 17 Comitês Estaduais, e não havia requisito mínimo de representação (tabela 19). A maior parte dos componentes eram membros do Judiciário. Os gestores municipais, afetados diretamente com a

judicialização da saúde, não participaram da primeira formação, somente gestores estaduais.

A Defensoria Pública Estadual, que atua na linha de frente das ações judiciais, não integrou o comitê em três Estados: Rio Grande do Norte, Tocantins e Santa Catarina. Esta última ainda não estava institucionalizada, o que só aconteceu no ano seguinte da instauração do Fórum (2012).

A Defensoria Pública da União, que também é responsável por propor um grande número de ações de saúde, só fez parte de dois grupos: Comitê Executivo de Minas Gerais e do Rio Grande de Sul. Representantes do Ministério da Saúde, ANVISA, gestores federais e usuários também ficaram de fora da primeira formação.

Ainda que houvesse uma intenção de aproximação do Judiciário com a Administração Pública, a formação dos Comitês não favorecia a ampliação de debates.

Tabela 19. Composição dos Comitês Estaduais em 2011.

Estados	Composição (Portaria CNJ 25, 22 de março de 2011)
Alagoas	6 membros: Juiz Estadual, Juiz Federal, MP, DPE, Gestor estadual de saúde, médico
Bahia	7 membros: Juiz Estadual, Juiz Federal, MP, DPE, AGU, Gestor estadual de saúde, médico
Espírito Santo	7 membros: Juiz Estadual, Juiz Federal, MP, DPE, Gestor estadual de saúde, médico
Goiás	7 membros: Juiz Estadual, Juiz Federal, MP, DPE, Gestor estadual de saúde, médico
Maranhão	8 membros: Juiz Estadual, Juiz Federal, MP, DPE, Gestor estadual de saúde, médico
Minas Gerais	14 membros: Juiz Estadual, Juiz Federal, MP, DP federal e estadual, AGU, Procuradora do estado e do município da capital, representante da OAB, representante do MS Gestor estadual e municipal de saúde, médico
Piauí	6 membros: Juiz Estadual, Juiz Federal, MP, DPE, Gestor estadual de saúde, representante do SUS
Rio de Janeiro	7 membros: Juiz Estadual, Juiz Federal, MP, DPE, OAB, pesquisador em Saúde Pública.
Rio Grande do Norte	6 membros: Juiz Estadual, Juiz Federal, MP, AGU, Gestor estadual de saúde, pesquisador em Saúde Coletiva
Rio Grande do Sul	14 membros: Juiz Estadual, Juiz Federal, PGR, MP, DP federal e estadual, AGU, Procuradora do estado e do município da capital, representante da OAB, representante do MS Gestor estadual e municipal de saúde, médico pesquisador, jornalista.
Santa Catarina	5 membros: Juiz Estadual, Juiz Federal, MPF, MPE, Gestor estadual.
São Paulo	6 membros: Juiz Estadual, Juiz Federal, MP, DPE, Gestor estadual de saúde, médico
Sergipe	6 membros: Juiz Estadual, Juiz Federal, MP, DPE, Gestor estadual de saúde, pesquisador em área de saúde.
Tocantins	4 membros: Juiz Estadual, Juiz Federal, assessora jurídica.

Fonte: Elaboração própria, fonte: CNJ/2017.

O Comitê Executivo Nacional, instaurado em 2017, denota uma maior integração dos entes envolvidos. Sua formação conta com a participação de 16 membros vindos de vários segmentos envolvidos com a judicialização da política de

saúde: CNJ, ministério público, juízes estaduais, juízes federais, defensores públicos, membros do Ministério da Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), da ANVISA, membros do CONASS (Conselho Nacional das Secretarias Estaduais), Conselho Nacional das Secretarias Municipais (CONASEMS), médicos e pesquisadores.

Os Comitês Executivos Estaduais de Saúde, agora com requisitos mínimos de representação, também ampliaram a possibilidade de diálogo, passando a ser compostos por juízes estaduais e federais de 1ª e 2ª instância, gestores de saúde (federal, estadual e municipal), representantes do Sistema de Saúde (ANISA, ANS, CONITEC) e de Justiça (Ministério Público Federal e Estadual, Defensoria Pública e Advogados) e representantes dos usuários do sistema público de saúde e do sistema suplementar (Resolução 238 CNJ de 06 de setembro de 2016).

Esse novo formato tende a ampliar o espaço do debate.

As diferenças entre as primeiras ações promovidas pelo fórum e os debates que aconteceram em 2017 demonstram as mudanças acontecidas.

4.1.2 – As primeiras ações promovidas pelo Fórum de Saúde

O Fórum Nacional da Saúde promoveu dois eventos que aconteceram em São Paulo nos anos de 2014 e 2015 intitulados “I e II Jornada da Saúde: a justiça faz bem à saúde”. Estes encontros se dispunham a debater os problemas relacionados à judicialização da saúde.

Ainda que abertas à participação de todos os interessados, as discussões e os resultados obtidos se restringiram a formular orientações aos juízes. Foram aprovados 36 enunciados para a saúde pública, além de outros para saúde suplementar e para o biodireito, num total de 68 enunciados.

A forma como os enunciados são apresentados é de ato normativo, mas não possuem a característica de imperatividade própria das leis aprovadas pelo Legislativo, constituindo-se em recomendações para orientar os juízes em suas decisões.

Dos 36 enunciados da saúde pública, foram selecionados alguns deles (tabela 20), que se referem especificamente a medicamentos.

Os enunciados 03, 04/61, 06, 50, 58, 59, por meio das expressões “recomenda-se” (03), “pode ser” (04), “deve-se evitar” (06), “salvo prova da evidência

científica e necessidade premente” (50), entre outras, prestigiam as instituições administrativas da política pública de medicamentos quando demonstram a necessidade de se observar as recomendações dos órgãos de pesquisa e controle da administração pública.

A intenção de diálogo com a administração aparece nos enunciados 3, 7, 9, 13, 52 e 57, quando, por exemplo, se recomenda a busca preliminar de atendimento antes da judicialização.

Tabela 20. Enunciados das Jornada de Saúde que abordam o tema medicamentos.

Enunciado	I e II Jornada da Saúde (2014/2015)
2	Concedidas medidas judiciais de prestação continuativa, em medida liminar ou definitiva, é necessária a renovação periódica do relatório médico, no prazo legal ou naquele fixado pelo julgador como razoável, considerada a natureza da enfermidade, de acordo com a legislação sanitária, sob pena de perda de eficácia da medida.
3	Recomenda-se ao autor da ação, a busca preliminar sobre disponibilidade do atendimento, evitando-se a judicialização desnecessária.
4	Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) são elementos organizadores da prestação farmacêutica, e não limitadores. Assim, no caso concreto, quando todas as alternativas terapêuticas previstas no respectivo PCDT já tiverem sido esgotadas ou forem inviáveis ao quadro clínico do paciente usuário do SUS, pelo princípio do art. 198, III, da CF, pode ser determinado judicialmente o fornecimento, pelo Sistema Único de Saúde, do fármaco não protocolizado.
6	A determinação judicial de fornecimento de fármacos deve evitar os medicamentos ainda não registrados na Anvisa, ou em fase experimental, ressalvadas as exceções expressamente previstas em lei.
7	Sem prejuízo dos casos urgentes, visando respeitar as competências do SUS definidas em lei para o atendimento universal às demandas do setor de saúde, recomenda-se nas demandas contra o poder público nas quais se pleiteia dispensação de medicamentos ou tratamentos para o câncer, caso atendidos por médicos particulares, que os juízes determinem a inclusão no cadastro, o acompanhamento e o tratamento junto a uma unidade CACON/UNACON.
9	As ações que versem sobre medicamentos e tratamentos experimentais devem observar as normas emitidas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), não se podendo impor aos entes federados provimento e custeio de medicamento e tratamentos experimentais.
11	Nos casos em que o pedido em ação judicial seja de medicamento, produto ou procedimento já previsto nas listas oficiais do SUS ou em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PDCT), recomenda-se que seja determinada pelo Poder Judiciário a inclusão do demandante em serviço ou programa já existentes no Sistema

	Único de Saúde (SUS), para fins de acompanhamento e controle clínico.
12	A inefetividade do tratamento oferecido pelo SUS, no caso concreto, deve ser demonstrada por relatório médico que a indique e descreva as normas éticas, sanitárias, farmacológicas (princípio ativo segundo a Denominação Comum Brasileira) e que estabeleça o diagnóstico da doença (Classificação Internacional de Doenças), tratamento e periodicidade, medicamentos, doses e fazendo referência ainda sobre a situação do registro na Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária).
13	Nas ações de saúde, que pleiteiam do poder público o fornecimento de medicamentos, produtos ou tratamentos, recomenda-se, sempre que possível, a prévia oitiva do gestor do Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a, inclusive, identificar solicitação prévia do requerente à Administração, competência do ente federado e alternativas terapêuticas.
14	Não comprovada a inefetividade ou impropriedade dos medicamentos e tratamentos fornecidos pela rede pública de saúde, deve ser indeferido o pedido não constante das políticas públicas do Sistema Único de Saúde.
15	As prescrições médicas devem consignar o tratamento necessário ou o medicamento indicado, contendo a sua Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional (DCI), o seu princípio ativo, seguido, quando pertinente, do nome de referência da substância, posologia, modo de administração e período de tempo do tratamento e, em caso de prescrição diversa daquela expressamente informada por seu fabricante, a justificativa técnica.
16	Nas demandas que visam acesso a ações e serviços da saúde diferenciada daquelas oferecidas pelo Sistema Único de Saúde, o autor deve apresentar prova da evidência científica, a inexistência, inefetividade ou impropriedade dos procedimentos ou medicamentos constantes dos protocolos clínicos do SUS.
47	Não estão incluídos na competência dos juizados especiais da fazenda pública os casos em que se pretende o fornecimento de medicamento e/ou tratamento cujo custo anual superar o limite da competência dos referidos juizados.
50	Salvo prova da evidência científica e necessidade premente , não devem ser deferidas medidas judiciais de acesso a medicamentos e materiais não registrados pela ANVISA ou para uso off label. Não podem ser deferidas medidas judiciais que assegurem o acesso a produtos ou procedimentos experimentais.
51	Nos processos judiciais, a caracterização da urgência/emergência requer relatório médico circunstanciado, com expressa menção do quadro clínico de risco imediato.
52	Nas ações reiteradas na mesma Comarca que apresentem pedidos de medicamentos, produtos ou procedimentos já previstos nas listas oficiais, como medida de eficácia da atuação jurisdicional, é pertinente o magistrado dar ciência dos fatos aos Conselhos Municipal e Estadual de Saúde.
57	Em processo judicial no qual se pleiteia o fornecimento de medicamento, produto ou procedimento, é recomendável verificar se a questão foi apreciada pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC.

58	Quando houver prescrição de medicamento, produto, órteses, próteses ou procedimentos que não constem em lista (RENAME /RENASES) ou protocolo do SUS, recomenda-se a notificação judicial do médico prescritor, para que preste esclarecimentos sobre a pertinência e necessidade da prescrição, bem como para firmar declaração de eventual conflito de interesse.
59	As demandas por procedimentos, medicamentos, próteses, órteses e materiais especiais, fora das listas oficiais, devem estar fundadas na Medicina Baseada em Evidências.
61	Proposta de alteração do enunciado nº4 da I Jornada - Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) são elementos organizadores da prestação farmacêuticas, de insumos e de procedimentos, e não limitadores. Assim, no caso concreto, quando todas as alternativas terapêuticas previstas no respectivo PCDT já tiverem sido esgotadas ou forem inviáveis ao quadro clínico do paciente usuário do SUS, pelo princípio do art. 198, II, da CF, pode ser determinado judicialmente o fornecimento, pelo Sistema Único de Saúde, do fármaco, insumo ou procedimento não protocolizado.

Fonte: Elaboração própria, fonte www.cnj.jus.br. Grifos da autora.

Verificando as 412 decisões analisadas (2013 a 2016), não há como afirmar se houve resultados diferenciados antes e após a apresentação dos enunciados pelo CNJ (tabela 21). As sentenças analisadas não revelam todo o trâmite que o processo percorreu, e o relatório contido nessas decisões não menciona a observação das recomendações do Fórum. Porém, dois pontos foram possíveis de elucidar.

O enunciado 02, que trata da renovação periódica do laudo no caso de medicamentos continuados, foi observado em 17 decisões. Os prazos variaram de determinação de renovação a cada 06 meses à simples menção de obrigatoriedade de renovação, sem fixação de prazo. Nas três decisões encontradas a respeito de medicamentos não registrados pela ANVISA não se mencionava o conteúdo do laudo médico ou informações que justificassem a ineficácia ou impossibilidade do medicamento do SUS.

Além destes enunciados, nas discussões realizadas nestes encontros, disponibilizadas pelo CNJ, havia um consenso entre os juízes sobre a necessidade da implantação de núcleos de auxílio técnico para as decisões sobre saúde, formato que já estava sendo testado em Estados como o Rio de Janeiro com o NAT.

Tabela 21. Assuntos dos enunciados do CNJ.

Nº enunciado	Assunto	Decisões pesquisadas
2	Renovação periódica do laudo	17
3, 4/61, 14, 16, 58	Prova de esgotamento das vias terapêuticas e administrativas	não informado
6, 9, 12, 50, 57	Medicamentos não registrados pela Anvisa, off label ou experimental	3
7, 11, 52	Determinação de inclusão do paciente no cadastro na Adm. Publ. E	não informado
13	Oitiva prévia da Administração Pública antes da liminar	não informado
15	Prescrições médicas detalhadas	não informado
47	Verificação de custo e competência*	não informado
51	Prova da urgência com relatório médico circunstanciado	não informado
52	Comunicação dos remédios mais demandados a instituições de controle Administração Pública.	não informado

Fonte: Elaboração própria, fonte: CNJ e TJRJ.

Nestes dois encontros não se percebeu a comunicação entre as esferas envolvidas com a saúde, conforme pretendido pelo CNJ ao criar o fórum. Os enunciados e as ações propostas foram direcionados para atender mais aos juízes e menos à judicialização da saúde. O enunciado da jornada já sugeria este posicionamento: "justiça faz bem à saúde".

Nos anos seguintes, a judicialização da saúde cresceu de forma ainda mais acelerada, conforme demonstrado no capítulo 2, evidenciando a necessidade da ampliação das arenas de diálogo.

4-2 Ampliação das arenas de diálogo

Num segundo momento, marcado por um novo entendimento do STF no caso que ficou conhecido como a pílula da cura do câncer, há um novo posicionamento em relação à judicialização da política de medicamentos que amplia os debates sobre o tema, inserindo nas decisões de saúde conceitos das ciências da saúde e de seus órgãos de controle, antes preteridos em relação aos conceitos jurídicos.

A fosfoetanolamina, conhecida como "pílula contra o câncer", produzida em fase experimental pela USP, foi judicializada a ponto da universidade se manifestar sobre a impossibilidade material de produzir a substância. Depois de suspender a lei que autorizava a distribuição do medicamento, os ministros do STF seguiram o voto do relator, ministro Marco Aurélio, e, por seis votos a quatro, consideraram inconstitucional a distribuição do remédio sem estudos que comprovem sua eficácia (ADI 5501 - STF).

Após mais de 20 anos de judicialização de medicamentos (medicamentos retrovirais), as decisões judiciais assumem novos contornos. O caso da pílula do câncer inaugura uma nova direção para ações de medicamentos. Apesar de este caso em particular estar envolvido em várias controvérsias, como falta de comprovação da eficácia do tratamento e falhas nos testes clínicos, o relator, em liminar, suspendeu os efeitos da lei, fundamentado em critérios técnicos, prestigiando a ANVISA como órgão responsável por atestar a eficácia e a segurança de medicamentos no país.

A Constituição incumbiu o Estado, aí incluídos todos os respectivos Poderes, do dever de zelar pela saúde da população. No entanto, considerada a descentralização técnica necessária para a fiscalização de atividades sensíveis, foi criada, nos termos do artigo 37, inciso XIX, do Diploma Maior, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, à qual compete, enquanto autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, autorizar a distribuição de substâncias químicas, segundo protocolos cientificamente validados. O controle dos medicamentos fornecidos à população é efetuado, tendo em conta a imprescindibilidade de aparato técnico especializado, 5 Cópia ADI 5501 MC / DF por agência reguladora supervisionada pelo Poder Executivo. A atividade fiscalizatória – artigo 174 da Constituição Federal – dá-se mediante atos administrativos concretos de liberação das substâncias, devidamente precedidos dos estudos técnicos – científicos e experimentais. Ao Congresso Nacional não cabe viabilizar, por ato abstrato e genérico, a distribuição de qualquer medicamento²⁰. STF/2016

Outros dois recursos (Recursos Extraordinários (REs) 566471 e 657718) sobre a concessão de medicamentos de alto custo estão sob julgamento no Supremo Tribunal Federal (STF/2017). Segundo levantamento do próprio STF, o recurso em julgamento já implicou na suspensão de 26.560 ações judiciais em todo o país e os efeitos de sua decisão irá repercutir em todos os Estados brasileiros.

O entendimento dos três ministros que pronunciaram seus votos caminha no sentido de se estabelecer critérios concretos para a concessão desses medicamentos pela justiça. A hipossuficiência e o registro na ANVISA parecem ser as balizas que irão autorizar a judicialização, critérios objetivos ainda não determinantes.

O último pedido de vista que iria definir o tom da decisão era do Ministro Teori Zavascki, do Supremo Tribunal Federal (STF), que faleceu em janeiro de 2017. Até o momento o julgamento encontra-se aguardando posicionamento.

Interessante observar que os dois casos concretos que deram origem aos recursos no STF e geraram o interesse coletivo de ver a controvérsia analisada pela Suprema Corte não estão mais sob análise. No primeiro processo, o medicamento

²⁰ ADI 5.501/DF

considerado de alto custo - Mimpara 30mg, destinado ao tratamento da enfermidade hiperparatireoidismo secundário em paciente com insuficiência renal em diálise - (RE 657718) foi incluído na lista de remédios disponíveis pelo SUS; no outro caso, o fármaco Sildenafil 50 mg, destinado ao tratamento das enfermidades “miocardiopatia isquêmica” e “hipertensão arterial pulmonar”, foi registrado pela Anvisa (RE 566471).

Assim, caso os critérios que caminham para serem definidos já estivessem sendo observados, estes medicamentos estariam inacessíveis à população por meio de decisão judicial: o primeiro por ser considerado de alto custo e não fazer parte da lista de medicamentos do SUS; o segundo por carecer de registro na ANVISA.

O posicionamento do STF em estabelecer critérios técnicos para este tipo de decisão acelerou as discussões e as ações concretas do Fórum da Saúde. Os comitês estaduais instituídos, principalmente após a determinação do CNJ (Resolução 238/2016), foram, em grande parte, responsáveis por vários encontros que se concentraram no ano 2017 (tabela 22).

Tabela 22. Arenas de diálogo institucional.

Abrangência	Arenas de diálogo	Tema	Data
Nacional	STF	Judicialização do direito a saúde	27,28, 29 de abril, 4, 6, 7 de maio de 2009.
Nacional	CNJ - Fórum da saúde	I Jornada de direito à saúde: a justiça faz bem a saúde	14 e 15 de maio de 2014
Nacional	CNJ - Fórum da saúde	I Jornada de direito à saúde: a justiça faz bem a saúde	18 de maio e 19 de maio de 2015
Nacional	CNS - Confederação Nacional de Saúde	15ª Conferência Nacional da Saúde: Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro. Eixo temático VII - Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS	05/05/2015
Nacional	CNM - Confederação Nacional dos Municípios	Seminário: "Liderança municipal na redução da judicialização da saúde: a implantação dos Comitês"	05/10/2017
Nacional	CNJ	Audiência Pública: prestação da jurisdição em processos relativos a saúde	11/12/2017
Acre	MPAC	A Judicialização e a Gestão Pública da Saúde",	27/11/2015
Amapá	Conselho Regional de Farmácia do Amapá e do Conselho Federal de Farmácia	Workshop "Judicialização na Saúde - Ações de planejamento e gestão sistêmicos com foco na saúde, visando a redução da judicialização	03/08/2017
Amazonas	TJAM	A judicialização da saúde	14/05/2017

Bahia	Juízes Estaduais e Federais do Estado, MPE, DPE, Procuradoria do Estado, Secretaria de Saúde do Estado, Secretaria de Saúde do Município do Salvador e Procuradoria-Geral do Município do Salvador.	2º Congresso Baiano de Judicialização da Saúde com a inauguração da Câmara de Conciliação de Saúde (Projeto interinstitucional do TJBA, Governo do Estado, Prefeitura de Salvador, Procuradoria Geral do Estado, Ministério Público e Defensoria Pública para mediação e conciliação para resolver questões relacionadas à saúde pública, buscando garantir celeridade nas decisões).	23 a 25 de novembro de 2016.
Bahia	UFBA (Escola de Administração) e CONASEMS	I Seminário de Judicialização do Acesso a Serviços de Saúde	27/01/2017
Ceará	DPE	Judicialização na assistência oncológica	06/05/2017
Distrito Federal	DPDF	Seminário Direito e Saúde II	30 e 31 de maio de 2016
Espírito Santo	SES-ES	1º Seminário de Justiça e Saúde Mental (A judicialização da saúde, com foco na atenção psicossocial é tratada como prioridade pela Sesa).	25/11/2016
Espírito Santo	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória	1º Seminário de Auditoria em Saúde do Espírito Santo	6 e 7 de junho de 2017
Espírito Santo	Secretaria de Saúde do Estado - SES-ES	Reunião com médicos da SESA, diretor da Justiça Federal no Estado, sindicatos de médicos.	16/11/2017
Espírito Santo	SES-ES	Encontro com DPE	24/11/2017
Goias	Governo do Estado de Goiás	Judicialização da Saúde: diferentes olhares e novas perspectivas.	23/03/2017
Maranhão	Juízes estaduais e federais do Maranhão, MPE e DPE, médicos e representantes do Poder Executivo.	I Seminário de Políticas Públicas de Saúde,	04/08/2017
Mato Grosso	TJMT	Judicialização da Saúde – Causas de Consequências	19 e 20 de abril de 2016
Mato Grosso do Sul	TJMS	3º Reunião Comiê Executivo de Saúde de 2017	01/09/2017
Minas Gerais	Governo do Estado de Minas Gerais, DPE- MG, MP -MG, SES-MG e TJMG.	Seminário "Alternativas à Judicialização: experiências do MPMG, DEF-MG, TJMG e SES-MG	20/10/2017
Pará		não foi localizado nenhum evento	
Paraná	TJPR	Primeiro Encontro da Saúde	20/10/2017
Pernambuco	TJPE	Seminário de Judicialização da Saúde	02 e 03 de outubro de 2017
Piauí	UNIMED, Governo do Estado	II Seminário Piauiense de Gestão da Saúde	08/11/2014
Rio de Janeiro	PGE-RJ	Conferência gestão da saúde: desafios e soluções	19 e 20 de outubro de 2017.

Rio Grande do Norte	TJRN	Novas formas de Justiça, novos caminhos para a sociedade	22/09/2017
Rio Grande do Sul	AGU	Seminário Judicialização da Saúde – Evidência, Eficácia e Prova no Processo, Judicialização da Saúde é destaque no XLI Fonaje (Fórum Nacional dos Juizados Especiais)	01/12/2016
Rondônia	TJRO	Judicialização da Saúde é destaque no XLI Fonaje (Fórum Nacional dos Juizados Especiais)	17 a 20 de maio de 2017
Roraima		não foi localizado nenhum evento	
Santa Catarina	SES-SC	I Seminário de Assistência Farmacêutica e Judicialização da Saúde	11/04/2017
São Paulo	TJSP e Governo Estadual	Judicialização da Saúde Mental	18/05/2017
Sergipe	PGE/SE	Seminário da Advocacia Pública debate dívida ativa e a judicialização da saúde	25/08/2017
Tocantis	SES-TO	A Judicialização da Saúde: impactos, riscos e consequências, ocorreu durante o 1º Congresso Saúde Integrada do Tocantis, um Fórum Especial,	27/05/2017
Recife abrange Alagoas, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Sergipe	TRF5	A judicialização da saúde no Brasil	19 e 20 de outubro de 2017.

Fonte: Elaborada própria de acordo com as fontes em sites dos Tribunais de Justiça, Procuradorias dos Estados e Tribunais Federais.

No final deste mesmo ano (2017) o CNJ realizou uma Audiência Pública (Prestação da jurisdição em processos relativos à saúde) como fechamento desse ciclo de discussões sobre o tema e anunciou a abertura da plataforma virtual e-natjus, para auxiliar tecnicamente os juízes em suas decisões.

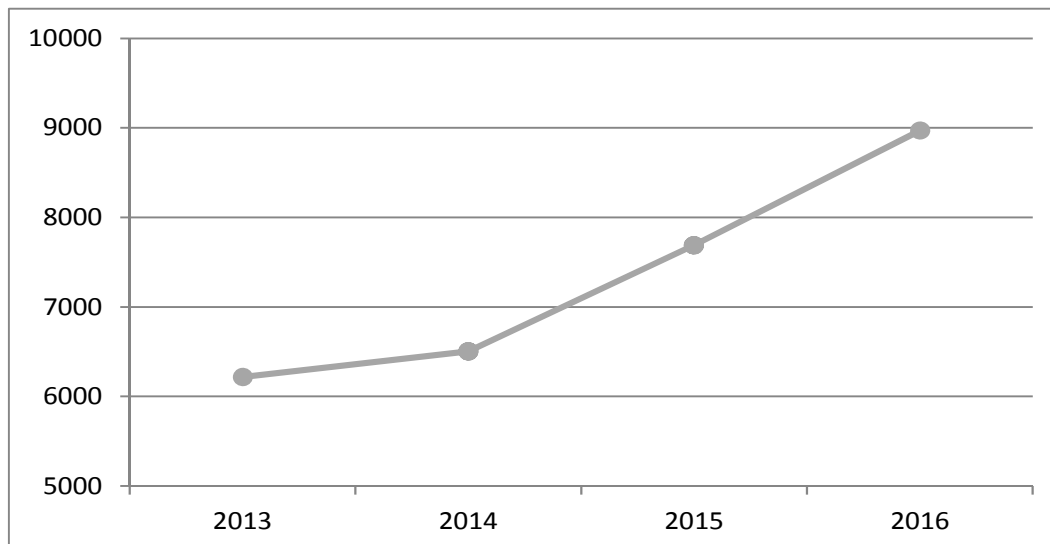
Além destas plataformas, vários núcleos estão sendo instalados fisicamente nos Tribunais de Justiça, os quais irão auxiliar os juízes nos seus respectivos Estados e terão a incumbência de disponibilizar seus pareceres na plataforma digital para dar conhecimento técnico aos julgadores de todo país.

Estes encontros tiveram em comum (tabela 22) a participação dos diferentes atores da judicialização da política, que compartilharam suas experiências e expuseram as repercussões que este fenômeno causa em suas atividades. Em alguns registros desses encontros, disponibilizados para acesso ao público, é possível extrair semelhanças:

01) Aumento das demandas judiciais: O custo provocado pelo aumento dessas demandas e a dificuldade de lidar com um tema que requer conhecimentos técnicos tão específicos foi uma fala recorrente dos representantes do Judiciário. Informações como a do gráfico 13, demonstrando o aumento da entrada das ações

judiciais sobre medicamentos, deram início a vários debates, evidenciando o aumento de demanda das ações de saúde.

Gráfico 13 – Ações iniciais (1º instância) no TJRJ



Fonte: Elaboração própria segundo exposição de José Carlos Maldonado de Carvalho Desembargador (TJ-RJ). Painel II: Judicialização e Meios Extrajudiciais de resolução de Litígios de Saúde. Conferência gestão da saúde: desafios e soluções, 2017/RJ

02) Os núcleos de assistência técnica (NAT) foram apontados como medida necessária para auxiliar os juízes. A e-natjus, a plataforma virtual do CNJ, já atuando em grande parte dos tribunais, foi considerada como um importante passo para decisões mais qualificadas.

03) Ações individuais: Os dramas pessoais apresentados nas ações, segundo os juízes, dificulta a negativa dos pedidos. A possibilidade de a recusa do pedido inviabilizar o direito à vida, associada ao risco diante dos casos apresentados individualmente favorece o deferimento das liminares.

“Negar o direito a vida quando ele está frente a frente é muito difícil”. Maria Paula Gouvêa Galhardo Juíza de Direito (TJ-RJ). PAINEL III: Divisão de Competências em Saúde e a Responsabilidade dos Entes Federativos Conferência gestão da saúde: desafios e soluções, 2017,RJ.

04) Corrupção e confiança nas instituições: A desconfiança causada por escândalos de corrupção foram apontadas como possível causa do posicionamento dos juízes nestes pedidos. A incerteza de que os recursos públicos estão sendo usados para os fins a que se destinam geram desconfiança em toda a sociedade, e os juízes não estão isentos dessas interferências. Defere-se quase tudo, em caráter de urgência, “de internações a fraldas”, numa presunção quase absoluta, que a escassez na prestação dos serviços de saúde é fruto da má administração.

“No Estado do Rio a gente chegou no fundo do poço. Tivemos 2 ex-governadores presos e 6 dos 7 membros do Tribunal de Conta afastados, mas isso criou um desprezo pela política, um desprezo pelo poder Executivo em geral, um desprezo pelo Legislativo, extremamente perigoso. Outro ponto, vamos tentar executar qualquer coisa no Brasil com nosso quadro normativo (...) É uma esquizofrenia do direito público brasileiro, que de um lado tem o direito constitucional que de um lado manda entregar tudo e de outro lado o direito administrativo que dificulta ao máximo a entrega de qualquer coisa”.

PAINEL IV: O Poder Judiciário e as políticas públicas de saúde: quando a intervenção judicial é legítima. Rodrigo Mascarenhas, Procurador do Estado (PGE-RJ). Conferência gestão da saúde: desafios e soluções, 2017,RJ

05) A diversidade dos medicamentos: A variedade de medicamentos que a Administração Pública é levada a comprar para atender à judicialização da política de saúde desorganiza o planejamento da assistência farmacêutica. Esta variedade é deflagrada pelas prescrições médicas. As atuações dos médicos são atreladas ao que eles consideram importantes para oferecer ao seu paciente. Este posicionamento individualizado, desatrelado das necessidades e condições do Estado, não atendendo à coletividade de um sistema de saúde. Não há possibilidade de oferecer todos os serviços a todos os cidadãos. A orientação aos médicos foi uma necessidade apresentada em vários encontros analisados, por diferentes atores.

“A Judicialização em saúde no Brasil culmina em compras de medicamentos, como utilizado pelo comentarista, “um shopping de medicamentos”, muitas vezes sem registro e adequação pela ANVISA”

Clênio Jair Schulze – Juiz Federal em Santa Catarina (TRF4) e membro do Comitê Estadual de Saúde de Santa Catarina Relatório Final XXXIII Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde/2017, p.30.

06) Organização da informação jurídica: A infinidade de normas que regulamentam a gestão da saúde dificultam a atuação do gestor. O projeto de consolidação de normativas do SUS foi discutido nestes eventos como um importante passo para auxiliar o gestor na política de saúde. A sistematização das normas do SUS foi concluída e publicada em outubro de 2017. Foi um trabalho que vinha sendo realizado pela Fiocruz em parceria com a UNB, no qual foi detectada a existência de 17.107 portarias disponíveis, das quais 700 continham normativas válidas. O gestor possuía um site de consulta dessas normativas, mas, ainda assim, precisava realizar uma avaliação prévia para descobrir a validade e a compatibilidade de tais normas em relação às outras pelas quais ele deveria se orientar. A organização da informação pode contribuir para a organização do sistema de saúde em todos os entes federados.

O que se pretende é simplificar o arcabouço normativo do SUS através de um “molde institucional capaz de acomodar normativas presentes e futuras” (Revista CONENSUS, ed. 25, 2017).

07) Dificuldades do gestor da saúde: Os gestores discutiram a dificuldade de lidar com uma legislação extremamente burocrática para aquisição de medicamentos (Lei de licitação – Lei 8.666/1993) em contraponto ao direito constitucional, interpretado para que a administração pública forneça qualquer coisa, em espaço de tempo muito curto. As compras provocadas pela judicialização levam à aquisição de medicamentos a preços mais altos e sem possibilidade de planejamento.

Na compra, principalmente nos casos de judicialização, que, por serem em pequena quantidade, os preços praticados são extorsivos. Antônio Carlos, SMS do Arraial do Cabo/RJ, XXXIII (Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde/2017, p. 10).

08) Banco de Preços da Saúde (BPS): Esta ferramenta foi apontada como mais um instrumento para balizar as decisões judiciais. Os juízes terão como consultar a ferramenta BPS, que já está online, e a administração terá elementos concretos para se opor aos pedidos judiciais, informando possibilidades de medicamentos com preços menores, com diferentes apresentações, ajustando a necessidade do pedido com a possibilidade da administração pública (Seminário Judicialização da Saúde – Evidência, Eficácia e Prova no Processo, RS/2017).

O sistema foi idealizado para disponibilizar dados de compras de medicamentos e produtos para saúde a todo o público. Esta ferramenta está online e sua utilização tornou-se obrigatória para todos os Municípios em dezembro de 2017. Ela é alimentada pelos órgãos e instituições públicas ou privadas que compram medicamentos ou produtos para a saúde, que podem inserir informações de suas aquisições no BPS. As instituições de saúde que realizarem licitações de medicamentos deverão possuir um cadastro no BPS, de forma que consigam fazer a inserção das informações de suas compras no sistema. Estas informações estão disponíveis ao público e, se bem utilizadas, darão novos parâmetros às decisões judiciais. De fato, os efeitos ainda não podem ser mensurados.

09) Capacitação dos Gestores: A implementação das inovações da gestão na administração pública esbarra na falta de pessoas capacitadas e treinamento

adequado para aderir aos programas, situação discutida diante das inovações apresentadas pelo MS para controle da assistência farmacêutica.

Fabiana, do Município Capivari/RS, relatou as dificuldades encontradas pelos Municípios pequenos em aderir a esses programas devido à falta de pessoal e de logística. Arlene, do Cosems/PR, relatou que os secretários de saúde do seu Estado preferem pagar por sistemas privados ao invés de usar os fornecidos pelo MS por encontrarem dificuldade de manutenção e serviços técnicos quando tem problemas e alegam a demora da devolução de resposta por parte da MS, dificultando as ações de vigilância. Maciene, economista do MS, respondeu que é questão de ponto de vista de cada um. (Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde/2017, p. 10).

10) Prescrição médica: As decisões judiciais sobre saúde têm se restringido a dar credibilidade unicamente à opinião médica, não considerando a falibilidade humana de todo profissional nem as investidas da indústria farmacêutica a estes profissionais. As atuações dos médicos são atreladas às suas preferências. Não há possibilidade de oferecer todos os serviços a todos os cidadãos. A falta de critérios definidos para a concessão dos pedidos judiciais foi uma recorrente falha apontada pelos gestores.

“A Judicialização em saúde no Brasil culmina em compras de medicamentos, como utilizado pelo comentarista, “um shopping de medicamentos”, muitas vezes sem registro e adequação pela ANVISA” Clênio Jair Schulze – Juiz Federal em Santa Catarina (TRF4) e membro do Comitê Estadual de Saúde de Santa Catarina Relatório Final.XXXIII Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde/2017, p.30.

Os representantes do Estado mostraram que o crédito absoluto conferido às prescrições médicas possibilita posicionamentos judiciais que já ocasionaram prejuízos ao Sistema de Saúde. Um dos casos de fraude só foi descoberto porque as reiteradas decisões sobre um mesmo medicamento sinalizaram um surto de uma epidemia para uma patologia (vitiligo e psoríase) não contagiosa. As investigações desbarataram um esquema de corrupção envolvendo médicos, advogados e associação de pacientes, que causou aos cofres públicos um prejuízo com liminares de mais de 60 milhões de reais (PAINEL II: Judicialização e meios extrajudiciais de resolução de litígios de saúde, José Luiz Souza de Moraes, Procurador do Estado (PGE-SP).

Durante a ação da Polícia Civil em conjunto com a Secretaria da Saúde, os policiais descobriram um esquema de fraude em que médicos da Associação dos Portadores de Vitiligo e Psoríase do Estado de São Paulo emitiam laudos, dizendo que pacientes necessitavam de medicamento de alto custo para o tratamento de psoríase, para receberem vantagens financeiras. Os remédios receitados eram fabricados por três laboratórios que não estavam no programa do SUS. (...) A operação prendeu pessoas em Marília, Bauru e Ribeirão Preto. O grupo ficou detido, mas depois foi liberado. Desde então, o Ministério Público investiga o caso para apontar a

fraude cometida pela quadrilha e, em 2014, ele denunciou o golpe que gerou um prejuízo de R\$ 63 milhões para o governo do Estado de São Paulo. (O globo, 19/01/2016)

11) CONITEC: Todos os seminários contaram com a presença de algum membro deste órgão. A criação do CONITEC (Comissão Nacional de Tecnologias do SUS) é fruto do ajuste de conduta entre o STF e o MS para reduzir a judicialização da política de saúde. Sua função principal é realizar estudos para incorporação de medicamentos e procedimentos médicos nas listas do governo. Além da análise de critérios de eficácia e de acurácia dos medicamentos/procedimentos, também são avaliadas as questões de preço para a inclusão nas listas. O conselho relata estratégias das indústrias farmacêuticas para garantir lucros, fator prejudicial à saúde coletiva.

As indústrias farmacêuticas se beneficiam com a não incorporação dos medicamentos nas listas do governo, pois se afastam da regulamentação de preços e obtém mais lucros. Informa ainda que o contrário também acontece. Por vezes são solicitadas inclusões (paciente, laboratório) que não oferecem inovações tecnológicas, mas configuram estratégias das indústrias farmacêuticas para agregar um novo componente no medicamento já existente, ainda que não apresente benefício para a doença que se quer tratar. O objetivo é conseguir mais lucratividade.

A inclusão de um novo componente ao medicamento existente tem revelado estratégias das indústrias farmacêuticas para obterem melhores preços. Clarice Petranali, assessora técnica do MS. A judicialização da saúde no Brasil – TRF 5- 2017.

12) Solidariedade: O entendimento adotado pelo STF que dá ao interessado a possibilidade de escolher qual dos entes da federação deve custear seu pedido foi um tema que desafiou todos os diálogos analisados. É uníssona entre gestores e representantes dos entes federados a opinião quanto à infelicidade deste posicionamento. Municípios com orçamentos limitados não têm a possibilidade de manter tratamentos contra o “câncer”, por exemplo, não só por falta de recursos financeiros, mas também pela dificuldade de acompanhar um tratamento complexo e não afeito à sua competência.

4-3- Ações concretas produzidas pelos diálogos institucionais

Os diálogos entre as instituições já tem produzido ações concretas e bem-sucedidas na regulação da judicialização da política de medicamentos. No Estado do Rio de Janeiro, a Câmara de Resolução de Litígios (CRLS) e o Juizado Especial Fazendário são dois exemplos.

Câmara de Resolução de Litígios (CRLS) - O convênio para a criação da CRLS reuniu a Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES RJ), Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS RJ), a Defensoria Pública Geral do Estado (DPGERJ), Procuradoria Geral do Estado do Rio de Janeiro (PGERJ), Procuradoria Geral do Município do Rio de Janeiro (PGERJ) e a Defensoria Pública Geral da União (DPGURJ).

As atividades da CRLS estão direcionadas para a capital do Estado e municípios vizinhos. Os profissionais que atuam neste órgão têm a função de fazer o primeiro contato com as pessoas que vão até a Defensoria Pública para promover ações judiciais de saúde.

Após os procedimentos burocráticos da assistência judiciária, nos quais se verifica a condição de hipossuficiência, apresentação de laudo, receita médica e documentos pessoais, o profissionais, com perfil similar ao definido para o NAT (equipe multidisciplinar de médicos, farmacêuticos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas), analisam a possibilidade de obter do medicamento pretendido junto à Secretaria de Saúde sem a entrada da ação judicial, desde que faça parte da lista do governo.

Caso não faça parte da lista do governo, uma das alternativas é solicitar uma nova receita ao médico para que este prescreva um medicamento presente na lista de dispensação. Caso não seja possível, seja pela incompatibilidade no tratamento ou porque o medicamento necessário não é fornecido pela política pública, a última tentativa que precede a judicialização é adquirir o remédio prescrito nas Centrais de Atendimento às Demandas Judiciais (CADJ), neste caso através de acordos extrajudiciais, homologados no Judiciário. A ação judicial só é promovida caso todas estas tentativas se mostrem infrutíferas.

Reproduzindo o projeto nos Municípios mais distantes da capital, a DPERJ vem ampliando a iniciativa de cooperação junto às Secretarias Municipais através do

Centro de Apoio Técnico em Saúde (CATS). É um projeto que está em andamento desde 2011, cujo objetivo é especializar as defensorias públicas nas ações de saúde e aproximá-las das Secretarias de Saúde Municipais para melhor atendimento dos pedidos.

Modelo similar é aplicado em outros Estados e tem demonstrado bons resultados, apesar de favorecer, de certo modo, aqueles que procuram a assistência jurídica.

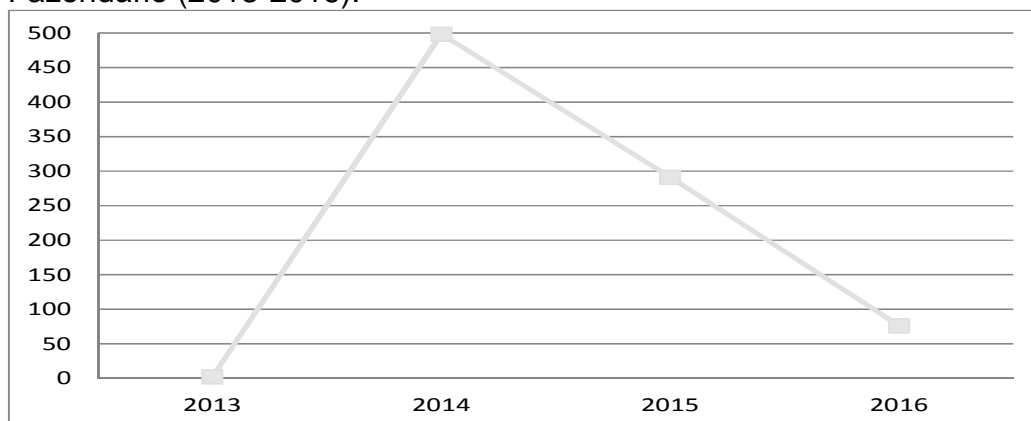
Juizado Especial Fazendário - O fórum de saúde já havia sinalizado para a necessidade da criação de varas especializadas para atender às ações de saúde. Na capital do Rio de Janeiro, em 2013, foi implantado o Juizado Especial Fazendário, competente para julgar as ações em face do Estado e do Município. Ações com pedidos de até o limite de 60 salários mínimos são direcionados para o juizado.

O juizado fazendário inicia seus trabalhos com o apoio do NAT. As ações de saúde seguem procedimento padronizado, sendo, de início, direcionadas ao Núcleo, para somente depois, já com o parecer sobre o pedido, serem encaminhadas ao Juiz. A CRLS também inicia as atividades neste período e provoca uma mudança no Juizado Especial Fazendário. Analisando as 76 decisões de 2016 (gráfico 14), com exceção de oito casos, todas as ações foram propostas pela Defensoria Pública Estadual, apesar de o Juizado dispensar a assistência jurídica para postular a ação.

Nenhuma das ações contém pedido de medicamentos da atenção básica, de competência do Município, fato não observado nos anos anteriores. A redução da judicialização da saúde observada se relaciona muito mais com as ações das CRSL do que com os NATs, pois a atuação da Câmara é prévia e inibe a judicialização dos medicamentos.

O gráfico 14 apresenta o número de julgamentos de ações no Juizado Especial Fazendário entre 2013 e 2016. No início das atividades, observa-se um número elevado de decisões, havendo, nos anos seguintes, um declínio acentuado.

Gráfico 14. Números de julgamentos de ações de saúde no Juizado Especial Fazendário (2013-2016).



Fonte: Elaboração própria. Fonte: TJRJ (www.tjrj.jus.br).

A redução das ações judiciais, combinada com a atuação da CRLS, aponta para a falha do atendimento na porta de entrada para dispensação e não se relaciona com a criação da vara especializada.

A orientação do CNJ é a criação de justiça especializada em todos os tribunais para atender às demandas de saúde, mas todos os resultados dependem das repercussões que, com o tempo, poderão ser melhor avaliados. A experiência do Rio de Janeiro revela que a especialização da justiça em saúde, por si só, não foi suficiente. Os resultados positivos foram obtidos pela atuação combinada do Juizado, do NAT e da CRSL.

De tudo que se ouviu nesses vários debates, a análise dos diálogos revela que não há como definir um único caminho para a judicialização da política de medicamentos, pois qualquer um dos lados aponta para “escolhas de Sofia”, haja vista que negar um medicamento pode significar furtar do indivíduo a chance à vida. Por outro lado, medicamentos individualmente concedidos e custeados pela administração pública preterem o acesso à saúde da coletividade e privilegiam aqueles que vão ao Judiciário.

Para o indivíduo, a judicialização da política promove uma alternativa possível e eficaz para a aquisição de um medicamento diante da ineficácia do atendimento administrativo em fornecer medicamentos disponíveis nas listas de dispensação do governo. As decisões ativistas se mostram fundamentais para aqueles que têm na justiça a sua oportunidade de se manterem vivos.

Decisões individuais privilegiam aqueles que acessam a justiça e promovem a desigualdade no sistema de saúde. Para a administração pública, a judicialização da política provoca uma disfunção, pois dificulta a previsão de gastos e a gestão de

seus recursos, já que, a todo tempo, é submetida a cumprimento de decisões judiciais sobre medicamentos que não havia previsto.

Há ainda o problema do entendimento do Judiciário sobre a responsabilidade para o cumprimento da decisão judicial. Os Municípios e os Estados têm sido compelidos a adquirir medicamentos que fogem da competência atribuída na política de medicamentos. O STF entende que a responsabilidade para fornecer medicamentos é de todos os entes da federação. A escolha de qual deles será responsabilizado a arcar com os custos para fornecimento do medicamento acaba ficando condicionada à escolha do interessado.

Para o Judiciário a judicialização da política de medicamentos também traz problemas. A quantidade de ações pedindo medicamentos atrapalha o andamento das outras demandas e faz dos balcões de atendimento do judiciário a porta alternativa para solicitação de medicamentos.

A judicialização da saúde tem impulsionado o MS a melhorar sua estrutura de atendimento farmacêutico, com implantação de sistemas informatizados para controle de todo o processo de fornecimento de medicamentos, a capacitação de profissionais e organização de infraestrutura, tendo funcionado também como instrumento de pressão a órgãos reguladores como a ANVISA e o CONASS para a autorização de comercialização de medicamentos no país e a inclusão de fármacos na relação de medicamentos do governo.

No Judiciário, o CNJ direciona as medidas para regular a judicialização. Varas especializadas em ações de saúde estão sendo instaladas nos Tribunais do país, sendo o e-natjus uma ferramenta que pretende auxiliar os juízes nas suas decisões, oferecendo informações técnicas sobre os casos concretos. Há uma preocupação com o uso de interesses econômicos nas decisões judiciais e alguns casos já comprovam este fato.

Para atender à demanda de judicialização da saúde, observa-se a criação de um novo sistema: o “sistema da judicialização da política de saúde”. Percebe-se um novo olhar sobre o assunto. As arenas de diálogos têm se mostrado a melhor solução, a exemplo das iniciativas de mediação promovidas com apoio da Defensoria Pública, Ministério Público, Secretarias de Saúde e Judiciário no Estado do Rio de Janeiro.

Tal fenômeno revela uma disfunção no sistema de saúde, seja pela falta de recursos, falta de profissionais capacitados ou pelas diferenças dos entes federados

que fazem parte do sistema de saúde. Mostra também um despreparo do judiciário em lidar com o tema, seja pela adoção de critérios exclusivamente jurídicos, seja pelo descrédito nas decisões administrativas ou ainda pela dificuldade de lidar com a finitude da vida quando analisada individualmente.

O diálogo e a combinação de esforços entre as instituições envolvidas se mostra como o meio mais eficaz para o controle dos efeitos mais perniciosos deste fenômeno.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como ponto de partida o fenômeno da judicialização da política de medicamentos. Constatou-se que, somente no Judiciário do Estado do Rio de Janeiro, entre os anos de 2013 a 2016, houve um aumento de 160% de ações judiciais em busca de medicamentos.

As análises demonstraram que grande parte dos pedidos encaminhados ao Judiciário foi deferida, compelindo o Executivo, por meio de liminares, a entregar, de imediato, o medicamento pleiteado. Neste cenário, procurou-se responder qual o efeito, isto é, o custo (monetário, ou não monetário) das decisões judiciais na política pública de medicamentos.

A análise desse fenômeno foi desenvolvida verificando as argumentações contidas nas decisões, o posicionamento dos vários atores e as inovações institucionais que se seguiram no decorrer da pesquisa. Também foram analisados alguns efeitos das decisões judiciais na política pública de medicamentos e as causas que levam ao crescimento da judicialização da política.

Num primeiro momento, a judicialização da política parecia denotar um descontrole da administração pública no campo da saúde. Há uma política pública, com listas de medicamentos preestabelecidas, estabelecendo o que o Executivo se dispõe a fornecer, e, mesmo assim, as decisões judiciais apareciam numa escala ascendente. Mas o fenômeno apresentou outro resultado

Observando o conteúdo dessas decisões, verificou-se que uma parte se referia a medicamentos previstos na lista de dispensação da política pública, e, neste particular, a judicialização da política de medicamentos pode indicar descontrole administrativo, mas não é só isso. Verificou-se ainda que a redução dos recursos orçamentários desabastece as Secretarias de Saúde e provoca a judicialização da política e ainda que receitas contendo vários pedidos de medicamentos pode levar à judicialização de medicamentos disponíveis para fornecimento nas Secretarias de Saúde.

Ocorre que na maioria das decisões pesquisadas, 77% dos medicamentos encontrados estavam fora das listas. Nesta relação foi encontrada uma imensa variedade de medicamentos, para as mais diversas patologias, e dos mais variados valores.

Esses achados revelaram duas faces da judicialização da política de medicamentos: o controle da legalidade e o ativismo judicial.

Para sustentar os argumentos sobre as faces da judicialização da política, foram expostos no capítulo 01 os referenciais teóricos sobre a temática da interferência do Judiciário nas atribuições de outros poderes e o ativismo judicial identificado através da atitude proativa dos juízes.

O controle da legalidade é uma das funções inerentes ao Judiciário. A impossibilidade do exercício de garantias definidas pelo Estado leva o cidadão a recorrer à Justiça. A procura por medicamentos previstos na lista de dispensação, mas que não estão indisponíveis na Administração Pública, leva à judicialização da política, o que é um efeito esperado.

Já o ativismo judicial foi identificado através dos medicamentos conferidos pelo Judiciário que não estavam previstos na política previamente planejada.

A partir desse panorama, o capítulo 02 percorreu o processo de formação da política de medicamentos, começando com o movimento dos estudantes paulistas pela Reforma Sanitária, culminando com a inserção da saúde como um direito fundamental garantido na Constituição Federal de 1988 e a formulação de uma política pública de medicamentos. Neste capítulo é apresentado o processo de elaboração das listas de medicamento, os atores envolvidos e as formas de financiamento para aquisição dos medicamentos relacionados.

O capítulo 03 apresenta uma análise empírica das decisões proferidas pelos órgãos colegiados do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro nos anos de 2013 a 2016 que possibilitou testar as hipóteses que nortearam este trabalho.

A hipótese 01, que se refere à ausência de critérios objetivos para concessão de medicamentos, foi testada e comprovada por meio da análise do conteúdo das decisões.

Nas decisões analisadas não se observou a presença de critérios objetivos mínimos a serem seguidos. A lista de medicamentos, que poderia ser utilizada como um dos critérios, aparece nas fundamentações dos juízes como instrumento limitador do acesso a medicamentos e, por conseguinte, do direito à saúde, e, assim interpretada, não teria força para impedir o acesso a nenhum tipo de medicamento.

Não se exige requerimento prévio nas secretarias de saúde para solicitação de medicamentos, critério que poderia ser regulamentado, assim como aconteceu nas ações previdenciárias face ao INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social),

favorecendo a gestão da política pública e, por conseguinte, reduzindo a necessidade da judicialização.

As liminares, comum nessas ações, também necessitam de parâmetros melhor definidos. Uma única receita, muitas vezes sem laudo médico, tem sido a fundamentação das decisões. A falta de provas mais específicas sobre a necessidade do pedido delega a prestação jurisdicional ao médico prescritor, condicionada à preferência e aos interesses desse profissional.

A fundamentação das decisões, utilizando conceitos gerais, não específicos, como a dignidade da pessoa humana, igualdade e direito à saúde, sugeriu a ideia de compaixão e piedade com a situação fática e individualizada que se apresentava aos juízes.

Por outro lado, este tipo de fundamentação facilita a tomada de posição dos julgadores, já que pesquisar se um medicamento está ou não na lista, pedir informação mais detalhada se o medicamento é o adequado etc. demanda muito mais tempo e trabalho, o que se mostra incompatível com pedidos que requerem decisões em um curto espaço de tempo.

Todas as decisões pesquisadas são fruto de demandas individuais. Não foi encontrada nenhuma ação coletiva julgada em 2ª instância nas decisões pesquisadas, fato que foi justificado pela necessidade de urgência nos pedidos requeridos e na diversidade dos interesses.

No Estado do Rio de Janeiro, grande parte das demandas judiciais é promovida pela Defensoria Pública. Os pedidos chegam ao Judiciário sem informação da existência de um pedido prévio nas Secretarias de Saúde, que deveriam ser a porta de entrada desses requerimentos. Todas as ações provam a necessidade do medicamento apenas por receita médica, prescrita por médico que pode ser do sistema público ou não. O fundamento dos pedidos é o direito à saúde, a igualdade, a dignidade humana e o mínimo existencial.

O Executivo, chamado a se manifestar, argumenta a impossibilidade de fornecimento dos medicamentos que não fazem parte da política pública planejada e a reserva do possível, desassociado de provas, como, por exemplo, dados do orçamento, que pudessem convencer o Juiz.

A hipótese 02, sobre o custo operacional e financeiro inicialmente pensado em relação ao Executivo, foi também percebido no Judiciário.

No Executivo pode ser constatado, através dos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, que, para atender às decisões judiciais os entes federados são obrigados a realizar compras sem planejamento e em quantidades pequenas com preços acima dos valores praticados no mercado. Além do valor gasto com a aquisição do medicamento, há ainda os custos de transporte, distribuição e controle dessas decisões judiciais que oneram o Executivo.

No Judiciário, o aumento das ações de saúde e os pedidos de urgência que elas abrigam dificulta o andamento das demais ações. As secretarias dos órgãos julgadores se tornaram a porta alternativa para aquisição de medicamentos e existem servidores da justiça exclusivamente dedicados a dar andamento a estes processos, tamanho é o volume destas ações.

O Ministério da Saúde reconhece a necessidade de organização da política de medicamentos e tem investido na implantação de um sistema operacional informatizado para atender à assistência farmacêutica no país, facilitando aos interessados o acesso aos medicamentos.

No Judiciário, há uma preocupação em qualificar os juízes para atendimento dessas ações com a implantação de varas especializadas e assistência técnica de um quadro de profissionais de saúde.

A judicialização da política, demonstrada no capítulo 03, tem levado os atores a buscarem meios alternativos para conter este fenômeno.

Observou-se que o ativismo judicial na política de medicamentos não se referia somente a medicamentos que não faziam parte da lista, mas ao posicionamento dos juízes em garantir força normativa à Constituição Federal e ao direito a medicamentos desatrelados da estrutura e da distribuição da política pública.

Nas decisões judiciais percebe-se um descrédito face às argumentações do Executivo e uma preferência para as alegações dos autores das ações, apesar de nenhuma das partes apresentarem elementos objetivos que justificassem as decisões. Esta preferência leva à materialização do medicamento prescrito pelo médico, ator que, pela via judicial, acaba determinando o direcionamento da política pública.

As fraudes já apuradas e as preferências por medicamentos percebidas nos receituários tem chamado a atenção tanto do Judiciário quanto do Executivo para atuação dos médicos e das indústrias farmacêuticas.

No capítulo 04 foram analisados vários encontros que ocorreram no país, em especial no ano de 2017. A maioria dos encontros foi promovida pelos Comitês Estaduais de Saúde, vinculados ao Fórum da Saúde. Neles foram reunidas diversas instituições envolvidas com a judicialização, discutindo caminhos possíveis para a política pública de medicamentos.

Nestes seminários os atores envolvidos na política de distribuição de medicamentos expuseram as dificuldades em lidar com a judicialização da política e apresentaram experiências bem sucedidas, que, em comum, contavam com a participação de várias entidades envolvidas: o Conselho Nacional de Justiça, orientando ações dos juízes; o Ministério da Saúde, buscando implantar mecanismos de controle e informação para viabilizar a eficácia desta política; as Defensorias Públicas, buscando soluções extrajudiciais, através de mediações, os estudos desenvolvidos pela CONITEC (Comissão Nacional de Tecnologias do SUS), as registros realizados pela ANVISA.

O Supremo Tribunal Federal, após quase 20 anos (década de 1990), discute a judicialização da política de medicamentos sob uma nova perspectiva. Dois recursos que estão em discussão na Suprema Corte podem definir critérios para a concessão de medicamentos. Diferentes do caso dos retrovirais do final dos anos de 1990, cujos requerimentos eram similares, hoje os medicamentos requeridos na justiça são variados e para diferentes patologias.

Os recursos que aguardam julgamento exigem do Judiciário um posicionamento sobre a obrigatoriedade dos entes federados de fornecerem medicamentos de alto custo e não registrados pela ANVISA. A hipossuficiência e o registro na ANVISA parecem ser as balizas que irão autorizar a judicialização dos medicamentos, critérios objetivos ainda não determinantes.

Interessante observar que os dois casos concretos que deram origem aos recursos no STF e geraram o interesse coletivo de ver a controvérsia analisada pelo Supremo não estão mais sob análise.

Assim como ocorreu em outras hipóteses, empiricamente observa-se que a judicialização da política de medicamentos tem também os efeitos de promover a atualização das listas do governo e priorizar a análise de pedidos de registro na ANVISA.

As decisões judiciais, apesar de provocarem uma disfunção na política pública planejada, proporciona a ampliação de direitos e impulsiona os órgãos de

controle para reconhecer as necessidades da população. Os casos analisados evidenciam esta afirmação, e, ainda que o STF adote uma postura para balizar a judicialização dos medicamentos, as controvérsias estão longe de serem solucionadas.

As listas do governo são importantes balizas, mas não a única. A presença de medicamentos nesta relação não revela, por si só, que outros, fora da lista, não são essenciais. Da mesma forma, o fato isolado de o medicamento não estar autorizado pela ANVISA não significa que o fármaco não está apto a ser utilizado ou que apresenta problemas quanto a evidências médicas. Entraves burocráticos e interesses envolvidos atrasam e, por vezes, impedem o registro de medicamentos, mas, ainda assim, a depender do caso, este pode estar apto a salvar vidas.

As decisões judiciais têm se tornado um desafio para os entes políticos, pois têm causado um rearranjo na política pública desenvolvida e nas funções desempenhadas pelos diferentes Poderes.

O cenário atual sugere que o diálogo entre as instituições é o caminho para harmonizar decisões sobre medicamentos. As medidas tomadas, fruto desse diálogo, fazem surgir um sistema próprio da “judicialização da política de medicamentos”, alterando, em certa medida, a competência das instituições, mas é necessário aguardar os efeitos de tais mudanças.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, Fernando Luiz. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Revista de Sociologia Política.*, Curitiba, 24, p. 41-67, junho, 2005.

ACCA, Thiago dos Santos. Uma análise da doutrina dos direitos sociais: saúde, educação e moradia entre os anos de 1964 e 2006. Dissertação de Mestrado, USP: São Paulo, 2009.

ALEXY, Robert. Teoría de los derechos fundamentales. [Theorie der grundrechte]. traducción de Ernesto Garzón Valdés. Madrid, ES: Centro de Estudios Constitucionales, 1993.

ANDRADE, Liliâne Lopes; PINA, Andrecinda Rocha de Moraes; SILVA, Isabella Cristina Fernandes da; GOMES, Karina de Moraes; GONÇALVES; Thaiana Cirqueira. As Conferências Nacionais de Saúde, após a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). *Direito Sanitário, Tempus - Actas de Saúde Coletiva*, 2013, p 263-279.

ARENDT, Hannah. (2002). O que é política? [Was ist politik?]. Tradução de Reinaldo Guarany. 3. ed. Rio de Janeiro, RJ. 240 p.

AROUCA, Antônio Sérgio da Silva A reforma sanitária brasileira. *Tema/Radis*, v I, n. 11, Rio de Janeiro, RJ, 1998, p. 02-04.

_____.O dilema preventivista contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Tese (Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas) – Campinas – SP, Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, 1975.

ARRETCHE, Marta Dossiê agenda de pesquisa em políticas públicas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, [S.l.], v. 18, n. 51, 2003, p.7-9.

ARRETCHE, Marta. Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol. 16, núm. 45, fevereiro, 2001.

ASENSI, Felipe Indo além da judicialização : O Ministério Público e a saúde no Brasil Rio de Janeiro : Escola de Direito do Rio de Janeiro da Fundação Getulio Vargas, Centro de Justiça e Sociedade, 2010.

BADIN, Arthur Sanchez. Controle judicial das políticas públicas. São Paulo, SP: Malheiros Editores, 2013.

BARCELLOS ,Ana Paula Gonçalves Pereira de; SOUZA, Fábio; MELLO, Humberto Laport de; FLORENTINO, Juliana; SOUZA, Sérgio; BIANCO, Técio Direito à saúde e prioridades: introdução a um debate inevitável. Revista Direito GV, São Paulo,v. 13, n.2, 2017, p. 457-483.

BERMUDEZ, Jorge Antonio Zepeda. Acesso a medicamentos: impasse entre a saúde e o comércio! Cad. Saúde Pública , 33(9):e00123117, 2017.

BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à Judicialização excessiva: Direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. In Direitos Sociais: Fundamentos, Judicialização e direitos sociais em espécie. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008, pp 875-903.

_____. Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas. Revista Brasileira de Ciências Sociais, 31 (11), 1996, p 44-66.

_____. Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática. Caderno (SYN)THESIS, v. 5, n.1, 2012, pp 23-32.

_____. O direito constitucional e a efetividade de suas norma. Limites e possibilidades da Constituição brasileira. Rio de Janeiro: Renovar, 2009.

_____. Da falta de efetividade à Judicialização excessiva: Direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. In Direitos Sociais: Fundamentos, Judicialização e direitos sociais em espécie. Rio de Janeiro: Lumen, 2008 Juris, pp 875-903.

_____. O direito constitucional e a efetividade de suas norma. Limites e possibilidades da Constituição brasileira. Rio de Janeiro: Renovar, 2009.

_____. Neoconstitucionalismo e constitucionalização do direito. Quaestio Iuris vol.02, nº 01, Rio de Janeiro, 2006. pp 1-48.

_____. Retrospectiva 2008 - Judicialização, Ativismo E Legitimidade Democrática. Rede Edição: 18 | abr/mai/jun, 2009

BIEHL, João; PETRYNA, Adriana Tratamentos jurídicos: os mercados terapêuticos e a judicialização do direito à saúde História, Ciências, Saúde - Manguinhos, vol. 23, núm. 1, 2016, pp. 173-195.

BRASIL Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rol de procedimentos e eventos em saúde 2016: Resolução Normativa nº 387 de 28 de outubro de 2015. Atualizado em: jun. 2016b. Rio de Janeiro, RJ, 2016. 205 p.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Informações gerais sobre a regulamentação de medicamentos no Brasil. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br>. Acesso em: 04/11/2016.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Preços máximos de medicamentos por princípio ativo: preço fábrica (preço para laboratórios e distribuidores) e preço máximo ao consumidor (preço para farmácias e drogarias). Atualizada em: 16 fev. 2018. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/listas-de-precos>. Acesso em: 23 fev. 2018.

_____. Assembleia Nacional Constituinte. Constituição da República Federativa do Brasil promulgada em 05 de outubro 1988. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 05 out. 1988. Seção 01, p. 01.

_____. Casa Civil. Decreto nº 7.646 de 21 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências

_____. Casa Civil. Decreto nº 2.283 de 24 de Julho de 1997. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) e a desativação da Central de Medicamentos (CEME), e dá outras providências.

_____. Casa Civil. Decreto nº 5.090 de 20 de maio de 2004. Regulamenta a Lei no 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa “Farmácia Popular do Brasil”, e dá outras providências.

_____. Casa Civil. Decreto nº 68.806 de 25 de Junho de 1971. Institui a Central de Medicamentos (CEME). Diário Oficial da União, Brasília, DF

_____. Casa Civil. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências

_____. Casa Civil. Decreto-Lei nº 72 de 21 de novembro de 1966. Unifica os Institutos de Aposentadoria e Pensões e cria o Instituto Nacional de Previdência Social.

_____. Congresso Nacional. Decreto-Lei nº 4.682 de 24 de janeiro de 1923. [Lei Eloy Chaves]. Cria, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os respectivos empregados.

_____. Congresso Nacional. Lei nº 12.401 de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS

_____. Congresso Nacional. Lei nº 1.920 de 25 de julho de 1953. Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências.

_____. Congresso Nacional. Lei nº 6.439 de 01 de setembro de 1977. Institui o Sistema Nacional de Previdência e Assistência social, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 02 set. 1977. Seção 01, p. 11617.

_____. Congresso Nacional. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. Congresso Nacional. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

_____. Congresso Nacional. Lei nº 8.689 de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e dá outras providências.

_____. Conselho Nacional de Justiça. Recomendação nº 31 de 30 de março de 2010. Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde.

_____. Conselho Nacional de Justiça. Recomendação nº 43 de 20 de agosto de 2013. Recomenda aos Tribunais de Justiça e aos Tribunais Regionais Federais que promovam a especialização de Varas para processar e julgar ações que tenham por objeto o direito à saúde pública e para priorizar o julgamento dos processos relativos à saúde suplementar.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338 de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Assuntos Judiciais. Judicialização da saúde no Brasil em números. Maio de 2017. Brasília

_____. Ministério da Saúde. Coordenação nacional de compra por determinação judicial – CDJU, Departamento de logística em saúde - DLOG/SE/MS - Execução orçamentária global do Ministério da Saúde (MS) 2016 e 2017

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.554 de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.555 de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.135 de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 204 de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.916 de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.089 de 11 de dezembro de 2013. Redefine a lista de produtos estratégicos para o Sistema Único de Saúde (SUS) e as respectivas regras e critérios para sua definição.

_____. Ministério da Saúde. Relatório Final 8º Conferência Nacional de Saúde. In: Conferência Nacional de Saúde, 8, 1986, Brasília, DF. Anais... Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987b. p. 381-398.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Informações gerais sobre iniciativas estratégicas da assistência farmacêutica no Brasil.

_____. Poder Executivo. Decreto nº 22.872 de 29 de junho de 1933. Cria o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos, regula o seu funcionamento e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME. 2000 a 2017. Gerência de Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/>. Acesso em: 08/12/2017.

_____. Ministério das Cidades. Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental – SNSA. Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento: Diagnóstico dos Serviços de Água e Esgotos – 2015. Brasília: SNSA/MCIDADES, 2017.

BIEHL, João; PETRYNA, Adriana Tratamentos jurídicos: os mercados terapêuticos e a judicialização do direito à saúde História, Ciências, Saúde - Manguinhos, vol. 23, núm. 1, , 2016, pp. 173-192 Fundação Oswaldo Cruz Rio de Janeiro, Brasil

BOAVENTURA, Souza .Santos. .Direito e democracia. Uma reforma global da justiça. A sociedade portuguesa diante os desafios da globalização. Vol4. Afrontamento, Porto, 2001, p. 125-176.

BORGES, Danielle da Costa Leite; UGÁ, Maria Alicia Dominguez. Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1ª instância nas ações individuais contra o Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 2005. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ, v. 26, n. 01, 2010, p. 59-69.

CAMPOS, Carlos Alexandre de Azevedo. Dimensões do ativismo judicial do Supremo Tribunal Federal. Rio de Janeiro: Forense, 2014.

CAMPOS-NETO, Orozimbo Henriques; ACURCIO, Francisco de Assis; MACHADO, Marina Amaral de Ávila; FERRÉ, Felipe; BARBOSA, Fernanda Loureiro Vasconcelos; CHERCHIGLIA, Mariângela Leal; ANDRADE, Eli lola Gurgel. Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. Revista de Saúde Pública, São Paulo, SP, v. 46, n. 05, p. 784-90, 2012.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. Estudo sobre direitos fundamentais. 2. ed. Portugal, PT: Coimbra Editora, 2008. 273 p.

CAPPELLETTI, Mauro. Juízes Legisladores? Tradução: Prof. Dr. Carlos Alberto Álvaro de Oliveira. Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris Editor, 1993.

CAPPELLETTI, Mauro; GARTH, Bryant Acesso a justiça. Porto Alegre: Fabris. 1998.

CARLI, Patrícia de. A judicialização da política e o protagonismo dos juízes nas decisões que envolvem o direito constitucional à saúde: reflexões acerca da jurisdição constitucional. Revista Eletrônica do Curso de Direito/UFSM, Santa Maria, RS, v.09, n.02, p. 284-304, 2014.

CARVALHO, Ernani Rodrigues de. Em busca da judicialização da política no brasil: apontamentos para uma nova abordagem. Revista de Sociologia e Política, nº 23, Curitiba, 2004, p.115-126.

CASTRO, Ana Luisa Barros de; MACHADO, Cristiani Vieira. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 26, n. 4, 2010, p. 693-705.

CHIEFFI, Ana Luiza; BARATA, Rita Barradas. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ, v. 25, n. 08, 2009, p. 1839-1849.

COELHO, Inocêncio Mártires. O novo constitucionalismo e a interpretação constitucional. Revista Direito Público, n 12, jun. 2006, p. 48 a 73.

COLLIER, Joe; IHEANACHO, Ike. The pharmaceutical industry as an informant. The Lancet, London, England, UK, v. 360, n. 9343, p. 1405-1409, 02 nov. 2002. (Medicines, society, and industry; I).

COMPARATO, Fábio Konder. A afirmação histórica dos direitos humanos. 7. ed. São Paulo, SP: Saraiva, 2010. 577 p.

CONASEMS. Relatório Final XXXIII Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde Brasília, 14 e 15 de julho de 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 1931 de 17 de setembro de 2009. Brasília, DF, 2010. 98 p.

Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde. Intervenção judicial na saúde pública: panorama no âmbito da Justiça Federal e apontamentos na seara das Justiças Estaduais. 2012. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Ago/21/Panorama.pdf> Acesso em: 07/07/2015.

DALLARI, Dalmo de Abreu. Os 50 anos da Declaração Universal dos Direitos do Homem e do nascimento de um novo direito. In: SOUZA, Carlos Aurélio Mota de; BUENO, Roberto (Orgs.). 50 anos de direitos humanos. São Paulo, SP: Themis Livraria e Editora, 2003. cap. 04, p. 69-83.

DERBLI, Felipe. O Princípio da Proibição do Retrocesso Social na Constituição de 1988. Rio de Janeiro: Renovar, 2007.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo Medeiros; SCHWARTZ, Ida Vanessa Doederlein. Consequências da judicialização das políticas de saúde: custos de medicamentos para as mucopolissacaridoses. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ, v. 28, n. 03, p. 479-489, mar. 2012.

DRAIBE, Mirian Sônia. O Welfare State no Brasil: características e perspectivas. Caderno 08, 1993. NEPP: UNICAMP.

DWORKIN, Ronald. Levando os direitos a sério. [Taking rights seriously]. Tradução de Nelson Boeira. 3. ed. São Paulo, SP: Martins Fontes, 2010. 568 p. (Biblioteca jurídica WMF).

DWORKIN, Ronald. O império do Direito. Tradução de Jefferson Luiz Camargo. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

ELÓI, André Luís Vieira; TEIXEIRA, Paulo Enderson de Oliveira. Judicialização da política: o aumento das estruturas judicantes nas democracias contemporâneas e no Brasil Revista Eletrônica do Curso de Direito - PUC Minas, Serro, n. 10, ago./dez. 2014.

SCOREL, Sarah Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 1999.

FERRAZ, Octávio Luiz Motta. Direito à saúde, escassez e o Judiciário. Folha de São Paulo, São Paulo, SP, 10 ago. 2007. Tendências/Debates, p. 03.

FOLY, Silvia Lane Freitas. Judicialização do acesso a medicamentos no município de Itaperuna – RJ: Perfil das demandas. Dissertação, 2014, UCAM: Campos dos Goytacazes/RJ.

FRANÇA, Genival Veloso de. Os riscos da medicina baseada em evidências. Revista Bioética, Brasília, DF, v. 11, n. 01, 2003, p. 23-32.

FRANCO, Túlio Batista. Judicialização das políticas de saúde no Brasil: uma revisão sobre o caso do acesso a medicamentos. In: Congresso da Associação Latina de Análise dos Sistemas de Saúde, XXI, realizado entre os dias 02 e 04 de setembro de 2010, Cidade do México, MX. Anais. Disponível em: <http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos.php>. Acesso em: 15 mar. 2015.

FRAZIER, S. The Loss of Public Trust in Law Enforcement. Commission on Peace Officer Standards and training: California, 2007. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/6afd/223bc86fd53e63ce21a3ffb2e104c36161d7.pdf>

<http://libcat.post.ca.gov/dbtwwpd/documents/cc/40-frazier.pdf> Acesso; 10 de janeiro de 2018.

FIGUEIREDO, Tatiana Aragão; SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade; PEPE, Vera Lúcia Edais. Seleção de medicamentos essenciais e a carga de doença no Brasil. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(11):2344-2356, nov, 2014

GALLO, Carlos Artur. Algumas considerações sobre a judicialização da política na América Latina. Revista Brasileira de História & Ciências Sociais, São Leopoldo, RS, v. 01, n. 02, 2009, p. 01-11.

GARAPON, A. O juiz e a democracia: o guardião de promessas. Rio de Janeiro: Revan, 1999.

HABERMAS, Jünger. Direito e democracia. Entre facticidade e validade. Tradução de Flávio Beno Siebeneichler. Rio de Janeiro: Edições Tempo Brasileiro, 1997.

HESSE, Konrad. A Força Normativa da Constituição. Traduzido por Gilmar Ferreira Mendes. Porto Alegre: Sergio Antônio Fabris, 1991.

HISAYASU, Alexandre. Polícia investiga médicos por fraude a Saúde. O Estado de São Paulo, 10 nov. 2015. Metrópole, A15, p. 14.

KMIEC, Keenan D... The Origin and Current Meanings of "Judicial Activism", V. 92, n.5 , p. 1441-1477. California Law Review, 2004 Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/3481421> . Acesso em: 25/11/2017.

KOERNER, Andrei; INATOMI, Celly Cook; BARATTO, Márcia. Sobre o judiciário e a judicialização. Nuevos Paradigmas de las Ciencias Sociales Latinoamericanas vol. II, n.º 4, 2011, pp. 17 a 52

LAMONICA, Marcos Tostes, et al. Crescimento e industrialização no Brasil: uma interpretação à luz das propostas de Kaldor. Revista de Economia Política, vol. 31, nº 1 (121), janeiro-março/2011, pp. 118-138.

LIMONGI, F. 1995. "O Federalista": remédios republicanos para males republicanos. In: WEFFORT, F. (org). Os clássicos da política. São Paulo: Ática.

LOYOLA, Maria Andréa. Medicamentos e saúde pública em tempos de AIDS: metamorfoses de uma política. *Ciência & Saúde Coletiva*, Suplemento 13. 2008, 2008, p.763-778, 2008.

MACHADO, Marina Amaral de Ávila; ACURCIO, Francisco de Assis; BRANDÃO, Cristina Mariano Ruas; FALEIROS, Daniel Resende; GUERRA-JÚNIOR, Augusto Afonso; CHERCHIGLIA, Mariângela Leal; ANDRADE, Eli Iola Gurgel. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, SP, v. 45, n. 03, 2011, p. 590-598.

MADISON, James; HAMILTON, Alexander; JAY, John. Os Artigos Federalistas. Apresentação: Isaac Kramnick; tradução de Maria Luíza X. de A. Borges. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

MARQUES, Eduardo C. Estado e redes sociais: permeabilidade e coesão nas políticas urbanas no Rio de Janeiro. São Paulo: FAPESP; Rio de Janeiro: Revan, 2000.

MAYERNYIK, Marcelo de Almeida. A biopolítica no contexto da microjustiça de medicamentos no estado do Rio de Janeiro: a potência da vida para uma ética de cuidado. Tese de doutorado, Universidade Federal Fluminense, Niteroi, 2017.

MEDEIROS, Marcelo Medeiros; DINIZ, Debora; SCHWARTZ, Ida Vanessa Doederlein. A tese da judicialização da saúde pelas elites: os medicamentos para mucopolissacaridose. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, RJ, v. 18, n. 04, 2013.

MEDICI, André Cezar. Judicialização, integralidade e financiamento da saúde. *Revista Diagnóstico & Tratamento*, São Paulo, SP, v. 15, n. 02, p. 81-87, 2010.

MELO, Daniela Tranches. Movimentos sociais e institucionalização de políticas públicas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Mauad X: Faperj, 2015.

MONTESQUIEU. O Espírito das Leis. Coleção 'Os Pensadores'. São Paulo: Abril Cultural, 1985.

MORA, José Ferrater. Dicionário de filosofia. [Diccionario de filosofía]. Tradução de Roberto Leal Ferreira; Álvaro Cabral. 4. ed. São Paulo, SP: Martins Fontes, 2001. 733 p.

Moretto, Lauro D. Sindusfarma: 80 anos – Guardião da História da Indústria Farmacêutica no Brasil / Lauro D. Moretto. – 1. ed. – São Paulo: Sindusfarma, 2013

NABAIS, José Casalta. A face oculta dos direitos fundamentais: os deveres e os custos do direito. Revista Direito Mackenzie, ano 3, n 2, 2002, p 9-30.

NETO, Orozimbo Henriques Campos; ACURCIO, Francisco de Assis; MACHADO, Marina Amaral de Ávila; FERRÉ, Felipe; BARBOSA, Fernanda Loureiro Vasconcelos; CHERCHIGLIA, Mariângela Leal; ANDRADE, Eli Iola Gurgel. Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. Revista Saúde Pública, 46(5):784-9, 2012.

O'DONNELL, Guillermo. Tensões no estado autoritário-burocrático e a questão da democracia. In: COLLIER, D. (org.) O Novo Autoritarismo na América Latina. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

OSORIO-DE-CASTRO, Cláudia Garcia Serpa. Rumo nebuloso para os medicamentos essenciais no Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública; 33(9):e00151617, 2017.

OLIVEIRA. Cláudio Ladeira de Democracia e ativismo judicial: algumas considerações sobre suas causas e consequências. Revista de. Direitos e Garantias. Fundamentais., Vitória, v. 16, n. 1, jan./jun. 2015, p. 183-216.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma sanitária brasileira : contribuição para a compreensão e crítica / Jairnilson Silva Paim. – Salvador : EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PEPE,. Vera Lúcia Edais; FIGUEIREDO, Tatiana de Aragão; SIMAS Luciana; SERPA, Claudia Garcia; OSORIO-DE-CASTRO, Serpa; VENTURA, Míriam . A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. Ciência & Saúde Coletiva, 15(5), 2010, p 2405-2414.

PINTO, Cláudia Du Bocage Santos; OSORIO-DE-CASTRO., Claudia Garcia Serpa . Gestão da Assistência Farmacêutica e demandas judiciais em pequenos municípios brasileiros: um estudo em Mato Grosso do Sul. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p. 171-183, dez 2015.

Política Federal de Assistência Farmacêutica 1990 a 2002. / Ministério da Saúde; elaborado por Barjas Negri. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME. 2000-2017. Gerência de Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/renome>. Acesso em: 08/01/2018.

RIO DE JANEIRO (Estado). Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. Busca processual: consulta jurisprudência. [Dados de 2013 a 2016]. Disponível em: <http://www.tjrj.jus.br/consultas>. Acesso em: 20 jan. 2017.

SADEK, Maria Tereza. Judiciário e Arena Pública: Um olhar a partir da Ciência Política. In: GRINOVER, Ada Pellegrini; WATANABE, Kazuo (org.). O controle jurisdicional de políticas públicas. Rio de Janeiro: Forense, 2011.

SADEK, Maria Tereza. Judiciário e Arena Pública: Um olhar a partir da Ciência Política. In: GRINOVER, Ada Pellegrini; WATANABE, Kazuo (org.). O controle jurisdicional de políticas públicas. Rio de Janeiro: Forense, 2011.

SANTANA, Rafael Santos, LUPATINI, Evandro de Oliveira; LEITE, Silvana Nair. Registro e incorporação de tecnologias no SUS: barreiras de acesso a medicamentos para doenças da pobreza? Ciência & Saúde Coletiva, 22(5), 2017, p:1417-1428.

SARMENTO, Daniel O neoconstitucionalismo no Brasil: riscos e possibilidades. Leituras complementares de Direito Constitucional – Teoria da Constituição. Marcelo Novelino (org.) Salvador: Editora Jus Podivm, 2009, p. 1-38.

_____. O MÍNIMO EXISTENCIAL. Revista de Direito da Cidade, vol. 08, nº 4, 2016, p. 1644- 1689.

SCHRAIBER, Lilia Blima., MOTA, André. (2015) O social na saúde: trajetória e contribuições de Maria Cecília Ferro Donnangelo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(5): 2015,p 1467-1473.

SCHRAIBER, Lilia Blima; MOTA, André.O social na saúde: trajetória e contribuições de Maria Cecília Ferro Donnangelo.*Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2015, vol.20, n.5,2015.

SILVA, José Afonso da Curso de direito constitucional positivo. 37 ed. São Paulo: Malheiros, 2016.

SILVA, Regina Célia dos Santos.Medicamentos Excepcionais no âmbito da assistência farmacêutica no Brasil.Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro, 2000

Orientador: Bermudez, Jorge Antonio Zepeda Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública.

Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário 581.488. Audiência Pública: internação hospitalar com diferença de classe – SUS. 2014. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/audienciasPublicas/anexo/TranscricaoInternacaoHospitalar.pdf>. Acesso em: 10/08/2015.

TATE, C. Neal; VALLINDER, Torbjorn. The global expansion os judicial power. New York: New York University Press and London, 1995.

TEIXEIRA JÚNIOR, Luiz Antônio de Souza. Seminário “ Diálogos com a Justiça – Direito à Saúde”. Procuradoria Geral do Estado do Rio de Janeiro, outubro de 2017.. Disponível em: <https://www.pge.rj.gov.br/eventos/palestras/2017/10/seminario-dialogos-com-a-justica-direito-a-saude>. Acesso 09/01/2018.

TEIXEIRA, Mariana Faria .Criando alternativas ao processo de judicialização da saúde: o sistema de pedido administrativo, uma iniciativa pioneira do estado e município do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca), Rio de Janeiro, 2011..

TORRES, Ricardo Lobo. O mínimo existencial como conteúdo essencial dos direitos fundamentais.. In *Direitos Sociais: Fundamentos, Judicialização e direitos sociais em espécie*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008, pp 313-339.

Tribunal de Contas da União. 2015. Auditoria Operacional. Judicialização da Saúde. Referências bibliográficas: TC 009.253/2015-7, Brasília.

UNDP. Human Development Report New York, USA, 2016.

VENTURA, Miriam; SIMAS, Luciana; PEPE, Vera Lúcia Edais; SCHRAMM, Fermin Roland. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. Physis[online], vol.20, n.1, 2010, p.77-100.

VERISSIMO, M.P(2008). A Constituição de 1988, vinte anos depois: Suprema Corte e Ativismo Judicial “. Revista Direito GV, São Paulo 4(2), p.. 407-440.

VIANNA, Luiz Werneck; CARVALHO, BURGOS, Marcelo Baumam; SALLES, Paula Martins. Dezesste anos de judicialização da política. Tempo Social, revista de sociologia da USP, v 19, n 12 , pp. 39-85, nov. 2007

VIANNA, Luiz Werneck; CARVALHO, Maria Alice Rezende; BURGOS, Marcelo Baumam. A Judicialização da Política e das Relações Sociais no Brasil. 2ª Edição, 2008. Rio de Janeiro: Revan.

ANEXO – ENTREVISTAS

Todas as entrevistas aconteceram no ano de 2007. Alguns nomes, bem como o lugar ao qual se referem, foram preservados conforme acordado antes do início das entrevistas. Três entrevistados (1 desembargador do TJRJ, um Secretário de Saúde Municipal e um servidor da Defensoria Pública Estadual) não permitiram a gravação das entrevistas alegando impedimento do órgão a que estão vinculados. Estão transcritas as entrevistas de dois juízes de direito, identificados como J1 e J2 e dois farmacêuticos, servidores de Secretarias de Saúde Municipais (F1 e F2). O Promotor de Justiça Marcos Marselli Gouvêa enviou sua entrevista por email e o diretor do NAT (Núcleo de Assistência Técnica do TJRJ), Flávio Afonso Badaró, não fez objeção quanto a divulgação da entrevista:

Juiz de Direito (J1)

Fabiana: Gostaria de saber as suas impressões em relação a esses pedidos para o requerimento de medicamentos. Como que você percebe esse movimento de requerer medicamentos via Justiça?

J1: A questão de medicamento começa no judiciário por volta da década de noventa, e isso se deve à desorganização administrativa das prefeituras, do Estado e da União. Depois de muito tempo os tribunais fixaram a possibilidade do cidadão vir à Justiça, e isso hoje ocupa grande parte das causas judiciais...tem pesquisa pelo Brasil nesse sentido...e a gente sabe que o SUS garante remédios básicos e, em tese, não seria necessária a Judicialização, porque existe a portaria do Ministério da Saúde, e, assim, o município deveria fornecer, o Estado e a União. O não fornecimento, a desorganização gera a entrada de ações, atrapalha o Judiciário no seu trabalho, porque não é função do Judiciário, é uma função do Executivo, tanto que os remédios estão definidos nesse sentido. No Rio de Janeiro, na cidade do Rio de Janeiro a gente tem uma câmara técnica, à semelhança de outros estados, que verifica a capacidade, a necessidade de se fornecer esses remédios; se cria outra estrutura administrativa que também seria da função do executivo. Na verdade, o Judiciário tinha que atuar, sim, naqueles remédios fora da portaria, vez que ainda não estão na portaria da SUS como gratuitos, e verificar se haveria caso ou não de se conferir esse remédio extra portaria, além da portaria.

Fabiana: Nesse trâmite das entradas das ações, essa verificação daquilo que é básico ou não, existe essa verificação pra ser concedido ou deferido o medicamento?

J1: A verificação do Juiz, no primeiro momento, é ver a necessidade do cidadão, com base no laudo médico trazido. Na maioria das vezes o laudo médico é de um agente público, de um médico público, e, assim, a liminar é deferida e a perícia é deixada para “*a posteriori*” quando não se tem câmara técnica. Por exemplo, _____ e a região não têm câmara técnica, então essa análise da necessidade do cidadão, por perícia, é vista depois.

Fabiana: ...e a necessidade está vinculada à urgência? E se sim, como se verifica isso?

J1: A urgência...a questão médica...o Juiz não é formado em medicina, não tem conhecimento técnico sobre o assunto, e a urgência tem que vir no atestado médico.

Fabiana: Não vindo no atestado médico é motivo de improcedência?

J1: Não! É motivo, talvez, de não deferimento imediato de tutela antecipada.

Fabiana: ...e sobre bloqueio de verbas...como que acontece isso?

J1: O Judiciário, de início, ele começou...não se bloqueava verbas. O Judiciário intimava o secretário de saúde a pagar... a entregar o remédio e a fazer um plano de organização de entrega dos remédios, uma operação, uma cirurgia, enfim. Depois, não bastando a intimação, se começou a fixar multa para o secretário de saúde, pra ele fornecer tanto o remédio ou a cirurgia; isso também não se mostrou ineficiente e, ao final, o Judiciário hoje faz o bloqueio depois da Prefeitura, ou Estado ou União por não ter feito sua função constitucional de entregar o remédio ou fornecer a cirurgia, preparar a cirurgia do cidadão que precisa. É a última opção. Isso não atende a questão que o Município, o Estado e a União se batem muito na questão orçamentária. Existe sim um bloqueio de verba sem previsão orçamentária, porque isso teria que ter sido organizado pelos agentes públicos, que não fazem.

Fabiana: A verba de medicamento tem empenho. Existe valor reservado somente para esta área.

J1: A Constituição separa uma porcentagem para a finalidade de saúde.

Fabiana: Daí, quando é feito o bloqueio, esse bloqueio é no caixa da Prefeitura, de modo que, ao bloquear um ponto, a gente também deixa prejudicado outro. Como o Judiciário vê essa questão?

J1: O judiciário vê a decisão sob o aspecto individual, da pessoa, da necessidade do direito da pessoa. O dever de verificar o aspecto global é do agente público, do agente do Município, do Estado, da União...se não tem dinheiro pra pagar saúde ele tem que reduzir na publicidade, em outras áreas que não são tão urgentes, não lidam com a saúde do ser humano. O Judiciário não tem essa visão...não pode ter porque é uma ação pessoal, não é uma ação coletiva. Então o Judiciário não tem essa análise global do caixa da prefeitura.

Fabiana: Até porque, levantando as decisões, a gente vê poucas ações coletivas nesse sentido, até talvez pela natureza de ser medicamento X ou Y, é muito individualizada a questão.

J1: A ação é individual. Geralmente é a Defensoria que entra com as ações.

Fabiana: É isso. Muito obrigada!

Juiz de Direito (J2)

Fabiana: O que o Sr. percebe com estes pedidos. Como que funciona a decisão. Como que o sr. analisa para tomar as decisões? O NAT como ele ajuda?

J2 - Aqui em _____ a gente não tem NAT instalado ainda. É um projeto, tivemos uma conversa recente com o prefeito, é um compromisso que ele assumiu...é um projeto que foi iniciado na gestão anterior e que continua andando a passos lentos, mas vem tendo alguma evolução e que pra gente seria fundamental. Porque hoje o que a gente percebe é que essa questão das ações de medicamento, da judicialização dos medicamentos elas são reflexos de um aspecto da ineficiência do Poder Executivo de um modo geral. Uma das faces dessa ineficiência. Nessas ações o pedido geralmente vem, a petição inicial, a grande maioria da Defensoria Pública, que são pessoas humildes, ele vem instruído com laudo médico, a grande maioria também de médicos da própria rede pública, indicando esse medicamento. Pelas circunstâncias a gente analisa que não tem condições de adquirir aquele remédio e a prova de ofícios encaminhado pela Defensoria Pública solicitando informações ou pedido de fornecimento para o Município que também não são atendidos. A partir daí, e feita toda a fundamentação do direito a saúde, da obrigação do estado em prestar o serviço de saúde, que, nesse aspecto, é o fornecimento de medicamento, é dada uma decisão obrigando o Município a entregar o medicamento. A nossa primeira tentativa é intimar a Secretaria de Saúde

para entregar o medicamento. A rigor, não há sequer resposta, não tem nada, a gente fixa um prazo de dois ou três dias para que respondam, até porque é um caso urgente, não tem como esperar, e na maioria dos casos não há resposta, que poderia vir por exemplo: “olha, não tenho o medicamento A, que é de uma marca ou de um laboratório específico, mas tenho o B, que serve para a mesma finalidade, por exemplo, não há. O prazo de modo geral corre em branco, então nós solicitamos a quem pede o medicamento que traga orçamentos desse medicamento em farmácias locais, no mínimo três orçamentos. Por exemplo, na farmácia A esse remédio custa R\$ 100,00, na farmácia B R\$120,00, na terceira R\$ 130,00. Já que R\$ 100,00 é o valor mais baixo, nós bloqueamos das contas do Município esses R\$ 100,00, entregamos pra parte, ela compra o medicamento e depois comprova no processo, com a nota fiscal, que o dinheiro foi realmente utilizado pro medicamento. Só que esses processos são muito trabalhosos, porque isso não é algo que encerra, agente não faz esse procedimento e acabou o processo, porque, de modo geral, são medicamentos de uso contínuo, então a gente libera o valor para comprar, por exemplo, medicamento pra 3 meses, vê pelo receituário qual é a prescrição, enfim, se é uma caixa por mês, já compra 3 caixas porque a gente sabe que é de uso contínuo, então vai usar a 3 caixas, finalizou esses três meses a parte vem aqui vai bater a nossa porta de novo, vai dizer: Olha, acabou o medicamento, preciso mais. O processo, ao mesmo tempo que ele anda sob o aspecto jurídico, tem contestação, tem réplica, tem até mesmo sentença, vai para o Tribunal, volta, continua, é um processo que tem a tendência de se eternizar, porque ele sempre vai precisar, e o Município, em contrapartida, não toma nenhuma posição, porque, por exemplo, poderia, algo que é simples, conversando parece que não tem o menor sentido observar isso, mas, olha, teve um processo, foi condenado a fornecer um medicamento, vamos comprar esse medicamento por uma licitação, vamos encontrar um fornecedor que venda em grande escala, porque é mais barato do que comprar direto na farmácia, isso é óbvio, mas ao longo do tempo isso tem se tornado confortável para o Município, é isso que a gente observa, ao invés de fazer uma licitação. Parece que até agora foi convocado, há alguns meses atrás, recebi ontem um processo, que teria sido convocada uma licitação para compra de medicamentos. O que parece para gente, entre ter o trabalho de manter uma farmácia pública estruturada, com vários medicamentos, com licitações, diversos, para compra daquele medicamento básico do dia a dia e um ou outro que tenha

pedido, eles não fazem, eles acham que vai ficar na prateleira, não vai ter saída, ou não sabem administrar, quantificar a necessidade de cada um, não compram, (Fabiana) E essa lista e acaba sendo bloqueado mês a mês. Acho que na dúvida, vamos manter uma farmácia organizada ou vamos deixar que o Judiciário resolva? Não, deixa que eles resolvem, porque hoje eles dão a decisão, eles mesmos cumprem, são eles que verificam a prestação de contas depois, ou seja, eles deram a chave do cofre, “Judiciário, resolva isso aí. É muito mais fácil, bloqueio direto na conta, a pessoa recebe o medicamento.

Fabiana: Existe uma lista que é a RENAME, que vem do governo federal, os estados tem uma o município tem outra. Em relação esta lista, os medicamentos tem vinculação com esta lista, pelo menos existe alguma observação nesse sentido.

J2 - Não é feita essa observação e isso não chega a ser nem argumentado pelo Município. Por exemplo, esse não minha obrigação ter esse medicamento, obrigação do Estado, obrigação do Município. A discussão não chega nem nesse ponto, há uma resposta genérica que não é obrigado, que não tem dinheiro, reserva do possível, que o Judiciário não pode se intrometer e a questão se encerra por ali. Só que isso, pra gente, talvez seja hoje nas Varas Cíveis de _____ a matéria que ocupa mais tempo. Porque é tudo urgente. Aqui, por exemplo, na ___ Cível tem uma servidora que só cuida disso, são processos que durante o dia... são vários pedidos. Não tem como aguardar. Não tem como dizer para a parte você precisa do seu remédio, aguarde 5 dias, 10 dias que vou resolver. Em geral quando eles vêm pedir já está no finalzinho, por que já acabou, e não é só medicamento, é medicamento, leite especial para criança, tratamento para idoso, um sem número, exames, por exemplo.

Fabiana: Como se verifica o critério de urgência? Como é observado isso?

J2 - A primeira coisa que chama nossa atenção pra urgência é o direito que está envolvido ali, que é o direito à saúde. Outro: há um laudo médico que diz “...olha, precisa do medicamento X para dar continuidade ao seu tratamento”. Eu, como Juiz, não tenho nenhuma condição de dizer: “olha, esse médico está maluco, eu vou analisar na hora que eu tiver tempo...”. Se há uma indicação médica que diz que ter um tratamento é importante para a manutenção da saúde, tem que ser feito. A mesma coisa é em relação a exame. Ele vem fala, precisa que fazer o exame X o exame Y, porque tá fazendo um tratamento, porque precisa. Às vezes é uma doença que é diagnosticada ou uma possibilidade de uma doença de ser diagnosticada.

Olha! Preciso desse exame. Porque se eu verificar que existe uma doença, por exemplo, um câncer uma fase inicial o tratamento é um e a chance de êxito é muito maior. Olha se for este mesmo exame, deferido ou realizado daqui a 3, 4 meses pode ter uma evolução, uma piora aí o quadro é irreversível. Então pra gente quando falta também essa possibilidade, esse conhecimento técnico da questão da saúde, tem que ser tratado com urgência, na dúvida é sempre prioridade.

Fabiana: Como que fica essa questão face à nova decisão do STJ?

J2 - A decisão do STJ não impede a análise dos pedidos de urgência. O objetivo é dar uma orientação aos Tribunais sobre isso. Hoje a gente vê decisões em tudo que é sentido. Por exemplo, há juízes que exigem a prova de que a parte não pode adquirir (o medicamento)... O Estado tem que prover o direito à saúde, mas a parte, o cidadão tem que provar que por ele mesmo não tem como pode adquirirn(o medicamento)... O Estado tem que prover o direito à saúde, mas a parte, o cidadão tem que mostrar que ele não tem dinheiro para adquirir por ele mesmo esse medicamento. Há outros que entendem que não, que é uma obrigação do Estado, independente de quem esteja pedindo; é a soma dessas questões que o STJ vai ter que decidir: precisa comprovar a carência de recursos financeiros ou não? Qualquer um pode pedir? Essa é uma dentre outras. Há medicamentos que não são do Estado que não são indicados para aquela doença, mas são indicados pelos médicos porque há um estudo da possibilidade dele ter um efeito positivo, nesse caso é obrigado a fornecer ou não, medicamentos de alto custo, por exemplo. Há casos que eles vêm pedindo medicamento que são para o dia a dia, sessenta ou setenta reais, mas para uma família que ganha um salário mínimo ou menos é um dinheiro considerável. Só que há casos de pedidos maiores, de prótese, por exemplo, para deficientes. Há tipos de prótese de 50 mil, 60 mil reais, exames que custam 8 mil, 11 mil reais, então até que ponto o Município é obrigado a atender todas estas demandas, a despende um dinheiro com o cidadão de 50 mil, 60 mil reais, enquanto tem tantos outros também precisando. Então são todas essas questões o STJ vai ter de decidir, uniformizar realmente. O que for decidido lá vai ter que ser seguido aqui com a gente, aqui embaixo.

Fabiana: Em relação a essas decisões de bloqueio de entrega de medicamentos para aquele que não chega ao Judiciário? O que você pensa sobre a questão de escassez...

J2 - O que eu posso testemunhar é o que chega até mim. Esse número que não vem, que não chega até o judiciário, sabemos, obviamente, que existe, mas não sei as razões disso. Aqui em _____ a atuação da Defensoria Pública é elogiável! Grande parte desses pedidos são tratados com muito cuidado pela Defensoria Pública! A gente vê que eles se esmeram! Não é raro ver um Defensor despachar: “olha, estou com um caso urgente, a situação é grave, o paciente trouxe os laudos médicos”...eles se interessam realmente pelo problema, não estão ali só “pro forma” para receber o cidadão e dar encaminhamento. Eles se preocupam. É óbvio que tem pessoas de localidades um pouco mais distantes, que, pela falta de conhecimento, não chegam nem a procurar a Defensoria Pública, mas, aí, isso é uma questão que tem que ser tratada, tem que ser buscada uma política pública...talvez ampliar a rede de atendimento da própria Defensoria Pública...criar alguns postos avançados para as localidades mais distantes...há que se pensar em uma solução pra isso.

Marcos Marselli Gouvêa²¹

Em 2001 defendi, na UERJ, tese de Mestrado sobre a implementação de direitos prestacionais (direitos dependentes de prestações positivas do Estado).

Em 2003, a tese, com adaptações, virou livro, que foi editado pela Forense com o título de "O Controle Judicial das Omissões Administrativas". O livro está esgotado há muito tempo, mas eu tenho os arquivos com o texto praticamente idêntico ao que foi editado. Aliás, seu sumário menciona Dworkin e Habermas, há referências dos dois no meu livro. A orelha inclusive foi escrita pelo Barroso, que deu aula para mim e meus colegas na graduação e no mestrado (e esteve na minha banca, junto com o Ingo Sarlet e o Ricardo Lobo Torres).

Sou o Promotor há mais tempo em Promotoria de Fazenda Pública (desde 2001) e vi muita coisa acontecer no campo da judicialização da assistência farmacêutica.

Entre 2005 e 2013 estive em órgãos da Administração Superior do MPRJ e fiquei afastado do meu órgão de execução. Quando voltei, percebi a diferença que o NAT havia feito para os processos. Antes, era mesmo difícil um opinamento com um mínimo de critério nestes processos. No fim das contas, pareceres e sentenças sempre acolhiam os pedidos. Hoje, percebe-se desde a propositura da ação um

²¹ Membro do Ministério Público com atuação na Procuradoria de Fazenda Pública

cuidado maior em não se propor uma ação sobre medicamento que possui alternativa terapêutica. Na prática, julga-se procedente quase tudo, mas isto é porque os pedidos são mais selecionados do que há quinze anos (pelo menos é a minha impressão).

Achei interessante seu sumário porque parece que você parte já da premissa de que este conjunto de processos e decisões refletem necessariamente "ativismo". Para mim, ativismo tem uma conotação pejorativa. Acho que o objetivo é fazer com que o parecer do MP e a decisão judicial não sejam discrepantes de um determinado "princípio". Como diria Dworkin, é fazer com que haja integridade na atividade judicial; as decisões têm que fazer sentido dentro do encadeamento de precedentes (e, no caso do sistema de civil law, de leis). Se a decisão utiliza uma fundamentação sem conformidade com as outras decisões, sem possibilidade de consenso social e sem consistência interna, ela não é adequada. (Mas eu estou exteriorizando uma visão minha do que parece ser "ativismo"; certamente você vai tratar dessa questão com mais profundidade e muito melhor).

Vamos às perguntas:

1. Qual sua percepção sobre as ações que versam sobre fornecimento de medicamentos?

R: Eu acho que o Estado deve ter um papel na saúde. O Poder Judiciário não pode desconsiderar direitos fundamentais, que incluem o mínimo existencial, condições mínimas de existência condigna, que inclui o acesso a ações de saúde. Duas são as balizas para definir as ações de saúde reivindicáveis: o direito positivo e a estrita necessidade do paciente.

a] Se o direito positivo prevê a dispensação de certo medicamento (ou ação de saúde), então o paciente tem direito àquele fármaco.

b] A situação é mais complicada no caso de medicamentos não padronizados no âmbito do SUS; nestas hipóteses, o remédio deve ser fornecido na medida da absoluta necessidade do paciente. Devem ser descartadas as possibilidades de utilização de alternativas terapêuticas e de custeio do medicamento com meios próprios.

Essa atuação do Poder Judiciário, a meu ver, não discrepa de sua função própria. Se a decisão é fundamentada de modo consistente, com categorias reconhecidas

pela comunidade jurídica, baseada em precedentes, normas positivas e informações técnicas verídicas, o PJ não está extrapolando as suas funções próprias. O problema é quando se esquece isso (mas não acho que seja a regra).

2. Como se verifica o critério de urgência nesses pedidos para a concessão das liminares. É diferente, por exemplo, no caso de uma internação?

R: Acho que no caso de internação a concessão é mais "automática", porque normalmente se está diante de um atendimento de emergência. O juiz afere os requisitos da tutela de urgência com menos rigor. No caso dos fármacos, atualmente é muito raro o juiz deferir a liminar sem ouvir o NAT. Se o NAT opõe alguma ressalva, a parte é novamente ouvida, até que o Juiz conclua que é para indeferir a tutela de urgência, ou até que a exigência do NAT seja suprida.

3. Nas decisões que pesquisei as determinações do bloqueio de verbas, em caso de não cumprimento da decisão judicial, não estão vinculadas a nenhum empenho específico. Qual sua visão em relação às consequências para o Município, pensando na coletividade?

R: Essas decisões, em certa extensão, sempre provocam desorganização administrativa do Estado e do Município. Este deve ser um fator sopesado pelo Juiz e pelo MP no momento de determinar o fornecimento de um medicamento. O STF e o STJ já tiveram a oportunidade de dizer que "questões burocráticas ou orçamentárias" não podem impedir o acesso do doente ao tratamento. Acho um modo um pouco... ativista de colocar as coisas. Se é possível compatibilizar a implementação das decisões judiciais nesta área com as normas de direito financeiro, isto deve ser feito. Muitos colegas e juízes, ao conceder o medicamento, determinam que o requerente se inscreva no Componente de Saúde respectivo, faça o cadastro etc. Isso reduz um pouco da desorganização que a atuação judicial tende a gerar.

4. Seria possível a determinação de um eventual bloqueio direcionado as verbas destinadas à saúde, mais especificamente, aos medicamentos?

R: Acho que sim. Como o Estado e o Município têm um mínimo de recursos constitucionalmente destinados à saúde, acho que eles mesmos têm interesse de

imputar os pagamentos que realizam na conta da saúde, para assim atingir o mínimo previsto.

5. Assim como acontece com as ações em face do INSS, seria possível sugerir como requisito para propositura dessas ações, desde que regulamentado, a comprovação de solicitação prévia a Secretaria de Saúde?

R: Normalmente isto acontece. Nas ações propostas pela Defensoria, normalmente a petição inicial vem instruída com um documento da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde em que é explicado o porquê de o pedido não ter sido deferido extrajudicialmente. De qualquer modo, quando o processo vai pro NAT, eles checam se a pessoa está inscrita no SUS ou não, se ela já retirou aquele medicamento ou outros ligados à mesma doença. Eles sempre sugerem que, no caso de procedência do pedido, a pessoa seja inscrita no Programa oficial. É uma boa medida, os juízes às vezes colocam isso na sentença, os promotores muitas vezes pedem.

No curso do processo, o ERJ e o Município, em contestação, geralmente abordam a existência de alternativa terapêutica (assim como o NAT, antes). Nos casos de medicamentos muito caros, eu tenho como costume pedir que sejam intimadas as secretarias de saúde, para que proponham alguma solução eficaz para o problema de saúde do Autor. Normalmente elas não propõem nada de diferente daquilo que já foi pedido.

Acho que é interessante para sua pesquisa procurar os enunciados TJ/COJES, com as "súmulas" dos juizados. Muitos tratam de demandas ligadas à saúde. Também interessantes são os enunciados do CNJ e do CNMP sobre saúde. No Google é fácil achar, vira e mexe são editados novos enunciados - geralmente reforçando que, havendo alternativa terapêutica padronizada no SUS, esta deve ser tentada antes de outros tratamentos. Outros enunciados limitam a concessão de medicamentos sem registro na Anvisa, ou off-label. Sugiro dar uma pesquisa, é interessante.

Flávio Afonso Badaró²²:

Fabiana: O que você percebe do NAT? Quando foi implantado? Como funciona?

²² Diretor do NAT (Núcleo de Assistência Técnica do TJRJ)

Flávio: O NAT foi criado no ano de 2009 por um convênio firmado entre a Secretaria de Estado de Saúde e o Tribunal de Justiça na intenção de subsidiar tecnicamente os magistrados antes da decisão, por um entendimento conjunto de que cada processo possui uma história, um quadro clínico associado a um pedido que está sendo pleiteado. Então, para o Juíz conseguir acompanhar cada processo, cada quadro clínico, e entender se aquilo que está sendo pleiteado guarda relação com o quadro clínico apresentado nos laudos médicos; que seria muito importante um subsídio, que tem que ser elaborado por uma equipe de saúde, pra que ele entenda se aquilo que ele deferirá ou indeferirá está diretamente relacionado ou não.

Fabiana: Começou como? Pra segunda instância ou logo na primeira?

Flávio: Ele foi criado em 2009 e implantado em 2009, na primeira instância, um piloto que contemplou duas varas de fazenda pública. Sempre foram quinze varas, desde 2009, e ele iniciou em duas varas de fazenda pública, com o objetivo imenso de mostrar para o judiciário que era possível, era viável o convênio mesmo o RH sendo 100% da secretaria de saúde estadual. Importante vencer, mostrar que os pareceres sempre foram imparciais porque, se o RH, quem elabora o parecer, é um servidor da Secretaria de Estado de Saúde que pode vir a ser réu no mesmo processo lá na frente, então um piloto foi fundamental para que fosse possível mostrar que a isenção ocorria.

Fabiana: Você acha que eu posso dizer que a criação do NAT é o primeiro diálogo que de fato acontece entre o Estado como Executivo e o Judiciário na tentativa de caminhar melhor em relação a essa política pública de medicamento?

Flávio: Não sei se foi o primeiro diálogo, eu sei que foi um diálogo que resultou em bons frutos, e o termômetro pra que a gente possa botar como parâmetro de sucesso é a recomendação do CNJ que, em função da experiência do Rio de Janeiro, ele recomendou que os demais tribunais, dos outros estados, também fizessem seus convênios . Então, é um termômetro importante pra que a gente possa apontar para o Rio de Janeiro e ver que aquela experiência rende bons frutos. Eu sou muito comedido ao falar com essa abrangência porque a Judicialização é complexa, e muito difícil uma estratégia ser suficiente para reduzir a Judicialização ou qualificar a Judicialização. Sempre existem muitas necessidades, e estamos muito distantes de uma única estratégia ser suficiente, até porque o NAT precisa do processo judicial, então a gente não reduz, é difícil falar que o NAT reduz

Judicialização, é o processo que vem pra cá. Eu acho que o objetivo é qualificar a decisão, a manifestação do magistrado.

Fabiana: Só atende a primeira instância?

Flávio: No primeiro momento, no piloto, foi somente a primeira instância. Posteriormente, foi aberta a possibilidade do envio de processos para as demais treze varas de fazenda pública e as vinte câmaras cíveis; aí sim entra a segunda instância.

Fabiana: Como que é a recepção? Existe diferença entre a recepção do magistrado de primeira e de segunda instância em relação às questões do NAT?

Flávio: Não. A gente percebe o mesmo interesse. O envio é da mesma forma. Não vejo diferença. A única diferença é quanto ao volume, porque o volume da primeira instância é infinitamente maior que o da segunda, pelo menos nos casos de saúde contra o poder público. Acho importante também a gente colocar que o que vem, nossos clientes, são os magistrados de primeira e segunda...

Fabiana: Juizado também?

Flávio: Isso mais recentemente né? Isso em 2014, que houve alteração da competência dos Juizados Especiais Fazendários...e aqui, na capital, são apenas três Juizados Especiais Fazendários. Como eu vinha dizendo, é importante frisar que tudo o que a gente vai falar é de ações judiciais da matéria saúde contra o poder público, porque eu não sei dizer se essa demanda de primeira e segunda instância ela se comporta de uma maneira diferente na saúde suplementar.

Fabiana: Com o Juizado aumentou muito as ações?

Flávio: A gente não percebe um aumento por conta disso. O que a gente percebe é um aumento linear ao longo dos anos, e ele vem se comportando de uma maneira parecida na linha do tempo, de 2009 até hoje, mas a gente não consegue destacar nessa migração de vara da fazenda um aumento que a gente pudesse justificar com essa diferença que aconteceu, até porque o cidadão não acompanha, essa situação é muito interna, então eu acho que a demanda, ela é a mesma, só que, ao invés de ficar distribuída nas varas de fazenda pública, se concentraram nos 3 juizados, eu acho que ...

Fabiana: Tem uma coisa que está me intrigando muito... eu pesquisei as ações, porque meu foco é medicamentos, então pesquisei 2013 a 2016 na Justiça Comum e no Juizado também. Só que ela tem poucos casos em 2013, 3 casos, porque é embrionário, tem um pico em 2014, 400, e aí eu pesquiso só Recurso Inominado,

quase 500, depois ela cai um pouquinho, 300, e depois 70 casos. Eu não consigo explicar. O Tribunal já me disse que a fonte está correta, que a busca está correta, eu não consigo explicar porque reduziu os Recursos Inominados. Você percebe isso?

Flávio: O que você chama de Recurso Inominado?

Fabiana: É a apelação no Juizado.

Flávio: O Estado recorre através da Procuradoria, da PGE. Eu acredito que o Estado recorra de praticamente todas as ações.

Fabiana: As ações do Juizado não diminuiram... aí eu não consigo compreender...

Flávio: A gente não acompanha esse movimento, então é difícil pra mim estabelecer alguma linha de raciocínio pra poder enriquecer a sua resposta, porque a pergunta é muito clara, mas... a gente realmente fica muito em função da nossa produção, do que chega.

Fabiana: Ele não vem com nome, parece que é isso. O que chega pra você?

Flávio: O que chega pra gente, basicamente, são processos iniciais, antes da antecipação de tutela.

Fabiana: E como você sabe que é segunda instância?

Flávio: Porque tem a origem, a gente sabe quem está encaminhando. A gente sabe se é uma vara da capital, do interior, se é um Juizado que é só da capital, se é uma câmara cível... você sabe se é turma recursal também, vem claro...

Fabiana: Você percebe que turma recursal diminuiu?

Flávio: A turma recursal nunca foi alta. Eu acho que para casos de saúde contra o poder público acho que são poucos os casos que chegam à Turma Recursal. Mas, acho que é importante nesse mesmo contexto acrescentar que o Juiz não é obrigado a enviar os processos ao NAT. Existe uma norma que recomenda o envio. Muito importante que você, ao citar o NAT, dizer que ele não tem a obrigação de representar a demanda estadual, porque se o Juiz, por algum motivo, entender que aquele processo não vai ser remetido ao NAT, não há nenhum controle ou fluxo obrigatório. O NAT, em 2014 ainda, iniciou um projeto de interiorização que possui um cronograma pra que a gente, ao longo do tempo, consiga absorver os 92 municípios. Não são 92 comarcas, porque alguns municípios são atendidos em outros, e a gente tem seguido esse cronograma, que é extenso, né? E a gente não chegou em todas regiões. Então a gente hoje, o NAT hoje contempla 04 regiões administrativas de saúde, e isso vem crescendo ao longo do tempo, mas não é

possível absorver a demanda do interior em um único momento, porque a equipe tem que ser maior, a gente tem que estudar o município, estudar as Remunes, as pactuações...então o preparo para receber aquela demanda tem que ser maior do que depois que inicia, porque a gente precisa de grande parte da legislação já dentro de casa , já identificada em pastas pra que a gente possa lançar mão daquilo e atualizar nos nossos momentos de atualizações de legislações porque isso é muito... flutua, muda muito, umas mais outras nem tanto, mas a gente precisa... Esse fluxo não tem como ser diferente, por isso que a gente não consegue abrir pra todo mundo de uma vez só, e para alguns municípios é bem difícil conseguir a informação.

Fabiana: Me conta da sua equipe?

Flávio: A equipe hoje são 73...eu estava aqui contabilizando a equipe. Atualmente somos setenta profissionais de saúde, isso pra que a gente tenha as especialidades, não é? Você imagina médicos, quantas especialidades são necessárias...você imagina falar de uma cirurgia oftalmológica, só um oftalmologista pode falar; imagina falar de marca-passo, porque o processo judicial pode versar sobre qualquer necessidade que o cidadão tenha na saúde, então chega pedido de uma consulta a uma intervenção eletiva complexa; pode chegar tudo, nessa lacuna que ficou qualquer coisa pode chegar. Então para que um setor possa divulgar o serviço que vai falar sobre saúde, vai ter que ter uma equipe e a gente tem um prazo, você não pode ficar com o processo um mês, aqui são de 48 horas. Então como você vai , como é possível esclarecer pro juiz se aquela demanda é pertinente, se ela é oferecida no SUS ou não, caso não se há alguma alternativa, sem um profissional daquela área. Tem demandas que psiquiatria que são extremamente específicas uma vez que grande parte dos medicamentos utilizados nos tratamentos não possuem indicação de bula para as síndromes, transtornos. No ramo da psiquiatria se só o que estiver indicado em bula for utilizado o paciente psiquiátrico ficará em maus lençóis porque a prática clínica é muito importante, então...isso se reflete em diversas outras especialidades, a prática clínica, e aí você tem que ter dermatologista, otorrino, cirurgião geral...você tem que ter uma gama mínima de especialidades para que seja possível inferir com mais segurança nos pareceres técnicos em cada caso que apareça.

Fabiana: São quantos médicos e farmacêuticos?

Flávio: Eu nunca tenho um número pronto porque é uma equipe que é grande e obviamente há sempre uma flutuação, às vezes alguém sai porque passa em concurso, outros chegando...(pesquisando)...somos seis enfermeiros, vinte e quatro farmacêuticos, seis fisioterapeutas, quatorze médicos, sete nutricionistas...são diversas especialidades. Assim como a gente não pode ter uma especialidade só médica, o mesmo se reflete nas demais categorias profissionais. Você não pode ter só farmacêutico clínico, você tem que ter o hospitalar, tem que ter o industrial, o de avaliação de tecnologia em saúde...a mesma coisa pra nutrição, pra fisio e pra nutri.

Fabiana: Como é o procedimento?

Flávio: Chega o pedido inicial. A liminar já é uma decisão do juiz, uma primeira manifestação.

Fabiana: Ele chega aqui no NAT e, como é que funciona, tem que atender em 48 horas?

Flávio: Sim. A gente não recebe a tutela não, é antes da tutela, o pedido inicial mesmo. Pode acontecer, posteriormente, de o Juiz ter uma outra dúvida e encaminhar pra gente, mas grande parte é o pedido inicial, antes da primeira manifestação dele.

Fabiana: Não existe nem um primeiro contato do Juiz com o processo. Ele já vem direto.

Flávio: Não é possível afirmar isso. É antes da primeira manifestação. Se o Juiz saneou ele e encaminhou ou se o próprio cartório já encaminha automaticamente eu acho que não há um consenso, eu acho que vai muito de gabinete de cartório. São fluxos internos, então, não tem como haver regra.

Fabiana: Aí me conta: chega aqui e você tem um prazo de retorno de 48 horas, é isso?

Flávio: Exato. A partir do momento que o processo é recebido pelo NAT são 48 horas pra emissão de um parecer e retorno porque são casos de saúde, então todas as demandas são urgentes, com muitos casos de idosos, de pessoas com quadros complexos, e se o processo ficar parado uma semana obviamente essa tramitação aumentada vai gerar algum prejuízo pra população. Então 48 horas é o mínimo de prazo que a gente conseguiu estabelecer pra que o processo também não perca, não haja perda do prazo médio de tramitação de processo de saúde que já tramita com prioridade.

Fabiana: E vocês conseguem fazer isso nesse prazo?

Flávio: Sim. Quando acontece de processos imensos, com vinte itens, a gente, ao pegar o processo, encaminha um despacho para o juiz pedindo prorrogação, e aí ele pode conceder ou não a prorrogação. Se ele achar que não dá pra esperar mais o processo retorna pra ele, e se ele entender, como na maioria dos casos acaba entendendo, aí o processo permanece por mais...a gente pede qual é o prazo que a gente gostaria, e aí flutua muito, depende da complexidade, aí o processo fica nesse novo prazo.

Fabiana: Quando chega esse pedido inicial, além da relação de... do pedido em si, da urgência, existe alguma...você tem que verificar, por exemplo, se houve um pedido inicial nas secretarias, ou municipais ou estaduais... existe...o NAT se incumbem disso?

Flávio: Não, até porque eu acredito que, na maioria dos casos, não haverá a procura pela via administrativa, é isso que você ...

Fabiana: A primeira entrada nunca é lá né?

Flávio: Mas você imagina, a gente não teria prazos pra alcançar essa busca. Não há um sistema unificado, então, como entender se ele foi numa UBS em Padre Miguel...porque via administrativa é qualquer coisa, porque a gente pode receber medicamentos da atenção básica, da especializada, qualquer coisa, então como consultar se ele foi em Campo Grande procurar medicamento, ou se ele não conseguiu consulta num hospital federal...

Fabiana: O que mais me causa espanto é que isto não é requisito pra entrada com ação.

Flávio: Porque não tem como ser. Como o judiciário vai consultar?

Fabiana: Imagino que o autor da ação trouxesse uma prova que dissesse "eu fui lá", ainda que não foi negado, que foi demorado...mas eu fui lá!

Flávio: Aí não o NAT. O judiciário. Aí é uma pergunta que o NAT não pode responder. Concordo com a linha de raciocínio... a gente só não pode esquecer da Constituição...

Fabiana: Não! Mas, também a Constituição atribui as responsabilidades, não é? Por que a saúde é muito ampla! Cabe muita coisa ali dentro, não é?

Flávio: ...até as questões relacionadas a bem estar, não é? Dependendo da linha de raciocínio do pedido cabe muito mais do que se pensa também! Mas acho que isto é assunto para uma outra tese...(risos).

Fabiana: Remédios de alto custo têm vindo? Você recebeu casos assim?

Flávio: Sempre, desde 2009, sempre vem, medicamentos do componente especializado, que antigamente era o excepcional, medicamentos que não possuem registro ainda pela Anvisa... é comum!

Fabiana:: E qual é o posicionamento do NAT?

Flávio: É muito individual! Você pare pra pensar: se uma indústria holandesa consegue descobrir um medicamento pra uma doença órfão, e é o único medicamento disponível. Os pareceristas, embora insiram a informação de que a única coisa que é regular é a informação de que não é registrado na Anvisa. Agora, se é pertinente ou não ao caso, é possível apontar. Se existem estudos que evidenciam, que mostram evidências de segurança e efetividade do medicamento que é único no mundo pra uma doença que não tem tratamento...Então, assim, os pareceres são muito individuais. É muito difícil falar qual é a posição nesses casos. Depende do quadro clínico, da doença da pessoa, se é uma doença rara. Se for uma doença rara sem tratamento? E se existe um medicamento que não é registrado e a gente entende como acontece o registro pela Anvisa...tem que ser demandado, a Anvisa não vai buscar o medicamento. Assim como a gente informa pro Juiz que o prazo é elevado para o medicamento chegar ao Brasil mesmo quando se tenta a aquisição. Então, todas as informações entram pro Juiz: se tem registro ou não, se configura uma alternativa terapêutica interessante para aquele paciente independente de ter o registro, se é um medicamentos que vai demorar meses e meses, seis meses pra chegar se for adquirido na mão do paciente, porque, dependendo do quadro dele, isso é importante. Então todas as informações vão entrar, porque é o Juiz quem decide, não é o NAT.

Fabiana:: Vai acabar existindo um conflito porque, se eu pensar que é um medicamento de alto custo e se eu pensar que o NAT falou “olha, é possível que este medicamento seja bom”, ele também está dizendo que alguém vai pagar essa conta. Eu percebo um conflito aí entre o NAT, que ele é de quem paga a conta. Como é que você vê isso?

Flávio: É uma pergunta mais pessoal que profissional né? Porque o NAT não tem esse perfil. A avaliação do preço não acontece no NAT. A gente, no parecer, não é inserido o valor do medicamento ou do tratamento anual, como é muito comum hoje em dia.

Fabiana: Mas sabe-se que ele é de alto custo!

Flávio: Mas a gente não tem ideia do impacto no orçamento. Eu não sei quanto aquilo representa, e o modelo que foi pactuado de parecer técnico é o que o Judiciário disse que precisa e é o que o CNJ vem entendendo como modelo adequado, e até o presente momento o preço não é um requisito importante para o Juiz até o momento. O que eu acho que é importante a gente colocar é que a gente observava que há algum tempo atrás – isso é muito rico no que o Núcleo da Ensp acompanha da judicialização – que há algum tempo atrás praticamente tudo era deferido, e hoje há um critério. Então, embora...o que eu estou querendo apontar não é um fato porque eu não tenho dados, mas embora alguns deferimentos ocorram de medicamentos de alto custo com impacto significativo, acredito eu que no passado foi muito mais. Então eu acho que, sabe aquela máxima “respeita a história”, eu acho que é um caminho que está sendo percorrido, que é longo, que acredito muito que um dia chegará na necessidade dessa reflexão, porque criar um momento de reflexão se aquela demanda, o impacto é imenso ou descabido pra um só cidadão significa formar opinião se a partir daquele momento vai deferir ou indeferir, através da avaliação do impacto. Eu acredito que a gente esteja ainda um pouco distante dessa reflexão, porque ela vai ter que acontecer de maneira ampla com a sociedade, com o judiciário, com o executivo. Então eu acho que nesse momento eu não tenho como, não tenho subsídios pra estabelecer uma linha de raciocínio que me deixe satisfeito com uma resposta. Acho que a gente precisa de caminhar mais, entender mais porque acho muito sério falar que alguém no futuro pode não ter direito a alguma coisa porque talvez ele precise possuir um impacto que não é possível absorver. Acho que, independente no futuro de qual será o caminho, é muito sério.

Fabiana: Você acha que é diferente, e o NAT entende diferente a urgência no que diz respeito a remédio e a outros tratamentos, como internação? É analisada? A urgência é diferente?

Flávio: A urgência não só é diferente como é respeitada pra cada processo que entra. Então, porque que eu estou dizendo isso? Porque há um fluxo interno de urgência. Porque o juiz pode pedir urgência pra algum caso, e aí o prazo cai pra 24 horas quando ele pede urgência. Só que, às vezes o caso é de urgência, o caso é grave e não foi solicitada urgência no processo, então, internamente, já é medular no fluxo do NAT um fluxo de urgência aonde nosso corpo administrativo troca informações com o corpo técnico, de tudo que está chegando, e às vezes até aquilo

que não é focalizado como urgente, internamente a gente coloca como urgente. Posso dar até um exemplo: ? pra gestante. Nem sempre o pedido vem com urgência; chegou, já é automático, ele vira urgente, porque a gente sabe que é um caso que pode envolver rapidamente. Então já existem casos clássicos que, chegou no administrativo, já vira urgente. E nem sempre significa que vai sair criteriosamente nas 24 horas, mas ele vai tramitar com prioridade aqui dentro, porque a gente sabe que aquele cidadão se encontra numa situação mais vulnerável que talvez os demais. A gente nunca teve aqui um dia que tudo era urgente, porque aí seria muito difícil. Até hoje foi possível caminhar com esse fluxo interno, porque se somos um núcleo técnico não é possível não enxergar que umas demandas precisam tramitar com mais prioridade.

FABIANA: Então...me mostra números, quanto por mês, por semana, a quantidade de parecer...você pode?

Flávio: Não sei se eu posso mostrar documento...

Fabiana: Não, assim...só conversar...quanto, mais ou menos...qual é sua demanda, quantos pareceres...

Flávio: Tem uma pessoa que está de férias, que tem os relatórios...

Fabiana: Se você puder, até por email, não tem problema nenhum...eu gostaria de saber...

Secretaria Municipal de Saúde

Fabiana: ...você acredita que nenhum medicamento que fazem parte da lista venha pela Justiça?

F1: Vem, vem muito! Muitos não tem, não acha...

Fabiana: Mesmo estando na lista, tanto do município quanto do Estado?

Entrevistada: A maioria sim. A maioria.

F1: É, muitos medicamentos assim, desde quando eu trabalhei com processo do Estado...coisa de quase três anos...então era bem difícil ter falta de medicamento...só com a crise que está piorando...a falta de medicamentos se tornou comum. Então quando o paciente abre o processo e o medicamento acaba não vindo ele vai pro jurídico pra ter acesso ao medicamento.

Fabiana: Como que é feita a aquisição do medicamento?

F1: Tem os medicamentos que ele pode achar na farmácia popular. Alguns sem custo nenhum. Alguns são de graça e eles preferem vir aqui na Justiça. A Farmácia popular funciona nas farmácias comerciais que são filiadas e você não precisa ter cadastro, você vai com a receita, documentos e faz a retirada na hora.

F1: E pra aqui, precisa ter cadastro?

Entrevistada: Aí é tudo com a Defensoria e com o Fórum: eles vão na Defensoria; aí a Defensoria manda...que tem esse acordo de cooperação; aí a gente faz o primeiro atendimento quando a gente tem...a gente faz o primeiro atendimento e encaminha ele pra essas esferas que ele pode pegar, tanto unidade básica como processo administrativo ou processo do Estado. Quando não tem lugar pra encaminhar ele a gente continua com ele aqui pra, teoricamente, atender quando a gente tem. Aí tem que fazer um pedido de compra. Faz um pedido de compra e a gente atende ele. Quando a gente não consegue atender ele porque o medicamento não chega, aí eles voltam à Defensoria e a Defensoria manda pro Fórum.

Fabiana: Qual o prazo pra atender que vocês têm normalmente, antes de ir pra Justiça.

F2: Eles normalmente dão dez dias, dez a vinte dias pro paciente vir aqui, esperar chegar, não chegando o paciente retorna lá. Aí depende, tem paciente que retorna depois, retorna antes...

Fabiana: E quando vem pela Justiça?

F2: Aí é cinco dias pra resposta. A primeira, porque depois, se a gente não atende, aí eles mandam em 24 horas, 48 horas... Caso não tenha como comprar, por conta de licitação e tudo, eles fazem um bloqueio do valor. Aí a compra já não é com a gente. A gente só faz a solicitação. Aí a gente envia pro setor de compras. Como fazer a questão burocrática da compra só lá mesmo.

Fabiana: Eu tenho visto num site do Ministério da Saúde...abriram o hórus, que é um sistema integrado, pra, além de controle do estoque, também cadastramento de usuário... vocês fizeram, já têm acesso...como que está essa história aqui?

F2: A gente tá fazendo o curso primeiro, mas ainda não tem informação, pelo menos pra gente aqui no setor não. A gente tá fazendo o curso, que eles estão oferecendo o curso. Termina até agora, no final de semana. A gente está na fase do curso ainda.

Fabiana: E o que você percebe disso? Desse programa? O que você acha?

F2: Eu não conheço ele assim...porque a gente começou ainda esta semana...então ainda não tenho ainda uma percepção 100% do programa, o que que vai ser.

Fabiana: Já existe um cadastro de usuário no município?

F2 Aqui já, já existe. O município tem um cadastro, que é o sistema que a gente faz dispensação. Então, se o paciente fez a retirada em qualquer UBS a gente tem acesso a essa retirada aqui.

Fabiana: Mas é do município? Ou, no caso, da região que vocês atendem?

Entrevistadas: Do Município. O Estado é que tem uma relação da região inteira. A farmácia do Estado, essa que eu te disse da OME. Eles têm um cadastro e o município tem outro. São cadastros diferentes.

Fabiana: Deixa ver se eu entendi: existe um cadastro da farmácia básica e um cadastro fora da farmácia básica? Ou é a mesma coisa?

F2: Na dispensação é um só.

Fabiana: Eles vêm aqui e falam “olha, eu preciso de um medicamento que não tem em lugar nenhum”, é assim?

F2: Não. Eles têm que vir pela Defensoria. Eles vão na Defensoria. Aqui a gente só faz a dispensação. O processo já vem de lá.

Fabiana: E quando vocês recebem da Defensoria vocês sabem se ele já foi a algum lugar?

F2: A gente consegue ver no sistema se ele retirou ou não retirou. Se ele foi a gente não tem como saber. Se ele fez retirada a gente tem como saber.

Fabiana: Então nem a Defensoria informa se ele já foi a um lugar.

F2: O fórum às vezes informa. Tem processo que à vezes vem “olha, ele foi em tal unidade, ele foi na Defensoria...agora, da Defensoria não, eu não tenho essa informação. Não sei se lá ele tem alguma coisa, mas não informam pra gente.

Fabiana: E são todos os processos que vêm com esse rastreamento assim?

F2: Não. A minoria. Nem cinco por cento. E é muito processo diariamente, muito!

Fabiana: Engraçado, porque, na minha base de dados, pela facilidade de trabalhar com o Estado inteiro, eu peguei a base de dados do TJ, então eu só pego as ações que recorreram...que o processo já resolveu aqui e o Município, de alguma forma, ficou insatisfeito e recorre; ou pode ser na Justiça Comum, por apelação, ou pelo Juizado, mas, aí é só na Capital, onde tem Juizado Especial Fazendário, através de recurso inominado. Mas aí o número, eu compreendo, que é muito menor, não porque eu tenha ido aos Municípios, mas eu peguei dissertações de outras pessoas

que levantam um número gigantesco. Então eu não tenho noção desse número no local, mas eu só trabalho com aquelas, só por fidedignidade dos dados, facilidade também.

F1: Sem ser Defensoria, a gente tem, de mandado masculino, quatrocentos e trinta...

Fabiana: Desse ano?

Entrevistadas: É. Atendidos.

Fabiana: Por que você está fazendo esta observação?

F1: Porque a gente só lança nessa planilha e vêm pros nossos arquivos daqui da frente os atendimentos. Aí a gente tem outro arquivo lá dentro dos processos que não foram atendidos porque não tem as medicações.

Fabiana: E aí continua bloqueada a verba, ou...?

F1: Quando bloqueia ele vem pra esta lista e vem pra qui. Lá tem só o que não foi atendido nunca. Já o feminino a gente tem, de atendidos, quatrocentos e cinquenta e sete, esse ano. Isso dá uma média de novecentos pacientes.

Fabiana: Só pra se ter uma idéia, de 2016, eu analisei, do Estado, cento e poucos. Então, assim, os que decidem aqui são muito poucos que recorrem, então, essa realidade eu percebo. Vocês acham que com esse atendimento pela Justiça fica, quem não vai à Justiça, prejudicado, vocês têm essa noção, assim, falta remédio?

F1: Falta, porque a gente se baseia em que, se tivesse esses medicamentos normalmente em unidade básica ou pelo processo do Estado o custo que o Estado ou Município teria pra adquirir esse medicamento é muito menor do que quando o paciente consegue fazer o bloqueio, porque compra por unidade, e também tem os custos do processo em si, de tudo isso, então o valor que um paciente consegue adquirir o medicamento atenderia a muitos outros. E uma grande maioria dos nossos atendimentos não são medicamentos que não são encontrados, quero dizer, que não estão na relação. A grande maioria são medicamentos da Rename, da Remune, do Administrativo, do Estado...do Estado esse ano então aumentou muito! O Estado antes tinha, de 2016 pra cá que deu uma caída. O Estado começou a entrar em queda e os medicamentos pararam de vir, são medicamentos caros, e os pacientes, ao invés de darem entrada no processo contra o Estado eles entram contra o Município. Se for pelo Estado é mais fácil de conseguir, porque quando o Estado recebe uma ação eles mandam o medicamento, e tem município que, às vezes, não consegue.

Fabiana: É, mas o bloqueio acontece na conta...

F1: Do Município. Então, assim, aquele medicamento que seria obrigação do Estado passa a ser obrigação do Município.

Fabiana: Você percebe então que é mais o Estado que tem problema?

F1: Esse ano, em valores, sim. Esta aqui é a relação de bloqueios no mês de setembro. A gente tem um total de R\$ 129.000,00, só deste mês.

Fabiana: E você acha que isso é uma frequência, assim, gira em torno disso, de R\$ 120.000,00?

F1: Às vezes acontece de ser mais porque às vezes você tem um bloqueio incomum. Em agosto foi R\$ 141.000,00.

Fabiana: E tudo isso o Município é que paga.

F1: Sim, o Município que paga. Em julho a gente já tem R\$ 50.000,00, foi menos. Mas a gente vê que, a cada mês que passa, ele aumenta: a gente pega o mês de junho, R\$ 370.000,00 de bloqueio, só de bloqueio. É uma média bem alta. E sabendo que é uma minoria de pacientes que está sendo atendida aqui, porque muitos não recorrem e muitos não ..??, porque se for de quantidade aqui deu 40 pacientes esse mês, de bloqueio. No mês de setembro 41 pacientes; em junho foram 83 pacientes. Então, se a gente tem 900, só atendeu 83 e deu esse valor. Alguns desses foram atendidos aqui com medicamentos, assim, além do bloqueio eles estão sendo atendidos com medicamentos, mas de bloqueio é um número muito alto.

Fabiana: Verdade. E aí eu tenho visto decisões que além de mandar entregar o medicamento, eles mandam, como se fosse assim: “se precisar de medicamento futuro”...Como vocês percebem isso? Eu fico com dificuldade...

F1: É assim, o paciente vai na Justiça, aí ele vai lá e entra com a receita, mas, assim, tem paciente que médico troca muito o medicamento, que usa, assim, um monte, aí o médico vai fazendo ajuste, pra ele não ir todos mês lá (e creio que seja isso), aí eles botam no processo: “atender a receita em anexo e qualquer outro medicamento necessário para o tratamento”. Isso gera várias situações: uma de não dar pra fazer planejamento e a outra é que o paciente, em momento algum, ele se dá o trabalho de ir numa UBS, numa farmácia popular para ver se o medicamento tem lá. Como ele tá resguardado pelo processo ele vem direto aqui. Ele se torna um paciente especial, o que não deveria ter, a gente deveria ter igualdade pra todo mundo. Por exemplo, farmácia básica Losartana, ele pode ir nos postinhos ou ele

pode ir na Farmácia Popular pra pegar o medicamento, mas ele não quer ir, ele fala assim “mas, eu tenho processo na Justiça, eu não vou andar pra trás, eu vou vir aqui e quero ser atendido aqui, e se eu não for atendido aqui eu vou à Justiça, peço o bloqueio e faço o bloqueio desses medicamentos”, da farmácia básica.

Fabiana: Como é que são essas pessoas? Eu falo de classe econômica. São pessoas carentes?

F2: Na maioria das vezes não, e a gente vê que a maioria das pessoas que são carentes e que realmente precisavam, por não ter acesso, às vezes, à informação, não fazem, e esses, normalmente, procuram antes de vir, os que têm um poder aquisitivo melhor, um esclarecimento melhor já vêm direto...

Fabiana: Vocês saberiam dizer por que o Município não recorre tanto? Por que aceitam a decisão assim desta maneira?

F1: Eu acho que a procuradoria tem recorrido bastante em relação a isso. O jurídico tem pedido muitos esclarecimentos do porque do não atendimento. Eu creio (aí as meninas do jurídico vão poder informar melhor) que isso seja pra dar base pra eles recorrerem. Só que, o que eu acho complicado: eles vão recorrer, porque não está atendendo o medicamento, que não precisa fazer o bloqueio do medicamento, sendo que o medicamento está em processo administrativo ou no Estado, por exemplo, sendo que se o paciente chegar lá não tem. O argumento fica bom, e eu creio que esteja alguma coisa em questionamento da procuradoria é em relação à farmácia popular, pediram a relação de medicamentos que são contemplados pela farmácia popular, quer dizer, o paciente tem acesso sem precisar vir aqui. É um problema do Governo Federal.

Fabiana: Você acha então que o Município já começa a questionar essas ações?

F2: Eu acho que está começando. Só que, em algumas coisas eles conseguem ter uma base, com relação a esses medicamentos que são da farmácia popular, mas alguns eles não conseguem se respaldar porque é da relação municipal de medicamentos e não tem, alguns porque no pregão, na licitação, nenhuma empresa cotou, ou seja, nenhuma empresa quis participar. Teve muito medicamento que a gente diz que deu deserto, muito, em torno de uns 500 medicamentos.

Fabiana: Pra medicamento genérico?

F1: Não, de marca.

Fabiana: Sobre critério de urgência...porque acaba que vira uma questão muito urgente, não é, dez dias...

F1: Acaba que tudo vira uma questão muito urgente.

Fabiana: E o paciente, é urgente?

F1: Muitas vezes não. Muitas vezes é esse paciente que teria o acesso feito pela farmácia popular ou processo administrativo e conseguiria pegar o medicamento muito mais rápido do que se entrasse na Justiça.

Fabiana: E o laudo? Você tem acesso ao laudo?

F1: Não. Na maioria das vezes não vem e isso é uma queixa muito frequente que a gente tem, que a gente às vezes não tem acesso a receita, a laudo, a nada do paciente, então a gente não consegue nem observar nem fazer a função do farmacêutico. Da Defensoria vem ofício que não vem nem CPF do paciente, não vem nada! Não vem documento nenhum, não vem receita! Aí vem escrito ali... normalmente é muito fácil de vir um nome errado, aí quando tem telefone a gente entra em contato com o paciente, pede pra ele trazer a receita...faz essa coisa que vai além da nossa função, porque nenhuma empresa privada faz isso hoje. A gente só consegue fazer o controle quando o paciente vem buscar o medicamento, pois é uma exigência nossa. Quando a gente envia a resposta se o medicamento tem, a gente orienta que só pode ser retirado com a receita, que é de retenção no caso de medicamento controlado. Mas aí a gente às vezes não consegue ...tipo assim...chegou...a gente quer separar o medicamento do paciente, mas a gente não sabe como que ele usa, a quantidade de miligrama...e a gente não consegue nem consultar se o paciente tem cadastro, se pegou em alguma UBS ou não porque não tem o documento do paciente e o nome do paciente está errado na descrição do pedido. Então, assim, a gente fica de mão atada.

Fabiana: E nem sabe de qual médico...pra saber, por exemplo, da possibilidade de substituir por um genérico...

F1: Não...daí a gente não consegue.

Fabiana: Então vem o medicamento marca tal?

F1: Assim, na licitação, quando você vai fazer compras, você não pode especificar a marca do laboratório, você cota o princípio ativo, e o que tiver o menor valor é o que ganha a licitação.

Fabiana: Mas, e o da Justiça, ele vem com a marca, diz qual é?

F1: Tinha um caso aqui, de um paciente, que usava umaque só aceitava de um laboratório, só que, pela lei você não pode ter essa exigência. Só que, aí, se ele for

no fórum e o Juiz determinar que seja feito o bloqueio pra ele comprar da marca que ele quer ...

Fabiana: O que vem da Justiça não vem só o princípio ativo, é isso?

F1: Numa maioria sim, mas acontece de às vezes vir. Antes acontecia mais. Hoje a gente tem um caso que não é nem questão de ser genérico ou não, a paciente só aceita uma apresentação específica, porque a gente tem insulina de 3 ml e de 10 ml; a de 10 ml você tem que fazer aplicação com seringa e a de 3 ml você faz aplicação com uma caneta aplicadora; ela só aceita a de 3 ml com caneta aplicadora, e o Juiz julgou isso necessário, então a gente já teve a insulina aqui e ela não aceitou porque não era de 3 ml, e o Juiz julgou necessário e fez a busca e apreensão do valor, tendo o medicamento. Então, assim, a gente tem esses casos, que às vezes são exceções, e que a gente não consegue entender, porque, querendo ou não, o medicamento é o mesmo.

Fabiana: Você me contou de um acordo de cooperação com a Defensoria. Isso é um acordo municipal?

F1: É do Município com a Defensoria.

Fabiana: Aí só serve pra Defensoria?

F1: Só da Defensoria. Isso é pra evitar que vá pra Fórum, né...

Fabiana: Mas ainda assim não impede que ele vá direto, não é?

F1: Não, mas, segura um pouquinho, tanto é que se você reparar aqui, o nosso arquivo, aquele primeiro arquivo é da Defensoria, tem nove arquivos em atendimento hoje, dois são da Defensoria. Eu acho que deve ter, uns cinco anos esse acordo.

Fabiana: Eu queria muito estar com vocês... eu tenho tentado muito tempo e consegui, finalmente !

F1: Quando precisar, pode vir. Se tiver alguma dúvida...

Fabiana: Obrigada