



**UNIVERSIDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS – UNIPAC
FACULDADE DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS DE
BARBACENA – FADI
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO**

DIEMERSON LEONARDO DA SILVA NEVES

**JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: a obtenção de tratamentos pela via
judicial**

BARBACENA

2012

DIEMERSON LEONARDO DA SILVA NEVES

**JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: a obtenção de tratamentos pela via
judicial**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em
Direito da Universidade Presidente Antônio Carlos –
UNIPAC, como requisito parcial para obtenção do
título de Bacharel em Direito.

Orientadora: Prof^ª Me. Débora Maria Gomes Messias
Amaral

BARBACENA

2012

Diemerson Leonardo da Silva Neves

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: a obtenção de tratamentos pela via judicial

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Direito da Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito.

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profª Me. Débora Maria Gomes Messias Amaral
Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC

Profª Me. Ana Cristina Silva Iatarola
Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC

Prof Esp. Marcos Sampaio Gomes Coelho
Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC

Prof Esp. Paulo Afonso de Oliveira Júnior
Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC

Dedico este trabalho a todas as pessoas que caminharam ao meu lado durante estes cinco anos, à meus pais José e Vera por toda dedicação, à meus irmãos Gislainy, Tayna e Wellisson por todo o carinho, a minha Diana pelo amor e paciência, enfim agradeço à minha família pelos incentivos em momentos de dificuldade. Dedico principalmente à minha princesinha que surgiu em minha vida durante este trajeto, minha filha Valentina. Amo vocês, muito obrigado!

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a Deus por ter-me permitido viver esta experiência.

Agradeço a todos os amigos pelo apoio durante a elaboração deste trabalho.

Agradeço à Profª Me. Débora Maria Messias Gomes Amaral, pela dedicação e sábias palavras empregadas durante a orientação deste trabalho.

Aos professores Ana Cristina Silva Iatarola, Marcos Sampaio Gomes Coelho e Paulo Afonso de Oliveira Júnior componentes da banca examinadora, por terem aceitado participar deste momento especial em minha vida acadêmica.

À todos servidores da Assessoria jurídica do DEMASP, em especial a Maria Aparecida Eugênia, Anne Paula Silva e Érica Suelen do Nascimento, pelo apoio demonstrado na liberação dos dados solicitados e ao seu Diretor Roberto Elias Teixeira Bedran pela autorização de acesso a tais dados.

A todos o mais sincero OBRIGADO!

“A coisa mais importante da vida não é a situação em que estamos, mas a direção na qual nos movemos.”

Oliver Wendell Holmes

RESUMO

O tema saúde é bastante abrangente abarcando a esfera social, econômica e jurídica, sendo, portanto um assunto de grande destaque na sociedade atual. Este trabalho vem questionar se a obtenção de tratamentos de saúde através de decisões judiciais será benéfica à sociedade como um todo. Para alcançar tal objetivo foi desenvolvida uma pesquisa bibliográfica, onde foram fundamentados os conceitos e teorias correlacionados ao objetivo. Essa pesquisa foi realizada em livros e artigos científicos, muitos dos materiais foram digitais, disponíveis na internet. Foi realizada, ainda, pesquisa junto ao Departamento Municipal de Assistência à Saúde Pública de Barbacena-MG obtendo dados atualizados sobre demandas de saúde no município. O trabalho traz um levantamento sobre o histórico da saúde pública no Brasil realizando um paralelo com o que apresentavam todas as Constituições brasileiras em relação à saúde. Apresenta as novas tendências do Supremo Tribunal Federal quando de frente a políticas de saúde, versando sobre a realização de audiências públicas e a confecção de resoluções a respeito do tema em análise. Trata, ainda, do atual posicionamento do judiciário quando provocado a decidir sobre temas relacionados à saúde, trazendo em especial estudo de jurisprudências do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, do Supremo Tribunal Federal e do Superior Tribunal de Justiça. Foi apresentada a Proposta de Súmula Vinculante número 4 (quatro), que tem o objetivo de padronizar os procedimentos adotados pelos magistrados brasileiros quando no julgamento de pedidos de tratamentos e medicamentos. Por fim, após a análise de todos os dados apresentados, conclui-se que a busca judicial de tratamentos não é benéfica para a sociedade como um todo.

Palavras-Chave: Direito Constitucional – Acesso à saúde pública. Judicialização da Saúde. Histórico da Saúde.

ABSTRACT

The Health theme is very broad covering the social sphere, economic and legal, and is therefore a matter of great prominence in society today. This work comes to question whether obtaining health care through judicial decisions will be beneficial to society as a whole. To achieve this objective was developed a literature search, which were based concepts and theories related to goal. This study was conducted in books and scientific papers, many of the materials were digital, available on the internet. Was performed, even research with the Department of Municipal Health Care Public Barbacena-MG obtaining updated data on health demands in the city.. The document presents a survey of the history of public health in Brazil conducting a parallel to what presenting all Brazilian Constitutions with regard to health. It presents the new trends of the Supreme Court when faced health policies, dealing with the public hearings and the making of resolutions on the subject under analysis. This is also the current position of the judiciary when asked to decide on issues related to health, bringing in special study of jurisprudence of the Court of Minas Gerais, the Supreme Court and Superior Court. Was presented to Binding Abridgement number 4 (four), which has the objective to standardize the procedures adopted by the Brazilians judges in the trial when requests for treatments and medications. Finally, after analyzing all the data provided it is concluded that the search judicial of treatments is not beneficial for society as a whole.

Keywords: Constitutional Law. - Access to public health. Judicialization of Health. Health History.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1: Estrutura institucional e decisória do SUS.....	44
GRÁFICO 1: Valores percentuais de processos envolvendo saúde nos Tribunais de Justiça..	27
GRÁFICO 2: Valores percentuais de processos envolvendo saúde por Tribunal Regional Federal.....	28
TABELA 1: Justiça em números.....	26
TABELA 2: Perfil dos autores dos processos judiciais impetrados contra o Estado de Minas Gerais, 2005 a 2006.....	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CAPs – Caixas de Aposentadoria e Pensão

CEME – Central de Medicamentos

CIPLAN – Comissão Interinstitucional de Planejamento

CF – Constituição Federal

CNJ – Conselho Nacional de Justiça

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional das secretarias Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários da Saúde

DEMASP – Departamento Municipal de Assistência à Saúde Pública

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

IAPs – Instituto de Aposentadoria e Pensão

OAB – Ordem dos Advogados do Brasil

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PIASS – Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos

REMUME – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

SAMDU – Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência

STF – Supremo Tribunal Federal

STJ – Superior Tribunal de Justiça

SUCAM – Superintendência de Campanhas de Saúde Pública

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	13
2.1 O DIREITO À SAÚDE NAS CONSTITUIÇÕES DO BRASIL	13
2.2 A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: SURGIMENTO E FUNÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	16
3 NOVA TEMÁTICA DA SAÚDE NO BRASIL: AUDIÊNCIA PÚBLICA E O POSICIONAMENTO DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA.....	25
3.1 AUDIÊNCIA PÚBLICA Nº 4	29
3.2 RESOLUÇÃO Nº 107, INSTITUIÇÃO DO FÓRUM NACIONAL DO JUDICIÁRIO	35
4 COMPETÊNCIA, JURISPRUDÊNCIA E PROPOSTA DE SÚMULA VINCULANTE	39
4.1 COMPETÊNCIA CONSTITUCIONAL	39
4.1.1 COMPETÊNCIA ESPECÍFICA DA DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS	44
4.2 CAMINHOS DO JUDICIÁRIO, FORMAÇÃO DE JURISPRUDÊNCIA SOBRE MATÉRIA DE SAÚDE.....	46
4.2.1 TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS.....	46
4.2.2 STJ E STF	48
4.2.3 SOLICITAÇÕES JUDICIAIS DE MEDICAMENTOS E TRATAMENTOS ESPECIALIZADOS EM BARBACENA – MG	49
4.3 PROPOSTA DE SÚMULA VINCULANTE SOBRE O DIREITO À SAÚDE	50
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
REFERÊNCIAS	55

1 INTRODUÇÃO

Saúde trata-se de um tema bastante amplo, não abrangendo somente o âmbito de doenças e tratamentos. Sendo que as implicações do tema saúde ocorrem no domínio social, legal e econômico. As políticas de saúde deveriam ser destaque em diversos governos no mundo, porém em sua maioria os governos não conseguem oferecer o mínimo de condições aos seus cidadãos. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) saúde pode ser definida como um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças.

No Brasil a relevância desse tema é cada vez maior, visto que o desenvolvimento da nação está atrelado a bons índices de desenvolvimento social, sendo um dos índices mais importantes o ligado à saúde. Apesar das políticas de saúde terem melhorado substancialmente, cresceu nos últimos anos a busca de medicamentos e tratamentos especializados através do âmbito judicial.

A Constituição Federal Brasileira de 1988 em seu artigo 196 traz de forma expressa que é dever do Estado prover aos cidadãos o acesso à saúde.

Art. 196: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988) ¹

Porém o que se vê é que o governo já apresenta dificuldades em oferecer serviços de saúde de qualidade a seus cidadãos. E isso é um indicativo de que não poderá sustentar por muito mais tempo a crescente demanda de sentenças que vem lhe sendo impostas.

A constante busca do judiciário faz com que a Administração Pública sofra com os gastos provenientes de tais processos, necessitando por muitas vezes desviar verbas de outras áreas, ou de determinados fins, para cobrir os rombos deixados com o custeio de eventuais medicamentos. Diante disso este trabalho vem questionar se a obtenção de tratamentos de saúde através de decisões judiciais será benéfica à sociedade como um todo.

São objetivos específicos deste trabalho:

1. Apresentar sucintamente o histórico da saúde pública no país.
2. Expor conceitos jurídicos ligados à saúde, através de definição de competências e

¹ www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm

jurisprudência.

3. Demonstrar as novas tendências do direito à saúde.
4. Apresentar a proposta de súmula vinculante e sua importância para o futuro das questões envolvendo saúde.

Para a execução do trabalho proposto, proceder-se-á a análise bibliográfica a respeito do tema, principalmente no Direito Constitucional e no Administrativo, em Leis específicas como a n° 8.080/90, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, buscando conceitos e materiais de apoio em sites especializados na internet. Silva (2001, p.21) afirma que a pesquisa bibliográfica ocorre “quando elaborada a partir de material já publicado, constituído principalmente de livros, artigos de periódicos e atualmente com material disponibilizado na Internet.” Esta possibilita a abrangência a um leque de acontecimentos maior do que aquele que o estudioso poderia pesquisar diretamente. Segundo Gil (2010) isso é acentuado especialmente quando o problema de pesquisa demanda dados muito dispersos pelo espaço.

Foi, ainda, realizada pesquisa junto ao Departamento Municipal de Assistência à Saúde Pública de Barbacena – MG. Tal pesquisa possibilitou apresentar dados atualizados sobre a saúde pública em Barbacena, trazendo à tona a quantidade de demandas existente no município.

Vale destacar ainda que o Sistema Único de Saúde (SUS) criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 e n.º 8.142/90, Leis Orgânicas da Saúde, que tornam obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto.

Existe um grande abismo entre o que está regulamentado nas leis supracitadas como função do SUS e o que a população espera quando busca por tratamentos médicos, sendo este abismo o responsável pelo crescente número de ações que visam assegurar o direito à saúde.

Neste sentido, ao abordar tal tema, além de apresentar um estudo sobre um dos pontos mais comentados na atual conjuntura jurídica brasileira, que é a excessiva busca pelo judiciário, este trabalho trará as principais perspectivas de tal judicialização e sua influência na atividade estatal quando realiza a inversão de recursos em prol de parte específica da população frente à coletividade.

Este trabalho deixará para instituição um estudo valoroso, visto que tal tema não se trata de um estudo meramente jurídico, mas possui também grande relevância junto às demais áreas de ensino da instituição.

2 HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

2.1 O Direito à saúde nas Constituições do Brasil

A história do Brasil é marcada por profundas mudanças na estrutura de seu poder político, advindo destas mudanças uma nova lei que rege os caminhos a serem seguidos pelo Estado.

Nesse desenrolar histórico o Brasil já apresentou à sua população oito Constituições, sendo quatro elaboradas de forma democrática, provenientes de uma Assembleia Nacional Constituinte, conhecidas como Constituições Democráticas (1891, 1934, 1946 e 1988), já as demais foram impostas de maneira autoritária pelo Estado, elaboradas sem a participação de representantes legítimos do povo, são as chamadas Constituições Outorgadas (1824, 1937, 1967 e 1969).

O direito à Saúde foi tema tratado com diferente enfoque nestas Constituições, sendo esse um dos pontos a ser abordado neste capítulo.

Desde o descobrimento do Brasil, inicialmente chamado de Ilha de Vera Cruz, em 1500, passando posteriormente a ser chamado de Terra de Santa Cruz e por fim Brasil, o Estado passou por um período sem uma legislação na qual se estabelece os rumos do país, isto se deu até 1824, ano de nascimento da primeira Constituição Brasileira. Isso não quer dizer que o país tenha ficado sem nenhuma legislação, em 1532, por exemplo, o país teve seu primeiro ato legislativo, conforme relatado por (RIBEIRO 2010 p. 449) “o primeiro ato legislativo atinente ao Brasil foi a bula papal expedida por Julio II, confirmada por D. Manuel, na qualidade de grão-mestre da Ordem de Cristo e rei de Portugal”². Mas foi somente em 1824 que foi outorgada a primeira Constituição Brasileira.

A Constituição de 1824, criada após ser proclamada a Independência do Estado brasileiro, ocorrida em 1822, trazia em seu texto resquícios do período colonial. Para Pinho (2011, p.191) “a primeira Assembleia Nacional Constituinte foi dissolvida pelo Imperador, que constituiu um Conselho de Notáveis para elaboração da Carta Magna. O texto foi promulgado por Dom Pedro I como 1ª Constituição brasileira”. Esta veio a ser, embora outorgada, a Constituição que por mais tempo perdurou na história do Brasil, sendo efetiva

² <http://siaiweb06.univali.br/seer/index.php/nej/article/view/2768/1858>

por sessenta e cinco anos.

Esta Carta Magna de 1824 realizou uma concentração de poderes não possuindo o Direito à Saúde maiores apontamentos. Embora com ideais de liberdade, as grandes desigualdades sociais que vigoravam a época dificultaram essa noção. A verdade é que a garantia de tais direitos só servia à elite e ao contrário da estruturação e reorganização social que ocorria na Europa, por aqui havia o intuito de romper com o colonialismo, mantendo interesses e favores à alta classe, não trazendo apontamentos de grande importância no que se referia à Saúde Pública.

[...] o Direito à Saúde não tomou acento, vez que o que se buscava era a concentração dos poderes nas mãos do Imperador. Bonavides explica que o texto Constitucional de 1824 serviu de modelo para a Constituição de Portugal de 1826. Nessas Constituições, embora se tivesse a intenção de almejar os ideais libertários, os mesmos não foram atingidos dadas as grandes desigualdades sociais que vigoravam na época. Silva ensina que a Constituição de 1824 deu lugar aos Direitos do Homem no art. 179 (com seus 35 incisos que estabeleciam um rol de direitos e garantias), nos quais era declarado e garantido o direito à inviolabilidade dos direitos de liberdade, de igualdade, de segurança individual e de propriedade. O texto Constitucional chega a mencionar, no inciso XXIV do art. 179, que “nenhum genero de trabalho, de cultura, indústria ou commercio póde ser prohibido, uma vez que não se opponha aos costumes publicos, à segurança e saude dos cidadãos”, entretanto o objetivo, como se faz claro, é garantir o exercício da atividade laboral e não o Direito à Saúde. (RIBEIRO, 2010, p.449) ³

A segunda Constituição, datada de 24 de março de 1891, foi promulgada em um momento histórico no qual a Monarquia já não contava mais com sua base de apoio, os fazendeiros de café do interior paulista (Vale do Paraíba), isto porque em 1890 ocorreu a abolição da escravatura. Outro ponto importante, no contexto histórico de criação da 2ª Constituição, foi a Proclamação da República ocorrida em 1889.

A Constituição de 1891 teve uma relação de garantias e direitos como liberdade, segurança e de propriedade, porém a saúde não foi incluída. Previu também direito de associação, reunião e o ‘habeas corpus’, contudo com o coronelismo que vigorava a época mais uma vez os direitos garantidos não foram aplicados.

A Constituição seguinte foi a do ano de 1934 e teve como estímulo as revoluções de 1930, que puseram fim ao regime da denominada República Velha, e de 1932, quando em São Paulo aconteceu a Revolução Constitucionalista. A revolução de 1930 tinha ideais liberais, enquanto a revolução de 1932 tinha objetivos econômicos. A Constituição de 1934 (Brasil, 1934) foi a primeira a fazer referência ao Direito à Saúde, no artigo 10 inciso II, “Art. 10 - Compete concorrentemente à União e aos Estados: II - cuidar da saúde e assistência

³ <http://siaiweb06.univali.br/seer/index.php/nej/article/view/2768/1858>

públicas;”⁴ referindo-se ao tema como sendo de competência concorrente da União e dos Estados.

Já em 1937, segundo Pinho (2011), a Carta Constitucional, conhecida como “A Polaca”, imposta por Getúlio Vargas, inibiu qualquer direito fundamental, pois seu texto possuía caráter amplamente autoritário. Seguindo o modelo fascista de organização política, deu início a um regime político conhecido como o Estado Novo. Foi evidente que não repetiu sequer a pequena iniciativa da Constituição anterior, focou-se na concentração de poderes no âmbito executivo, embora trouxesse avanços nos direitos sociais. Ainda que recusasse a efetividade dos Direitos Fundamentais e não garantisse o Direito à Saúde, no art. 16 inciso XXVII, afirmou que caberia à União legislar privativamente sobre “normas fundamentais da defesa e proteção da saúde, especialmente da saúde da criança”⁵.

Promulgada no período pós-guerra a Constituição de 1946 trouxe o fortalecimento dos Direitos Fundamentais e do Constitucionalismo, sendo o principal fato político que antecedeu à nova Constituição a redemocratização do país em 1945, retomou timidamente a estrutura da Constituição de 1891 e adicionou os direitos econômicos, sociais e culturais da Constituição de 1934. Mesmo sem ter explicitado o Direito a Saúde, a Constituição de 1946 previu na alínea ‘b’ do inciso XV do art. 5º a competência da União para legislar sobre as normas gerais de defesa e proteção da saúde, destacou o regime das liberdades individuais e estabeleceu o princípio da Justiça, do trabalho digno e da educação baseada na ideia de solidariedade humana.

Devido ao golpe militar de 1964, foi outorgada a Carta Constitucional de 1967, que instalou o regime totalitário onde imperava a ‘doutrina da segurança nacional’. Essa nova Constituição não previa o Direito a Saúde, repetindo a norma da Constituição de 1946, porém acrescentou a competência da União para legislar sobre um plano nacional de saúde.

Fato relevante ocorrido em 1969, segundo Pinho (2011), que antecedeu a nova Carta Magna foi a edição do Ato Institucional n. 5, de dezembro de 1968, o qual veio a conceder ainda mais poderes ao Presidente da República, restringido os direitos individuais e políticos da população. Em 1969 foi aprovada a Emenda Constitucional n.1, conhecida também como nova Carta Constitucional que preservava o regime totalitário em vigor e novamente não previu o direito à saúde. Esta somente repetiu a iniciativa sobre a competência legislativa da Constituição anterior, trazendo uma novidade no §4º do art. 25, a determinação que os municípios dispusessem 6% do repasse da União a título de fundo de participação dos

⁴ http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm

⁵ http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/constituicao/constitui%C3%A7ao37.htm

municípios na saúde.

Art. 25 - Do produto da arrecadação dos impostos mencionados nos itens IV e V do art. 21, a União distribuirá 33% (trinta e três por cento) na forma seguinte: § 4º - Os Municípios aplicarão, em programas de saúde, 6,0% (seis por cento) do valor que lhes for creditado por força do disposto no item II. (BRASIL, 1969) ⁶

A próxima Constituição deu-se em 1988, a qual estava inserida em uma época de retorno para o regime democrático, após o esgotamento do regime militar. Com a Emenda Constitucional n. 26, editada em 1985 pelo então Presidente José Sarney e encaminhada ao Congresso Nacional, foi convocada uma Assembleia Nacional Constituinte, nascendo daí a atual Constituição brasileira. Essa Constituição possui em seu art. 5º uma lista com 78 incisos, sendo o maior rol de garantias fundamentais de todas as Constituições que o país já possuiu. A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 cita

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (BRASIL, 1988) ⁷

O Direito à Saúde citado no art. 6º passou a ser direito de todos, tendo como predicados a universalidade, integridade, equidade e obrigação do Estado de acordo com os artigos. 6º e 196 a 200 da Constituição Federal de 1988.

Atualmente o país possui um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, o Sistema Único de Saúde, este sistema foi criado a partir desta constituição e será o ponto abordado no próximo item deste trabalho.

2.2 A saúde Pública no Brasil: surgimento e função do Sistema Único de Saúde (SUS)

O direito à saúde passou a ser reconhecido internacionalmente quando da Declaração Universal dos direitos humanos pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 1948, porém o histórico das atividades relacionadas à Saúde Pública no Brasil remetem a idos muitos anteriores a esta data. Conforme relata a Fundação Nacional de Saúde – FUNASA,

⁶ www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc_anterior1988/emc01-69.htm

⁷ www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm

sobre o histórico da saúde no país.

Da instalação da colônia até a década de 1930, as ações eram desenvolvidas sem significativa organização institucional. A partir daí iniciou-se uma série de transformações, ou melhor, foram criados e extintos diversos órgãos de prevenção e controle de doenças, culminando, em 1991, com a criação da Fundação Nacional de Saúde. (BRASIL, 2004, p. 11)

Várias foram as atividades que se desenvolveram no caminhar do Brasil, desde colônia até a promulgação da Constituição de 1988, porém não é o objetivo deste trabalho relatar todos os pontos que marcaram a história da saúde no país pormenorizadamente, mas sim transcrever os mais importantes fatos históricos que se refiram ao surgimento das políticas públicas de saúde, trazendo as principais evoluções político-administrativas de órgãos governamentais.

Segundo a Fundação Nacional de Saúde (2004, p.12) inicialmente em 1521 “D. Manoel baixa o Regimento do Físico-Mor e do Cirurgião-Mor do Reino, instituindo os Comissários-Delegados nas Províncias, inclusive no Brasil.” Durante todo o século XVI e XVII ao Brasil Colônia se estendiam todas as legislações e práticas vigentes para Portugal.

Apenas em 1808 ocorreu um novo marco no que se refere à saúde na então Colônia, foi a “Criação da primeira organização nacional de saúde pública no Brasil. E em 27 de fevereiro foi criado o cargo de Provedor-Mor de Saúde da Corte e do Estado do Brasil, embrião do Serviço de Saúde dos Portos, com delegados nos estados.” (BRASIL, 2004, p.13)

Já em 1828, após a Proclamação da Independência e já existindo a primeira constituição brasileira 1824, dá-se o próximo passo importante para a criação da atual estrutura da Saúde Pública no Brasil, com a criação de Juntas Municipais de Saúde.

Após a Independência, foi promulgada, em 30 de agosto, a lei de Municipalização dos Serviços de Saúde, que conferiu às Juntas Municipais, então criadas, as funções exercidas anteriormente pelo Físico-Mor, Cirurgião-Mor e seus Delegados. No mesmo ano, ocorreu a criação da Inspeção de Saúde Pública do Porto do Rio de Janeiro, subordinada ao Senado da Câmara, sendo em 1833, duplicado o número dos integrantes. (BRASIL, 2004, p.13)

Seguindo pela história, já na segunda metade do século XIX, ocorre uma das revoluções que mais interferiram no histórico da saúde pública.

A Revolução Industrial determinou uma profunda repercussão na estrutura social da humanidade e sobre a saúde pública. Além disso, a revolução trouxe consequências graves, pois as populações foram deslocadas das pequenas comunidades rurais e trazidas em massa para os centros urbanos em formação, o que criou condições

propícias aos graves surtos de doenças epidêmicas. (BRASIL 2004, p.14)

Até o ano de 1850 as políticas de saúde estavam limitadas à “Delegação das atribuições sanitárias às Juntas Municipais. Controle de Navios e Saúde dos Portos e Autoridades Vacinadoras contra a varíola.” (BRASIL, 2004, p.14) Ocorrendo em 1851 a promulgação de vários decretos, dentre os quais havia a regulamentação dos registros de nascimento e óbito e a regulamentação da lei que instituiu a Junta Central de Higiene Pública, subordinada ao Ministro do Império.

Em 1897 a jurisdição do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, compreendidos na Diretoria Geral de Saúde Pública atrelava todos os serviços que pautavam a Saúde Pública. (BRASIL, 2004)

Já no século XX, no ano de 1920, novo marco se estabelece com a reforma de Carlos Chagas, o qual reorganizou os serviços de Saúde Pública e criou o Departamento Nacional de Saúde Pública. Este diploma legal veio a sofrer várias modificações com o decorrer dos anos, até 1932, ano de sua publicação, vindo a ser o Regulamento Sanitário Federal por muito tempo.

Ainda no decorrer da década de 1920, no ano de 1923, com o advento da Lei Eloy Chaves, nº Lei nº 4.682 de 24 de janeiro, de autoria do Deputado Eloy Chaves e promulgada pelo então Presidente Artur Bernardes, foram criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), que atendeu em primeiro momento aos trabalhadores ferroviários e, posteriormente, aos marítimos e estivadores. “O objetivo das CAPs era garantir a aposentadoria dos contribuintes e, gradativamente, desenvolver ações em saúde. Portanto quem fazia parte de uma CAPs mais estruturada tinha uma assistência à saúde mais eficaz.” (MARTINS, 2006, p.19)⁸

No ano de 1930, com o Decreto nº 19.402, de 14 de novembro 1930, é criado o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, para o qual foram transferidos todos os serviços relacionados com a saúde.

O Decreto Lei nº 3.171, de 02 de abril de 1941 processou uma nova reforma na Saúde Pública Federal, tal decreto regulamentou o seguinte.

Reorganizou o Departamento Nacional de Saúde, do Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, define sua competência, composição e criou: a Divisão de Organização Sanitária; Divisão de Organização Hospitalar; Instituto Oswaldo Cruz; Serviço Nacional de Lepra; Serviço Nacional de Tuberculose; Serviço

⁸ <http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/63.pdf>

Nacional de Febre Amarela; Serviço Nacional de Malária; Serviço Nacional de Peste; Serviço Nacional de Doenças Mentais; Serviço Nacional de Educação Sanitária; Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina; Serviço de Saúde dos Portos; Serviço Federal de Águas e Esgotos; Serviço Federal de Bioestatística; e Sete Delegacias Federais de Saúde, e deu outras providências. (BRASIL, 2004, p.24)

Já em 1942 o principal acontecimento foi a realização da I Conferência Nacional de Saúde.

Uma nova ideia sobre a saúde pública passa a vigorar no país em 1948, pois passou-se a acreditar que “quanto melhores as condições de saúde da população, tanto maiores seriam as possibilidades econômicas de um país” (BRASIL, 2004, p.25), sendo criado o primeiro Conselho de Saúde, o qual é considerado um marco na Saúde Pública moderna.

No ano de 1949 foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar.

Na assistência à saúde, a maior inovação aconteceu em 1949, durante o segundo governo Vargas, quando foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU). A importância histórica desse evento decorre de três características inovadoras da iniciativa: o atendimento médico domiciliar até então inexistente no setor público, embora comum na prática privada; o financiamento consorciado entre todos os IAPs (Instituto de Aposentadoria e Pensão) e, principalmente, o atendimento universal ainda que limitado aos casos de urgência. (FINKELMAN, 2002, p. 237)⁹

Em 1953 é criado, pela Lei nº Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953, o Ministério da Saúde, vindo a ser em 16 de novembro de 1953 regulamentado pelo Decreto nº 34.596.

Outro fato relevante ocorre no ano de 1961 quando é regulamentado o Código Nacional de Saúde, Lei nº 2.312, de 3 de setembro de 1954, estabelecendo as Normas Gerais sobre Defesa e Proteção da Saúde. (BRASIL, 2004, p.27)

O Decreto nº 66.623, de 22 de maio de 1970, “Reorganizou administrativamente o Ministério da Saúde, criando a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), subordinada à Secretaria de Saúde Pública”. (BRASIL, 2004, p.28)

Porém, foi no ano de 1971 que teve início um dos pontos mais importantes quando se fala de políticas de Saúde Pública, com o início da distribuição gratuita de medicamentos, conforme relata a Fundação Nacional de Saúde (2004, p.28) “Criação da Central de Medicamentos (CEME) e início da organização do sistema de produção e distribuição de medicamentos essenciais, inclusive produtos imunobiológicos”.

O Decreto nº 76.307, de 24 de agosto de 1976, criou o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), criado com intuito de que os sistemas de saúde se

⁹ <http://books.scielo.org/id/sd/pdf/finkelman-9788575412848.pdf>

desenvolvessem de forma hierarquizada e descentralizada.

O Programa reconhecia que a complexidade nosológica de uma comunidade aumenta na medida em que cresce o seu grau de desenvolvimento. Essa circunstância recomenda que os serviços de saúde sejam organizados de forma hierarquizada, descentralizando - para unidades mais simples localizadas na periferia - as ações de saúde de maior frequência e de fácil aplicação, mas centralizando - em locais estratégicos - os recursos e serviços especializados ou de maior porte. (FINKELMAN, 2002, p. 244)

Para Finkelman (2002) a primeira metade da década de 1980 trouxe bastantes novidades no campo da saúde. Em 1980 foi criada a Comissão Interinstitucional de Planejamento (CIPLAN), a qual fixava os repasses federais dos Ministérios da Saúde e Previdência Social para financiar os serviços prestados pelas redes estaduais e municipais. Em 1982 foi instituído o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde, conhecido como CONASP, tal plano era uma forma de controlar os gastos com saúde e possibilitar a expansão da cobertura oferecida, integrando os sistemas públicos estaduais e federais, servindo assim de base para as novas políticas de saúde.

Em 1986 ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, onde foram instaladas as bases para criação do SUS.

Com a nova Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, a “Constituição Cidadã”, os direitos do povo no que tange às garantias fundamentais foram aumentados. No que se refere ao direito à Saúde Pública não foi diferente. Além de trazer em seu ordenamento uma Seção diretamente ligada ao assunto a referida Carta Magna versou sobre os princípios do SUS, sendo tal sistema o atual meio de promoção dos requisitos necessários à saúde no país.

O art. 194 da referida Constituição Federal trouxe o conceito de seguridade social – “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (CF, art. 194) – sendo assim uma das mais importantes novidades incorporadas à Carta Magna, por realizar uma transformação radical no sistema de saúde do Brasil.

Posteriormente em 1990, foram promulgadas leis que estabeleceram as diretrizes a serem tomadas e instituíram definitivamente as formas de atuação do SUS, sendo estas as leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde.

A Lei nº 8.080, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Esta lei é a responsável

por regular as ações e serviço de saúde executados em todo o território nacional. Em seu art. 4º a mencionada lei definiu o conceito do SUS.

A Lei 8.080/90 instituiu o Sistema Único de Saúde, constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. A iniciativa privada participa do Sistema Único de Saúde em caráter complementar. (BRASIL, 2003, p.25)

A atual Constituição traz, ainda, a possibilidade de a iniciativa privada participar do SUS de forma complementar, auxiliando nas políticas públicas de saúde.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. (BRASIL, 1988) ¹⁰

Para melhor compreensão do SUS, os princípios que o regem podem ser divididos em princípios éticos políticos e organizativos. Para Finkelman (2002) os princípios constitucionais da universalidade, equidade e integralidade da assistência, apontam a construção de um sistema de saúde que reverte a lógica do fornecimento de ações e serviços, reorientando a tendência hegemônica da assistência médico-hospitalar, predominante no modelo anterior, e substituindo-a por um modelo orientado para a prevenção na saúde. A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde afirma:

Hoje, compreende-se por princípios ético-políticos do SUS:

- a universalidade do acesso, compreendida como a garantia de acesso aos serviços de saúde para toda a população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- a integralidade da atenção, como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade do sistema;
- a equidade, que embasa a promoção da igualdade com base no reconhecimento das desigualdades que atingem grupos e indivíduos, e na implementação de ações estratégicas voltadas para sua superação; e
- a participação social, que estabelece o direito da população de participar das instâncias de gestão do SUS, por meio da gestão participativa, e dos conselhos de saúde, que são as instâncias de controle social. Essa participação social significa a corresponsabilidade entre Estado e sociedade civil na produção da saúde, ou seja, na formulação, na execução, no monitoramento e na avaliação das políticas e programas de saúde.

Os princípios organizativos do SUS são:

- a intersetorialidade, que prescreve o comprometimento dos diversos setores do Estado com a produção da saúde e o bem-estar da população;
- a descentralização político-administrativa, conforme a lógica de um sistema único,

que prevê, para cada esfera de governo, atribuições próprias e comando único;

- a hierarquização e a regionalização, que organizam a atenção à saúde segundo níveis de complexidade – básica, média e alta –, oferecidos por área de abrangência territorial e populacional, conhecidas como regiões de saúde; e
- a transversalidade, que estabelece a necessidade de coerência, complementaridade e reforço recíproco entre órgãos, políticas, programas e ações de saúde. (BRASIL, 2007, p.8)

Dado a descentralização do SUS, já mencionada anteriormente, para Finkelman (2002), o Ministério da Saúde fica como responsável pelas políticas aplicadas ao SUS, seu planejamento, controle, avaliação e autoria, além de coordenar a sua descentralização, cabe ainda ao Ministério da Saúde regular os serviços do setor privado, elaborando normas, critérios e valores para elaboração dos serviços. À Secretaria de Estado cabe planejar, programar e organizar os serviços regionalizados, cujo funcionamento deve acompanhar, controlar e avaliar. Por fim à Secretaria Municipal, além da gestão das ações são confiados o seu planejamento, organização, controle e avaliação, além de também exercer o poder na celebração de convênios e na fiscalização das atividades da iniciativa privada.

Visto todos estes pontos hora abordados verifica-se que a função do SUS é garantir o acesso à saúde a toda população, independente da pessoa pagar ou não a previdência social, cumprindo assim o princípio da universalidade de seu atendimento. Cabe, ainda, ao SUS a participação na formulação da política de saneamento, e formação de recursos humanos na área da saúde, a vigilância sobre orientação nutricional e alimentar, a execução de ações de vigilância sanitária, epidemiológica, de saúde do trabalhador e de assistência terapêutica integral, inclusive de farmacêutica. Tudo em conformidade com o que prevê os artigos. 5º e 6º da Lei nº 8.080/90.

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS: I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei; III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS): I - a execução de ações: a) de vigilância sanitária; b) de vigilância epidemiológica; c) de saúde do trabalhador; e d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica; II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico; III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde; IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar; V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho; VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção; VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde; VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano; IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e

utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico; XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados. (BRASIL, 1990)

11

Encerra-se, assim, este o presente capítulo que versou sobre as evoluções das políticas de saúde nas Constituições brasileiras e apontou os principais pontos abordados sobre o tema em cada uma das Constituições trazendo um breve contexto histórico sobre o período de edição de cada Carta Magna. Tratou, ainda, do histórico da saúde pública no Brasil, apontando os principais fatos políticos que ocorreram até o surgimento do atual Sistema Único de Saúde.

Porém, com a evolução histórica ocorrida até o surgimento do SUS não se encerram os avanços na área da saúde pública no Brasil. A mais nova modificação que se apresenta na área da saúde refere-se à obtenção de tratamentos e medicamentos pela esfera judicial, fenômeno este que se tem denominado judicialização da saúde.

Tal fenômeno tem tomado tão grande proporção que o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), tem tomado várias providências no intuito de padronizar as decisões tomadas pelo judiciário nas ações referentes à obtenção de tratamentos pela via judicial.

Assim, faz-se necessário abordar o posicionamento do CNJ frente a estas demandas além de demonstrar qual vem sendo as orientações que o referido Conselho tem apresentado aos magistrados no intuito de que as decisões sejam as mais corretas e justas para ambas as partes das relações processuais, sendo este será o ponto abordado no próximo capítulo do presente trabalho.

3 NOVA TEMÁTICA DA SAÚDE NO BRASIL: Audiência pública e o posicionamento do Conselho Nacional de Justiça

Conforme apresentado no capítulo anterior a saúde pública no Brasil passou por diversas modificações ao longo de sua história. Atualmente está em foco, quando se fala em saúde, a busca judicial por tratamentos na esfera pública a maior parte das ações são iniciadas quando existe alguma divergência entre Estado e particular, devido à necessidade de algum tipo de tratamento, já na esfera privada as ações em sua maioria iniciam-se quando da ocorrência de atritos entre consumidores e planos de saúde. Destes conflitos advém um grande número de ações que a doutrina generalizou chamar de judicialização da saúde.

Porém o que vem a ser judicialização?

Judicialização significa que questões relevantes do ponto de vista político, social ou moral estão sendo decididas, em caráter final, pelo Poder Judiciário. Trata-se, como intuitivo, de uma transferência de poder para as instituições judiciais, em detrimento das instâncias políticas tradicionais, que são o Legislativo e o Executivo. Essa expansão da jurisdição e do discurso jurídico constitui uma mudança drástica no modo de se pensar e de se praticar o direito no mundo romano-germânico.[...] (BARROSO, 2011 *apud* NOBRE, 2011, p. 356)

Neste sentido judicializar seria uma forma de transferência para o judiciário de questões relativas à cidadania que deveriam ser tratadas pelo legislativo ou executivo.

Mais especificamente, porém, emprega-se judicialização para designar a notória generalização social do uso do vocábulo jurídico nas democracias modernas, nas quais passou a ser comum, no dia a dia das relações sociais, e fora do contexto jurídico, judicial ou não [...]. Em amplitude semelhante, o termo judicialização é usado para referir a, cada vez mais comum, ampliação dos métodos ou modelos judiciais de solução de controvérsias para resolver questões empresariais ou não, em ambiente extrajudicial, e, inclusive, no âmbito administrativo por autoridades independentes cujas decisões vinculam o próprio Estado, conforme ocorre, no nosso país, no exercício das atividades de controle e de fiscalização das agências reguladoras. Usa-se também judicialização para designar a notória prevalência que nas décadas do século passado e nesta primeira, em vias de encerramento, do atual, o Judiciário vem ganhando na solução dos mais diversos problemas que, direta ou indiretamente, dizem respeito aos direitos fundamentais, inclusive àquelas decorrentes do desenvolvimento e da concretização de políticas públicas que objetivam assegurar a amplitude desses direitos. (NOBRE, 2011, p. 357)

Após este primeiro entendimento sobre o que vem a ser judicialização é possível apresentar um novo conceito, a judicialização da saúde. Termo utilizado para designar a

busca, via esfera judicial, de direitos garantidos na Constituição Federal aos cidadãos brasileiros.

Vários artigos e teses sobre o referido tema vêm sendo apresentados tendo por base o grande número de ações que tramitam pela justiça, estadual ou federal, em todo o território brasileiro. No ano de 2009 o primeiro passo dado pelo Supremo Tribunal Federal, no intuito de padronizar as medidas adotadas quando de frente a ações referentes à saúde, foi a realização da Audiência Pública nº 4. Desta audiência advieram muitas novidades, dentre elas, estudo realizado pelo Conselho Nacional de Justiça e disponibilizado sob a denominação “Justiça em números”, o qual demonstra que no Brasil tramitam pelo judiciário, tendo por base dados inseridos entre junho 2010 e março de 2011, cerca de 240 mil processos, sendo aproximadamente 114 mil apenas no Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, São Paulo, com aproximadamente 44 mil é segundo estado com maior número de ações, seguido pelos Tribunais do Rio de Janeiro, com aproximadamente 25 mil ações e pelos Tribunais do Ceará e de Minas Gerais com aproximadamente 8 mil ações tramitando em cada um deles.

TABELA 1 – Justiça em números

<u>NOME</u>	<u>QUANTIDADE DE PROCESSOS INFORMADA</u>	<u>ESFERA</u>	<u>Data da inserção dos dados</u>
Tribunal de Justiça do Acre	7	ESTADUAL	30.08.2010
Tribunal de Justiça de Alagoas	145	ESTADUAL	04.02.2010
Tribunal e Justiça do Amazonas		ESTADUAL	
Tribunal de Justiça do Amapá	76	ESTADUAL	31.08.2010
Tribunal de Justiça da Bahia	781	ESTADUAL	30.08.2010
Tribunal de Justiça do Ceará	8.344	ESTADUAL	04.03.2011
Tribunal de Justiça do Distrito Federal	1.914	ESTADUAL	31.08.2010
Tribunal de Justiça do Espírito Santo	5.181	ESTADUAL	07.07.2010
Tribunal de justiça de Goiás	309	ESTADUAL	06.09.2010
Tribunal de Justiça do Maranhão	66	ESTADUAL	03.09.2010
Tribunal de Justiça de Minas Gerais	7.915	ESTADUAL	01.09.2010
Tribunal de Justiça do Mato Grosso do Sul	357	ESTADUAL	21.02.2011
Tribunal de Justiça do Mato Grosso	2.919	ESTADUAL	29.07.2010
Tribunal de Justiça do Pará	19	ESTADUAL	31.08.2010
Tribunal de Justiça da Paraíba		ESTADUAL	
Tribunal de Justiça do Paraná	2.609	ESTADUAL	30.07.2010
Tribunal de Justiça de Pernambuco		ESTADUAL	
Tribunal de Justiça do Piauí	153	ESTADUAL	18.02.2011
Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro	25.234	ESTADUAL	06.09.2010
Tribunal de Justiça do Rio Grande do Norte	452	ESTADUAL	31.08.2010
Tribunal de Justiça de Rondônia	595	ESTADUAL	02.08.2010
Tribunal de Justiça de Roraima	64	ESTADUAL	01.03.2011
Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul	113.953	ESTADUAL	28.01.2010
Tribunal de Justiça de Santa Catarina	5.395	ESTADUAL	03.02.2011
Tribunal de Justiça de São Paulo	44.690	ESTADUAL	30.8.2010
Tribunal de Justiça de Sergipe	189	ESTADUAL	21.03.2011
Tribunal de Justiça de Tocantins	56	ESTADUAL	04.02.2010
Tribunal Regional Federal 1ª Região	203	FEDERAL	31.08.2010
Tribunal Regional Federal 2ª Região	6.486	FEDERAL	31.08.2010
Tribunal Regional Federal 3ª Região	4.705	FEDERAL	30.08.2010
Tribunal Regional Federal 4ª Região	8.152	FEDERAL	30.08.2010
Tribunal Regional Federal 5ª Região	11	FEDERAL	30.06.2010
Total	240.980		

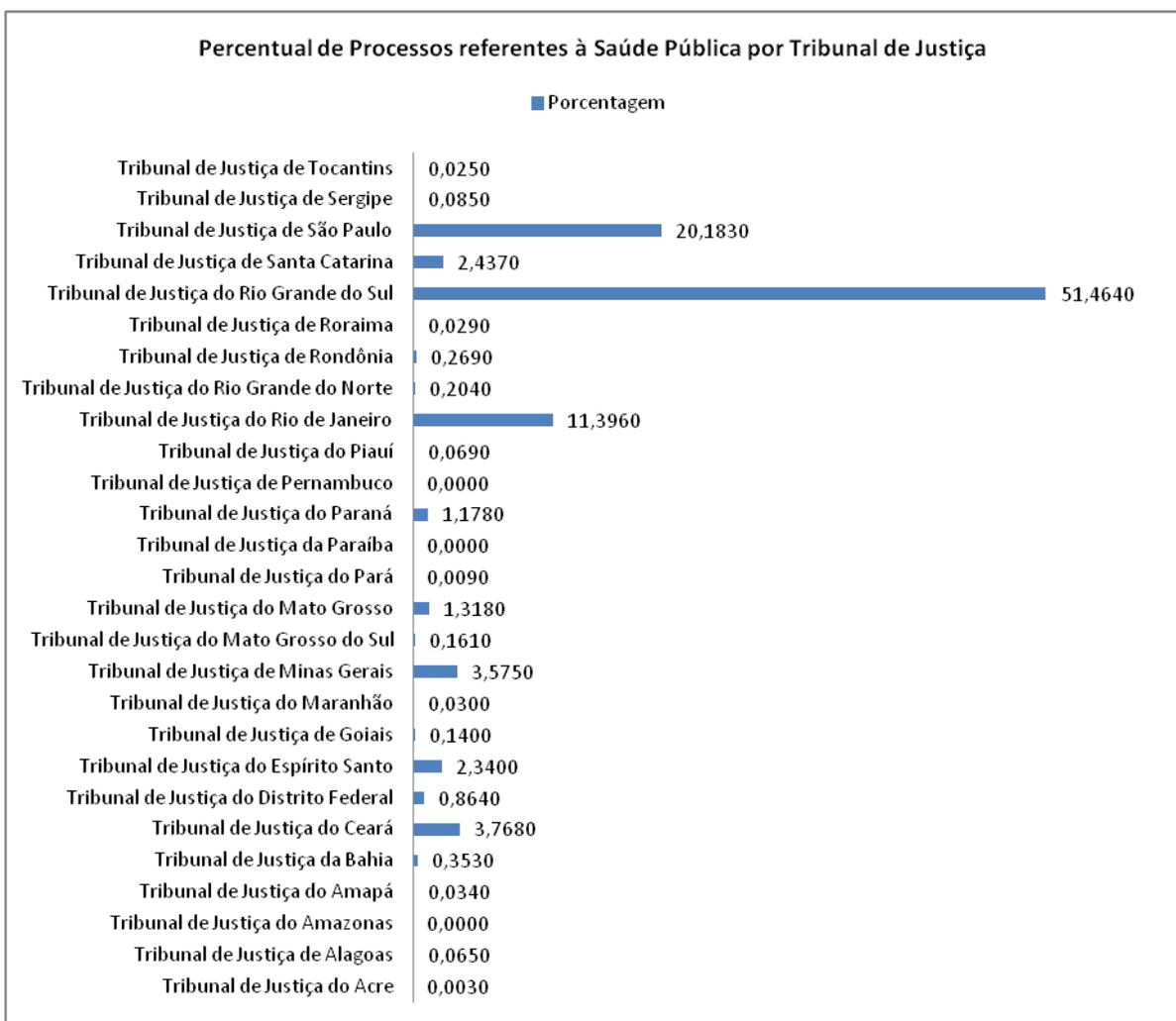
Fonte: Conselho Nacional de Justiça, 2011 ¹²

Tal estudo não apresentou dados de todos os Estados da Federação, pois, no relatório atualizado da Resolução nº 107, de 06 de abril de 2010, não foram inseridos os dados dos Tribunais de Justiça de Amazonas, Paraíba e Pernambuco.

Levando em consideração o estudo apresentado pelo CNJ (2011) foram elaborados gráficos os quais apresentam em forma percentual o número de ações que tramitam nos estados, objetivando facilitar a visualização de como estão distribuídos pelo território nacional as demandas referentes à saúde pública.

O primeiro gráfico demonstra as demandas por Tribunal de Justiça, nele é possível observar que apenas os Tribunais de Justiça de São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul representam mais de 80% do número total de casos.

Gráfico 1 - Valores percentuais de processos envolvendo saúde nos Tribunais de Justiça



Fonte: O autor

Já na esfera federal (gráfico 2) visualiza-se o número de processos em tramitação nos Tribunais Regionais Federais, estes Tribunais equivalem à segunda instância da Justiça Federal e tem sua competência estabelecida pelo art. 108 da Constituição Federal brasileira, vale salientar que cada Região é composta por seções judiciárias.

A 1ª Região, com sede em Brasília, é composta pelas seções judiciárias do Acre, Amapá, Amazonas, Bahia, Distrito Federal, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso, Pará, Piauí, Rondônia, Roraima e Tocantins.

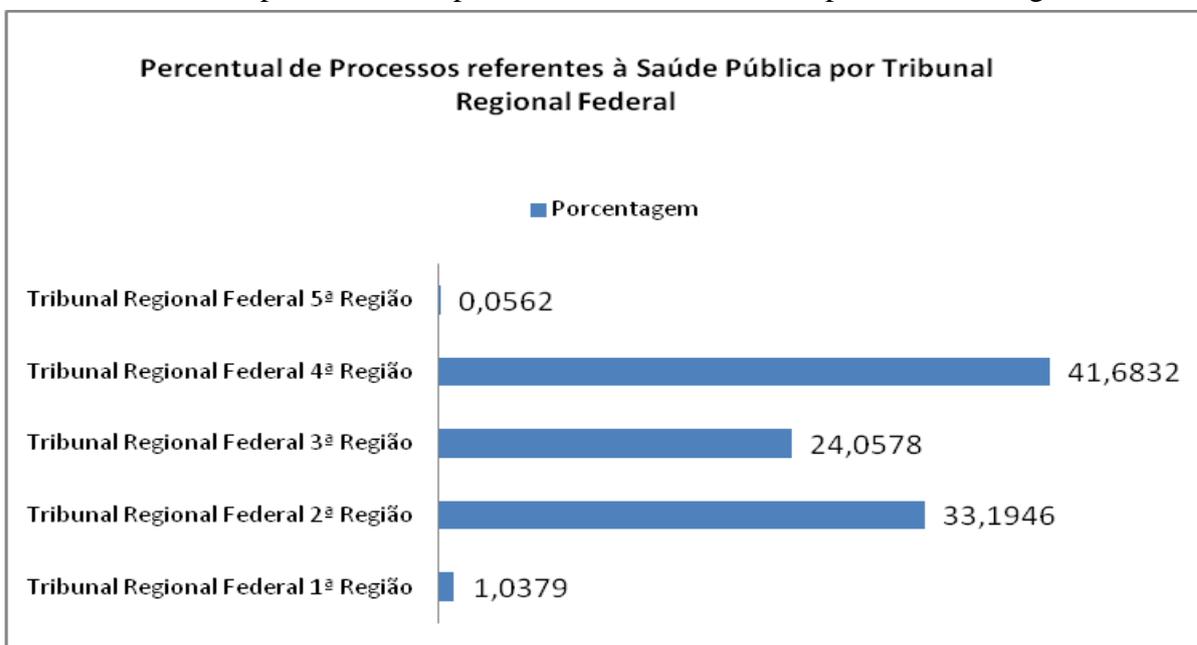
A 2ª Região, com sede no Rio de Janeiro, compreende as seções judiciárias do Rio de Janeiro e Espírito Santo.

A 3ª Região, com sede em São Paulo, é composta pelas seções judiciárias de São Paulo e Mato Grosso do Sul.

A 4ª Região, sediada em Porto Alegre, compreende as seções judiciárias Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

Por fim, a 5ª Região, com sede em Recife, é composta pelas seções judiciárias de Alagoas, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Sergipe.

Gráfico 2 - Valores percentuais de processos envolvendo saúde por Tribunal Regional Federal



Fonte: O autor

É perceptível que aproximadamente 99% das ações foram impetradas nos Tribunais da 2ª, 3ª e 4ª Regiões, as quais têm como sede as capitais dos estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Rio Grande do Sul, os mesmos estados que apresentam os maiores índices de ações

impetradas em seus Tribunais de Justiça respectivos.

Foi devido ao elevado número de ações apresentado na Tabela I, bem como o forte impacto destes dispêndios sobre o orçamento público que o Supremo Tribunal Federal (STF), por meio da Audiência Pública nº 4, e o CNJ, através da Resolução nº 107, estão trabalhando no intuito de padronizar as respostas apresentadas pelos magistrados nas demandas que envolvam a prestação de saúde, vislumbrando com isto uma justiça mais eficaz, na qual o direito individual de pleitear por tratamentos não influencie toda a sociedade, pois é esta quem arca com os tratamentos que por vezes são solicitados.

3.1 Audiência Pública nº 4

Em 05 de março de 2009, considerando os diversos pedidos de suspensão de segurança, suspensão de liminar e suspensão de tutela antecipada em curso no STF, que objetivam suspender medidas cautelares que determinam o fornecimento de prestações de saúde, foi convocada pelo Presidente do STF, Ministro Gilmar Mendes, a Audiência Pública nº 4, nos termos do art. 13, inciso XVII, do Regimento Interno do STF. Nesta Audiência foram ouvidos 50 especialistas, entre advogados, defensores públicos, promotores de justiça, magistrados, professores, médicos, técnicos de saúde, gestores e usuários do SUS. Os debates que advieram desta convocação ocorreram nos dias 27, 28 e 29 de abril, e 4, 6 e 7 de maio de 2009.

Na Audiência Pública foram discutidos, por pessoas com experiência e autoridade em matéria de saúde, os seguintes pontos:

- a) Responsabilidade dos entes da federação em matéria de direito à saúde; b) Obrigação do Estado de fornecer prestação de saúde prescrita por médico não pertencente ao quadro do SUS ou sem que o pedido tenha sido feito previamente à Administração Pública; c) Obrigação do Estado de custear prestações de saúde não abrangidas pelas políticas públicas existentes; d) Obrigação do Estado de disponibilizar medicamentos ou tratamentos experimentais não registrados na ANVISA ou não aconselhados pelos Protocolos Clínicos do SUS; e) Obrigação do Estado de fornecer medicamento não lícitado e não previsto nas listas do SUS; f) Fraudes ao Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2009)¹³

O primeiro dia de debates foi destinado a tratar do acesso às prestações de saúde no Brasil e os desafios do poder judiciário. Nele estiveram presentes: Ministro Gilmar Mendes,

¹³

www.stf.jus.br/portal/cms/verTexto.asp?servico=processoAudienciaPublicaSaude

Presidente do STF; Antônio Fernando Barros e Silva de Souza, Procurador-Geral da República; Ministro José Antônio Dias Toffoli, Advogado-Geral da União; Leonardo Lorea Mattar, Defensor Público-Geral da União em exercício; Alberto Beltrame, Secretário de Atenção da Saúde do Ministério da Saúde; Flávio Pansiere, representante do Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil; Marcos Salles, representante da Associação dos Magistrados Brasileiros - AMB; Ingo W. Sarlet, Professor Titular da PUC/RS e Juiz de Direito; e Ministro Carlos Alberto Menezes Direito, Ministro do Supremo Tribunal Federal.

Após o período de apresentações os palestrantes deste primeiro dia de debates tiveram a oportunidade de discutir sobre o papel do poder judiciário na efetivação do direito à saúde, sendo reconhecida, pela maioria dos palestrantes, a importância e legitimidade de se propor ações no judiciário nas demandas individuais. Para Antônio Fernando Barros e Silva de Souza, Procurador-Geral da República, sempre que o Estado negue a prestação pedida cabe ao judiciário garanti-lo ao cidadão.

O que se deseja é destacar a imprescindibilidade do Poder Judiciário para efetivação do direito à saúde nos casos concretos, diante da reiterada omissão do Estado no seu dever de garanti-lo. Quem bate às portas do Judiciário para obter determinado medicamento ou tratamento o faz porque o Estado nega-lhe tal prestação. (SOUZA, 2009) ¹⁴

Discutiu-se, ainda, segundo Valle e Camargo (2010, p. 18)

[...] a responsabilidade dos entes federados; o dever de o poder público custear prestações de saúde não abrangidas nas políticas públicas existentes; a questão do bloqueio de verbas públicas decorrente de decisão judicial; a pertinência, em matéria de saúde, do princípio da reserva do possível; e o condicionamento do acesso ao Poder Judiciário à submissão prévia do interessado à instância administrativa, não sendo possível, nesses pontos, identificar posições majoritárias. Por fim, houve abordagens isoladas sobre as questões do fornecimento de medicamentos sem registro no Brasil, dos serviços médicos experimentais e do aperfeiçoamento das políticas públicas do setor.¹⁵

O segundo dia tratou sobre as questões relativas à responsabilidade dos entes da Federação e ao financiamento do SUS. Fizeram-se presentes: Ministro Gilmar Mendes; Francisco Batista Júnior, Presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS) Antônio Carlos Figueiredo Nardi, Presidente do Conselho Nacional das secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); Edelberto Luiz da Silva, Consultor Jurídico do Ministério da Saúde; Agnaldo

¹⁴ www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/Dr._Antonio_Fernando_Barros_e_Silva_de_Souza___ProcuradorGeral_da_Republica_.pdf

¹⁵ www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-41792011000100002&lng=pt&nrm=iso

Gomes da Costa, Secretário de Estado da Saúde do Amazonas; Rodrigo Tostes de Alencar Mascarenhas, Subprocurador-Geral do Estado do Rio de Janeiro; José Antônio Rosa, representante do Fórum Nacional dos Procuradores-Gerais das Capitais Brasileiras; Maria Helena Barros de Oliveira, representante da FIOCRUZ; e André da Silva Ordacgy, Defensor Público Chefe da União Substituto. Neste segundo dia os depoimentos apontaram para a sobrecarga dos serviços de saúde e a necessidade de maiores investimentos, trazendo à tona as dificuldades enfrentadas pelos gestores municipais e estaduais em arcarem com as demandas.

Outro ponto importante deste segundo dia foi a solicitação de cuidado por parte dos magistrados quando no exame das ações que lhe são submetidas, não deferindo qualquer pedido de fornecimento de medicamentos ou tratamentos sem que realize um estudo prévio sobre a real necessidade.

Nesse sentido relatou o Defensor Público Chefe da União Substituto, André Ordacgy, exemplificando o que vem ocorrendo na Justiça Federal do Rio de Janeiro.

[...] o Judiciário até tem se portado com grande prudência nas tutelas de saúde, como regra geral. Não estou querendo dizer que não existam exceções, mas como o próprio nome já diz: são exceções. Como regra geral - e aí posso citar o exemplo da Justiça Federal no Rio de Janeiro -, para a Defensoria Pública da União, agora, ajuizar uma ação de medicamentos precisa juntar o laudo médico, e nesse laudo médico, além da descrição da doença e do remédio que o médico está indicando, é necessário que indique também o princípio ativo daquele medicamento, para que haja possibilidade de fornecimento de um medicamento genérico ou um mais em conta. É preciso que o próprio jurisdicionado, através da Defensoria Pública, apresente três orçamentos de remédios. Então, existe todo um cuidado na concessão das tutelas de saúde, hoje, pelo Poder Judiciário. Obviamente – volto a frisar -, alguns excessos podem acontecer, mas isso não inviabiliza a sistemática de fornecimento de medicamentos via judicial. (ORDACGY, 2009) ¹⁶

No terceiro dia de Audiências fizeram uso da palavra: Ministro Gilmar Mendes; Adib Domingos Jatene, Ex-Ministro da Saúde e Diretor-Geral do Hospital do Coração em São Paulo; Osmar Gasparini Terra, Presidente do Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS); Cláudia Fernanda de Oliveira Pereira, Procuradora-Geral do Ministério Público de Contas do Distrito Federal, e Cátia Gisele Martins Vergara, Promotora de Justiça do Ministério Público do Distrito Federal, representantes da Associação Nacional do Ministério Público de Contas; Vitore Maximiano, Defensor Público do Estado de São Paulo; Jairo Bisol, Presidente da Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde; Paulo Ziulkoski, Presidente da Confederação Nacional dos Municípios; Ana Beatriz Pinto de

16

Almeida Vasconcellos, Gerente de Projeto da Coordenação Geral da Política de Alimentos e Nutrição do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde; Cleusa da Silveira Bernardo, Diretora do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas do Ministério da Saúde; e Alexandre Sampaio Zakir, representante da Secretaria de Segurança Pública do Governo de São Paulo. Eles versaram sobre a gestão do SUS, legislação vigente e universalidade do sistema.

Em conformidade com Valle e Camargo (2010, p. 19), deste dia de debates pode-se extrair o seguinte:

[...] para aprimoramento das políticas públicas de saúde; a ilegitimidade de se buscar, judicialmente, produtos de estudos experimentais ou sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); a necessidade de haver, anteriormente ao ajuizamento da demanda, prévia recusa da autoridade administrativa em atender ao pleito; a baixa aceitação, por parte do Poder Judiciário, de demandas coletivas na área da saúde, bem como a importância das ações civis públicas; a necessidade de maior diálogo entre os órgãos públicos, tendo havido exposição da parceria existente entre a Defensoria Pública do Estado de São Paulo e a Secretaria de Saúde do mesmo Estado para obtenção de soluções na esfera administrativa, que levou à redução drástica, na capital paulista, da judicialização em matéria de saúde. Outrossim, foram abordadas as questões da necessidade de escolha do medicamento de menor custo, quando houver mais de um com o mesmo efeito; da necessidade de edição de leis em matéria de saúde, para definição de obrigações, competências e responsabilidades; da gratuidade dos serviços de saúde; do excesso de atos normativos de natureza administrativa em matéria de saúde; da reforma do pacto federativo, no tocante à forma de financiamento do sistema, tendo em vista as carências financeiras dos municípios; da ilegitimidade de indicação médica por marca do produto, por conta da diferença de preço entre as diferentes marcas; da impossibilidade de o sistema público custear tratamento envolvendo encaminhamento para o exterior; e das fraudes envolvendo o fornecimento de medicamentos por força de determinação judicial.¹⁷

No quarto dia a Audiência tratou do registro de medicamentos na ANVISA, protocolos e diretrizes terapêuticas do SUS, nele estavam presentes: Ministro Gilmar Mendes Dirceu Raposo de Mello, Diretor-Presidente da ANVISA; Geraldo Guedes, Representante do Conselho Federal de Medicina; Luiz Alberto Simões Volpe, Fundador do Grupo Hipupiara Integração e Vida; Paulo Marcelo Gehm Hoff, representante da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo e da Faculdade de Medicina da USP; Paulo Dornelles Picon, representante da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e do Hospital de Clínicas de Porto Alegre; Claudio Maierovitch Pessanha Henrique, Coordenador da Comissão de Incorporação de tecnologia do Ministério da Saúde; Janaína Barbier Gonçalves, Procuradora do Estado do Rio Grande do Sul; Sueli Gandolfi Dallari,

¹⁷ www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-41792011000100002&lng=pt&nrm=iso

representante do Centro de Estudos e Pesquisa de Direito Sanitário; e Leonardo Bandarra, Presidente do Conselho Nacional dos Procuradores-Gerais de Justiça do Ministério Público dos Estados e da União.

Este dia de debates trouxe um ponto de controvérsia, em conformidade com Valle e Camargo (2010), para os representantes de órgãos governamentais o fornecimento de medicamentos, mesmo que pela esfera judicial, dependeria de um registro prévio na ANVISA, mas para os representantes de médicos e cidadãos tal registro poderia ser dispensado, quando analisado o caso concreto.

Já em seu quinto dia foi abordado o tema políticas públicas de saúde e a integralidade do sistema, nele palestraram o Ministro Gilmar Mendes; Maria Inês Pordeus Gadelha, Consultora da Coordenação-Geral de Alta Complexidade do Departamento de Atenção Especializada do Ministério da Saúde; Jorge André de Carvalho Mendonça, Juiz da 5ª Vara Federal de Recife; Luís Roberto Barroso, representante do Colégio Nacional de Procuradores dos Estados e do Distrito Federal e Territórios; Valderilio Feijó Azevedo, representante da Associação Brasileira de Grupos de Pacientes Reumáticos; Heloisa Machado de Almeida, representante da ONG Conectas Direitos Humanos; Paulo Menezes, Presidente da Associação Brasileira de Amigos e Familiares de Portadores de Hipertensão Arterial Pulmonar; e Raul Cutait, Professor Associado da Faculdade de Medicina da USP, Médico Assistente do Hospital Sírio Libanês, Ex-Secretário de Saúde do Município de São Paulo.

De acordo com Valle e Camargo (2010), discutiu-se neste dia a necessidade de se valer do equilíbrio quando da intervenção judicial, velando pela observância do mínimo existencial, evitando tratamentos sem comprovação de eficácia e dando prioridade a tratamentos e medicamentos produzidos no Brasil, diminuindo assim os custos. Assim de acordo com Barroso (2009 *apud* VALE, 2010, p. 20) se o medicamento ou procedimento está incluído na política pública de saúde e, de forma indevida, não é fornecido, há direito subjetivo inquestionável, passível de exigibilidade judicial, mas quando o medicamento ou procedimento não está incluído na política pública de saúde, o debate judicial deve ocorrer prioritariamente.

Por fim, o sexto dia de audiência versou sobre a assistência Farmacêutica do SUS, e participaram como palestrantes Ministro Carlos Alberto Menezes; Josué Félix de Araújo, Presidente da Associação Brasileira de Mucopolissacaridoses; Sérgio Henrique Sampaio, Presidente da Associação Brasileira de Assistência à Mucoviscidose; José Getulio Martins Segalla, Presidente da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica; José Aristodemo Pinotti, Professor Titular Emérito da USP e Unicamp, Ex-Reitor da Unicamp e Ex-Secretário de

Saúde do Estado de São Paulo; Reinaldo Felipe Nery Guimarães, Secretário de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde; Antonio Barbosa da Silva, representante do Instituto de Defesa dos Usuários de Medicamentos; Ministro Carlos Alberto Menezes Direito; Ciro Mortella, Presidente da Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica; Débora Diniz, Fundadora do Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero – ANIS; e Ministro José Gomes Temporão, Ministro de Estado da Saúde.

Seguindo entendimento de Valle e Camargo (2010), as organizações não governamentais foram quase unânimes ao salientar que a lista de medicamentos do SUS encontra-se ultrapassada, a fala do Presidente da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica demonstra bem essa realidade.

[...] informamos que a Tabela de Procedimentos do SUS para Oncologia atualmente em vigor é a mesma desde 1998, sem atualizações periódicas ou acréscimos de novos procedimentos, inclusive com os mesmos valores da época, apesar de a inflação do período ser próxima de 80% (oitenta por cento) e o custo para implantação e manutenção de um serviço de terapia antineoplásica ser três vezes maior, por mudanças nas exigências da ANVISA e acréscimos de complexidade dos serviços de terapia antineoplásica. Portanto, senhores, quando um gestor informar que o prestador deve fornecer qualquer medicamento que indicar, pois o mesmo está incluído na “intenção de tratamento”, na prática, isto quer dizer que, se o prestador quiser fornecer um medicamento que custa R\$6.000,00 (seis mil reais) ao mês, ele pode. Basta apresentar para a cobrança do SUS um código de intenção de tratamento que paga R\$350,00 (trezentos e cinquenta reais). Convenhamos que isso é impossível de ocorrer. [...] Ministro Menezes Direito, enquanto os governantes não demonstrarem intenção de corrigir o subfinanciamento, de corrigir as tabelas e processos de provação e incorporação de novas tecnologias, inclusive fomentando pesquisas clínicas para o SUS, o povo brasileiro continuará contando com a Justiça para fazer valer o seu direito de acesso à saúde. (SEGALLA, 2009) ¹⁸

Levando-se em consideração todos os debates que ocorreram durante estes seis dias de Audiência Pública, o Presidente do Conselho Nacional de Justiça editou, em 30 de março de 2010, a recomendação nº 31 que sugere aos Tribunais a adoção de medidas visando melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo assistência à saúde. Esta recomendação estabeleceu várias recomendações aos Tribunais de Justiça dos Estados e aos Tribunais Regionais Federais, a fim de que estes Tribunais orientem seus magistrados na busca por maior padronização nas sentenças, a fim de evitar decisões que caminhem para fora da realidade dos fatos.

Desta recomendação adveio a Resolução nº 107 do CNJ, a qual instituiu o Fórum Nacional do Judiciário, porém este será o ponto abordado no próximo item.

3.2 Resolução N° 107, Instituição do Fórum Nacional do Judiciário

O Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde, instituído pela Resolução n° 107, teve sua instalação em 3 de agosto do mesmo ano de publicação da resolução, tendo, já em novembro de 2010, ocorrido o em São Paulo o I Encontro do Fórum Nacional de Saúde.

De acordo com texto da já citada resolução, em seu art. 2°, é de responsabilidade do Fórum Nacional “[...] monitorar as ações judiciais relativas ao SUS, a proposição de medidas concretas e normativas voltadas à otimização de rotinas processuais e preservação de conflitos judiciais, bem como ao estudo e outras medidas consideradas pertinentes [...]” (SILVA, 2011, p. 406).

Art. 2° Caberá ao Fórum Nacional: I – o monitoramento das ações judiciais que envolvam prestações de assistência à saúde, como o fornecimento de medicamentos, produtos ou insumos em geral, tratamentos e disponibilização de leitos hospitalares; II – o monitoramento das ações judiciais relativas ao Sistema Único de Saúde; III – a proposição de medidas concretas e normativas voltadas à otimização de rotinas processuais, à organização e estruturação de unidades judiciárias especializadas; IV – a proposição de medidas concretas e normativas voltadas à prevenção de conflitos judiciais e à definição de estratégias nas questões de direito sanitário; V – o estudo e a proposição de outras medidas consideradas pertinentes ao cumprimento do objetivo do Fórum Nacional (BRASIL, 2010) ¹⁹

Para o cumprimento das premissas atribuídas ao Fórum Nacional o CNJ tem firmado acordos de cooperação com órgãos de entidades públicas e privadas para melhor cumprir sua atribuição de julgar os casos que lhe são apresentados.

[...] de fundamental importância para a sistemática estruturada pelo CNJ em relação às atividades do Fórum Nacional e seus objetivos, refere-se à instituição de Comitês Executivos nos Estados, cujos embriões foram organizados no I Encontro do Fórum em novembro de 2010 e que, até o momento já somam 22 estruturados e constituídos (Acre, Alagoas, Amazonas, Amapá, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso, Pará, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Sergipe, São Paulo e Tocantins). Esses Comitês devidamente instalados, nos dias 02 e 03 de junho de 2011 em Brasília, participaram da primeira Reunião Nacional dos Comitês Estaduais do Fórum do Judiciário para a saúde, momento precursor no qual foram estabelecidos nortes para se enfrentar a crescente judicialização das demandas na saúde, onde também foram partilhadas as práticas exitosas, já consolidadas em alguns Estados, bem como estabelecidas metas e cronogramas com o objetivo de se buscar cada vez mais uma ação uniforme nas atividades desenvolvidas pelos Comitês, e ainda a celebração de parcerias com órgãos e entidades públicas para a

¹⁹ www.cnj.jus.br/atos-administrativos/atos-da-presidencia/323-resolucoes/12225-resolucao-no-107-de-06-de-abril-de-2010

formação de um banco de dados que venha a subsidiar as decisões judiciais. (SILVA, 2011, p. 406)

O texto do artigo 5º da Resolução nº 107 descrito a seguir regula tal necessidade.

Art. 5º Para dotar o Fórum Nacional dos meios necessários ao fiel desempenho de suas atribuições, o Conselho Nacional de Justiça poderá firmar termos de acordos de cooperação técnicas ou convênios com órgãos e entidades públicas e privadas, cuja atuação institucional esteja voltada à busca de solução dos conflitos já mencionados precedentemente. (BRASIL, 2010)²⁰

Estes Comitês Estaduais são constituídos por um magistrado federal, um magistrado estadual, membro do Ministério Público (MP), da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), Defensoria Pública, Gestor da área de saúde e um especialista na área. Pondera-se ainda dentro do Comitê executivo Nacional a possibilidade de completar-se dentro dos Estados estes Comitês, levando-se em consideração as particularidades estaduais, porém tal possibilidade deve ser estudada analisando-se caso a caso.

Estados como Rio de Janeiro e São Paulo já adotam as premissas ditadas por estes Comitês. Quando se faz necessário tomar decisão sobre a concessão ou não de uma liminar o magistrado pode consultar um grupo de especialistas médicos, visando aumentar a taxa de sucesso do judiciário, evitando-se assim equívocos muitas vezes irreparáveis.

Está nas manchetes recentes o trabalho realizado pelo Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, que organizou um grupo de médicos que pode ser consultado pelo Judiciário, quando se fizer necessário, para que juízes possam decidir se concedem ou não uma liminar. Esse tipo de prática já existe no Estado de São Paulo, podendo citar aqui o caso da cidade de Ribeirão Preto, que conta com esse tipo de assessoria de médicos especialistas, cujo propósito básico é fortalecer as decisões judiciais, algo muito elementar e necessário, pois além de aumentar a taxa de sucesso do Judiciário, permite que se faça justiça com muito mais propriedade e segurança. (AQUINO, 2011, p. 59)

Eudes de Freitas Aquino¹, Presidente de uma Cooperativa Médica, relata de forma bastante adequada o ponto de vista de um profissional da saúde frente a demandas que por muitas vezes podem não ter a urgência necessária para que seja concedida uma liminar pelo poder judiciário, porém se vê obrigado a cumprir o que lhe foi determinado pela autoridade

²⁰ www.cnj.jus.br/atos-administrativos/atos-da-presidencia/323-resolucoes/12225-resolucao-no-107-de-06-de-abril-de-2010

¹ Presidente da Unimed do Brasil – Confederação Nacional das Cooperativas Médicas e Vice-Presidente da Organização Internacional das Cooperativas de Saúde (IHCO). Diretor da Organização das Cooperativas do Estado de São Paulo (OCESP). Mestre e Doutor em Clínica Médica (Nefrologia) pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/SP. Possui Pós-Graduação em Gestão Empresarial Avançada em Saúde e MBA em Gestão de Serviços de Saúde, ambos pela Fundação Armando Álvares Penteado (FAAP), em São Paulo.

competente.

É notório que nós, médicos, não temos autoridade (tampouco devemos) para discordar de uma decisão judicial. No entanto, temos ciência, dentro da ótica médica e sob a luz da medicina, de que, algumas vezes, ocorrem decisões inconsistentes, que nos parecem terem sido tomadas pela premência do tipo de instrumento jurídico, em caráter liminar e assim por diante. Há, por outro lado, situações em que o desfecho, após ter sido julgado por todas as instâncias, ser favorável à Unimed. No entanto, nesses casos, as Cooperativas não obtêm o ressarcimento daquilo que implicou aquela decisão primeira. (AQUINO, 2011, p. 57)

A importância dos Comitês como auxiliares dos magistrados quando da tomada de decisões referentes à saúde é evidente. Pois os juízes não possuem formação especializada para diferenciar características particulares de cada tipo de necessidades que lhes são apresentadas via ações judiciais.

Todas estas inovações, provenientes da Resolução nº 107 tem se apresentado de suma importância, pois servem de base de sustentação dos alicerces de um país mais justo. Os magistrados quando auxiliados por pessoas de reconhecido saber da área médica podem dispor de mais tempo para analisar questão que tratam dos demais temas do mundo jurídico.

Estas mudanças, instituídas pelas recomendações e resoluções ora apresentadas, já servem de parâmetro para a formação da jurisprudência nos tribunais do Brasil.

No próximo capítulo deste trabalho será abordada a jurisprudência sobre o tema, a competência constitucional para tratar desta matéria, além trazer à tona a proposta de súmula vinculante, em tramite, para tratar de processos referentes à saúde pública.

4 COMPETÊNCIA, JURISPRUDÊNCIA E PROPOSTA DE SÚMULA VINCULANTE

4.1 Competência Constitucional

A Constituição Federal atribuiu competência concorrente à União, aos Estados e aos Municípios para legislar sobre saúde, isto em conformidade com o artigo 24, inciso XII. “Art. 24. Compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre: XII - previdência social, proteção e defesa da saúde;” (BRASIL, 1988) ²¹

[...] A atribuição de competência comum não significa, porém, que o propósito da Constituição seja a superposição entre a atuação dos entes federados, como se todos detivessem competência irrestrita em relação a todas as questões. Isso, inevitavelmente, acarretaria a ineficiência na prestação dos serviços de saúde, com a mobilização de recursos federais, estaduais e municipais para realizar as mesmas tarefas. (BARROSO, 2008, p. 22) ²²

“[...] Direito de todos e dever do Estado [...]”, esta é uma das prerrogativas trazidas pela Constituição Federal de 1988 no que tange o direito à saúde. Os artigos 196 a 200 da referida Carta Magna estabelecem os princípios, diretrizes e competências do SUS, porém, “um maior detalhamento da competência e das atribuições da direção do SUS em cada esfera – nacional, estadual e municipal -, é feito pela Lei Orgânica da Saúde, lei 8.080, de 19 de setembro de 1990” (SOUZA, 2002, p. 38) ²³.

O inciso I, do artigo 198 da Constituição Federal de 1988 trata da descentralização dos serviços públicos de saúde, estabelecendo uma direção única em cada esfera de governo, possibilitando assim a organização de uma rede regionalizada e hierarquizada no que tange a serviços de saúde.

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; (BRASIL, 1988) ²⁴

Para possibilitar o cumprimento do que estabelece o citado artigo a Lei Orgânica de

²¹ www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm

²² www.uniube.br/publicacoes/unijus/arquivos/unijus_15.pdf

²³ [www.saude.sc.gov.br/saudetrabalhador/conferencia_estadual/textos_apoio/O%20Sistema%20P%20Fablico%20de%20Sa%20FAde%20Brasileiro\(CEST\).pdf](http://www.saude.sc.gov.br/saudetrabalhador/conferencia_estadual/textos_apoio/O%20Sistema%20P%20Fablico%20de%20Sa%20FAde%20Brasileiro(CEST).pdf)

²⁴ www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm

Saúde trouxe em seu 9º artigo o órgão responsável pela gestão da saúde em cada esfera governamental. Diante disto, no âmbito da União as políticas de saúde são geridas pelo Ministério da Saúde, no âmbito dos Estados e do Distrito Federal pelas Secretarias de Saúde ou órgão equivalente, e, por fim, no âmbito municipal por suas Secretarias de Saúde ou órgãos equivalentes.

Art. 9º - A direção do Sistema Único de Saúde-SUS é única, de acordo com o inciso I do artigo 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos: I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente; e III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente. (BRASIL, 1990) ²⁵

Além de constituir as competências do Sistema Único de Saúde a Lei 8.080/90, artigo 15, estabelece, genericamente, as atribuições comuns das três esferas governamentais e seus vários campos de atuação.

Art. 15º A União, os estados, o Distrito Federal e os municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições: I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde; II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde; III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais; IV - organização e coordenação do sistema de informação em saúde; V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde; VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador; VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente; VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde; IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde; X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde-SUS, de conformidade com o plano de saúde; XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública; XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal; XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização; XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados; XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos a saúde, saneamento e o meio ambiente; XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde; XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional, e outras entidades representativas da sociedade civil, para a definição e controle dos padrões éticos para a pesquisa, ações e serviços de saúde; XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde; XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde; XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder da política sanitária; XXI - fomentar, coordenar e

executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial. (BRASIL, 1990)²⁶

Já os artigos 16 a 19, da Lei Orgânica da Saúde, definem de forma mais especificada a competência de cada um dos entes federativos, definindo as atribuições de cada um dos gestores do SUS.

Como se observa, Estados e União Federal somente devem executar diretamente políticas sanitárias de modo supletivo, suprindo eventuais ausências dos Municípios. Trata-se de decorrência do princípio da descentralização administrativa. Como antes ressaltado, a distribuição de competências promovida pela Constituição e pela Lei no 8.080/90 orienta-se pelas noções de subsidiariedade e de municipalização. A mesma lei disciplina ainda a participação dos três entes no financiamento do sistema.[...] (BARROSO, 2008, p. 23)²⁷

O artigo 16, da lei em questão, aponta os caminhos a serem seguidos pela direção nacional do SUS, ou seja, pelo Ministério da Saúde. Ao qual, segundo Souza (2002, p. 39), caberia as atividades estratégicas (planejamento, controle, avaliação e auditoria) além da definição e coordenação nacional de três sistemas: alta complexidade, de laboratórios de saúde pública, e de sangue e hemoderivados. Cabendo ainda ao Ministério da Saúde a regulação do setor privado de assistência à saúde.

Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete: I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição; II - participar na formulação e na implementação das políticas: a) de controle das agressões ao meio ambiente; b) de saneamento básico; e c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho; III - definir e coordenar os sistemas: a) de redes integradas de assistência de alta complexidade; b) de rede de laboratórios de saúde pública; c) de vigilância epidemiológica; e d) vigilância sanitária; IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana; V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador; VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica; VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios; VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano; IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde; X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais; XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde; XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde; XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional; XIV -

²⁶ www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm

²⁷ www.uniube.br/publicacoes/unijus/arquivos/unijus_15.pdf

elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde; XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal; XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados; XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais; XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal; XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal. (BRASIL, 1990)

As competências e atribuições estaduais são tratadas no artigo 17 da lei supracitada. Assim, de acordo com Souza (2002, p. 40), as Secretarias de Estado de Saúde são responsáveis por planejar, programar e organizar a rede regionalizada e hierarquizada do SUS, realizando o acompanhamento, controle e avaliação destas redes. Destaca-se, ainda, o papel do gestor estadual na coordenação de três sistemas: de alta complexidade, de laboratórios de saúde pública e de hemocentros. Os gestores estaduais apenas realizam o planejamento, controle, avaliação, gestão e execução geral de ações e serviços em caráter suplementar. No que se refere aos serviços privados contratados pelo SUS, o gestor estadual do Sistema Único de Saúde não possui competência específica para realizar a normatização, contratação ou controle e avaliação.

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete: I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde; II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS); III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde; IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços: a) de vigilância epidemiológica; b) de vigilância sanitária; c) de alimentação e nutrição; e d) de saúde do trabalhador; V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana; VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico; VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho; VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde; IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional; X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa; XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde; XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano; XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras; XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada. (BRASIL, 1990) ²⁸

No âmbito municipal a competência para versar sobre as políticas de saúde é da

Secretaria Municipal de Saúde, de acordo com o que estabelece o artigo 18 da Lei Orgânica da Saúde.

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete: I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde; II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual; III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho; IV - executar serviços: a) de vigilância epidemiológica; b) vigilância sanitária; c) de alimentação e nutrição; d) de saneamento básico; e) de saúde do trabalhador; V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde; VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las; VII - formar consórcios administrativos intermunicipais; VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros; IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras; X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução; XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde; XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação. (BRASIL, 1990) ²⁹

Para Souza, 2002, p. 40, no modelo atual do SUS o diretor municipal possui grande importância, cabendo a ele planejar, organizar, controlar, avaliar as ações e serviços de saúde, ou seja, as funções de gerência e execução dos serviços públicos de saúde. Vale enfatizar o papel do gestor municipal na celebração de contratos e convênios com a iniciativa privada, respeitando o que prevê o artigo 26 da lei supracitada, ao exercer o controle avaliação e fiscalização de prestadores privados. O gestor municipal tem, ainda, a função de gerir laboratórios públicos de saúde e de gerir hemocentros.

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde. § 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados. § 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato. § 3º (Vetado). § 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS). (Brasil, 1990) ³⁰

Já o artigo 19 da Lei 8.080/90, estabelece que ao Distrito Federal competem as

²⁹ www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm

³⁰ www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm

atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

FIGURA 1 – Estrutura institucional e decisória do SUS



Fonte: www.saude.sc.gov.br/saudetrabalhador/conferencia_estadual/textos_apoio/O%20Sistema%20P%Ablico%20de%20Sa%FAde%20Brasileiro (CEST).pdf

Quanto às competências cabem as seguintes observações gerais:

- Tende a haver maior especificação das competências do Ministério da Saúde e dos municípios do que das competências dos estados.
- Há grande ênfase na descentralização de ações e serviços para os municípios; ao Ministério da Saúde, não caberia a prestação direta de serviços, e no que diz respeito aos estados, a execução de ações e serviços seria apenas em caráter supletivo.
- É destacado o papel do Ministério da Saúde de cooperação técnica aos estados e municípios e dos estados com os municípios. (SOUZA, 2002, P.39) ³¹

4.1.1 Competência específica da distribuição de medicamentos

No que se refere à distribuição gratuita de medicamentos por parte do Estado, nem a Constituição Federal nem tão pouco a Lei Orgânica da Saúde estabeleceram explicitamente esta competência.

[...] A definição de critérios para a repartição de competências e apenas esboçada em inúmeros atos administrativos federais, estaduais e municipais, sendo o principal deles a Portaria no 3.916/98, do Ministério da Saúde, que estabelece a Política Nacional de Medicamentos. De forma simplificada, os diferentes níveis federativos, em colaboração, elaboram listas de medicamentos que serão adquiridos e fornecidos a população. (BARROSO, 2008, p. 23) ³²

³¹ www.saude.sc.gov.br/saudetrabalhador/conferencia_estadual/textos_apoio/O%20Sistema%20P%Ablico%20de%20Sa%FAde%20Brasileiro(CEST).pdf

³² www.uniube.br/publicacoes/unijus/arquivos/unijus_15.pdf

Assim, cabe ao Ministério da Saúde a formulação da Política Nacional de Medicamentos, o que abarca, além de assistência às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde a elaboração da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME). Esta relação apresenta os medicamentos essenciais que compõem os 92 (noventa e dois) itens destinados à atenção básica da população. São medicamentos essenciais, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, aqueles que atendem as necessidades prioritárias do povo, estes medicamentos devem estar acessíveis à população a todo o momento, na dosagem apropriada. São medicamentos mais simples e que na maioria das vezes apresentam baixo custo.

De acordo com Barroso (2008, p. 23), os municípios devem elaborar, tendo por base o RENAME, a sua Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUNE) e dar cumprimento à assistência farmacêutica, cabendo aos municípios garantir a provisão de medicamentos dedicados à atenção básica à saúde, além de garantir outros medicamentos essenciais que estejam definidos no Plano Municipal de Saúde.

[...] O Município do Rio de Janeiro, por exemplo, estabeleceu, através da Resolução SMS no 1.048, de marco de 2004, a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), instrumento técnico-normativo que reúne todo o elenco de medicamentos padronizados usados pela Secretaria Municipal de Saúde. (BARROSO, 2008, p. 24)³³

Vale ressaltar que a REMUME, não é uma relação estagnada, deve ser atualizada, com inclusão e exclusão de medicamentos através de uma comissão nomeada para este fim.

Conforme Barroso (2008, p. 24), medicamentos de caráter excepcional, ou seja, aqueles dedicados a tratamentos de doenças específicas, que atingem um número limitado de pessoas e possuem um alto custo, têm sua aquisição e distribuição realizada pela União em parceria com Estado e o Distrito Federal. Assim, a Secretaria de Saúde ou órgão assemelhado, definirá o elenco de medicamentos que serão contraídos diretamente pelo Estado, sendo estes, especificamente, os de caráter excepcional.

[...] No caso específico do Estado do Rio de Janeiro, a Secretaria de Estado de Saúde criou Comitê Técnico Operacional, com as funções de adquirir, armazenar e distribuir os medicamentos de competência estadual (Resolução SES no 2.471, de 20 de julho de 2004). Além disso, criou também o Colegiado Gestor da Política Estadual de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (Resolução SES no 2.600, de 2 de dezembro de 2004), que tem a função de auxiliar a Secretaria de Estado na gestão da Assistência Farmacêutica. Acrescenta-se ainda que o Governo Estadual possui um programa de assistência farmacêutica denominado Farmácia Popular, que

fornece remédios a população a preços módicos. (BARROSO, 2008, p. 24) ³⁴

4.2 Caminhos do judiciário, formação de jurisprudência sobre matéria de saúde

Jurisprudência é o termo que institui o conjunto das decisões e interpretações da lei feita pelos tribunais de um determinado território.

4.2.1 Tribunal de Justiça de Minas Gerais

Conforme mencionado anteriormente os tribunais brasileiros contam, atualmente, com aproximadamente 240 mil ações versando sobre pedidos de tratamentos e medicamentos. As decisões relativas a estas demandas formam a jurisprudência, ou seja, os caminhos seguidos pelos magistrados e tribunais colegiados quando de frente a ações que versem sobre saúde pública.

Tabela 2: Perfil dos autores dos processos judiciais impetrados contra o Estado de Minas Gerais, 2005 a 2006.

Variável	N ^a	%
Sexo (n = 825)		
Feminino	497	60,2
Masculino	328	39,8
Faixa etária (anos, n = 441)		
0 a 18	54	12,2
19 a 39	97	22,0
40 a 59	134	30,4
60 e mais	156	35,4
Município de residência (n = 762)		
Belo Horizonte	281	36,9
Interior de Minas Gerais	481	63,1
Município do atendimento médico (n = 545)		
Belo Horizonte	261	47,9
Interior de Minas Gerais	272	49,9
Outros estados	12	2,2
Origem do atendimento médico (n = 535)		
Público	138	25,8
Privado	377	70,5
Misto (público e privado)	20	3,7
Representação jurídica (n = 785)		
Escritório de advocacia	473	60,3
Defensoria Pública	181	23,1
Ministério Público	33	4,2
Núcleo de assistência judiciária	24	3,1
Juizado Especial Federal	74	9,4

^a O n refere-se ao número de autores dos processos judiciais.

Fonte: Adaptado de MACHADO, 2011 ³⁵

³⁴ www.uniube.br/publicacoes/unijus/arquivos/unijus_15.pdf

³⁵ www.scielo.br/pdf/rsp/v45n3/2403.pdf

Em Minas Gerais estudo realizado e publicado na Revista Saúde Pública em 2011, observando 827 processos judiciais, pleiteando medicamentos, de 2005 a 2006 trouxe que 39,8% dos autores eram do sexo masculino, 35,4% dos pleiteantes possuíam 60 anos ou mais, 30,4% estavam compreendidos na faixa etária de 40 a 59 anos, 22% possuíam entre 19 e 39 anos e 12,2% tinham entre zero e 18 anos. Além disto, 19,6% dos medicamentos pleiteados faziam parte da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, 24,3% compunham lista de medicamentos de Alto Custo e 79% dos medicamentos solicitados apresentavam alternativa terapêutica nos programas de assistência farmacêutica.

É importante ressaltar que dos processos analisados 70,5% dos pacientes tiveram seus atendimentos oriundos do sistema privado de saúde e apenas 25,8% eram pacientes procedentes do SUS, 3,7% tiveram atendimentos tanto na rede pública, quanto privada. Dados que demonstram como o acesso à medicamentos ou tratamentos via ação judicial são na sua maioria por pessoas que possuem maior poder aquisitivo, ou seja, são capazes de arcar com os custos do sistema privado, isto em detrimento à maior parte da população que por muitas vezes não buscar seus direitos via demandas judiciais.

De acordo com análise de julgados realizada no site do Tribunal de justiça de Minas Gerais é possível verificar que a maior parte das sentenças tem dado provimento aos pedidos de medicamentos impetrados contra o SUS.

Tal tendência pode ser vislumbrada no julgado do processo nº 0798052-36.2012.8.13.0000, no qual era pleiteado tratamento médico-hospitalar e fornecimento de medicamentos.

EMENTA: AGRAVO DE INSTRUMENTO - MANDADO DE SEGURANÇA - **MEDICAMENTO** - TRATAMENTO DE CÂNCER - MEDIDA LIMINAR - PRESCRIÇÃO MÉDICA - REQUISITOS - FORNECIMENTO DEVIDO. Configurada a existência dos pressupostos de convencimento da alegação apresentada, assim como o fundado receio de dano irreparável ou de difícil reparação, deve ser deferida a tutela antecipatória (art. 273, do CPC). A disponibilização de **tratamentos** oncológicos através de CACON's não impede que a parte demande o Município para o fornecimento de **medicamento** prescrito por profissional competente. O serviço público de assistência à **saúde** deve ser integral, incumbindo ao Poder Público disponibilizá-lo, mormente em se tratando de doença grave como o câncer. Possibilidade de ocorrência de dano inverso se revogada a medida. Recurso não provido. (MINAS GERAIS, 2012) ³⁶

Devido à constante busca por tratamentos e/ou medicamentos a 4ª Câmara Cível aprovou o seguinte enunciado de súmula, a fim de padronizar as decisões sobre a matéria em

³⁶ http://www4.tjmg.jus.br/juridico/sf/proc_resultado2.jsp?listaProcessos=10024121241012001

Enunciado – 04. O Município é obrigado a prestar internação hospitalar e dispensar remédios e exames necessários, prescritos como indispensáveis, por profissional de saúde habilitado, a paciente que não tiver recursos próprios, seguro ou convênio para provê-los. Data de aprovação. Sessão de Julgamentos de 10/08/2006. Fonte de publicação. MG de 31/08/2006, p. 25; MG de 01/09/2006, p. 33; MG de 05/09/2006, p. 33. Referência legislativa. - Constituição Federal, arts. 23, II, 30, VII, 196 e 198, II. - Lei Federal n. 8.880, de 27 de maio de 1994. Precedentes - Apelação Cível nº 1.0145.05.271620-9/001 - ACÓRDÃO: 13/07/2006 Diário do Judiciário - DATA: 25/07/2006 - PG: 19 CL: 01 - Apelação Cível nº 1.0024.05.736505-8/001 - ACÓRDÃO: 01/06/2006 Diário do Judiciário - DATA: 13/06/2006 - PG: 20 CL: 01 - Apelação Cível nº 1.0145.05.271197-8/001 - ACÓRDÃO: 01/06/2006 Diário do Judiciário - DATA: 06/06/2006 - PG: 21 CL: 02 - Apelação Cível nº 1.0145.05.270260-5/001 - ACÓRDÃO: 04/05/2006 Diário do Judiciário - DATA: 09/05/2006 - PG: 22 CL: 01 (MINAS GERAIS, 2006)³⁷

4.2.2 STJ e STF

No âmbito federal existem processos que demandam sobre saúde tanto no Superior Tribunal de Justiça (STJ) quanto no STF. No STJ dos processos disponibilizados no site da respectiva casa foi verificado que os ministros tem negado provimento a recursos de estados que solicitam revisão do estabelecido pelos seus Tribunais de Justiça, garantindo o direito ao fornecimento de medicamentos.

PROCESSUAL CIVIL E ADMINISTRATIVO. AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO DE INSTRUMENTO. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS. MANDADO DE SEGURANÇA. CABIMENTO. REEXAME DO CONJUNTO FÁTICO-PROBATÓRIO DOS AUTOS. IMPOSSIBILIDADE.

1. Na hipótese dos autos, o Ministério Público impetrou mandado de segurança visando a concessão de ordem para que o Estado do Ceará fornecesse medicamentos necessários ao tratamento de saúde para pessoas substituídas processualmente.
 2. Aduz o recorrente a ausência de interesse do MP e o não cabimento do mandado de segurança ao argumento de que não há prova pré-constituída demonstrando a necessidade dos medicamentos requeridos.
 3. Entretanto, o Tribunal a quo deu provimento à segurança pleiteada na inicial ao asseverar, expressamente, que as condições demonstradas nos autos indicam que os pacientes não possuem condições de comprar os medicamentos, que são necessários para seus tratamentos de saúde.
 4. A acolhida da pretensão recursal, com a conseqüente reforma do acórdão impugnado, requer prévio exame do conjunto fático-probatório, a fim de se determinar se os medicamentos requeridos pelo MP são ou não necessários ao tratamento de saúde dos substituídos processuais, tarefa que não é possível em sede de recurso especial, em face do óbice da Súmula 7/STJ.
 5. Agravo regimental não provido.
- (AgRg no Ag 1351688/CE, Rel. Ministro MAURO CAMPBELL MARQUES,

SEGUNDA TURMA, julgado em 19/04/2012, DJe 25/04/2012) (BRASIL, 2012) ³⁸

Já o STF quando indagado sobre solicitação de medicamentos que não possuíam registro na ANVISA reconheceu a existência de repercussão geral da questão constitucional suscitada. Emitindo o seguinte pronunciamento:

EMENTA: SAÚDE – MEDICAMENTO – FALTA DE REGISTRO NA AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – AUSÊNCIA DO DIREITO ASSENTADA NA ORIGEM – RECURSO EXTRAORDINÁRIO – REPERCUSSÃO GERAL – CONFIGURAÇÃO. Possui repercussão geral a controvérsia acerca da obrigatoriedade, ou não, de o Estado, ante o direito à saúde constitucionalmente garantido, fornecer medicamento não registrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. (RE 657718 RG, Relator(a): Min. MARCO AURÉLIO, julgado em 17/11/2011, ACÓRDÃO ELETRÔNICO DJe-051 DIVULG 09-03-2012 PUBLIC 12-03-2012 REPUBLICAÇÃO: DJe-092 DIVULG 10-05-2012 PUBLIC 11-05-2012) (BRASIL, 2012)³⁹

Tendo em vista os constantes questionamentos quanto a constitucionalidade da busca por medicamentos que existe hoje uma Proposta de Súmula Vinculante sobre matéria de saúde, tal súmula será objeto do próximo item deste trabalho.

4.2.3 Solicitações judiciais de medicamentos e tratamentos especializados em Barbacena – MG

A Secretaria Municipal de Saúde de Barbacena sofreu acentuada modificação em 1995, ano que se tornou uma autarquia denominada de Departamento Municipal de Assistência à Saúde Pública (DEMASP).

O DEMASP é atualmente responsável pela gerência das políticas de saúde do município motivo pelo qual é a instituição para onde são endereçados os processos em que ocorre solicitação de medicamentos, tratamentos.

Pesquisa realizada na citada autarquia demonstra que a tendência de utilização da via judicial para solicitação de medicamentos também é crescente no município de Barbacena. Exame realizado junto à Assessoria jurídica do DEMASP trouxe como resultado os seguintes

³⁸

www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?tipo_visualizacao=null&livre=medicamentos+tratamentos+sa%FAde&b=ACOR#DOC1

³⁹

www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=%28sa%FAde%29&base=baseRepercussao

dados:

No ano de 2006 foram localizados 3 (três) processos que continham solicitação de medicamentos ao DEMASP, já em 2007 foram localizados 13 (treze) processos com solicitação de medicamentos, além de uma solicitação de tratamento médico especializado, no ano seguinte, 2008, o número de processos foi bastante parecido com 2007, foram 10 (dez) solicitações judiciais de medicamentos e duas solicitações de tratamentos médicos especializados.

O ano de 2009 foi o período analisado que apresentou maior queda nos números sendo localizados apenas 6 (seis) ações que houvessem requerimentos de medicamentos, além de uma solicitação de internação no CAPs.

No ano de 2010 a tendência de aumento nos números se mostrou mais evidente, foram impetradas no ano em análise 17 (dezesete) ações visando recebimento gratuito de medicamentos. Em 2011 o aumento mostrou-se ainda mais significativo, durante todo o ano foram 28 (vinte e oito) pedidos de medicamentos e ainda 3 (três) requerimentos de tratamentos médico especializado.

Por fim, no ano de 2012, dados tendo por referência os meses de janeiro a outubro do corrente ano, apresentam o montante de 47 (quarenta e sete) processos, deste total 44 (quarenta e quatro) dos processos referiam-se a solicitação de medicamentos, 2 (dois) à tratamento médico especializado, além de uma carta precatória da Comarca de Prados que estabelecia mandado de internação compulsória.

Tais dados demonstram de forma exemplificativa e bastante clara o quanto é crescente a procura pelo judiciário na busca por tratamentos médicos ou medicamentos.

4.3 Proposta de Súmula Vinculante sobre o Direito à saúde

Súmula Vinculante é um enunciado que tem origem das reiteradas decisões do Supremo Tribunal Federal, decisões estas que caminham em uma mesma direção. Por serem vinculantes obrigam toda administração pública a seguir por um mesmo rumo.

As súmulas vinculantes são apresentadas em sua maior parte pelos próprios ministros do STF, porém, elas também podem ser apresentadas por entidades e autoridades externas (confederações sindicais ou entidades de classe de âmbito nacional).

Notícia extraída do site do STF⁴⁰ que trata da Proposta de Súmula Vinculante nº 4 versa sobre a distribuição de competências, na área de saúde, entre os entes federativos (União, Estados e Municípios). Ela foi proposta pela Defensoria Pública Geral da União a qual solicita que seja definida a responsabilidade solidária dos entes federais no fornecimento de tratamentos e medicamentos à população carente, quando comprovada a necessidade do impetrante. A proposta em questão foi apresentada com o seguinte texto:

1) a “responsabilidade solidária dos Entes Federativos no que concerne ao fornecimento de medicamento e tratamento médico ao carente, comprovada a necessidade do fármaco ou da intervenção médica, restando afastada, por outro lado, a alegação de ilegitimidade passiva corriqueira por parte das Pessoas Jurídicas de Direito Público” e 2) “a possibilidade de bloqueio de valores públicos para o fornecimento de medicamento e tratamento médico ao carente, comprovada a necessidade do fármaco ou da intervenção médica, restando afastada, por outro lado, a alegação de que tal bloqueio fere o artigo 100, caput e § 2º da Constituição de 1988”.⁴¹

Quando da proposta da citada súmula foram apresentadas manifestações por diversos entes da federação, os quais apresentavam moções de repúdio à aprovação da matéria em questão.

Considerando a importância da questão em debate, a qual já teve reconhecida a repercussão geral pelo STF, a Ministra Ellen Gracie determinou o sobrestamento em Secretaria da proposta até que esteja definitivamente apreciado pelo Plenário do STF tal caso. Atualmente, de acordo com a página de andamentos processuais do STF o processo está registrado à Presidência⁴², ainda sem definição final sobre a matéria.

⁴⁰ www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=101383&caixaBusca=N

⁴¹ www.stf.jus.br/portal/diarioJustica/verDiarioProcesso.asp?numDj=43&dataPublicacaoDj=06/03/2009&incidente=2652147&codCapitulo=10&numMateria=1&codMateria=14

⁴² www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp?incidente=2652147

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a realização deste trabalho foi possível analisar de forma mais decisiva o quanto é importante o tema Judicialização da Saúde. E de todo o exposto conclui que a realização de audiências públicas sobre saúde é de essencial importância para melhorar a qualidade do atendimento à população, porém, apenas a realização de reuniões não é suficiente, sendo preciso que as autoridades competentes coloquem em prática o que preveem as várias leis que tratam sobre o assunto e com isso diminuam a necessidade de se utilizar da esfera judicial para obtenção de tratamentos.

É perceptível também que a judicialização das políticas sociais tomou um rumo que aparentemente não possui volta, por isso os magistrados, desembargadores e todos os operadores do direito devem agir com discernimento quando de frente a demandas deste tipo evitando obrigar a administração pública a arcar com gastos que possam exonerar os cofres públicos e prejudicar de forma irreversível à coletividade.

As listas de medicamentos elaboradas pela ANVISA devem servir de parâmetro quando o magistrado encontra-se de frente a demandas judiciais que os solicitem e quando o medicamento solicitado não esteja presente na citada lista os juízes devem utilizar-se do expediente trazido pela Resolução nº 107 e solicitar que pessoas de conhecimento na área os auxiliem em suas decisões.

Para melhor padronizar as políticas de saúde a edição de súmula vinculante sobre o assunto possibilitará obter uma maior padronização das decisões evitando que o mesmo direito seja interpretado de forma desigual nas diferentes regiões do país.

Por fim acredito que a excessiva judicialização seja prejudicial à maior parte da população, pois, de acordo com dados apresentados neste trabalho as pessoas que mais buscam a justiça para obtenção de tratamentos são as que possuem um determinado grau de instrução e por muitas vezes possuem poder aquisitivo que as possibilitaria custear os tratamentos sem a necessidade de intervenção do judiciário. Com isso as camadas mais desprestigiadas da sociedade acabam por arcar duas vezes por esta excessiva judicialização, a primeira por não possuírem os recursos e os conhecimentos necessários para adentrar ao judiciário e solicitar os seus direitos através de ações e a segunda pelo fato de recursos financeiros que poderiam ser gastos para melhoria de infraestrutura e condições de saneamento estarem sendo, por muitas vezes, desviados de seu fim inicial para arcar com determinações dadas por magistrados, decisões que devem ser cumpridas sobre pena de

responsabilização do representante do ente responsável.

REFERÊNCIAS

- AQUINO, Eudes de Freitas. Breves considerações sobre saúde privada, pública e judicialização da medicina. *In*: NOBRE, Milton Augusto de Brito; SILVA, Ricardo Augusto Dias da (Coord.). **O CNJ e os desafios da efetivação do direito à saúde**. Belo Horizonte: Fórum, 2011. p. 55 – 61.
- BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: Direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. **Revista Jurídica Unijus**, Uberaba, v. 11, n. 15, p. 13-38, Nov. 2008. Disponível em: <http://www.uniube.br/publicacoes/unijus/arquivos/unijus_15.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2012.
- _____. O controle de constitucionalidade no Brasil. São Paulo: Saraiva, 2011 *apud* NOBRE, Milton Augusto de Brito. Da denominada “judicialização da saúde”: pontos e contrapontos. *In*: NOBRE, Milton Augusto de Brito; SILVA, Ricardo Augusto Dias da (Coord.). **O CNJ e os desafios da efetivação do direito à saúde**. Belo Horizonte: Fórum, 2011. p. 353-366.
- BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução nº 107, de 6 de abril de 2010**. Institui o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/atos-administrativos/atos-da-presidencia/323-resolucoes/12225-resolucao-no-107-de-06-de-abril-de-2010>>. Acesso em: 13 ago. 2012.
- _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. - Brasília: CONASS, 2003. 248 p.
- _____. **Constituição Política do Imperio do Brazil**, de 25 de março de 1824. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao24.htm>. Acesso em: 15 maio 2012.
- _____. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**, de 24 de fevereiro de 1891. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao91.htm>. Acesso em 15 maio 2012.
- _____. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**, de 16 de julho de 1934. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm>. Acesso em: 15 maio 2012.
- _____. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil**, de 10 de novembro de 1937. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/constituicao/constitui%C3%A7%C3%A3o37.htm>. Acesso em: 15 maio 2012.
- _____. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 18 de setembro de 1946. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao46.htm>. Acesso em: 15 maio 2012.
- _____. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 20 de outubro de 1967. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7%C3%A3o67.htm>. Acesso em: 09 fev. 2011.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05 de outubro de 1988.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm
>. Acesso em: 1 nov. 2012.

_____. **Emenda Constitucional nº 01**, de 17 de outubro de 1969. Constituição da República Federativa do Brasil, de 20 de outubro de 1967. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc_anterior1988/emc01-69.htm>. Acesso em: 15 maio 2012.

_____. **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. Diário Oficial da União. Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 15 maio 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caminhos do Direito à Saúde no Brasil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 24 p.

_____. Ministério da Saúde. **100 Anos de Saúde Pública: A visão da Funasa**. 1.ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2004. 232 p.

_____. Superior Tribunal de Justiça. **Agravo regimental no agravo de instrumento**

2010/0176352-1. Fornecimento de medicamentos. Mandado de segurança. Cabimento.

Reexame do conjunto fático-probatório dos autos. Impossibilidade. Disponível em:

http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?tipo_visualizacao=null&livre=medicamentos+tratamentos+sa%FAde&b=ACOR#DOC1. Acesso em: 03 nov. 2012.

_____. Supremo Tribunal Federal. **RE 657718 RG /MG**. Ementa: saúde – medicamento – falta de registro na agência nacional de vigilância sanitária – ausência do direito assentada na origem – recurso extraordinário – repercussão geral – configuração. Relator: Min. Marco Aurélio. DJe-092. Publicação 11 maio 2012. Disponível em:

www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=%28sa%FAde%29&base=baseRepercussao. Acesso em: 03 nov. 2012.

_____. Supremo Tribunal Federal. **Despacho de Convocação de Audiência Pública, de 5 de março de 2009**. Disponível em:

<<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verTexto.asp?servico=processoAudienciaPublicaSaude>>. Acesso em: Acesso em 13 ago 2012.

_____. Supremo Tribunal Federal. **Súmulas Vinculantes**: STF recebe propostas que vão desde fornecimento de remédios até o exercício da advocacia. Disponível em: <

<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=101383&caixaBusca=N>
>. Acesso em: 03 nov. 2012.

_____. Supremo Tribunal Federal. **PSV/4 – Proposta de súmula vinculante**. Disponível em:

<<http://www.stf.jus.br/portal/diarioJustica/verDiarioProcesso.asp?numDj=43&dataPublicacaoDj=06/03/2009&incidente=2652147&codCapitulo=10&numMateria=1&codMateria=14>>. Acesso em: 07 nov. 2012.

FINKELMAN, J. **Caminhos da saúde no Brasil**. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/sd/pdf/finkelman-9788575412848.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2012.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 179 p.

MACHADO, Marina Amaral de Ávila *et al.* Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, vol.45, n.3, p. 590-598. Jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n3/2403.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2012.

MARTINS, André Amorim. **A integralidade nas políticas públicas de saúde brasileira**. 2006. 38 f. Monografia – Instituto de Psicologia, Pontífica Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <<http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/63.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2012.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça de Minas Gerais. **Processo nº 0798052-36.2012.8.13.0000**. Ementa: Agravo de instrumento - mandado de segurança – medicamento - tratamento de câncer - medida liminar - prescrição médica - requisitos - fornecimento devido. Disponível em: <http://www4.tjmg.jus.br/juridico/sf/proc_resultado2.jsp?listaProcessos=10024121241012001>. Acesso em: 03 nov. 2012.

_____. Tribunal de Justiça de Minas Gerias. **Enunciado de Súmula nº 4**, 4ª Câmara Cível, Belo Horizonte, Publicação: MG de 31/08/2006, p. 25; MG de 01/09/2006, p. 33; MG de 05/09/2006, p. 33. Disponível em: <<http://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/sumulas.do>>. Acesso em: 03 nov. 2012.

NOBRE, Milton Augusto de Brito; SILVA, Ricardo Augusto Dias da (Coord.). **O CNJ e os desafios da efetivação do direito à saúde**. Belo Horizonte: Fórum, 2011. p. 353-366.

ORDACGY, André da Silva. **Responsabilidade dos entes da federação e financiamento do SUS**. Audiência Pública nº 4, 28 abr. 2009. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/Sr._Andre_da_Silva_Ordacgy__Defensor_Publico_da_Uniao_.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2012.

PINHO, Rodrigo César Rebello. **Da Organização do estado, dos poderes e histórico das constituições**. 11.ed. São Paulo: Saraiva, 2011. 205p.

RIBEIRO, Weslley Carlos; JULIO, Renata Siqueira. DIREITO E SISTEMAS PÚBLICOS DE SAÚDE NAS CONSTITUIÇÕES BRASILEIRAS. **Novos Estudos Jurídicos - Revista com conceito A2 no Qualis Direito CAPES**, v. 15, n. 3, p. 447-460, abr. 2011. Disponível em: <<http://siaiweb06.univali.br/seer/index.php/nej/article/view/2768>>. Acesso em: 15 abr. 2012.

SEGALLA, José Getúlio Martins. **Assistência farmacêutica do SUS**. Audiência Pública nº 4, 7 maio 2009. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/Segalla.pdf>>. Acesso: 13 ago. 2012.

SILVA, Edna Lúcia da. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3.ed. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.

SILVA, Ricardo Augusto Dias da. O Fórum Nacional do Judiciário como instrumento na efetivação do direito à saúde. *In*: NOBRE, Milton Augusto de Brito; SILVA, Ricardo Augusto Dias da (Coord.). **O CNJ e os desafios da efetivação do direito à saúde**. Belo Horizonte: Fórum, 2011. p.405 – 428.

SOUZA, Antonio Fernando Barros e Silva de. **O acesso às prestações de saúde no Brasil : desafios ao poder judiciário**. Audiência Pública nº 4, 27 abr. 2009. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/Dr._Antonio_Fernando_Barros_e_Silva_de_Souza___ProcuradorGeral_da_Republica_.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2012.

SOUZA, Renilson Rehem de. O Sistema Público de Saúde Brasileiro. *In*: SEMINÁRIO INTERNACIONAL TENDÊNCIAS E DESAFIOS DOS SISTEMAS DE SAÚDE NAS AMÉRICAS, 2002, São Paulo. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. São Paulo: Editora MS, 2002.p.1-44. Disponível em:< [http://www.saude.sc.gov.br/saudetrabalhador/conferencia_estadual/textos_apoio/O%20Sistema%20P%20FAblico%20de%20Sa%20FAde%20Brasileiro\(CEST\).pdf](http://www.saude.sc.gov.br/saudetrabalhador/conferencia_estadual/textos_apoio/O%20Sistema%20P%20FAblico%20de%20Sa%20FAde%20Brasileiro(CEST).pdf)> Acesso em: 02 nov.2012.

VALLE, Gustavo Henrique Moreira do e CAMARGO, João Marcos Pires. A audiência pública sobre a judicialização da saúde e seus reflexos na jurisprudência do supremo tribunal federal. **Rev. Direito Sanitário**, São Paulo, v.11, n.3, 2011, p. 13-31. Disponível em:<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-41792011000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 ago. 2012.