UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UnB
FACULDADE DE DIREITO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

SARAH RORIZ DE FREITAS

JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE:

ANÁLISE DO IMPACTO PARA A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA DAS DEMANDAS POR MEDICAMENTOS, TRATAMENTOS E PROCEDIMENTOS MÉDICOS

Brasília

2015

SARAH RORIZ DE FREITAS

JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE:

ANÁLISE DO IMPACTO PARA A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA DAS DEMANDAS POR MEDICAMENTOS, TRATAMENTOS E PROCEDIMENTOS MÉDICOS

Monografia apresentada como requisito para conclusão do curso de Bacharelado em Direito pela Faculdade de Direito da Universidade de Brasília – UnB.
Orientador: Professor Doutor Jorge Octávio Lavocat Galvão

Brasília

2015

SARAH RORIZ DE FREITAS

JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE:

ANÁLISE DO IMPACTO PARA A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA DAS DEMANDAS POR MEDICAMENTOS, TRATAMENTOS E PROCEDIMENTOS MÉDICOS

Monografia apresentada como requisito para conclusão do curso de Bacharelado em Direito pela Faculdade de Direito da Universidade de Brasília – UnB.
Orientador: Professor Doutor Jorge Octávio Lavocat Galvão

Aprovada pelos membros da banca examinadora em 25 de junho de 2015, com menção ___.

Banca Examinadora

_____

Prof. Dr. Jorge Octávio Lavocat Galvão

Orientador

_____

Prof. Dr. Tarcisio Vieira de Carvalho Neto

Membro

_____

Prof. Mestre Nicolao Dino de Castro e Costa Neto

Membro

_____

Prof. Dr. André Macedo de Oliveira

Membro Suplente

Aos que vão sempre comigo,

meus pais.

AGRADECIMENTOS

Considerando o presente trabalho o encerramento de uma etapa, gostaria de deixar registrado meu apreço por aqueles que, de alguma maneira, passaram pelo caminho ou caminharam comigo.

Primeiramente, agradeço à minha família, por todo apoio e dedicação, por, ainda que à distância, torcer, acreditar e comemorar a cada passo adiante, por menor que fosse ou parecesse ser.

Agradeço à família que fiz aqui, pelo convívio diário nos corredores da faculdade e fora dela; por termos nos ajudado a chegar até aqui, e ao longo desses seis anos termos criado laços que nos manterão unidas por muitos outros. Obrigada Ana Luisa, Andressa, Camila, Isadora, Jessika e Thaiza.

Como não poderia deixar de ser, agradeço ao Pietro, pela companhia e pelo cuidado, e pela contribuição que muito ajudou na realização do estudo.

Agradeço, por fim ao Professor Tarcisio Carvalho, que me ensinou as primeiras linhas de direito público com maestria; ao Dr. Nicolao Dino, professor fora da sala de aula, com quem tive o prazer e a sorte de desenvolver meu primeiro estágio, onde, inclusive, primeiro entrei em contato com o tema aqui tratado; ao Professor Jorge Galvão, de quem tive a honra de receber orientação para o desenvolvimento do trabalho; e a André Macedo e Giovani Menicucci, pelos ensinamentos constantes nos últimos dois anos.

Encerro essas breves linhas desejando que os que aqui mencionei continuem desenvolvendo o trabalho excepcional que fazem, e que eu sempre possa agradecê-los pela sua contribuição em minha formação profissional.

RESUMO

Através de uma análise de dados que mostram o grande crescimento do número de ações judiciais em que particulares pleiteiam o fornecimento de medicamentos, tratamentos ou procedimentos médicos pelos entes públicos – União, Estados, Municípios e Distrito Federal ao longo dos anos, o presente trabalho busca compreender as causas e consequências deste fenômeno, abordando desde o direito social à saúde como garantia constitucional e os princípios da reserva do possível e da universalidade do Sistema Único de Saúde brasileiro, até a não efetividade desse sistema, culminando na individualização e judicialização do direito à saúde. Os números apresentados revelam que o modelo que vem sendo adotado, que consiste na utilização do Judiciário como "remédio" contra as lacunas do Executivo e Legislativo, é eficiente em uma escala microssocial, em detrimento dos benefícios que poderiam ser levados à coletividade, uma vez que os resultados, embora favoráveis, afinal está-se garantindo um direito constitucional ao indivíduo, geram um déficit no sistema global. Por fim, analisa-se como os tribunais brasileiros têm respondido às demandas, e quais medidas estão sendo tomadas, no âmbito dos três poderes do Estado, para conter seu crescimento ou dar uma outra alternativa viável aos cidadãos.

Palavras-chave: Direito à saúde. Judicialização. Administração Pública.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO **7**

1. O DIREITO À SAÚDE COMO GARANTIA CONSTITUCIONAL **9**

1.1. DIREITO INDIVIDUAL OU COLETIVO? 11

1.1.1. Princípio da universalidade do Sistema Único de Saúde *13*

1.2. PRINCÍPIO DA RESERVA DO POSSÍVEL 14

2. JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE **17**

2.1. PANORAMA ESTATÍSTICO 21

2.1.1. Dotação orçamentária do Ministério da Saúde *21*

2.1.1.1. Recursos destinados à assistência farmacêutica 24

2.1.2. Ações judiciais *26*

2.2. IMPACTO PARA A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA 29

3. JURISPRUDÊNCIA DOS TRIBUNAIS BRASILEIROS **32**

3.1. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL 33

3.2. SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA 37

3.3. TRIBUNAIS REGIONAIS FEDERAIS 40

4. MEDIDAS ADOTADAS PARA A ALTERARAÇÃO DO CENÁRIO ATUAL **43**

CONCLUSÃO **47**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **50**

APÊNDICE A **53**

APÊNDICE B **55**

INTRODUÇÃO

A Carta Constitucional de 1988 elenca a saúde como direito social de todos e dever do Estado, garantida por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Como forma de garantir esse direito aos cidadãos, foi editada a Lei n.º 8.080/1990, que cria o Sistema Único de Saúde – SUS, constituído pelo "conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração pública direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público". A referida lei estabelece, para as ações e serviços públicos de saúde, a obediência aos princípios da universalidade de acesso e da integralidade da assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (art. 7º, I e II).

Com a implantação do SUS, foi verificada, ao longo dos anos, uma melhora significativa no sistema de saúde brasileiro, com o aumento da expectativa de vida, a redução de indicadores de mortalidade, maior acesso às ações e serviços de saúde pela população e maior comprometimento da Administração Pública com a pauta, com o consequente aumento dos gastos públicos.

Entretanto, o Brasil ainda se vê distante dos padrões de saúde observados nos países desenvolvidos integrantes da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE, apresentando falhas, disparidades regionais, carências e precariedades facilmente constatadas diariamente pelos noticiários e por relatos, ora comoventes, ora indignados, daqueles que se dizem "vítimas" do sistema de saúde adotado.

Recentes pesquisas de opinião realizadas pelo Datafolha em sete estados e no Distrito Federal, em agosto de 2014, mostram que a saúde é apontada pela população como a pior área da administração estadual, num percentual que varia de 32% a 60%. Os problemas apontados não só pelos usuários, mas também pelos gestores públicos, vão desde a falta de insumos básicos e de profissionais, da demora no agendamento e atendimento, à superlotação de emergências hospitalares, com pacientes sendo atendidos ou internados nos corredores das unidades, em macas, cadeiras ou bancos.

O presente trabalho é elaborado a partir de estudo realizado pelo Tribunal de Contas da União – TCU, no ano de 2014, intitulado "Relatório Sistêmico de Fiscalização da Saúde", cuja finalidade foi "aprimorar o controle externo exercido" pelo Tribunal, "além de fornecer maior identidade às secretarias de controle e fiscalização, conferindo um maior foco de atuação

e favorecendo a identificação das situações de risco e relevância, ao mesmo tempo em que permite a orientação pela adoção de medidas que possibilitem aprimorar os instrumentos de governança, gestão e desempenho da Administração Pública" (TCU, 2014, p. 17).

Neste relatório, pela análise de diversos indicadores, chegou-se à conclusão que "o sistema de saúde brasileiro apresenta graves desigualdades quando se compara o sistema público com o privado ou quando se analisa a situação das diversas regiões do Brasil no âmbito do SUS. Tais desigualdades podem ser observadas em todos os blocos do modelo de avaliação, desde a estrutura do sistema de saúde até a situação da saúde da população".

Noutra seara, crescem de forma alarmante as ações judiciais interpostas em face da União, dos Estados, Municípios e do Distrito Federal visando à sua condenação em obrigação de entregar medicamentos e custear tratamentos e procedimentos médicos, muitas vezes de forma continuada e de alto custo, e que não constam nas listas do Ministério da Saúde, ou seja, são experimentais, possuem eficácia não comprovada ou não são permitidos no Brasil. É a chamada judicialização do direito à saúde.

Busca-se aqui verificar em que medidas esses dois fatores, sendo (i) o panorama da saúde no país e (ii) o aumento do número de ações judiciais, se relacionam, e de que forma o crescimento do número de ações judiciais reflete a situação da saúde brasileira, se apenas como consequência ou se, de certa forma, como uma das causas de sua precarização. Ou seja, busca-se compreender qual o impacto causado à Administração Pública em decorrência da judicialização do direito à saúde

Para tanto, parte-se de uma breve exposição sobre a garantia constitucional à saúde, e sobre o caráter deste direito, se individual ou coletivo, abordando-se ainda o princípio da universalidade do Sistema Único de Saúde, de um lado, e o princípio da reserva do possível, de outro.

Num segundo momento, é feita uma análise dos dados orçamentários da União destinados à saúde, e dos dados estatísticos acerca do fenômeno da judicialização do direito à saúde, passando-se, em seguida, a estudos de casos perante o Supremo Tribunal Federal, o Superior Tribunal de Justiça, e os Tribunais Regionais Federais, com enfoque para a 1ª Região.

Por fim, são apresentadas as medidas que estão sendo adotadas, tanto pela Administração Pública e pelo Poder Legislativo, quanto pelo Poder Judiciário, para tentar conter o fenômeno ou nortear a conduta de magistrados no enfretamento do tema, para que particulares não se beneficiem a qualquer custo em detrimento da coletividade, mantendo-se, assim, a observância aos princípios da universalidade e da integralidade, ao mesmo tempo em que se busca garantir o direito à saúde aos cidadãos.

1. O DIREITO À SAÚDE COMO GARANTIA CONSTITUCIONAL

Não há consenso doutrinário acerca das distinções entre direitos e garantias, tampouco o texto constitucional define regras para diferenciar as duas categorias. Para fazê-lo, parte-se aqui das lições de José Afonso da Silva (2015, p. 188), para quem os direitos são disposições declaratórias, e as garantias, assecuratórias. Defende o autor que as garantias são os meios pelos quais asseguram-se os direitos, uma vez que

> As garantias constitucionais em conjunto caracterizam-se como imposições, positivas ou negativas, aos órgãos do Poder Público, limitativas de sua conduta, para assegurar a observância ou, no caso de violação, a reintegração dos direitos fundamentais. (2015, p. 191)

Na Constituição Pátria, o direito à saúde primeiramente aparece elencado no rol dos direitos fundamentais sociais, em seu art. 6º, ao lado do direito à educação, alimentação, trabalho e lazer, dentre outros. Os direitos sociais, tidos como direitos de segunda geração, são concebidos como instrumentos destinados à efetiva redução e/ou supressão de desigualdades (MENDES; BRANCO, 2014), e correspondem a obrigações de fazer do Estado. Surgiram após os direitos civis e políticos, os de primeira geração, cuja finalidade é preservar bens e valores naturais, inalienáveis e universais. Seu nascimento é assim explicado por Ada Pelegrini Grinover (GRINOVER; WATANABE, 2013, p. 126):

> A transição entre o Estado liberal e o Estado social promove alteração substancial na concepção do Estado e de suas finalidades. Nesse quadro, o Estado existe para atender ao bem comum e, consequentemente, satisfazer direitos fundamentais e, em última análise, garantir a igualdade material entre os componentes do corpo social. Surge a segunda geração de direitos fundamentais – a dos direitos econômico-sociais -, complementar à dos direitos de liberdade. Agora, ao dever de abstenção do Estado substitui-se seu dever a um *dare, facere, praestare,* por intermédio de uma atuação positiva, que realmente permita a fruição dos direitos e liberdade da primeira geração, assim como dos novos direitos. E a função de controle do Poder Judiciário se amplia.

José Gomes Canotilho fala em um princípio da democracia social, o qual representa, ao mesmo tempo, uma autorização e uma imposição dirigida aos Poderes Executivo e Legislativo, para que desenvolvam uma atividade social com fins à "conformação, transformação e modernização das estruturas econômicas e sociais, de forma a promover a igualdade real" (CANOTILHO, 2002, p. 338). O princípio veda, assim, o retrocesso social e não deve ser reduzido a "uma simples cláusula de socialidade, de caráter político-organizatório-

programático, que não alicerça a consagração concreta de direitos sociais" (2002, p. 342). Nesse mesmo sentido, o Ministro do Supremo Tribunal Federal, Celso de Mello, diz que:

> A interpretação da norma programática não pode transformá-la em promessa constitucional inconsequente. O caráter programático da regra inscrita no CF 196 – que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado brasileiro – não pode converter-se em promessa constitucional inconsequente, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever por um gesto irresponsável de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado. (RTJ 175/1212-1213, Rel. Min. Celso de Mello)

Embora não possa ser reduzida a uma promessa constitucional vazia, como direito social que é, a garantia à saúde por parte do Estado está condicionada a fatores de ordem material, tais como o desenvolvimento econômico e a disponibilidade de recursos, e à existência de leis e políticas sociais voltadas para tal fim.

Acerca da necessidade de o Estado figurar como ator principal no desenvolvimento e na implementação de políticas públicas cuja finalidade é garantir o direito fundamental à saúde a seus cidadãos, Canela Júnior ressalta que a promoção de ações e a realização de metas pelo Estado deverá partir das três formas de expressão de seu poder: atividade executiva, legislativa e judiciária (CANELA JUNIOR, apud GRINOVER; WATANABE, 2013, p. 128). Esses poderes, independentes, devem ser também harmônicos entre si, para que os objetivos fundamentais do Estado sejam alcançados. Assim, o Judiciário, "como forma de expressão do poder estatal, deve estar alinhado com os escopos do próprio Estado" (Tércio Sampaio Ferraz Junior, apud GRINOVER; WATANABE, 2013, p. 129).

A Carta Constitucional dispensa, ainda, à saúde, a Seção II do Título VIII, que disciplina a Ordem Social. Nela, o direito é atribuído a todos, mediante dever do Estado, nos seguintes termos:

> 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.

A norma parte da ideia de Estado provedor, o que significa que fica a cargo do Poder Público, a partir de uma diretriz constitucional, o custeio da satisfação de uma necessidade considerada inerente a uma vida digna, e que é, pois, uma norma-tarefa cuja concretização fica a depender das forças do Erário (MENDES; BRANCO, 2014).

Nas lições de Mendes e Branco (2014, p. 643), o direito à saúde configura um direito público subjetivo, “assegurado mediante políticas sociais e econômicas”, exigíveis do Estado, ao qual é imposto o dever de prestá-lo. Sua dimensão subjetiva, explica Canotilho, faz com que nem o Estado, nem terceiros, possam “agredir posições jurídicas reentrantes” no âmbito de sua proteção (2002, p. 474).

E são os autênticos direitos públicos subjetivos, para José Afonso da Silva (2015, p. 191), as garantias constitucionais, e não os direitos fundamentais, pois elas que são efetivamente “concedidas pelas normas jurídicas constitucionais aos particulares para exigir o respeito, a observância, o cumprimento dos direitos fundamentais em concreto” por um lado e, por outro, impõem ao Poder Público “atuações ou vedações destinadas a fazer valer os direitos garantidos”.

Contudo, apesar de garantido constitucionalmente, continuam Mendes e Branco (2014), o grande problema para sua efetivação, bem como para a dos demais direitos sociais, reside escassez de recursos para viabilizá-los, perversamente mais reduzidos onde maior é a sua necessidade. É o chamado limite do financeiramente possível, que será abordado posteriormente.

1.1 Direito individual ou coletivo?

Direitos individuais e coletivos são classificações dos direitos fundamentais. Segundo José Afonso da Silva (2015, p. 185), direitos individuais, na tradição constitucional brasileira, também chamados de liberdades civis e liberdades-autonomia, “são aqueles que reconhecem autonomia aos particulares, garantindo iniciativa e independência aos indivíduos diante dos demais membros da sociedade política e do próprio Estado”. O autor os classifica em direito à vida, à intimidade, de igualdade, de liberdade e de propriedade.

Em contrapartida, os direitos coletivos são aqueles de que goza o homem como membro de uma coletividade, mas a própria Constituição é omissa em dar-lhes uma definição mais substancial. Se apresentam na rubrica do Capítulo I do Título II, mas o texto constitucional nada mais diz a seu respeito. José Afonso da Silva diz que muitos desses direitos, dito coletivos, “sobrevivem ao longo do texto constitucional, caracterizados, na maior parte, como direitos sociais” (2015, p. 197).

A partir dessa distinção, ainda não se revela possível enquadrar o direito à saúde em uma ou em outra categoria de direitos. Tanto é que o autor dispensa aos direitos sociais uma

das classes dos direitos fundamentais, aqueles do homem-social, a ele assegurado em suas relações sociais e culturais. E continua por dizer que:

> podemos dizer que os direitos sociais, como dimensão dos direitos fundamentais do homem, são prestações positivas proporcionadas pelo Estado direta ou indiretamente, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar igualização de situações sociais desiguais. São, portanto, direitos que se ligam ao direito de igualdade. Valem como pressupostos do gozo dos direitos individuais na medida em que criam condições materiais mais propícias ao auferimento da igualdade real, o que, por sua vez, proporciona condição mais compatível com o exercício efetivo da liberdade. (SILVA, 2015, p. 288-289)

De acordo com essa definição, o direito à saúde estaria mais próximo dos direitos individuais, na medida em que diz respeito à igualdade e à liberdade. Contudo, não se pode negar que o homem-social é o homem inserido na coletividade, afastado, ainda que pouco, de sua particularidade e imerso na comunidade. De igual forma, o direito à saúde, da forma como colocado na Constituição, pouco tem a ver com a iniciativa e a independência do indivíduo frente ao Estado, pelo que se pode também aproximá-lo da seara dos direitos coletivos.

De toda sorte, mais importante que tentar dizer se se trata de um direito individual ou coletivo, é evidenciar a noção trazida pela Carta Magna, de que todas as categorias dos direitos humanos fundamentais se integram num todo harmônico, e o relevante papel que os direitos sociais desempenham nesse intercâmbio. Assim explica José Afonso da Silva:

> A Constituição, agora, fundamenta o entendimento de que as categorias de direitos humanos fundamentais, nela previstos, integram-se num todo harmônico, mediante influências recíprocas, até porque os direitos individuais, consubstanciados no seu art. 5º, estão contaminados de dimensão social, de tal sorte que a previsão dos direitos sociais, entre eles, e os direitos de nacionalidade e políticos, lhes quebra o formalismo e o sentido abstrato.
> [...]
> O certo é que a Constituição assumiu, na sua essência, a doutrina segundo a qual há de verificar-se a integração harmônica entre todas as categorias dos direitos fundamentais do homem sob o influxo precisamente dos direitos sociais, que não mais poderiam ser tidos como uma categoria contingente. Nem é preciso fundamentá-los em bases jusnaturalistas, como se esforça em fazê-lo, para compreender que eles constituem, em definitivo, os novos direitos fundamentais do homem, e, com toda razão, 'se estima que, mais que uma categoria de direitos fundamentais, constituem um meio positivo para dar um conteúdo real e uma possibilidade de exercício eficaz a todos os direitos e liberdades' e sua proclamação supõe uma autêntica garantia para a democracia, ou seja: 'para o efetivo desfrute das liberdades civis e políticas'. (2015, p. 186-187)

À parte das definições e distinções constitucionais e doutrinárias, o direito à saúde foi recepcionado pela Lei n.º 8.080/1990 sob um viés coletivo. É o que se depreende da interpretação dos princípios fundamentais nela consubstanciados, os quais serão vistos a seguir.

1.1.1. Princípio da universalidade do SUS

A Organização Mundial de Saúde – OMS define sistema de saúde como sendo "o conjunto de todas as organizações, instituições e recursos que são empregados na produção de ações de saúde" (OMS, 2000). Uma ação de saúde, por sua vez, é conceituada como "qualquer esforço na atenção à saúde individual, no fornecimento de serviços públicos de saúde ou nas iniciativas intersetoriais, cujo propósito fundamental é a melhora da saúde" (TCU, 2014, p. 31). Já os serviços de saúde significam os "métodos para a promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, abrangendo assistência médica em comunidades, centros de saúde e hospitais" (OMS, 2013).

O SUS é o Sistema de Saúde brasileiro, regulado pela Lei n.º 8.080/90 e criado a partir do dever do Estado de formular e executar políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos, bem como de estabelecer condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Seu princípio fundamental, que vem disposto no art. 7º, I, da lei supramencionada, é a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência.

A cobertura universal, cujo objetivo é o de garantir que todos os indivíduos possam utilizar os serviços de saúde de que necessitam sem correr riscos de ruína financeira ou empobrecimento, no momento e no futuro, é fortemente defendida pela OMS. Tanto o é que, no ano de 2005, todos os seus Estados Membros se comprometeram a alcança-la, o que expressa a convicção de que ela é uma forte e útil ferramenta para o desenvolvimento humano.

A OMS reconhece, ainda, que

> o primeiro desafio das ações rumo à cobertura universal da saúde é definir as políticas de apoio e os serviços necessários, em qualquer contexto, incluindo a proteção contra risco financeiro, a população que precisa desses serviços e os custos. Isto requer uma compreensão das causas da falta de saúde, das intervenções possíveis, de quem tem e de quem não tem acesso a esses serviços no momento, e do grau de dificuldade financeira imposta ao usuário quando precisa pagar pelos serviços com recursos próprios. Agindo em nome de suas populações, os governos devem decidir como aproximar-se da cobertura universal com recursos financeiros limitados. O segundo desafio é medir os progressos rumo à cobertura universal, utilizando indicadores válidos e dados apropriados. (OMS, 2013, p. 11)

No Brasil, o Decreto n.º 7.508/2011, que regulamenta a Lei n.º 8.080/90, estabelece que o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde deverá ser ordenado pela atenção primária e fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial como, por exemplo, a população indígena.

Um outro princípio norteador do SUS é a integralidade da assistência, a qual o art. 7º, II, da Lei n.º 8.080/90, define como "conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema". Os níveis de complexidade são articulados de forma crescente, e compõem a Rede de Atenção à Saúde, envolvendo atenção básica, de média e de alta complexidade.

Assim, é válido dizer que o alcance de atendimentos na área de saúde a todos, sem restrições pessoais, sociais ou meritocráticas, é – ou ao menos deveria ser – a meta a ser visada pelo país, muito embora existam desafios a serem superados com vistas à sua consecução. Apesar de não ter sido citado pela OMS, podemos elencar como um desses desafios a judicialização da saúde, conforme afirmam Matta e Marques (2014, p. 429), pois, conquanto ela represente "uma possibilidade concreta de correção das deficiências produzidas pela política econômica [...], seu excesso e a falta de um diálogo robusto entre o Direito e a Saúde acabam por prejudicar ainda mais o princípio da universalidade em razão da escassez de recursos".

1.2. Princípio da reserva do possível

Vistos os princípios que balizam o Sistema Único de Saúde, é imprescindível a abordagem de um outro princípio, que norteia não só as políticas públicas da área da saúde, mas todas as demais.

Trata-se do princípio da reserva do possível, ou reserva do financeiramente possível, o qual incide diretamente no âmbito do direito à saúde, e pode ser entendido como a disponibilidade financeira para a implementação de determinada política pública.

Sua origem, conforme leciona Canotilho (2008, p.106), remonta à década de 70, quando P. Häberle "formula a ideia da 'reserva das caixas financeiras', para exprimir a ideia de que os direitos econômicos, sociais e culturais estão sob reserva das capacidades financeiras do Estado, se e na medida em que elas consistirem em direitos a prestações financiadas pelos cofres públicos".

A razão pela qual o princípio seja diretamente relacionado aos direitos sociais reside no fato de que a garantia destes pressupõe grandes disponibilidades financeiras por parte do Estado. Canotilho (2002, p. 479) ensina que a construção dogmática da reserva do possível traduz a "ideia de que os direitos sociais só existem quando e enquanto existir dinheiro nos cofres públicos", e critica "um direito social sob 'reserva dos cofres cheios', o que, na prática equivaleria a nenhuma vinculação jurídica.

Assim, muitas vezes remete-se à garantia do mínimo existencial, entendido como um "direito às condições mínimas de existência humana digna que exige prestações positivas por parte do Estado" (GRINOVER; WATANABE, 2013, p. 132), como única possibilidade razoável de vinculação do Estado na seara dos direitos sociais. Isso quer dizer que o princípio da reserva do possível não pode constituir obstáculo para a imediata satisfação do direito nas hipóteses de violação ao mínimo existencial (GRINOVER; WATANABE, 2013, p. 139).

Embora o princípio tenha se transformado em uma espécie de senso comum dos juristas que se debruçam sobre o problema da efetividade dos direitos sociais, parte da doutrina não é favorável ao que Mendes, Coelho e Branco chamaram de "entronização da reserva do possível" (2008, p. 711) como limite fático à concretização desses direitos, sob o fundamento de que

> apesar da realidade da escassez de recursos para bancar políticas públicas de redução de desigualdades, é possível, sim, estabelecer prioridades entre as diversas metas a atingir, racionalizando a sua utilização, a partir da ideia de que determinados gastos, de menor premência social, podem ser diferidos, em favor de outros, reputados indispensáveis e urgentes – afinal de contas, todos sabemos que a fome não pode esperar -, quando mais não seja por força do princípio da dignidade da pessoa humana, que, sendo o valor-fonte dos demais valores, está acima de quaisquer outros, acaso positivados nos textos constitucionais.

Contudo, é fato que existe um quadro de limitação de recursos estatais, o que agrava as desigualdades sociais e faz com que sejam cada vez mais tensas as relações entre a sociedade e o Estado. A partir desse panorama, abre-se espaço para que os particulares recorram ao Judiciário, que passa a cobrar da Administração Pública medidas que não são, a rigor, de sua competência.

Esses comandos que partem do Judiciário são destinados, muitas vezes, à satisfação de necessidades individuais e ignoram a reserva do possível, na medida em que impõem ações que desconsideram a inexistência de recursos legalmente destinados ao custeio das despesas decorrentes do cumprimento de suas determinações, influenciando o orçamento público (MENDES; BRANCO, 2014, p. 653).

Em observância aos princípios da reserva do possível e da autonomia dos poderes, talvez fosse mais adequado ao Judiciário que, em face da insuficiência de recursos e da falta de previsão orçamentária, determinasse ao Poder Público que fizesse constar a verba necessária à medida pretendida na proposta de orçamento seguinte, como alternativa à irrestrita concessão de decisões determinando o fornecimento de medicamentos, procedimentos e tratamentos médicos.

2. JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

A chamada judicialização da política não é um fenômeno recente em nosso ordenamento jurídico. Ela pode ser descrita como a atuação dos tribunais de forma a alterar significativamente questões políticas que, originariamente, não seriam afetas à competência desses tribunais no exercício regular de suas funções.

> A judicialização da política pode conduzir a outro fenômeno: a politização da justiça. Esta consiste num tipo de questionamento da justiça que põe em causa, não só a sua funcionalidade, como também a sua credibilidade, ao atribuir-lhe desígnios que violam as regras da separação dos poderes dos órgãos de soberania. (MACIEL NETO, 2005)

A atuação do Judiciário frente aos demais poderes e diante das pressões econômicas e sociais é favorecida tanto pela democracia, quanto por sua independência, decorrente do princípio da separação dos poderes (TATE; VALLINDER, 1995, p. 28-29, apud MATTA; MARQUES, 2014, p. 430).

Amparado nesses pilares, o Judiciário se vê motivado a agir afirmativamente como "via de resistência às investidas do Poder Executivo e Legislativo que representem retrocesso ou a ineficácia dos direitos individuais e sociais" (STRECK, 2002, p. 34, apud MATTA; MARQUES, 2014, p. 430). Assim, concluem Matta e Marques (2014, p. 430) que "as Cortes passam a atuar de modo a bloquear ou corrigir políticas de governo e, exatamente por isso, tornam-se partícipes frequentes do jogo político diuturno entre grupos de interesse, oposição e governo. Tal processo, quando mal gerido, acaba por produzir a proliferação do sentimento de que as instituições majoritárias são ineficazes".

O Supremo Tribunal Federal já se manifestou no sentido de que, para que o Judiciário intervenha no controle de políticas públicas, é necessário que sejam observados alguns requisitos. São eles: o limite fixado pelo mínimo existencial a ser garantido ao cidadão; a razoabilidade da pretensão deduzida em face do Poder Público; e a existência de disponibilidade financeira do Estado.

Segundo a lição de Ada Pelegrini Grinover, esses requisitos são necessários e suficientes para coibir excessos na intervenção judicial em políticas públicas. E continua:

> A razoabilidade mede-se pela aplicação do princípio constitucional da proporcionalidade. O princípio da proporcionalidade significa, em última análise, a busca do justo equilíbrio entre os meios empregados e os fins a serem alcançados. Ele obriga a todos os poderes e tem sido amplamente reconhecido e aplicado pelo STF.

> (...)
> Com relação à intervenção do Judiciário nas políticas públicas, que, por meio da utilização de regras da proporcionalidade e razoabilidade, o juiz analisará a situação em concreto e dirá se o legislador ou o administrador público pautou sua conduta de acordo com os interesses maiores do indivíduo ou da coletividade, estabelecidos pela Constituição. E assim estará apreciando, pelo lado do autor, a razoabilidade da pretensão individual/social deduzida em face do Poder Público (GRINOVER; WATANABE, 2013, p. 133-137)

Especificamente no tocante ao direito à saúde, verifica-se que, desde a promulgação da Carta Constitucional, em 1988, houve um significativo aumento no número de ações em que a demanda principal consiste na concessão de medicamentos ou tratamentos médicos.

De início, essas ações eram basicamente relacionadas a pedidos de medicamentos para o tratamento de AIDS/HIV, e o grande número de casos, em sua ampla maioria determinando o fornecimento do medicamento necessário para o tratamento da doença, chamou a atenção do poder Executivo, que tomou a questão em considerações e acabou por desenvolver uma política específica para o tratamento da AIDS, resultando na Lei n.º 9.313/1996. É o que ensina Carlos Portugal Gouvea:

> The growing pressure of concessions for medication from the Judiciary led the Executive to develop a specific policy for the universal distribution of drugs to treat HIV/AIDS. The policy culminated in Law 9.313, passed on November 13, 1996, which created a legal framework for such universal access and pushed the government to negotiate large scale purchases of medicine at reduced prices from pharmaceutical companies. The results of the program were very positive, and it became an international reference. (2013, p. 22)[1]

A Lei n.º 9.313/96 teve origem no Projeto de Lei do Senado n.º 158/96, cujos relatórios destacam a relevância e a necessidade de se garantir o fornecimento de medicamentos aos portadores do HIV, em consonância com as diretrizes da saúde pública e da lei orgânica da saúde. Na justificativa do PLS, é destacada a garantia ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, motivo pelo qual "o acesso à

[1] As crescentes pressões para concessão de medicamentos pelo Judiciário levaram o Executivo a desenvolver uma política específica para a distribuição universal de medicação para o tratamento da AIDS. A política culminou na Lei n.º 9.313, sancionada em 13 de novembro de 1996, a qual criou um panorama legal para o acesso universal e incentivou o governo a negociar com indústrias farmacêuticas compras de medicamentos em larga escala, a preços reduzidos. Os resultados do programa foram muito positivos, e ele se tornou uma referência internacional. (tradução livre)

assistência farmacêutica, por parte dos soropositivos e pacientes de AIDS, consistiria em um direito de cidadania”[2].

A partir daí, constatado que o Judiciário é um meio eficaz para a expedição de comandos com vistas à obtenção de medicamentos, tratamentos e procedimentos médicos, expandiu-se o número de ações com esse objeto. Atualmente, conforme leciona Luís Roberto Barroso, “a judicialização é um fato, em outras palavras, trata-se de um produto decorrente de diversos fatores, dentre eles, o *design* constitucional, o modelo político adotado, além é claro do próprio ativismo” (BARROSO, 2009, p. 76, apud MATTA; MARQUES, 2014, p. 431).

Ou seja, as conjunturas política, social, econômica e constitucional transformaram o Judiciário em um refúgio de interesses, ressalte-se, legítimos, daqueles que não encontram os serviços de saúde a eles necessários quando os buscam diretamente junto ao SUS, o que os leva a buscar uma segunda porta de entrada para conseguir atender suas pretensões.

Canotilho (2002, p. 343), contudo, questiona se o cidadão poderia fundamentar perante os tribunais pretensões subjetivas. E chega à seguinte resposta:

> A resposta, em geral, é negativa, considerando-se que o princípio da democracia econômica e social é tão somente um princípio jurídico fundamental objetivo e não uma norma de prestação subjetiva; A favor desta consideração milita ainda o fato de a democracia econômica e social ser uma tarefa do legislador e não dos tribunais. Estes não teriam, na aplicação do princípio da democracia social e econômica, qualquer medida racional que os auxiliasse na tarefa de decisão.

O autor, porém, não é extremamente avesso à possibilidade de interferência do Judiciário em casos individuais envolvendo políticas públicas, e elenca algumas exceções, dentre elas, os casos de “particulares situações sociais de necessidade, justificadoras de uma imediata pretensão dos cidadãos a partir do princípio da defesa de condições mínimas de existência inerente ao respeito da dignidade da pessoa humana”.

De fato, as ações interpostas geralmente possuem um caráter predominantemente individual, de forma que o seu crescimento e, consequentemente, o crescimento das decisões judiciais pela concessão dos pleitos, “confere um eloquente impacto nos planos e arranjos aplicados ao campo da saúde” (MATTA; MARQUES, 2014, p. 433). Isso porque, conforme os autores citados:

---

[2] Senado Federal. PLS n.º 158/1996. Disponível em http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=2FAEB276205CB5E1FF8980CDE94378FB.proposicoesWeb1?codteor=1132022&filename=Avulso+-PL+2375/1996. Acesso em 07.05.2015

> Quando uma decisão judicial exige do Estado que este arque com o custo de um determinado requerimento feito por um cidadão, não resta alternativa ao administrador senão a de retirar recursos antes alocados ao atendimento de políticas públicas voltadas à coletividade para dar cumprimento ao provimento. (MATTA; MARQUES, 2014, p. 435)

Assim, muito embora a atuação do Judiciário seja, por um lado, de crucial importância para o exercício da cidadania de fato e para a realização do direito social à saúde, por outro, ela tem significado um

> [...] forte ponto de tensão perante os elaboradores e executores das políticas públicas, que se veem compelidos a garantir prestações de direitos sociais das mais diversas, muitas vezes contrastantes com a política estabelecida pelos governos para a área de saúde e além das possibilidades orçamentárias [...]. (MENDES, 2009, p. 03)

Essa situação acaba por enfatizar a garantia de direitos individuais, o que, em larga escala, contribui para a não efetivação do princípio da universalidade do SUS, pois em cada decisão deferida, considerado o caso concreto individualmente, o juiz ignora o panorama completo, composto por outras necessidades tão ou mais relevantes que aquela do caso por ele analisado, e que dizem respeito à coletividade. Ada Pelegrini Grinover (2013, p. 150) chama a atenção para esse risco, ponderando que

> Maior cuidado deverá ser tomado na observância do pressuposto e dos limites em relação às ações estritamente individuais, cujo acolhimento diminuirá a verba destinada à política pública geral, embora elas possam ter efeito positivo, influindo sobre a ampliação de políticas públicas.

Luís Roberto Barroso assevera outros fatores de risco, que se apresentam como “sintomas graves” da judicialização. Para o autor, os excessos e inconsistências, como decisões extravagantes e emocionais, apresentados pelo fenômeno podem colocar em risco a continuidade das políticas de saúde pública, desorganizar a atividade administrativa e impedir a alocação racional de recursos públicos (2009, p. 13).

É importante consignar que o termo “judicialização” recentemente tem recebido uma conotação pejorativa, o que, contudo, não se mostra inteiramente adequado. Conquanto existam críticas ao fenômeno ora em estudo, não há como ignorar o fato de que a pretensão daqueles que buscam no Judiciário uma forma de ver garantidos seus interesses é uma pretensão legítima e merece atenção. Ora, conforme ditame constitucional, não podem ser excluídos da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito. Por isso, uma vez que o indivíduo não consegue

do poder público um medicamento, tratamento ou procedimento médico, o que a princípio representa uma lesão a direito, nada obsta que ele recorra ao Judiciário para vê-lo garantido.

É por esse motivo que aqui não se está a tratar da legitimidade ou não do Poder Judiciário para decidir sobre tais questões, que são afetas primariamente aos Poderes Executivo e Legislativo. Busca-se apenas mostrar como a judicialização impacta a Administração Pública no que diz respeito à formulação e implementação de políticas públicas voltadas para a área da saúde.

2.1. Panorama estatístico

A seguir, serão apresentados dados orçamentários do Ministério da Saúde e dados estatísticos do Poder Judiciário relacionados às demandas na área da saúde, para facilitar a compreensão do atual cenário brasileiro e de como as duas variáveis se relacionam.

2.1.1. Dotação orçamentária do Ministério da Saúde

Para compreendermos os impactos financeiros que as demandas judiciais por medicamentos, tratamentos e procedimentos médicos causam, faz-se necessário antes saber qual a dotação orçamentária do Ministério da Saúde anualmente.

Dados revelados pelo Tribunal de Contas da União no Relatório Sistêmico de Fiscalização da Saúde[3], elaborado a partir da TC n.º 032.624/2013-1, mostram os valores liquidados que foram aplicados pela União, através do Ministério da Saúde, seja em transferências ou em aplicações diretas, no período de 2002 a 2013.

Tabela 1: Execução orçamentária da União 2002-2013 (valores liquidados)

Ano	Valor (R$)
2002	24.458.954.311,00
2003	26.367.874.596,00
2004	32.267.368.693,00
2005	35.515.658.515,00
2006	38.834.331.388,00
2007	43.263.914.800,00
2008	47.505.604.429,00

[3] Tabela 1: Função Saúde - Execução Orçamentária da União – aplicação direta e transferências Valores liquidados (2002-2013)

Ano	Valor (R$) (Continua)
2009	**54.964.510.468,00**
2010	**59.467.726.960,68**
2011	**70.865.215.117,00**
2012	**71.902.127.924,17**
2013	**77.282.275.716,76**

Fonte: Siga Brasil, LOA - Despesa Execução - por UO (atualização em 31/1/2014)

A dotação orçamentária do Ministério da Saúde autorizada[4] para o ano de 2014 e proposta[5] para o ano de 2015 é apresentada na tabela abaixo, e foi obtida no projeto de lei orçamentária para 2015 do Congresso Nacional.

Tabela 2: Previsão orçamentária do Ministério da Saúde 2014-2015

Ano	Valor (R$)
2014	107.598.400.000,00
2015	109.228.600.000,00

Fonte: Siga Brasil, LOA 2015 – Elaboração – Ciclo Setorial - Saúde

Os valores apresentados na Tabela 2 não podem ser diretamente comparados aos números mostrados na Tabela 1, por não se tratarem de valores liquidados.

O aumento linear dos montantes totais apresentados nas Tabelas 1 e 2 é explicado pelo fato de os entes federativos serem obrigados a aplicar um percentual mínimo anual de seus recursos financeiros no custeio à saúde pública[6], em decorrência da Emenda Constitucional n.º 29/2000. No caso da União, a Lei Complementar n.º 141/2012 define que sua aplicação não deve ser menor que o mínimo do valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido

[4] Até a conclusão do presente trabalho, o valor liquidado do ano de 2014 não havia sido disponibilizado.
[5] Até a conclusão do presente trabalho, o projeto de lei não havia sido aprovado.
[6] 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:
§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)
I - no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)
I - no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento); (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015)
II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)
III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

do percentual correspondente à variação nominal do PIB ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual[7], sendo que o valor de um exercício financeiro para outro não pode ser reduzido em caso de variação negativa do PIB.

Comparado aos demais países, utilizando-se o critério de dispêndio saúde *per capita*, em 2011 o Brasil apresentou o sétimo menor gasto total, dentre 41 países com dados na OCDE. Em relação a seu Produto Interno Bruto – PIB, o país ocupou a 18ª posição do *ranking*, com um gasto total correspondente a 8,9% do PIB. Apesar de ainda não corresponder aos padrões de países desenvolvidos, os números alcançados em 2011 representam um crescimento de 107% no gasto *per capita* em saúde em relação ao ano 2000. Porém, mesmo com esse aumento, "é de conhecimento geral que o sistema público não tem capacidade para atender com qualidade toda a população" (TCU, 2014, p. 66).

O estudo elaborado pelo TCU revela ainda que o país possuía a terceira menor participação do poder público nos gastos totais em saúde (46%), enquanto nos países membros da OCDE esse indicador chegava a 73%. Outra constatação foi a de que na década de 2000 houve uma significativa redução da participação dos gastos federais no gasto público total em saúde, ao mesmo tempo em que aumentaram as participações dos estados e municípios (TCU, 2014, p. 66).

Os recursos federais destinados às ações e aos serviços de saúde são organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento, os quais foram definidos pela Portaria GM/MS 204/2007. São eles: atenção básica; atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; vigilância em saúde; assistência farmacêutica; gestão do SUS; e investimentos na rede de serviços de saúde (este último incluído pela Portaria GM/MS 873/2009) (TCU, 2014, p. 24).

Cumpre ressaltar que 25% da população brasileira possui plano de saúde privado, o que, por outro lado, não significa necessariamente que essas pessoas não recorrerão ao SUS para obter determinados serviços.

A apresentação desses dados mostra que há todo um planejamento orçamentário feito pelo administrador público, e este orçamento deve ser utilizado nos diversos programas de saúde pública propostos pelo governo, todos eles voltados para a coletividade.

---

[7] Art. 5º A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.
§ 2º Em caso de variação negativa do PIB, o valor de que trata o caput não poderá ser reduzido, em termos nominais, de um exercício financeiro para o outro.

Assim, também o Sistema Único de Saúde possui uma organização e programação financeira, as quais muitas vezes são insuficientes para atender toda a demanda da sociedade brasileira, fator que se agrava ainda mais com o deslocamento de verbas para o cumprimento de decisões judiciais, cujos números serão mostrados posteriormente.

2.1.1.1. Recursos destinados à assistência farmacêutica

"O setor farmacêutico possui uma grande relevância para a sociedade, tendo em vista que é um dos pilares de sustentação do direito à saúde" (TCU, 2014, p. 142). A aquisição de medicamentos é, segundo pesquisa realizada pelo IPEA, um dos dois principais gastos das famílias com saúde, e é também um dos setores em que o Governo investe considerável montante de recursos.

Especificamente quanto ao suporte profilático e terapêutico, "que abrange ações voltadas para produção, distribuição e suprimento de drogas e produtos farmacêuticos em geral" (TCU, 2014, p. 30), os valores são apresentados na tabela a seguir:

Tabela 3: Orçamento para Suporte Profilático e Terapêutico

Ano	Despesa (R$)	Observações
2012	8.648.450.000,00	Despesa executada
2013	8.490.680.000,00	Despesa executada até 23.11.12
2014	10.952.909.105,00	Despesa proposta pelo relatório setorial 2014
2015	11.859.722.900,00	Despesa proposta pelo relatório setorial 2015

Da análise da Tabela 3, percebe-se que os valores anuais despendidos com medicamentos para suplantar todo o sistema único de saúde representam, respectivamente ao seu ano base, aproximadamente 12, 11, 10 e 10% do orçamento anual do Ministério da Saúde.

Os medicamentos ofertados pelo SUS estão elencados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), lista cuja última atualização foi publicada pela Portaria n.º 1/2015 do Ministério da Saúde, em 05.01.2015, entrando em vigor em 05 de maio do mesmo ano. Conforme descrito (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p. 9), "a RENAME apresenta o conjunto dos medicamentos a serem disponibilizados e ofertados aos usuários no SUS, visando à garantia da integralidade do tratamento medicamentoso". A lista engloba, dentro da assistência farmacêutica, medicamentos categorizados como componentes básicos, estratégicos e especializados, elencando mais de 800 insumos medicamentosos.

Contudo, apesar das altas quantias despendidas para suplantar a demanda do SUS, são recorrentes relatos quanto à falta de medicamentos. Nesse ponto, cabe destacar que nem sempre a falta de medicamentos representa que o valor direcionado à função é insuficiente. Isso porque

> A ampla cadeia de agentes e procedimentos envolvidos na gestão de medicamentos e insumos expõe o processo a uma gama de eventos de riscos, que vão desde a intempestiva identificação dos baixos volumes de estoques até a perda de validade por falhas de distribuição desses materiais e fármacos às unidades hospitalares. (TCU, 2014, p. 198)

Outro fator relevante acerca da falta de insumos é que o controle de medicamentos está associado a outras rotinas e sistemas, e as aquisições, o controle de estoque, a distribuição e consumo devem ser acompanhados de perto. Basta haver falhas em uma dessas rotinas para ocorrer o risco de desabastecimento, o que acarretará em restrições de procedimentos (TCU, 2014, p. 198).

As equipes do TCU, que visitaram 116 unidades hospitalares públicas em todo o território nacional, constataram que a falta de insumos é uma das responsáveis, ainda que em pequena parte, pela indisponibilidade de leitos, o que restringe a realização de procedimentos e cirurgias. Muitas das unidades valem-se de medidas paliativas para superar o problema, como a substituição por outros medicamentos menos adequados à realização de determinados procedimentos e tratamentos, empréstimos entre unidades, utilização de estoques de farmácias locais e a aquisição direta de medicamentos (TCU, 2014, p. 198).

Os principais motivos elencados pelos gestores dos hospitais, que seriam responsáveis pela falta ou insuficiência de medicamentos foram:

> a) 68 unidades (59% da amostra) apontaram falhas nos processos de licitação e compras, que, via de regra, são centralizados pelas secretarias de saúde;
> b) 21 (18%) indicaram falhas no gerenciamento do estoque central, que está sob a responsabilidade da Secretaria de Saúde;
> c) 12 (10%) relataram falhas no gerenciamento do estoque local, que está sob responsabilidade da própria unidade hospitalar;
> d) 11 (9%) registraram falhas na distribuição desses bens entre as unidades hospitalares;
> e) 11 (9%) relacionaram a não entrega dos medicamentos pelos respectivos laboratórios nos prazos estipulados;
> f) 10 (9%) apontaram a falta de comunicação tempestiva de baixos níveis de estoque;
> g) 6 (5%) relacionaram esses problemas à perda de validade dos medicamentos;
> h) 5 (4%) indicaram problemas no fornecimento de medicamentos pelo Ministério da Saúde;
> i) 26 (22%) identificaram outros motivos para a insuficiência de insumos nas unidades hospitalares (planejamento deficiente da secretaria, atraso na aprovação do orçamento, insuficiência de recursos orçamentários, dificuldade para prever o consumo, falta de medicamentos no mercado, imprevistos epidemiológicos, má

> qualidade dos materiais adquiridos e determinação judicial para fornecer produtos não padronizados ou que foram retirados de circulação). (TCU, 2014, p. 101)

Ressalte-se que a falta de medicamentos não é o único problema enfrentado pelos gestores públicos. Some-se a ela a falta de equipamentos, apontada por 77% dos hospitais visitados, e a inadequação da estrutura física das unidades para o atendimento das demandas (73%).

O que se conclui é que, aliados os problemas de gestão e o orçamento limitado de que dispõe a Administração Pública para atender uma demanda crescente por diagnósticos e tratamentos, surgem os mais diversos problemas, dentre os quais está o desabastecimento dos estoques de medicamentos.

2.1.2. Ações judiciais

Conforme dito anteriormente, após a promulgação da Constituição Federal em 1988, o número de ações judiciais com vistas à obtenção de medicamentos, tratamentos e procedimentos médicos tem sido crescente, não se podendo ignorar que o cenário apresentado nos dias atuais é alarmante. Assim se pronunciou a Advocacia-Geral da União acerca do tema:

> O crescente número de ações judiciais propostas em face do Poder Público com o fim de garantir o fornecimento de medicamentos, a realização de cirurgias e procedimentos e até mesmo a incorporação de novas tecnologias no âmbito do Sistema Únicos de Saúde – SUS tem sido motivo de preocupação para os gestores da saúde em todos os níveis federativos.

Nesta seção, será dado enfoque apenas às ações envolvendo a União, em trâmite perante a Justiça Federal, dada a maior amplitude de dados sobre o tema. Não há informações precisas sobre a intervenção judicial na saúde nos âmbitos estadual e municipal, mas relatório fornecido pelo Conselho Nacional de Justiça, atualizado até junho de 2014, informa que há 330.630 (trezentos e trinta mil, seiscentos e trinta) ações em trâmite perante os Tribunais Estaduais, um aumento de quase 50% em relação ao ano de 2011, em que foram contabilizados 221.423 (duzentos e vinte e um mil, quatrocentos e vinte e três) processos.

A ressalva é importante, uma vez que União, Estados e Municípios são solidariamente responsáveis pelo funcionamento do SUS, premissa que parte do art. 198, §1º da Constituição

Federal[8] e que confere a cada um dos entes públicos legitimidade para figurar no polo passivo de demanda que objetiva a garantia do acesso a medicamentos, tratamentos ou procedimentos médicos, em conjunto ou separadamente. Assim, há ações que tramitam nos Tribunais de Justiça dos estados, demandando o próprio estado e/ou o município; e ações que tramitam perante a Justiça Federal, em que a União também integra a lide.

Tabela 4: Número de Ações por Ano na Justiça Federal

Ano	Número total de processos	Número de processos novos
2009	-	10.846
2010	-	11.203
2011	19.557	12.811
2012	-	13.051
2013	-	-
2014 (até junho)	62.291	-

Os dados apresentados foram divulgados pela Consultoria Jurídica da Advocacia-Geral da União junto ao Ministério da Saúde (CONJUR/MS) e pelo Conselho Nacional de Justiça, e representam o número de processos em que a União figura como ré nas ações de saúde.

Os números demonstram que, de janeiro de 2011 para junho de 2014, o número total de ações aumentou significativamente, em cerca de 220%. Entre 2009 e 2012, surgiram 47.911 (quarenta e sete mil, novecentos e onze) novos processos. Além disso, há que se considerar que grande parte dos processos iniciados em um ano não se extingue no ano seguinte, uma vez que muitos deles envolvem o fornecimento de um tratamento contínuo. A CONJUR/MS aponta como causas dessa evolução, apesar de não possuir elementos seguros para comprovar sua relação com o crescimento numérico das ações judiciais, o sucesso provável das demandas e a interiorização da Justiça Federal.

O aumento do número de ações judiciais também pode ser associado às deficiências na gestão de insumos pelas secretarias de saúde e pelas secretarias locais, que as levam a ficar com o estoque de medicamentos vazio (TCU, 2014, p. 107).

O sucesso quase certo nas demandas propostas face à União pode ser notado a partir de dados disponibilizados pela Procuradoria-Geral da União, que analisou 7.773 (sete mil, setecentos e setenta e três) decisões judiciais relativas a medicamentos em todas as unidades da federação, no período compreendido entre outubro de 2011 e setembro de 2012. Dessas, 61%

[8] 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:
§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

(4.479) foram desfavoráveis à União; 29% foram favoráveis (2.263); e 10% foram parcialmente favoráveis (761).

A alta procura do Poder Judiciário pela população para a obtenção de medicamentos, tratamentos e procedimentos médicos é também apontada por representantes da Defensoria Pública e por membros do Ministério Público de alguns estados, a exemplo do Maranhão, de Sergipe, de Mato Grosso do Sul, de Goiás e do Tocantins. Revelam eles que a principal demanda se refere à falta de medicamentos, seja em razão do desabastecimento, seja pela necessidade de medicamentos que não são relacionados nas listas do SUS. A Defensoria Pública do Estado de Mato Grosso do Sul informou que na capital são atendidas diariamente cerca de 25 pessoas que solicitam assistência hospitalar (TCU, 2014, p. 108-109).

Considerando o elevado número e a ampla diversidade dos litígios referentes ao direito à saúde, bem como o forte impacto dos dispêndios decorrentes sobre o orçamento público, o Conselho Nacional de Justiça instituiu através da Resolução n.º 107, de 2010, o Fórum Nacional para o monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde, conhecido como Fórum Nacional da Saúde. Na sessão solene de sua instalação, o então Conselheiro Milton Nobre ressaltou a atuação do "Judiciário que não mais se isola na toga, não confunde imparcialidade com indiferença ou insensibilidade diante dos problemas jurídico-sociais que são de sua competência solucionar", e ponderou, ainda que

> a demanda judicial termina sendo, em não poucos casos, o único remédio eficaz e atualmente disponível pela sociedade para enfrentar certas disfunções ou insuficiências do sistema, as quais decorrem – e esta é a verdadeira causa a ser eliminada – da falta de regras mais claras quanto aos direitos e deveres de cada qual dos atores, bem ainda sobre as suas responsabilidades e limitações.

Em novembro do mesmo ano, foi realizado o primeiro encontro do Fórum, no qual foi declarado que "a atuação do Poder Judiciário é de crucial importância para o resgate efetivo da cidadania e realização do direito fundamental à saúde, ainda que se argumente que do seu exercício advenham tensões perante os gestores e executores das políticas públicas".

Conquanto inegável o papel relevante exercido pelo Judiciário, adere-se aqui à crítica feita por Ada Pelegrini Grinover (2013, p. 140) a alguns julgados, em demandas individuais, "que concedem ao autor tratamentos caríssimos no exterior, ou a aquisição de remédios experimentais que sequer foram liberados no Brasil". Ressalta ela que, nesses casos, o princípio da razoabilidade não estaria sendo observado, bem como não se estaria a tratar de corrigir uma política pública de saúde porventura equivocada. Por fim, observa a autora que "não se pode onerar o erário público, sem observância da reserva do possível".

2.2. Impacto para a Administração Pública

No âmbito do Poder Executivo, o aumento da quantidade de ações judiciais propostas em face do Poder Público com o fito de obter o fornecimento de medicamentos ou a realização de cirurgias e procedimentos tem preocupado os gestores da saúde nas esferas federal, estadual e municipal (TCU, 2014, p. 175).

Segundo informações levantadas pelo TCU:

> Os referidos gestores, muitas vezes, alegam que essa interferência despreza fluxos e protocolos existentes, impõe a realização de tratamentos extremamente onerosos e resulta numa inversão de prioridades nos gastos com medicamentos no âmbito das políticas públicas, o que gera um grave impacto na programação anual de saúde.

Tal alegação vai ao encontro das conclusões às quais chegou a AGU em seu panorama da saúde. Por meio de seu levantamento, foi constatado que os gastos do Ministério da Saúde e de outros entes federados, efetuados visando cumprir decisões judiciais, tiveram significativa materialidade entre 2005 e 2011. Os dados são apresentados na Tabela 5:

Tabela 5: Valor gasto pelo Ministério da Saúde com a aquisição de medicamentos, insumos e equipamentos concedidos em decisões judiciais

Ano	Valor (R$)
2005	2.441.041,95
2006	7.600.579,92
2007	17.530.346,45
2008	47.660.885,03
2009	83.165.223,93
2010	124.103.206,10
2011	243.954.000,00
2012	287.844.968,16

Esses valores referem-se apenas à aquisição do medicamento pleiteado, mas deve-se levar em consideração que existem outros gastos vinculados ao cumprimento da decisão judicial, os quais envolvem despesas com os procedimentos de compra e entrega do produto, tais como custos com importação e transportadora, por exemplo, a depender do caso concreto. Também não estão representados os valores gastos pelo Ministério das Saúde para atendimento

de decisões judiciais por meio de repasses aos estados e municípios. Ou seja, o valor final é maior que o apresentado. Para se ter uma ideia, em 2012, último ano abrangido pelo estudo, os custos adicionais foram de R$ 1.965.435,39, e os repasses somaram R$ 68.002.152,43.

Da análise da Tabela 5, é possível verificar que o valor gasto com o cumprimento de decisões judiciais em 2012 é quase 118 vezes maior que o valor gasto em 2005.

Comparando os dados referentes ao ano de 2012, contidos nas tabelas 3 e 5, depreende-se que o valor gasto com o cumprimento de decisões judiciais representa 3,3% do orçamento executado pelo Ministério da Saúde para a aquisição de medicamentos no âmbito do SUS. Isso significa o percentual desviado do planejamento da pasta, uma vez que "as aquisições voltadas ao abastecimento de todo o Sistema Único de Saúde concorrem com as aquisições determinadas por decisões judiciais" (AGU, 2012, p. 11).

A AGU alega que, quando o atendimento da demanda ocorre pela via judicial, há um desequilíbrio na distribuição dos recursos, uma vez que as compras voltadas ao atendimento de ações judiciais ocupam cada vez mais espaço na alocação não só de recursos, mas também de servidores, o que acarreta em prejuízo para as políticas públicas previamente definidas. O estudo por ela realizado aponta as consequências da judicialização:

> [O quadro acima apontado] não possui sua gravidade limitada ao gasto irracional que promove (tendo como consequências a perda da capacidade de administrar compras, a ineficiência em relação à escala), mas também, e principalmente, refere-se aos prejuízos à própria lógica do Sistema, o que induz novos gastos e a criação de um atendimento ao cidadão absolutamente diverso do estabelecido pelas Políticas traçadas.

O cumprimento das decisões judiciais pela União pode se dar por diferentes formas: através de repasses aos estados e municípios, como já mencionado; por depósito do valor necessário à aquisição pelo paciente do medicamento ou tratamento; ou pela aquisição do insumo pleiteado pelo Ministério da Saúde.

Todas essas formas de cumprimento têm como consequência possível o aumento dos custos de aquisição, já que, na maioria das vezes, as compras são realizadas em volumes pequenos e por meio de dispensa de licitação, dado o caráter de urgência inerente à própria situação apresentada e agravado pelos exíguos prazos estabelecidos pelo julgador para o cumprimento, cujos descumprimentos estão geralmente condicionados à imposição de multa pecuniária.

Ressalte-se, por outro lado, que, no Brasil, a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) é responsável por definir o valor máximo pelo qual os laboratórios

podem comercializar seus fármacos no país, o chamado preço-fábrica. Sua Resolução n.º 4/2006 dispõe que, a determinados fármacos vendidos para os entes da Administração Pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, será aplicado o Coeficiente de Adequação de Preços (CAP). Quando a aquisição é realizada a partir de demandas judiciais, a exigência se estende a todo e qualquer medicamento, bastando, para tanto, que o poder público comprove formalmente a existência da ação judicial (TCU, 2014, p. 226).

Outros problemas relacionados ao cumprimento das decisões judiciais surgem, além do aumento dos custos de aquisição. Para que a União adquira o medicamento diretamente, foi criada uma área de compras voltada exclusivamente para o atendimento de ações judiciais no Ministério da Saúde. O medicamento é adquirido e, então, é enviado para a residência do paciente, em quantitativo suficiente para 6 meses de tratamento, e nenhuma contraprova é fornecida pelo beneficiário, o que pode ocasionar o surgimento de fraudes. Ademais, a devolução da entrega é recorrente, por falta de atualização do endereço do beneficiário, o que pode acarretar na perda do medicamento.

Além desses, pode-se citar ainda o fornecimento de medicamento em duplicidade ou triplicidade, em casos de condenação solidária da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, quando o prazo para cumprimento da decisão é exíguo e não possibilita aos entes que se organizem internamente. E o custeio dúplice pela União, que além de repassar valores aos fundos estatais e municipais para a assistência farmacêutica, acaba por ser obrigada a fornecer determinado medicamento disponibilizado pelo SUS.

3. JURISPRUDÊNCIA DOS TRIBUNAIS BRASILEIROS

Neste capítulo, serão destacadas algumas das inúmeras decisões judiciais envolvendo demandas para o fornecimento de medicamentos, procedimentos e tratamentos médicos pelo Poder Público. Dá-se enfoque aos Tribunais Superiores e ao Tribunal Regional Federal da 1ª Região, incluindo-se aí a Justiça Federal de 1º grau. Os Tribunais de Justiça dos Estados não foram incluídos no presente trabalho, visto que a análise é voltada para a Administração Pública Federal, e as ações em que a União figura como parte são processadas perante a Justiça Federal, conforme preceitua o art. 109, I, da Constituição Federal.

Conquanto existam decisões que indeferem o pleito autoral, fundamentadas principalmente nos princípios da reserva do possível e da universalidade da assistência à saúde, o posicionamento majoritário esposado pelos tribunais brasileiros é no sentido da viabilidade do fornecimento de medicamentos pelos entes estatais, de maneira quase que irrestrita. Nesse sentido, a manifestação da Advocacia-Geral da União na Proposta de Súmula Vinculante (PSV) n.º 4, em trâmite perante o STF, é elucidativa:

> o que se tem verificado nessas ações judiciais é que, para a concessão do pleito autoral, a necessidade do medicamento ou tratamento resta comprovada pela mera apresentação de prescrição médica. Assim, não se têm analisado sequer a eventual existência de políticas públicas assecuratórias de outros medicamentos e/ou tratamentos que não os pleiteados.
> A jurisprudência pátria, amparada no sentimento de que a integralidade significa 'fornecer tudo a todos', tem associado a existência de políticas públicas – configuradas nas escolhas medicamentosas da Administração – à ideia de limitação do direito à saúde. Argumenta-se, em geral, que '*não se pode limitar a escolha, por parte do médico eleito pela requerente, dos meios a serem postos em prática para a execução do tratamento a que se deve submeter o paciente'.*

As decisões analisadas em seguida, especificamente as proferidas pelo STF e STJ, foram escolhidas para integrar o presente trabalho por seu alcance e importância, mais precisamente por representarem precedentes utilizados em diversos outros julgados, de diversos outros tribunais. Alguns processos citados, embora ainda não possuam decisão final de mérito, foram incluídos porque também são de elevada repercussão e, uma vez decididos, poderão servir de base para inúmeros outros.

No que tange ao TRF da 1ª Região, foram analisadas 154 decisões, liminares e finais, na 1ª e na 2ª instâncias, entre os anos de 2011 e 2015.

Por fim, muito embora grande parte das decisões em estudo sejam pela procedência do pedido de fornecimento dos medicamentos, se faz necessário analisar também aquelas que entendem pela impossibilidade de o Poder Público custear tratamentos médicos.

3.1. Supremo Tribunal Federal

No julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n.º 45, em 29.09.2004, o Supremo reconheceu que o encargo de formular e implementar políticas públicas reside, primariamente, nos Poderes Legislativo e Executivo, não se incluindo no âmbito das funções institucionais do Poder Judiciário.

Entretanto, em bases excepcionais, a incumbência poderá ser atribuída ao Judiciário, se e quando houver descumprimento dos encargos político-jurídicos que incidem sobre os órgãos estatais competentes, que acarrete em comprometimento da eficácia e da integridade de direitos individuais e/ou coletivos constitucionais, mesmo que derivados de cláusulas revestidas de conteúdo programático.

No voto condutor do acórdão, de relatoria do Ministro Celso de Mello, faz-se uma análise do tema sob a ótica da reserva do possível. Consigna o relator que não se poderá razoavelmente exigir do Estado a imediata efetivação do comando constitucional se comprovada objetivamente sua incapacidade econômico-financeira, mas não se deve permitir que o Poder Público crie obstáculo "artificial que revele ilegítimo, arbitrário e censurável propósito de fraudar, de frustrar e de inviabilizar o estabelecimento e a preservação, em favor da pessoa e dos cidadãos, de condições materiais mínimas de existência", mediante manipulação de sua atividade financeira e/ou político-administrativa. Ou seja, a cláusula da reserva do possível só pode ser invocada pelo Estado havendo a ocorrência de justo motivo objetivamente aferível, e nunca com a finalidade de o ente estatal exonerar-se do cumprimento de suas obrigações constitucionais, notadamente quando essas obrigações envolverem direitos fundamentais. Conclui o autor:

> Vê-se, pois, que os condicionamentos impostos, pela cláusula da "reserva do possível", ao processo de concretização dos direitos de segunda geração – de implantação sempre onerosa -, traduzem-se em um binômio que compreende, de um lado, (1) a razoabilidade da pretensão individual/social deduzida em face do Poder Público e, de outro, (2) a existência de disponibilidade financeira do Estado para tornar efetivas as prestações positivas dele reclamadas. Desnecessário acentuar-se, considerado o encargo governamental de tornar efetiva a aplicação dos direitos econômicos, sociais e culturais, que os elementos componentes do mencionado binômio (razoabilidade da pretensão + disponibilidade financeira do Estado) devem configurar-se de modo afirmativo e em situação de cumulativa ocorrência, pois,

> ausente qualquer desses elementos, descaracterizar-se-á a possibilidade estatal de realização prática de tais direitos. Não obstante a formulação e a execução de políticas públicas dependam de opções políticas a cargo daqueles que, por delegação popular, receberam investidura em mandato eletivo, cumpre reconhecer que não se revela absoluta, nesse domínio, a liberdade de conformação do legislador, nem a de atuação do Poder Executivo. É que, se tais Poderes do Estado agirem de modo irrazoável ou procederem com a clara intenção de neutralizar, comprometendo-a, a eficácia dos direitos sociais, econômicos e culturais, afetando, como decorrência causal de uma injustificável inércia estatal ou de um abusivo comportamento governamental, aquele núcleo intangível consubstanciador de um conjunto irredutível de condições mínimas necessárias a uma existência digna e essenciais à própria sobrevivência do indivíduo, aí, então, justificar-se-á, como precedentemente já enfatizado - e até mesmo por razões fundadas em um imperativo ético-jurídico -, a possibilidade de intervenção do Poder Judiciário, em ordem a viabilizar, a todos, o acesso aos bens cuja fruição lhes haja sido injustamente recusada pelo Estado.

Anteriormente, o Ministro Celso de Mello já havia ponderado acerca do conflito entre direitos fundamentais e reserva financeira do Estado, no julgamento da Petição n.º 1.246, em 31.01.1997 (publicado em 13.02.1997), asseverando que:

> Entre proteger a inviolabilidade do direito à vida, que se qualifica como direito subjetivo inalienável assegurado pela própria Constituição da República (art. 5º, caput), ou fazer prevalecer, contra essa prerrogativa fundamental, um interesse financeiro e secundário do Estado, entendo - uma vez configurado esse dilema - que razões de ordem ético-jurídica impõem ao julgador uma só e possível opção: o respeito indeclinável à vida.

Como medida para tentar salvaguardar o direito à saúde, tramita desde 2008 perante o Supremo a Proposta de Súmula Vinculante n.º 4, de autoria do Defensor Público Geral da União, a qual está pendente de julgamento, cujo propósito é tornar expressas (i) 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 (ii) "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".

Por outro lado, os riscos da judicialização excessiva também já foram analisados pela Corte, ficando claro pela leitura dos trechos de decisões abaixo colacionados, que muito embora o direito à saúde seja uma prerrogativa fundamental atribuída a todos, situações individualizadas não podem se sobrepor ao interesse da coletividade, e que os pleitos

individuais devem ser instruídos de forma a possibilitar ao julgador a conciliação entre as dimensões objetiva e subjetiva do direito à saúde.

> a gestão da política nacional de saúde, que é feita de forma regionalizada, busca uma maior racionalização entre o custo e o benefício dos tratamentos que devem ser fornecidos gratuitamente, a fim de atingir o maior número possível de beneficiários. Entendo que a norma do art. 196 da Constituição da República, que assegura o direito à saúde, refere-se, em princípio, à efetivação de políticas públicas que alcancem a população como um todo, assegurando-lhe acesso universal e igualitário, e não a situações individualizadas. A responsabilidade do Estado em fornecer os recursos necessários à reabilitação da saúde de seus cidadãos não pode vir a inviabilizar o sistema público de saúde. No presente caso, ao se deferir o custeio do medicamento em questão em prol do impetrante, está-se diminuindo a possibilidade de serem oferecidos serviços de saúde básicos ao restante da coletividade. Ademais, o medicamento solicitado pelo impetrante, além de ser de custo elevado, não consta da lista do Programa de Dispensação de Medicamentos em Caráter Excepcional do Ministério da Saúde, certo, ainda, que o mesmo se encontra em fase de estudos e pesquisas. (SS 3073/ RN Rel. Min. Ellen Gracie. Julgado em 09.02.2007. DJ 14.02.2007, p. 21)

> Portanto, independentemente da hipótese levada à consideração do Poder Judiciário, as premissas analisadas deixam clara a necessidade de instrução das demandas de saúde para que não ocorra a produção padronizada de iniciais, contestações e sentenças, peças processuais que, muitas vezes, não contemplam as especificidades do caso concreto examinado, impedindo que o julgador concilie a dimensão subjetiva (individual e coletiva) com a dimensão objetiva do direito à saúde. (STA 175 Rel. Min. Gilmar Mendes. Julgado em 18.09.2009. DJ 28.09.2009, p. 1227)

Certo é que que o enfrentamento da questão é recorrente no STF, sendo que, de 2007 para cá, já foi reconhecida a repercussão geral de casos de elevada relevância social, política, econômica e jurídica, que transcendem os interesses subjetivos da causa, para que o Tribunal uniformize a interpretação constitucional do tema.

O Tema n.º 006 diz respeito ao dever do Estado de fornecer medicamento de alto custo a portador de doença grave que não possui condições financeiras para comprá-lo. A existência de repercussão geral da matéria versada no recurso extraordinário representativo da controvérsia, RE n.º 566.471, de relatoria do Ministro Marco Aurélio, foi reconhecida por unanimidade em 3 de dezembro de 2007. Ainda não houve o julgamento da matéria. Depreende-se da manifestação do relator, em 24.10.2007:

> O Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Norte desproveu apelação assentando a obrigatoriedade de o Estado fornecer medicamento de alto custo. Esse tema tem-se repetido em inúmeros processos. Diz respeito à assistência do Estado no tocante à saúde, inegavelmente de conteúdo coletivo. Em outras palavras, faz-se em jogo, ante limites orçamentários, ante a necessidade de muitos considerada relação de medicamentos, a própria eficácia da atuação estatal. Em síntese, questiona-se, no extraordinário, se situação individual pode, sob o ângulo do custo, colocar em risco o

> grande todo, a assistência global a tantos quantos dependem de determinado medicamento, de uso costumeiro, para prover a saúde ou minimizar sofrimento decorrente de certa doença. Aponta-se a transgressão dos artigos 2º, 5º, 6º, 196 e 198, §1º e §2º, da Carta Federal. Impõe-se o pronunciamento do Supremo, revelando-se o alcance do texto constitucional.

O Tema n.º 289, cujo *leading case* é o RE n.º 607.582, de relatoria da Ministra Ellen Gracie, refere-se ao bloqueio de verbas públicas para garantia de fornecimento de medicamentos. Foi reconhecida a existência de repercussão geral da matéria suscitada em 14.08.2010, e a Ministra Relatora, verificando que a matéria se encontra pacificada na Corte, no sentido da possibilidade do bloqueio de verbas públicas para tal fim, julgou o recurso de forma monocrática, pela aplicação da orientação já firmada pelo Tribunal. Contudo, em face desta decisão foi interposto agravo regimental, o qual ainda não foi julgado.

Em março de 2015, foi julgado o Tema n.º 793, tendo o Plenário, por maioria, reafirmado a jurisprudência dominante no sentido de que o tratamento médico adequado aos necessitados se insere no rol dos deveres do Estado, porquanto responsabilidade solidária dos entes federados. Assim, o polo passivo pode ser composto por qualquer um deles, isoladamente ou conjuntamente.

Por fim, recentemente, em 22.05.2015, o Tribunal, por unanimidade, reconheceu a existência de repercussão geral da questão constitucional debatida nos autos do RE n.º 858.075, de relatoria do Ministro Marco Aurélio, e foi lançado o Tema n.º 818, cuja controvérsia reside no controle judicial relativo ao descumprimento da obrigação dos entes federados na aplicação dos recursos orçamentários mínimos na área da saúde, antes da edição da lei complementar referida no art. 198, §3º, da Constituição Federal, que fixará percentuais, critérios de rateio e normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde.

A existência desses quatro temas de repercussão geral obsta a chegada ao Tribunal de inúmeros recursos extraordinários versando sobre seus teores. Esses recursos ficam sobrestados na origem, de forma que, após o julgamento do recurso paradigma, os tribunais deverão a eles aplicar o entendimento esposado pelo STF.

Contudo, a Corte se manifesta acerca da matéria em diversos outros processos, principalmente em suspensões de segurança, de liminar e de tutela antecipada, e em agravos em recursos extraordinários. Sua jurisprudência dominante é no sentido de que é possível que o Poder Judiciário, sem que fique configurada violação ao princípio da separação dos Poderes, determine a implementação de políticas públicas nas questões relativas ao direito constitucional à saúde, uma vez que, apesar do caráter meramente programático atribuído ao art. 196 da

Constituição Federal, o Estado não pode se eximir do dever de propiciar os meios necessários ao gozo do direito à saúde dos cidadãos.

3.2. Superior Tribunal de Justiça

Também no Superior Tribunal de Justiça o tema está presente, sob a ótica da violação da Lei n.º 8.080/1990. Dois recursos especiais foram submetidos ao rito dos recursos repetitivos, em que um processo representativo da controvérsia é julgado e o resultado aplica-se aos demais recursos fundados em idêntica questão de direito.

O primeiro deles, julgado em outubro de 2013, corresponde ao Tema n.º 84, que dispõe que "se tratando de fornecimento de medicamentos, cabe ao Juiz adotar medidas eficazes à efetivação de suas decisões, podendo, se necessário, determinar até mesmo o sequestro de valores do devedor (bloqueio), segundo o seu prudente arbítrio, e sempre com adequada fundamentação".

O REsp n.º 1.069.810, originalmente distribuído ao Ministro Luiz Fux, que reconheceu a existência de multiplicidade de recursos a respeito da matéria e o submeteu ao procedimento do art. 543-C[9] do Código de Processo Civil, foi posteriormente julgado pela 1ª Seção do STJ, sob a relatoria do Ministro Napoleão Nunes Maia Filho. Em seu voto, seguido por unanimidade, ressaltou-se a soberania do direito à saúde em relação aos princípios do direito financeiro ou administrativo, cabendo ao juiz adotar medidas eficazes à efetivação das decisões que condenam a Administração a fornecer medicamentos, conforme trecho abaixo:

> PROCESSUAL CIVIL. ADMINISTRATIVO. RECURSO ESPECIAL. ADOÇÃO DE MEDIDA NECESSÁRIA À EFETIVAÇÃO DA TUTELA ESPECÍFICA OU À OBTENÇÃO DO RESULTADO PRÁTICO EQUIVALENTE. ART. 461, § 5o. DO CPC. BLOQUEIO DE VERBAS PÚBLICAS. POSSIBILIDADE CONFERIDA AO JULGADOR, DE OFÍCIO OU A REQUERIMENTO DA PARTE. RECURSO ESPECIAL PROVIDO. ACÓRDÃO SUBMETIDO AO RITO DO ART. 543-C DO CPC E DA RESOLUÇÃO 08/2008 DO STJ.1. Tratando-se de fornecimento de medicamentos, cabe ao Juiz adotar medidas eficazes à efetivação de suas decisões, podendo, se necessário, determinar até mesmo, o sequestro de valores do devedor (bloqueio), segundo o seu prudente arbítrio, e sempre com adequada fundamentação. 2. Recurso Especial provido. Acórdão submetido ao regime do art. 543-C do CPC e da Resolução 08/2008 do STJ. (REsp 1069810/RS, Rel. Ministro Napoleão Nunes Maia Filho, Primeira Seção, julgado em 23/10/2013, DJe 06/11/2013)
>
> Dessa forma, é lícito ao Julgador, diante das circunstâncias do caso concreto, aferir o modo mais adequado para tornar efetiva a tutela, tendo em vista o fim da norma e a impossibilidade de previsão legal de todas as hipóteses fáticas. Mormente no caso em

[9] Art. 543-C. Quando houver multiplicidade de recursos com fundamento em idêntica questão de direito, o recurso especial será processado nos termos deste artigo (Incluído pela Lei nº 11.672, de 2008).

> apreço, no qual a desídia do ente estatal frente ao comando judicial emitido pode resultar em grave lesão à saúde ou mesmo por em risco a vida da parte demandante.
> Sendo certo, portanto, que o sequestro ou o bloqueio da verba necessária à aquisição dos medicamentos objeto da tutela deferida no Juízo Singular, mostra-se válida e legítima.
> Frise-se, ainda que, a tutela jurisdicional para ser efetiva deve dar ao lesado resultado prático equivalente ao que obteria se a prestação fosse cumprida voluntariamente. O meio de coerção tem validade quando capaz de subjugar a recalcitrância do devedor. O Poder Judiciário não deve compactuar com o proceder do Estado, que condenado pela urgência da situação a entregar medicamentos imprescindíveis proteção da saúde e da vida de cidadão necessitado, revela-se indiferente à tutela judicial deferida e aos valores fundamentais por ele eclipsados (AgRg no REsp 1002335/RS, Rel. Min. LUIZ FUX, DJe 22.09.2008).
> Não se deve olvidar, também, a prevalência da tutela ao direito subjetivo à saúde sobre o interesse público, que, no caso, consubstancia-se na preservação da saúde da demandante com o fornecimento dos medicamentos adequados, em detrimento dos princípios do Direito Financeiro ou Administrativo.

O segundo tema, n.º 106, refere-se à obrigatoriedade de fornecimento pelo Estado de medicamentos não contemplados na Portaria n.º 2.577 do Ministério da Saúde, que dispõe sobre o Programa de Medicamentos Excepcionais. Foi admitido como recurso representativo da controvérsia o REsp n.º 1.102.457, de relatoria do Ministro Benedito Gonçalves, o qual, entretanto, teve essa chancela excluída em razão da desistência da parte recorrente antes do início do julgamento do caso. Com o cancelamento da afetação do recurso repetitivo, atualmente não há processo vinculado ao tema, o que impede uma manifestação final a seu respeito por parte do Tribunal.

A Corte também possui jurisprudência firmada no sentido de que "o funcionamento do Sistema Único de Saúde é de responsabilidade solidária da União, dos Estados e dos Municípios", de modo que qualquer um desses Entes possui legitimidade passiva para figurar em demanda que objetiva a garantia do acesso a medicamentos, entendimento idêntico ao esposado pelo STF.

O *leading case* em relação ao fornecimento de medicamentos é da Primeira Turma do Tribunal, datado de 22.08.2000 e relatado pelo Ministro José Delgado (RMS 11.183/PR, DJ 04/09/2000, p. 121). O entendimento pacificado pelo STJ é no sentido de que

> as pessoas doentes, as quais não possuem disponibilidade financeira para custeio do tratamento, têm direito a receber os medicamentos do Estado em caso de comprovada necessidade, em razão da primazia do direito à vida e à saúde, nos termos da interpretação dos dispositivos constitucionais relacionados ao tema e da Lei 8.080/90. (AgRg no RMS 46.373/RO, Rel. Ministro MAURO CAMPBELL MARQUES, SEGUNDA TURMA, julgado em 16/04/2015, DJe 23/04/2015).

Em alguns casos, entretanto, pondera-se que, de acordo com as peculiaridades de cada caso, se deve dar prioridade aos medicamentos oferecidos pelo SUS na hipótese de o autor da ação não conseguir provar que o medicamento pleiteado é o mais adequado a seu tratamento. Essa não é a orientação geral da Corte, que muitas das vezes apenas se manifesta pelo dever do Estado de fornecer o medicamento ou tratamento médico pleiteado para garantir o direito à saúde dos indivíduos, consoante voto do Ministro Luiz Fux, condutor do acórdão cuja ementa é abaixo colacionada:

> AGRAVO REGIMENTAL EM RECURSO ESPECIAL. PROCESSUAL CIVIL. ADMINISTRATIVO. AGRAVO DE INSTRUMENTO. RECURSO ESPECIAL. TRATAMENTO MÉDICO NO EXTERIOR. ARTIGO 196 DA CF/88. DIREITO À VIDA E À SAÚDE. DEVER DA UNIÃO. LEGITIMIDADE PASSIVA. **1. O Sistema Único de Saúde-SUS visa a integralidade da assistência à saúde, seja individual ou coletiva, devendo atender aos que dela necessitem em qualquer grau de complexidade, de modo que, restando comprovado o acometimento do indivíduo ou de um grupo por determinada moléstia, necessitando de determinado medicamento para debelá-la, este deve ser fornecido, de modo a atender ao princípio maior, que é a garantia à vida digna. 2. Ação objetivando a condenação da entidade pública ao fornecimento gratuito dos medicamentos necessários ao tratamento de doença grave. 3. O direito à saúde é assegurado a todos e dever do Estado, por isso que legítima a pretensão quando configurada a necessidade do recorrido.** 4. A União, o Estado, o Distrito Federal e o Município são partes legítimas para figurar no pólo passivo nas demandas cuja pretensão é o fornecimento de medicamentos imprescindíveis à saúde de pessoa carente, podendo a ação ser proposta em face de quaisquer deles. Precedentes: REsp 878080 / SC; Segunda Turma; DJ 20.11.2006 p. 296; REsp 772264 / RJ; Segunda Turma; DJ 09.05.2006 p. 207; REsp 656979 / RS, DJ 07.03.2005. 5. Agravo Regimental desprovido. (AgRg no REsp 1028835/DF, Rel. Ministro LUIZ FUX, PRIMEIRA TURMA, julgado em 02/12/2008, DJe 15/12/2008) (grifei)

Há julgados inclusive no sentido de que não configura modificação do pedido a substituição de medicamentos postulados na inicial, tendo em vista que não é raro que a medicação utilizada para determinado tratamento sofra alterações (AgRg no REsp 1.496.397/RS, Rel. Min. Assusete Magalhães, DJe 10.3.2015; AgRg no REsp 1.222.387/RS, Rel. Min. Herman Banjamin, DJe 01.4.2011; AgRg no Ag 1.352.744/RS, Rel. Min. Hamilton Carvalhido, DJe 18.02.2011; REsp 1.062.960/RS, Rel. Min. Francisco Falcão, DJe 29.10.2008; e AgRg no REsp 1233603/RS, Rel. Ministro Napoleão Nunes Maia Filho, Primeira Turma, julgado em 05/05/2015, DJe 13/05/2015).

Outros, ainda, no sentido de que é possível que o Estado forneça tratamento médico no exterior, com custeio das despesas de traslado e hospedagem (REsp 338.373/PR, Rel. Ministra Eliana Calmon, Rel. p/ Acórdão Ministra Laurita Vaz, Segunda Turma, julgado em 10/09/2002, DJ 24/03/2003, p. 194; REsp 353.147/DF, Rel. Ministro Franciulli Netto, Segunda Turma, julgado em 15/10/2002, DJ 18/08/2003, p. 187). O Ministro João Otávio de Noronha,

no julgamento do MS 8.740 (Primeira Seção, julgado em 26/02/2003, DJ 09/02/2004, p. 127), justificou a possibilidade pelo seguinte viés:

> Aliás, seria verdadeiro contrasenso jurídico admitir que meras rotinas administrativas, idealizadas com o propósito de otimizar a prestação dos serviços de saúde pelo Estado, possam prevalecer sobre os interesses maiores da comunidade, destinatária destes serviços, fazendo-a refém dos procedimentos. Ademais, a Administração deve prever a ocorrência de situações excepcionais ou emergenciais, reservando, no orçamento, recursos suficientes para atendê-las.

Esse posicionamento foi revisto por dois julgados, um da Corte Especial, apontando o risco de lesão à ordem pública e ao sistema de saúde do país como elementos aptos ao indeferimento do pedido de tratamento de elevado custo no exterior (AgRg na SS 1.467/DF, Rel. Ministro Edson Vidigal, Corte Especial, julgado em 16/02/2005, DJ 21/03/2005, p. 196); outro da Primeira Seção, considerando legal a Portaria n.º 763/1994 do Ministério da Saúde, que, revogando ato normativo anterior (Portaria n.º 1.236/1993), proíbe o financiamento de tratamento médico no exterior pelo SUS (MS 8.895/DF, Rel. Ministra Eliana Calmon, Primeira Seção, julgado em 22/10/2003, DJ 07/06/2004, p. 151).

Em suma, à parte casos relativos ao custeio de tratamento médico no exterior e algumas decisões que ponderem pela existência de medicamento ou tratamento alternativo, que não onere o Estado, a Corte, na grande maioria dos casos, se orienta pelo direito à vida e à saúde de que goza o cidadão e pelo dever do Estado de garanti-los, em detrimento da capacidade financeira e dos programas de política pública na área da saúde já em desenvolvimento.

3.3. Tribunais Regionais Federais

Chamou a atenção decisão de deferimento de antecipação dos efeitos da tutela em agravo de instrumento[10] perante o Tribunal Regional Federal da 3ª Região, em 27.05.2014, a qual determinou à União que procedesse à remoção de uma criança portadora de rara anomalia genética para um hospital nos Estados Unidos da América, para que recebesse tratamento adequado, de elevados custos.

Cuida dos autos[11] que a União depositou em juízo o valor de R$ 2.248.000,00 (dois milhões, duzentos e quarenta e oito mil reais) para que fosse custeado o procedimento cirúrgico pleiteado. O valor não inclui despesas com transporte, hospedagem, internação para fins

---

[10] Processo n.º 0008474-47.2014.4.03.0000, 3ª Turma do TRF/3, Desembargador Federal Márcio Moraes.
[11] Processo n.º 0001778-95.2014.4.03.6110, 4ª Vara Federal da Subseção Judiciária de Sorocaba/SP.

diversos da cirurgia etc. Em 11.12.2014, foi proferida sentença de procedência dos pedidos, fundamentada na teoria do fato consumado – notícias veiculadas na mídia informam que, após nove meses de espera, foi realizada a cirurgia de transplante de órgãos da qual necessitava a paciente.

Se no Supremo Tribunal Federal e no Superior Tribunal de Justiça há com certa frequência a análise do tema, na Justiça Federal de 1ª e 2ª instâncias sua presença é ainda maior, revelando-se corriqueira a existência de decisões em sede liminar e de antecipação de tutela. Isso porque os processos são geralmente distribuídos em caráter de urgência, e o tribunal deve analisar a questão fática e de direito, não podendo valer-se da jurisprudência defensiva e do rito dos recursos repetitivos e com repercussão geral, presentes nos tribunais superiores.

Grande parte das decisões que julgam o pedido liminar são pelo deferimento da medida, concedendo ao ente público um prazo exíguo para cumprimento da ordem e determinando o bloqueio de verbas ou a incidência de multa em caso de descumprimento. Algumas, contudo, destacam a necessidade de uma avaliação mais criteriosa do alegado, e determinam a realização de perícia médica.

Foram analisados 50 (cinquenta) processos (Apêndice A), em trâmite perante a Seção Judiciária do Distrito Federal. Os processos foram identificados a partir da pesquisa jurisprudencial oferecida pelo sítio eletrônico do Tribunal Regional Federal da 1ª Região, utilizando-se o critério "fornecimento de medicamento$", e limitando-se a busca a decisões colegiadas, proferidas entre os anos de 2011 e 2015.

Dos 50 processos localizados, foram proferidas 49 (quarenta e nove) decisões liminares e 30 (trinta) sentenças. Em face de todas as decisões liminares, foram interpostos agravos de instrumento no TRF da 1ª Região pela parte lesada. Do número total de sentenças, em 26 (vinte e seis) houve recurso de apelação que o colegiado já apreciou.

A pesquisa retornou os seguintes resultados (Apêndice B):

Das 49 (quarenta e nove) decisões liminares proferidas, 78% (38 decisões) foram pelo deferimento da medida, determinando à União que fornecesse o medicamento pleiteado; 22% (11) indeferiram o pedido autoral, sendo que somente 1 (uma) o fez para que antes fosse realizada perícia médica afim de se comprovar a real necessidade do insumo (Gráfico 1).

Dos 49 (quarenta e nove) agravos de instrumento, em todos houve decisão antecipatória de tutela, sendo que 76% (37) delas mantiveram o entendimento esposado na liminar da 1ª instância. Em 34% (12 decisões) houve a modificação da liminar proferida pelo juízo de 1º grau, sendo 14% (7) a favor do autor, ou seja, determinando o fornecimento do medicamento, e apenas 10% (5) a favor da União, deferindo em parte o pedido, tão somente

para determinar a realização de perícia médica, mantendo-se o fornecimento do fármaco (Gráfico 2).

Das 30 (trinta) sentenças proferidas, 80% (24 sentenças) foram pela procedência dos pedidos formulados na inicial, 13% (4) pela improcedência, e 7% (2) foram fundadas em outros motivos (desistência da parte autora e perda do objeto) (Gráfico 3). Analisando-as em relação às decisões liminares, a maioria delas – 80% (24) – confirmou o entendimento inicial. 7% (2) modificaram o entendimento e julgaram procedente o pedido liminarmente indeferido, e apenas 1 sentença cassou a liminar anteriormente concedida, o que representa 3% da amostra (Gráfico 4).

Por fim, quanto aos 26 (vinte e seis) recursos de apelação, nos quais 23 (vinte e três) foram interpostos pela União, em 4% (4 acórdãos) foi dado provimento ao recurso; em 23% (6) foi dado parcial provimento, apenas para condicionar o fornecimento do medicamento à realização de perícia médica anual ou à apresentação periódica de relatório ou prescrição médica. Em 50% (13) dos casos, a União teve seu pleito desprovido. Nos 3 (três) casos em que o apelante era o autor, em 2 (dois) a demanda foi provida (8%), e em 1 (4%) não (Gráfico 5).

O exposto acima, embora seja resultado de uma pequena amostra, permite chegar à conclusão de que grande parte daqueles que demandam o Judiciário por medicamentos veem satisfeita sua pretensão logo de início, já no pronunciamento liminar do juízo, o qual é, em grande medida, ratificado na decisão final. Já a União, muito embora recorra de todas as decisões a ela desfavoráveis, tem poucas chances de reverter o que foi proferido em 1ª instância, sendo compelida a atender ao pleito do autor.

4. MEDIDAS ADOTADAS PARA A ALTERARAÇÃO DO CENÁRIO ATUAL

A judicialização da saúde tem sido constante nos debates relativos à área da saúde, ocupando papel importante nos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário. As preocupações convergem no sentido de que devem ser buscados meios para diminuir o número de ações objetivando a assistência à saúde, e subsídios para evitar a concessão irrestrita de ordens para que a Administração Pública forneça medicamentos, tratamentos e procedimentos médicos.

Entre os anos de 2007 e 2010, tramitou perante o Senado Federal o Projeto de Lei n.º 219, que alterava a Lei n.º 8.080/90 para regular a integralidade da assistência terapêutica e farmacêutica devida pelo SUS. Nele, constava que, ao SUS, caberia o fornecimento apenas dos medicamentos e procedimentos terapêuticos ambulatoriais e hospitalares constantes de tabelas e relações elaboradas pelo Poder Executivo, sendo vedado o custeio de procedimentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e de medicamentos sem registro no órgão público competente. Na exposição de motivos do projeto, seu autor asseverou que:

> A garantia de acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde é tão importante quanto o atendimento integral. Essa garantia só será possível se os parcos recursos destinados à saúde forem criteriosamente aplicados. Esses recursos não se multiplicam milagrosamente. Se uma grande parte deles for gasta na assistência a umas poucas pessoas, certamente uma grande parcela da população sofrerá pela falta de medicamentos destinados ao tratamento de [outras] doenças (...).

Conjuntamente ao PLS n.º 219/2007, tramitou o Projeto de Lei n.º 338 que, num ponto diametralmente oposto àquele, sugeria que o fornecimento de medicamentos constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do SUS não eximiria o Poder Público de fornecer outros medicamentos e produtos de saúde não listados.

Os textos foram submetidos à apreciação das Comissões de Constituição, Justiça e Cidadania, e de Assuntos Sociais, e, na versão final aprovada pelo Plenário e submetida à Câmara dos Deputados, prevaleceu a redação do PLS n.º 219/2007.

Aprovada a matéria também pela Câmara, seguiu-se à sanção presidencial. Em 29.04.2011 foi publicada a Lei n.º 12.401, que acrescentou à Lei n.º 8.080 os seguintes dispositivos:

> CAPÍTULO VIII
> DA ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA E DA INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIA EM SAÚDE
>
> Art. 19-M. A assistência terapêutica integral a que se refere a alínea d do inciso I do art. 6º consiste em:

> I - dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P;
> II - oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde - SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado.
> (...)
> Art. 19-T. São vedados, em todas as esferas de gestão do SUS:
> I - o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento, produto e procedimento clínico ou cirúrgico experimental, ou de uso não autorizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;
> II - a dispensação, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na Anvisa.

Entretanto, vê-se que, embora datada de 2011, a inclusão dos artigos acima não produziu os efeitos pretendidos, tendo em vista que os dados constantes da Tabela 4 revelam o aumento do número de ações daquele ano para 2014. Isso porque a fundamentação das decisões favoráveis ao fornecimento de medicamentos e procedimentos atem-se, geralmente, ao viés constitucional da matéria, não chegando à análise dos ditames infraconstitucionais.

No âmbito do Poder Judiciário, o Supremo Tribunal Federal realizou audiência pública, em abril e maio de 2009, visando "esclarecer as questões técnicas, científicas, administrativas, políticas, econômicas e jurídicas relativas às ações de prestação de saúde". Ao final, relatou o então presidente da Corte, Ministro Gilmar Mendes:

> Nos seis dias de debates, ressaltou-se a dificuldade e complexidade do tema, e a importância da atuação consciente do Poder Judiciário. Também restou consignada a importância de se abrirem espaços de consenso e de se construírem soluções compartilhadas, inclusive pela via administrativa. As experiências das Defensorias Públicas dos Estados do Rio de Janeiro e de São Paulo, aqui partilhadas, muito têm a nos ensinar nesse sentido e a contribuir para a diminuição dos gastos com a saúde. Parece haver algum entendimento no sentido de que muitos dos problemas da eficácia social do direito à saúde devem-se a questões ligadas à implementação e manutenção das políticas públicas de saúde já existentes - o que implica também a composição dos orçamentos dos entes da federação. (...) É preciso ainda refletir sobre a questão da normatização e da definição de marcos legais precisos para as políticas públicas de saúde que possibilitem a sua face ou compreensão. Isso porque, como bem lembra o Professor Jorge Miranda, "a primeira forma de defesa dos direitos é a que consiste no seu conhecimento". Evidente, portanto, que a prestação de informações precisas e completas sobre enfermidade e tratamento objeto da demanda judicial é imprescindível para a adequada apreciação judicial da matéria. Nesse sentido, parece evidente que as partes precisam colaborar com o Poder Judiciário e levar todos os dados técnicos e científicos envolvidos.

Ademais, a relevância judicialização excessiva motivou a edição, pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), da Recomendação nº 31, de 30.03.2010, cujo objetivo foi a adoção

por parte dos tribunais de medidas adequadas para subsidiar os magistrados na solução das demandas judiciais que envolvem a assistência à saúde (TCU, 2014, p. 107).

A referida resolução levou em consideração o grande número de demandas envolvendo a assistência à saúde, o significativo dispêndio de recursos públicos deles decorrentes, bem como a carência de informações clínicas das quais dispõem os magistrados e a necessidade de prestigiar a capacidade gerencial dos gestores de saúde, as políticas públicas existentes e a organização do SUS. A partir daí, instruiu os Tribunais de Justiça e os Tribunais Regionais Federais para que celebrassem convênios com o objetivo de disponibilizar apoio técnico médico e farmacêutico "para auxiliar os magistrados na formação de um juízo de valor quanto à apreciação das questões clínicas apresentadas pelas partes nas ações relativas à saúde".

No âmbito do Tribunal Regional Federal da 1ª Região, notícia veiculada em seu sítio eletrônico revela que, em 29.05.2013, a Diretoria do Foro da Seção Judiciária do Distrito Federal promoveu o simpósio "Judicialização do Direito à Saúde", como uma das medidas adotadas em atenção à Resolução n.º 31 do CNJ, além de ter aderido ao Termo de Cooperação Técnica n.º 009/2013[12], celebrado entre o Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios e a Secretaria de Saúde do DF.

O mencionado Termo de Cooperação estabelece que a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal diligenciará no sentido de disponibilizar dados, informar acerca de medicamentos e procedimentos médicos e trazer ao conhecimento dos magistrados elementos técnicos informativos, procurando sempre auxiliar no alcance das medidas insculpidas na Recomendação n.º 31 do CNJ. Em contrapartida, cabe ao TJDFT e, posteriormente, à SJDF, buscarem, na medida do possível, ouvir os gestores antes de proferir decisões e conceder prazos razoáveis para o cumprimento das decisões.

O CNJ tem promovido, ainda, Jornadas de Direito da Saúde, nas quais são aprovados enunciados que devem servir de subsídio aos magistrados com vistas a assegurar maior eficiência na solução das demandas de saúde. Na I Jornada, realizada em 15 de maio de 2014, foram aprovados 45 enunciados. Dentre eles, destacam-se, para o presente estudo, os seguintes:

> 3 – Recomenda-se ao autor da ação, a busca preliminar sobre disponibilidade do atendimento, evitando-se a judicialização desnecessária;

[12] DOU n.º 170, Seção 3, 04.09.2014, p. 146

> 8 – Nas condenações judiciais sobre ações e serviços de saúde devem ser observadas, quando possível, as regras administrativas de repartição de competência entre os gestores;
>
> 13 – Nas ações de saúde que pleiteiam do poder público o fornecimento de medicamentos, produtos ou tratamentos, recomenda-se, sempre que possível, a prévia oitiva do gestor do Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a, inclusive, identificar solicitação prévia do requerente à Administração, competência do ente federado e alternativas terapêuticas;
>
> 16 – Nas demandas que visam acesso a ações e serviços da saúde diferenciada daquelas oferecidas pelo Sistema Único de Saúde, o autor deve apresentar prova da evidência científica, a inexistência, inefetividade ou impropriedade dos procedimentos ou medicamentos constantes dos protocolos clínicos do SUS;

Recentemente, em maio de 2015, foi realizada a II Jornada, a qual resultou em mais 23 enunciados, importando o n.º 50, que dispõe que

> salvo prova da evidência científica e necessidade preemente, não devem ser deferidas medidas judiciais de acesso a medicamentos e materiais não registrados pela ANVISA ou para uso off label. Não podem ser deferidas medidas judiciais que assegurem o acesso a produtos ou procedimentos experimentais.

Percebe-se que tanto o STF quanto o CNJ estão atentos à realidade criada pelo incremento do número de demandas judiciais por medicamentos, tratamentos e procedimentos médicos. O Conselho Nacional de Justiça, como instituição pública cuja finalidade é visar pelo aperfeiçoamento do trabalho do sistema judiciário brasileiro, desenvolveu medidas concretas para auxiliar os tribunais a conferirem às demandas por assistência à saúde a verdadeira importância que elas detêm.

Os enunciados acima transcritos podem e devem ser utilizados nas razões de decidir dos magistrados, pois, de fato, contribuem para uma solução mais racional dos casos, a partir da oitiva dos gestores públicos e de provas robustas acerca da necessidade do medicamento pleiteado.

Resta agora, aos tribunais, a exemplo do que foi feito pelo TJDFT e pela Seção Judiciária do Distrito Federal, implementar essas medidas, para que as decisões não sejam exclusivamente emocionais e que não valorem apenas o direito individual que está sendo ali tutelado, em detrimento do direito da coletividade.

CONCLUSÃO

A questão inicialmente proposta era verificar se a judicialização do direito à saúde existe como causa ou como consequência da situação da saúde brasileira.

À medida em que o estudo foi se desenvolvendo, percebeu-se que a relação entre as duas variáveis não é meramente uma relação de causa e efeito, e passa necessariamente por temas delicados, como a reserva do possível, o risco de o caráter programático da norma acabar por torna-la vazia de significado, as promessas de assistência universal e igualitária à saúde, o viés por vezes mais emocional e menos técnico que o tema desperta nos julgadores.

De toda análise, chega-se primeiro a três conclusões primordiais: (i) o orçamento federal destinado à assistência à saúde tem crescido nos últimos anos; (ii) também é crescente o número de ações judiciais ajuizadas em face do ente público para postular o fornecimento de medicamentos, tratamentos e procedimentos médicos; e (iii) existe uma contingência financeira que dificulta a atuação estatal no sentido de incrementar as políticas públicas na área da saúde.

Indaga-se, quanto ao terceiro item, até que ponto essa contingência pode ser utilizada como válvula de escape pelo Poder Público. De fato, a limitação de recursos existe e não pode ser ignorada. Contudo, os alvos prioritários dos gastos públicos, analisando-se o panorama sob a ótica do Estado Democrático de Direito e da Carta Constitucional, devem ser a promoção do bem-estar dos cidadãos, visando assegurar seus direitos fundamentais. Nesse sentido, a conclusão a que se chega é a exposta por Ana Paula de Barcellos, revelada no voto da medida cautelar na ADPF n.º 45 (Rel. Min. Celso de Mello. Julgada em 29.04.2004. DJ 04.05.2004. p. 12), segundo a qual a reserva do possível, se associada ao estabelecimento de prioridades orçamentárias, é capaz de conviver produtivamente com o mínimo existencial e a promoção da dignidade humana.

Em seguida, passa-se à análise da assistência universal e integral à saúde como direito de todos e dever do Estado, fundamento presente na totalidade das ações judiciais com vistas ao fornecimento de medicamentos. Nesse tocante, Canotilho destaca a responsabilidade do poder público de desempenhar as tarefas sociais, colocando à disposição de seus tutelados prestações de várias espécies. E, à medida em que essas prestações se tornam concretas, os cidadãos passam a ter o direito de igual acesso, obtenção e utilização, das instituições públicas, importando para o caso presente os serviços de saúde.

Aqui, partilha-se do entendimento esposado pela Advocacia-Geral da União, ao manifestar-se nos autos da PSV n.º 4. O preceito constitucional relativo à saúde tem sido utilizado sem que os julgadores demonstrem qualquer preocupação no sentido de enquadrá-lo

em uma abordagem sistemática, que permita aferir o real alcance que lhe quis aferir a Carta Magna. O direito à saúde não implica garantir tudo a todos, mas sim a garantia de promoção de políticas públicas voltadas para a universalidade, a integralidade, a isonomia e a racionalidade. Afigura-se inviável, sob o ponto de vista logístico, orçamentário e finalístico do SUS, que o Estado adquira e forneça a totalidade de fármacos e procedimentos médicos existentes a todos os cidadãos.

Quando um indivíduo recorre ao Judiciário para obter uma prestação do Estado, digamos, um determinado medicamento, ele está obtendo uma prestação isolada, específica, que não aproveita ao restante da população e que, por esse motivo, não pode enquadrar-se no patamar do direito social, na medida em que não significa igual acesso ao serviço de saúde pretendido.

Assim, o Judiciário é visto como um sistema de saúde paralelo ao SUS, priorizando o atendimento de demandas individuais em detrimento da coletividade. Essa atuação do Judiciário tem repercussão direta sobre a alocação de recursos públicos e atinge, ainda que não intencionalmente, toda a população beneficiada pelo SUS. Dessa forma, “as decisões podem até atender às necessidades imediatas de determinados jurisdicionados, mas, a curto prazo, impedirão as políticas estatais na promoção da saúde pública” (AGU, 2009).

Aqui, cabe fazer uma distinção entre as demandas judicias que pleiteiam medicamentos constantes das listas elaboradas pelo Ministério da Saúde, daquelas em que o medicamento indicado não está incluído nas listas, podendo até mesmo ser experimentais ou não registrados na ANVISA.

Quando a demanda é por medicamento integrante das listas, que por algum motivo não esteja sendo fornecido pelo SUS, a atuação jurisdicional é medida que se impõe, pois o Estado está deixando de cumprir algo com que já está comprometido. Nesses casos, a judicialização figura como consequência da precarização do sistema de saúde.

Por outro lado, quando a demanda é por medicamento que está fora das listas, de alto custo, experimental, não produzido no Brasil ou não registrado no órgão sanitário, é questionável a atuação jurisdicional. Longe de não ser legítima a pretensão autoral, pautada na busca por um tratamento com o qual não tem condições de arcar. Contudo, nesses casos, caberá ao julgador analisar o pleito levando em consideração a real necessidade do medicamento, se sua eficácia é comprovada, se possui registro na ANVISA, se não há outro similar ou tratamento alternativo de menor custo ou que seja fornecido pelo SUS. Se o comando judicial for pelo fornecimento irrestrito de medicamentos, a judicialização acabará por ser não a única, mas uma das causas da precarização do sistema de saúde brasileiro.

Não se ignora o grande peso que o conteúdo das ações judiciais implica para o julgador. Mas deve ele se atentar ao fato de que sua decisão terá um alcance que supera os limites das relações estabelecidas naquela lide, entre autor, réu e juiz, chegando à integralidade dos beneficiários do Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, acata-se o ponderado relato do Ministro Gilmar Medes, na sessão de abertura da audiência pública sobre a judicialização da saúde no STF:

> Em alguns casos, satisfazer as necessidades das pessoas que estão à sua frente, que têm nome, que têm suas histórias, que têm uma doença grave, que necessitam de um tratamento específico, pode, indiretamente, sacrificar o direito de muitos outros cidadãos, anônimos, sem rosto, mas que dependem igualmente do sistema público de saúde.
> (...)
> Acredito que posições radicais que neguem completamente a ação do Poder Judiciário ou que preguem a existência de um direito subjetivo a toda e qualquer prestação de saúde não são aceitáveis. Devemos buscar uma posição equilibrada, capaz de analisar todas as implicações das decisões judiciais, sem comprometer os direitos fundamentais dos cidadãos e, em especial, o direito à saúde.

A atuação do Poder Judiciário tem seu papel de destaque no que diz respeito ao direito à saúde, mas cuidados devem ser tomados para que ela não seja desprovida de elementos racionais e técnicos, fundamentada apenas na expressão “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, que, por vezes, tende a ignorar todas as implicações que o tema envolve e a transformar o Judiciário em uma porta de entrada alternativa do SUS.

Ademais, ela não deve ser única. Aqui, cabem as palavras do Ministro Teori Zavascki, à época ainda no STJ: “oxalá pudéssemos, em nome da Constituição, concedendo liminares, resolver os graves problemas brasileiros de saúde” (MS 8.895/DF, Rel. Ministra Eliana Calmon, Primeira Seção, julgado em 22/10/2003, DJ 07/06/2004, p. 151). Infelizmente, não podem. Para uma concreta melhora do Sistema Único de Saúde, deve, necessariamente, haver também um comprometimento dos Poderes Executivo e Legislativo, na promoção de políticas públicas, na gestão orçamentária e na atividade legislativa eficazes. Apenas assim o Judiciário deixará de exercer um papel primário em relação ao direito à saúde, indo contra a tendência aqui demonstrada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: Direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. **Revista de Direito Social,** v. 34, n. 8, p.11-43, 2009.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988.

BRASIL. 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.

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

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 16 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

BRASIL. Advocacia Geral da União, Consultoria Jurídica Ministério da Saúde. **Intervenção Judicial na saúde pública:** Panorama no âmbito da Justiça Federal e Apontamentos na seara das Justiças Estaduais. Brasília: AGU, 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Fórum da Saúde:** quantidade de demandas nos tribunais. Disponível em <http://www.cnj.jus.br/programas-e-acoes/forum-da-saude/quantidade-de-demandas-nos-tribunais>. Acesso em: 07 maio 2015.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Relatório Sistêmico de Fiscalização**. Saúde / Tribunal de Contas da União. Brasília: TCU, 2014.

BRASIL. Projeto de Lei do Senado n.º 158, de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=2FAEB276205CB5E1FF8980CDE94378FB.proposicoesWeb1?codteor=1132022&filename=Avulso+-PL+2375/1996>. Acesso em: 07 maio 2015.

BRASIL. Projeto de Lei do Senado nº 219, de 2007. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a oferta de procedimentos terapêuticos e a dispensação de medicamentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes.asp?p_cod_mate=80822>. Acesso em: 07 maio 2015.

BRASIL. Projeto de Lei do Senado nº 338, de 2007. Acrescenta Capítulo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: < http://www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes.asp%3Fp_cod_mate=81517>. Acesso em: 07 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais**: RENAME 2014. 9 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CANOTILHO, J.J. Gomes. **Direito constitucional e teoria da constituição**. 6 ed. Coimbra: Almedina, 2002.

FILHO, Marçal. **Relatório Setorial**: Saúde. Brasília: Congresso Nacional, 2013.

GRINOVER, Ada Pelegrini. O controle jurisdicional de políticas públicas. In GRINOVER, Ada Pelegrini; WATANABE, Kazuo (Org.). **O controle jurisdicional de políticas públicas**. 2. ed. São Paulo: Forense, 2013, p. 125-150.

GOUVEA, Carlos Portugal. Social rights against the poor. **Vienna Journal on International Constitutional Law**, Viena, v. 7, p. 454-475, abr. 2013.

MACIEL NETO, Pedro Benedito. A judicialização da política conduz à politização da justiça. 2005. Disponível em: <http://www.conjur.com.br/2015-abr-22/pedro-maciel-judicializacao-politica-conduz-politizacao-justica>. Acesso em: 5 maio 2015.

MATTA, Jairo Luis Jacques da; MARQUES, Gabriel Lima. A prestação jurisdicional excessiva como risco ao princípio da universalidade do SUS: pela naturalização do diálogo entre o direito e a saúde. **Revista Jurídica da Presidência**, Brasília, v. 16, n. 109, p. 421-441, jun./ set. 2014.

MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de direito Constitucional**. 9 ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

MENDES, Gilmar Ferreira; COELHO, Inocêncio Mártires; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de direito Constitucional**. 2 ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

NERY JUNIOR, Nelson; NERY, Rosa Maria de Andrade. **Constituição Federal comentada e legislação constitucional.** 2 ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2009.

SECOS/DF. Simpósio promovido pela SJDF debate judicialização do direito à saúde. Disponível em: <http://portal.trf1.jus.br/portaltrf1/comunicacao-social/imprensa/noticias/simposio-promovido-pela-sjdf-debate-judicializacao-do-direito-a-saude.htm>. Acesso em: 17 maio 2015.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 38 ed. São Paulo: Malheiros, 2015.

VIANA, Jorge. **Relatório Setorial:** Saúde. Brasília: Congresso Nacional, 2014.

APÊNDICE A – RELAÇÃO DE PROCESSOS ANALISADOS NA PESQUISA

Em trâmite perante a Seção Judiciária do Distrito Federal:

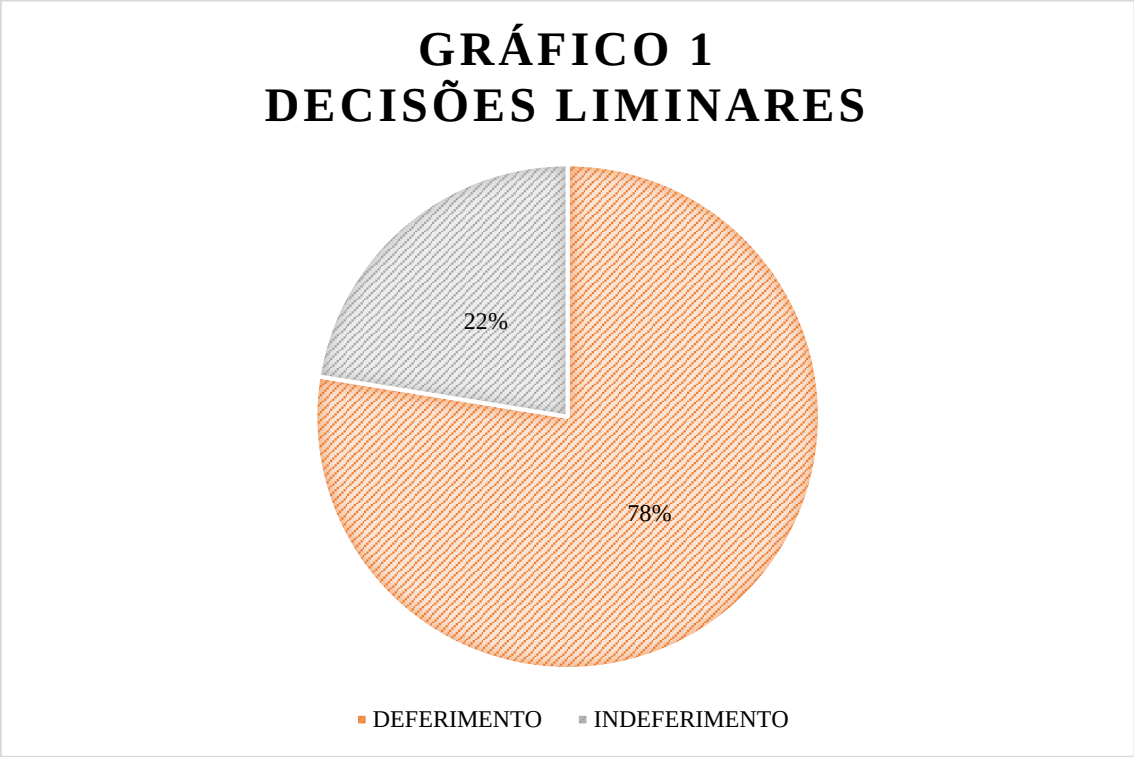
0020114-52.2015.4.01.3400
0051830-68.2013.4.01.3400
0021342-33.2013.4.01.3400
0016970-70.2015.4.01.3400
0019901-46.2015.4.01.3400
0030530-16.2014.4.01.3400
0016036-83.2013.4.01.3400
0048908-88.2012.4.01.3400
0066674-23.2013.4.01.3400
0018115-35.2013.4.01.3400
0068262-36.2011.4.01.3400
0051980-15.2014.4.01.3400
0009199-41.2015.4.01.3400
0024308-03.2012.4.01.3400
0008479-45.2013.4.01.3400
0069943-36.2014.4.01.3400
0008532-55.2015.4.01.3400
0019965-56.2015.4.01.3400
0003583-56.2013.4.01.3400
0039028-72.2012.4.01.3400
0025121-25.2015.4.01.3400
0007085-37.2012.4.01.3400
0035187-69.2012.4.01.3400
0016035-30.2015.4.01.3400
0041963-85.2012.4.01.3400
0054897-75.2012.4.01.3400
0059359-75.2012.4.01.3400
0049201-92.2011.4.01.3400
0028513-12.2011.4.01.3400
0009285-17.2012.4.01.3400
0002536-81.2012.4.01.3400
0014324-24.2014.4.01.3400
0000375-64.2013.4.01.3400
0031983-80.2013.4.01.3400
0016728-19.2012.4.01.3400
0068261-51.2011.4.01.3400
0027345-38.2012.4.01.3400
0000423-91.2011.4.01.3400
0035189-39.2012.4.01.3400
0074847-36.2013.4.01.3400
0075016-23.2013.4.01.3400
0030440-13.2011.4.01.3400
0052528-11.2012.4.01.3400
0002535-96.2012.4.01.3400
0025594-79.2013.4.01.3400
0018108-43.2013.4.01.3400
0005363-02.2011.4.01.3400
0015379-15.2011.4.01.3400
0005399-73.2013.4.01.3400
0018177-12.2012.4.01.3400

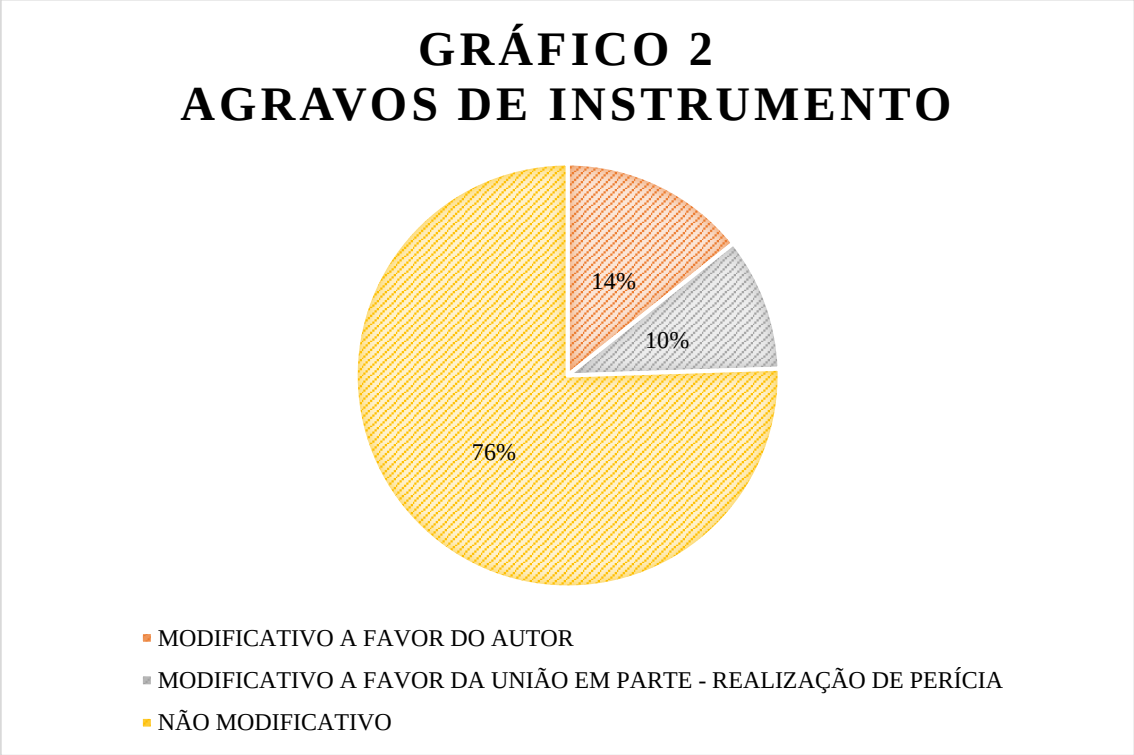
Em trâmite perante o Tribunal Regional Federal da 1ª Região:

0023281-92.2015.4.01.0000
0016760-34.2015.4.01.0000
0034691-21.2013.4.01.0000
0021084-67.2015.4.01.0000
0022487-71.2015.4.01.0000
0028191-02.2014.4.01.0000
0023093-70.2013.4.01.0000
0068148-78.2012.4.01.0000
0007643-53.2014.4.01.0000
0048374-28.2013.4.01.0000
0003242-79.2012.4.01.0000
0045905-72.2014.4.01.0000
0009839-59.2015.4.01.0000
0037823-23.2012.4.01.0000
0015488-73.2013.4.01.0000
0022981-33.2015.4.01.0000
0015221-33.2015.4.01.0000
0024125-42.2015.4.01.0000
0014615-73.2013.4.01.0000
0039028-72.2012.4.01.3400
0024123-72.2015.4.01.0000
0009432-58.2012.4.01.0000

0048583-31.2012.4.01.0000
0022079-80.2015.4.01.0000
0075829-02.2012.4.01.0000
0001157-86.2013.4.01.0000
0063387-38.2011.4.01.0000
0030129-37.2011.4.01.0000
0015932-43.2012.4.01.0000
0005054-59.2012.4.01.0000
0021522-30.2014.4.01.0000
0018346-77.2013.4.01.0000
0044389-51.2013.4.01.0000
0043150-46.2012.4.01.0000
0001752-22.2012.4.01.0000
0037834-52.2012.4.01.0000
0003756-66.2011.4.01.0000
0048260-26.2012.4.01.0000
0014066-29.2014.4.01.0000
0023812-18.2014.4.01.0000
0041103-36.2011.4.01.0000
0070252-43.2012.4.01.0000
0009975-61.2012.4.01.0000
0029412-54.2013.4.01.0000
0024640-48.2013.4.01.0000
0006440-61.2011.4.01.0000
0022479-36.2011.4.01.0000
0013177-12.2013.4.01.0000
0036002-81.2012.4.01.0000
0041963-85.2012.4.01.3400
0054897-75.2012.4.01.3400
0059359-75.2012.4.01.3400
0049201-92.2011.4.01.3400
0028513-12.2011.4.01.3400
0009285-17.2012.4.01.3400
0002536-81.2012.4.01.3400
0014324-24.2014.4.01.3400
0000375-64.2013.4.01.3400
0031983-80.2013.4.01.3400
0016728-19.2012.4.01.3400
0068261-51.2011.4.01.3400
0027345-38.2012.4.01.3400
0000423-91.2011.4.01.3400
0035189-39.2012.4.01.3400
0074847-36.2013.4.01.3400
0075016-23.2013.4.01.3400
0030440-13.2011.4.01.3400
0052528-11.2012.4.01.3400
0002535-96.2012.4.01.3400
0025594-79.2013.4.01.3400
0018108-43.2013.4.01.3400
0005363-02.2011.4.01.3400
0015379-15.2011.4.01.3400
0005399-73.2013.4.01.3400
0018177-12.2012.4.01.3400

APÊNDICE B – GRÁFICOS COM OS RESULTADOS DA PESQUISA





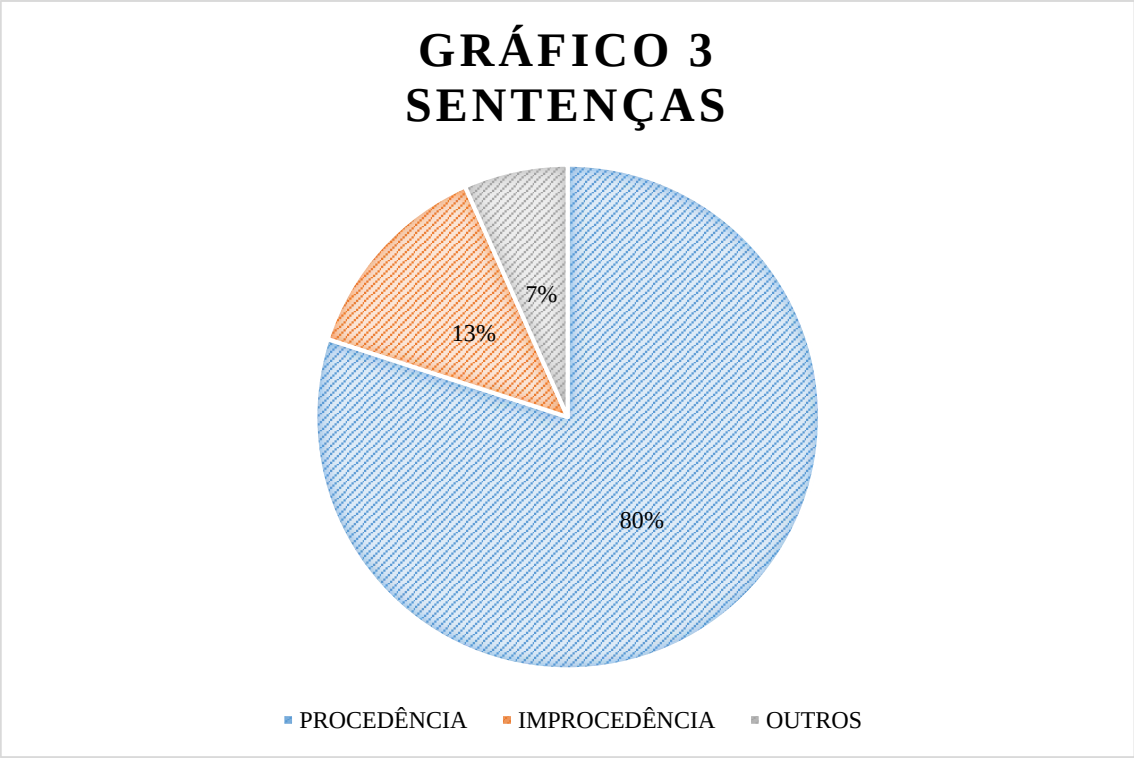


GRÁFICO 3
SENTENÇAS
7%
13%
80%
PROCEDÊNCIA
IMPROCEDÊNCIA
OUTROS

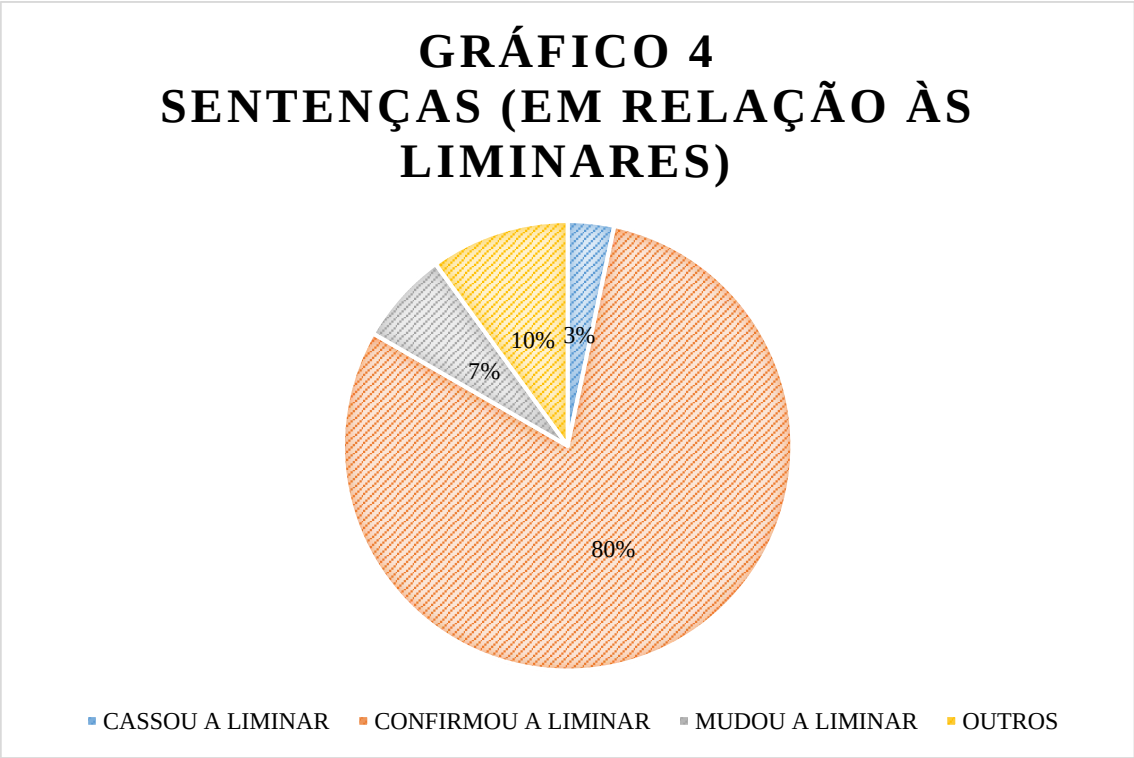


GRÁFICO 4
SENTENÇAS (EM RELAÇÃO ÀS LIMINARES)
10%
3%
7%
80%
CASSOU A LIMINAR
CONFIRMOU A LIMINAR
MUDOU A LIMINAR
OUTROS

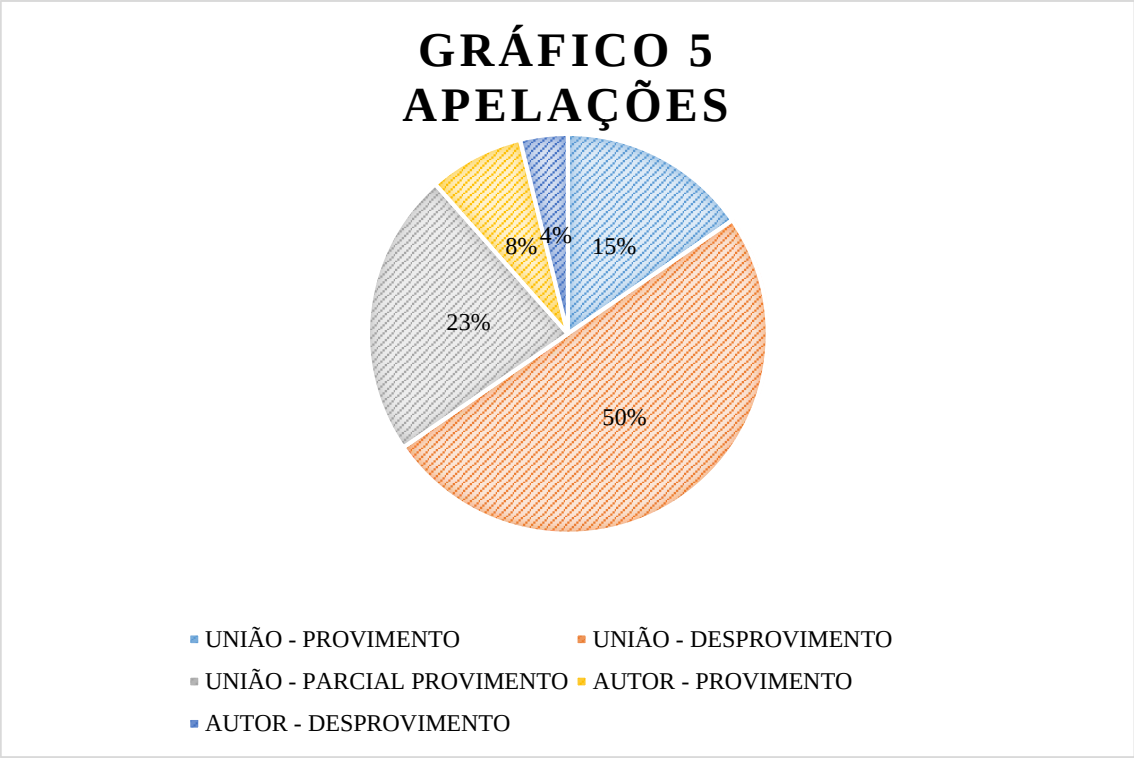


GRÁFICO 5
APELAÇÕES
15%
50%
23%
8%
4%
UNIÃO - PROVIMENTO
UNIÃO - DESPROVIMENTO
UNIÃO - PARCIAL PROVIMENTO
AUTOR - PROVIMENTO
AUTOR - DESPROVIMENTO