

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA – UFPB
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS – CCJ
COORDENAÇÃO DO CURSO DE DIREITO – CAMPUS JOÃO PESSOA
COORDENAÇÃO DE MONOGRAFIA

LÍVIA CAROLINA ROCHA AZEVEDO

**A JUDICIALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: ANÁLISE DA
ATUAÇÃO DA DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO NA PARAÍBA**

JOÃO PESSOA
2019

LÍVIA CAROLINA ROCHA AZEVEDO

**A JUDICIALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: ANÁLISE DA
ATUAÇÃO DA DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO NA PARAÍBA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Direito de João Pessoa do Centro de Ciências Jurídicas da Universidade Federal da Paraíba como requisito parcial da obtenção do grau de Bacharel em Direito.

Orientador: Prof. Dr. Jonábio Barbosa dos Santos

**JOÃO PESSOA
2019**

**Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação**

A994j Azevedo, Livia Carolina Rocha.

A JUDICIALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: ANÁLISE
DA ATUAÇÃO DA DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO NA PARAÍBA /
Livia Carolina Rocha Azevedo. - João Pessoa, 2019.
83 f. : il.

Monografia (Graduação) - UFPB/CCJ.

1. Direito à saúde. 2. Assistência Farmacêutica. 3.
Judicialização do Direito à Saúde. 4. Reserva do
Possível. 5. Defensoria Pública da União. I. Título

UFPB/CCJ

LÍVIA CAROLINA ROCHA AZEVEDO

**A JUDICIALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: ANÁLISE DA
ATUAÇÃO DA DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO NA PARAÍBA**


Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Direito de João Pessoa do Centro de Ciências Jurídicas da Universidade Federal da Paraíba como requisito parcial da obtenção do grau de Bacharel em Direito.

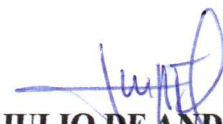
Orientador: Prof. Dr. Jonábio Barbosa dos Santos

DATA DA APROVAÇÃO: 12 DE SETEMBRO DE 2019

BANCA EXAMINADORA:


**Prof.ª Dr. JONÁBIO BARBOSA DOS SANTOS
(ORIENTADOR)**


**Prof. Dr.ª ANA ADELAIDE GUEDES PEREIRA ROSA LIRA
(AVALIADORA)**


**EDSON JULIO DE ANDRADE FILHO
(AVALIADOR)**

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Andamento dos Processos de Assistência Jurídica (PAJs) individuais referentes à assistência farmacêutica na DPU/PB no ano de 2018.	54
Figura 2 – Sentenças proferidas nos PAJs individuais relacionados ao fornecimento de medicamentos no ano de 2018 na unidade de João Pessoa da DPU/PB.....	56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACP – AÇÃO CIVIL PÚBLICA

ANVISA – AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

AF – ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

CF – CONSTITUIÇÃO FEDERAL

OMC – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DO COMÉRCIO

CEME – CENTRAL DE MEDICAMENTOS

CONITEC – COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS

CRFB/88 – CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988

CNS – CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

DPU/PB – DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO NA PARAÍBA

DUDH – DECLARAÇÃO UNIVERSAL DE DIREITOS HUMANOS

LOS – LEI ORGÂNICA DE SAÚDE

OEА – ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

PIDESC – PACTO INTERNACIONAL DOS DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS

PIDCP – PACTO INTERNACIONAL SOBRE DIREITOS CIVIS E POLÍTICOS

PAJ – PROCEDIMENTO DE ASSISTÊNCIA JURÍDICA

PNM – POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS

RE – RECURSO EXTRAORDINÁRIO

RENAME – RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS

RESP – RECURSO ESPECIAL

SCTIE/MS – SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS DO MINISTÉRIO DE SAÚDE

SIS-DPU – SISTEMA DE INFORMAÇÕES SIMULTÂNEAS DA DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO

STF – SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL

STJ – SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

SUDS – SISTEMA UNIFICADO E DESCENTRALIZADO DE SAÚDE

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RESUMO

A presente monografia parte da premissa da fundamentalidade atribuída ao direito à saúde pela Constituição de 1988 e as suas decorrências práticas derivadas da aplicabilidade imediata e eficácia plena. Conquanto, deva ser implementado pelo Estado, de acordo com o texto constitucional, o seu caráter de direito, precipuamente, prestacional, impede o seu atendimento integral. Ante a ausência de política sanitária que abarque todas as demandas de fármacos que chegam ao Sistema de Saúde, é comum a judicialização desse direito. Nesse contexto, esta pesquisa, por meio de uma abordagem hipotético-dedutivo e método quantitativo e qualitativo, visa analisar a atuação da Defensoria Pública da União na Paraíba (DPU/PB), mais especificamente, da unidade de João Pessoa/PB, no âmbito da judicialização da assistência farmacêutica. A justificativa para a escolha deste tema encontra-se no cenário de intensa judicialização do direito à saúde e da reiterada tentativa de fixação de critérios para a concessão judicial de medicamentos de alto custo, tendo em vista a existência da finitude dos recursos financeiros. Nessa linha, analisar-se-á os posicionamentos doutrinários, jurisprudenciais e os procedimentos instaurados na unidade da DPU/PB, em 2018, no município de João Pessoa. O objetivo é analisar o papel da atuação da Defensoria Pública da União em João Pessoa/PB na judicialização da assistência farmacêutica, sob a perspectiva da efetividade do direito fundamental à saúde e os argumentos doutrinários e jurisprudenciais relacionados à concessão judicial de fármacos.

Palavras-chave: Direito à saúde. Assistência Farmacêutica. Judicialização do Direito à Saúde. Reserva do Possível. Defensoria Pública da União.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 O DIREITO À SAÚDE	11
2.1 O DIREITO À SAÚDE NO PLANO INTERNACIONAL E NO DIREITO COMPARADO	11
2.2 O DIREITO À SAÚDE NAS CONSTITUIÇÕES BRASILEIRAS	16
2.3 A FUNDAMENTALIDADE DO DIREITO À SAÚDE	20
2.3.1 A aplicabilidade e a eficácia do direito à saúde	24
2.3.2 A perspectiva subjetiva do direito à saúde	25
3 A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E A JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO AOS MEDICAMENTOS	27
3.1 OS PRINCÍPIOS E AS DIRETRIZES CONSTITUCIONAIS DO SUS	27
3.2 A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA AOS USUÁRIOS DO SUS	30
3.3 A JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO AO ACESSO A MEDICAMENTOS	32
3.3.1 A Reserva do Possível e a Garantia do Mínimo Existencial	33
3.3.2 Breve análise da Jurisprudência Recente dos Tribunais Superiores sobre o Acesso aos Medicamentos	38
3.3.2.1 Considerações acerca do Julgamento do RE 566.471 e do RE 657.718	38
3.3.2.2 Análise dos critérios de fornecimento de medicamentos fixados no Recurso Especial 1.657.156/RJ	43
4 A ATUAÇÃO DA DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO NA JUDICIALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	45
4.1 AS FUNÇÕES DA DEFENSORIA PÚBLICA	45
4.2 A ATUAÇÃO DA UNIDADE DE JOÃO PESSOA DA DPU/PB NA ÁREA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	47
4.2.1 O Funcionamento da DPU/PB e as demandas individuais de medicamentos	48
4.2.2 As demandas coletivas de medicamentos da DPU/PB	51
4.2.3 A Judicialização da assistência farmacêutica: A atuação da DPU/PB	53
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS	63
ANEXO A - TRAJETÓRIA DA PESQUISA DE DADOS NO SIS-DPU	74
ANEXO B - ORÇAMENTO DOS MEDICAMENTOS	78

1 INTRODUÇÃO

Seguindo a tendência internacional de proteção ao direito à saúde, a Constituição Federal de 1988 erigiu-o a direito fundamental dos cidadãos, sendo dever do Estado garanti-lo por meio de políticas sociais e econômicas que visem, além da redução do risco de doenças, ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção. Dessa fundamentalidade atribuída ao direito à saúde, decorre a sua aplicabilidade imediata e eficácia plena.

Nessa linha, consoante o entendimento dos tribunais superiores, o direito à saúde é tido como corolário do direito à vida, devendo ser assegurado a todos os indivíduos. Com o objetivo de efetivar tal direito constitucional, a Carta Magna de 1988 determinou a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) que integrasse as ações e serviços públicos de saúde, tendo como princípios a universalidade, o atendimento integral e o acesso igualitário.

No plano infraconstitucional, a fim de concretizar o referido direito, foi elaborada a Lei nº 8.080/1990, que dispõe acerca das diretrizes organizacionais do SUS, o qual deverá, dentre as suas ações, fornecer assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica aos usuários (art. 6º, I, d, Lei nº 8.080/1990).

A Assistência Farmacêutica (AF) obteve forma, no Brasil, com a promulgação da Política Nacional de Medicamentos (PNM), que possui como finalidade garantir o direito ao acesso a medicamentos considerados essenciais pelo Poder Público, por meio da adoção de uma lista oficial, chamada de Relação de Medicamentos Essenciais.

A despeito da ampla proteção do direito à assistência farmacêutica no âmbito internacional e nacional, é comum a sua judicialização. Isso porque há medicamentos pleiteados pelos usuários do SUS que não integram a política de medicamentos, mormente os de alto custo.

Por ser um direito social, a implementação do direito à saúde requer uma atuação precipuamente positiva do Estado. Dessa maneira, a concessão judicial da dispensação de medicamentos perpassa os argumentos da reserva do financeiramente possível e, simultaneamente, da garantia do mínimo existencial, porquanto não se pode olvidar dos custos que envolvem a sua efetivação.

Nesse contexto, os Tribunais têm buscado fixar parâmetros a fim de balizar a concessão de medicamentos de alto custo que não integram as listas elaboradas pelas autoridades responsáveis.

Recentemente, o Superior Tribunal de Justiça, por meio do Recurso Especial nº 1.657.156-RJ, julgado em 25 de abril de 2018, fixou a tese de que, nos casos em que os medicamentos solicitados não integrem as listas oficiais, o Estado tem o dever de fornecê-los, desde que demonstrada a existência de registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a comprovação da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como a ineficácia dos fármacos fornecidos pelo SUS para o tratamento da moléstia.

O Supremo Tribunal Federal também foi instado a se manifestar acerca da uniformização do tema nos Recursos Extraordinário nº 566.471 e nº 657.718, por meio dos quais se discute a possibilidade de concessão judicial de medicamentos de alto custo que não constam nas listas oficiais, bem como a questão da obrigatoriedade do Estado em fornecer fármacos não registrados na ANVISA, respectivamente.

Nesse cenário de judicialização da assistência farmacêutica, cumpre destacar a atuação relevante da Defensoria Pública da União na Paraíba, que possui o *mister* de promover a assistência jurídica integral aos hipossuficientes e, no âmbito da saúde, promover o acesso ao direito à dispensação de fármacos, conforme as orientações dos tribunais superiores, além de incrementar as políticas públicas de medicamentos existentes.

A autora optou por situar a análise da judicialização da assistência farmacêutica no âmbito da atuação da unidade de João Pessoa da Defensoria Pública da União na Paraíba (DPU/PB), no ano de 2018, buscando informações para contribuir com a resposta da seguinte problemática: De que forma a atuação da Defensoria Pública da União tem contribuído para a promoção do acesso à assistência farmacêutica e quais os argumentos utilizados pelos magistrados para conceder ou negar o acesso a medicamentos?

O interesse da autora pela temática surgiu a partir de estágio realizado no órgão e experiência prática em procedimentos de assistência jurídica voltada à efetivação do direito à saúde.

Com a finalidade de compreender o cenário atual de judicialização da assistência farmacêutica e a atuação da DPU/PB, a autora utilizará o método de abordagem hipotético-dedutivo, haja vista que se partirá de um pressuposto geral para materializar o estudo da atuação da DPU/PB na área da concessão judicial de medicamentos. Aliado a esse método de abordagem, utilizar-se-á do método de procedimento quantitativo e qualitativo, porquanto após o levantamento de dados serão analisadas as consequências pertinentes.

O presente trabalho empregará como técnicas de pesquisa a documentação indireta, manejada nas pesquisas bibliográficas e jurisprudenciais, assim como a documental,

empreendida por meio dos relatórios e dados fornecidos pelo Sistema de Informações Simultâneas da Defensoria Pública da União (SIS-DPU).

O *corpus* desta monografia é formado por três capítulos. No primeiro, será abordado um estudo do tratamento constitucional do direito à saúde, promovendo uma revisão bibliográfica sobre o tema, a partir do contexto internacional e nacional, com enfoque para o *status* de direito fundamental atribuído à saúde. No segundo capítulo, será tratada a “Assistência Farmacêutica e a judicialização do acesso aos medicamentos”, em que se explora como ocorre a assistência farmacêutica no Brasil, na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS), e as principais questões relacionadas à judicialização de fármacos. No último capítulo, será realizado um exame acerca da atuação e experiências da unidade de João Pessoa da DPU em procedimentos de medicamentos.

O critério para a seleção do recorte temporal – ano de 2018 – ocorreu porque o período permitirá a análise da instauração dos procedimentos na unidade, as eventuais tutelas de urgência, assim como as prováveis sentenças proferidas. Esclarece-se que a escolha de um período menor inviabilizaria uma análise dessas últimas decisões judiciais.

Os dados estatísticos, coletados por meio do SIS-DPU, permitirão analisar a quantidade de procedimentos instaurados visando à concessão de medicamentos, assim como os principais fármacos requeridos. Além disso, é possível observar a quantidade de pretensões judicializadas, de tutelas concedidas e de sentenças procedentes, improcedentes e sem resolução de mérito.

Para obter os resultados pretendidos na presente pesquisa, serão analisadas também as variáveis que influem no campo decisório dos magistrados, quais sejam a influência dos posicionamentos dos tribunais superiores e os argumentos de restrições de cunho econômico.

A análise propõe-se a realizar uma abordagem geral acerca da atuação das Defensorias Públicas da União na efetivação do direito à assistência farmacêutica, empregando opiniões doutrinárias, jurisprudenciais e procedimentos de assistência, especialmente na unidade de João Pessoa/PB a fim de investigar as principais questões que envolvem a concessão judicial de remédios.

2 O DIREITO À SAÚDE

A primazia normativa, atualmente conferida ao direito à saúde, decorre de uma gradual evolução histórica, nos âmbitos internacional e nacional, do conceito de saúde e também dos valores erigidos pela própria sociedade em suas codificações internas. Apresentado como um direito de todos e dever do Estado pela Constituição de 1988, a saúde é tido como um direito fundamental social indissociável do basilar direito à vida, decorrendo dessa característica a sua aplicabilidade imediata e eficácia plena.

2.1 O DIREITO À SAÚDE NO PLANO INTERNACIONAL E NO DIREITO COMPARADO

A evolução da definição do direito à saúde, paralelamente ao reconhecimento de diversos outros direitos sociais, foi uma preocupação latente do Direito Internacional, motivo pelo qual é *mister* estabelecer um diálogo entre os instrumentos internacionais e os ordenamentos jurídicos pátrios que construíram o direito humano à saúde. Nessa linha, cumpre mencionar os principais documentos de proteção a esse direito em âmbito internacional e no direito comparado, a fim de compreender as bases normativas e a atual configuração do direito à saúde na órbita nacional.

Inicialmente, é importante destacar que, em 1948, o Conselho Econômico e Social das Nações Unidas fundou a Organização Mundial da Saúde (OMS). Essa organização foi criada com a intenção de tratar das principais questões concernentes à saúde global e possui como objetivo primordial, de acordo com Wunsch (2013, p.63), a garantia do mais elevado nível de saúde para todos. Nessa esteira, ela definiu a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (CONSTITUIÇÃO DA OMS, 1946).

Destarte, o conteúdo desse direito, consoante a OMS, é amplo e abrange iniciativas não apenas da área específica da saúde, mas um conjunto de ações integradas a fim de satisfazê-lo.

Historicamente, o primeiro instrumento internacional que fez referência ao direito à saúde foi a Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem (OEA, 1948). Aprovada na cidade de Bogotá, o documento reconheceu “a universalidade dos direitos humanos” (RAMOS, 2018, p. 314) e aduziu, no artigo XI, que todos possuem o direito de proteção à sua saúde por meio de medidas sanitárias e sociais.

Meses depois, a Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948), proclamada em Paris, reconheceu que toda pessoa, como membro da sociedade, tem direito à realização dos direitos econômicos, sociais e culturais, indispensáveis à sua dignidade e ao desenvolvimento da sua personalidade. O artigo XXV dessa Declaração dispôs, mais especificamente, que todos possuem o direito a um padrão de vida capaz de assegurar a sua saúde e o seu bem-estar.

O autor Torronteguy (2010, p. 83) critica essa concepção de saúde, visto que segue o mesmo padrão adotado pela OMS, sendo bastante genérica, o que dificulta a sua implementação. Apesar dessa amplitude, insta destacar que o reconhecimento internacional desse direito pela DUDH representou um grande avanço na positivação da proteção à saúde.

Posteriormente, em 1966, a Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou dois Pactos que marcaram a consolidação de diversos direitos humanos. São eles: o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (PIDCP) e o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC). Todavia, eles entraram em vigor apenas dez anos depois, pois somente no ano de 1976 conseguiram a quantidade de ratificações necessárias para tal (PIOVESAN, 2018, p.254), o que demonstra a resistência dos países em reconhecer esses direitos.

Mazzuoli (2017, p. 103) aduz que o PIDCP (ONU, 1966) possui um rol de direitos civis e políticos mais extenso que o da DUDH. Contudo, no que concerne ao direito à saúde, há referência apenas de forma indireta em alguns de seus dispositivos, podendo ser extraído da proteção do direito à vida, esculpido no art. 6, I, assim como do direito à integridade, visualizado na proibição da tortura, consoante o art. 7º. Isso se deve ao fato de que a saúde é um direito social e, assim, será abordado de forma mais detalhada pelo PIDESC.

O PIDESC (ONU, 1966), de acordo com Ramos (2018a, p.163), é considerado um marco internacional, em virtude de ter atribuído notoriedade aos direitos sociais, econômicos e culturais, superando a resistência de muitos Estados que visualizavam os direitos sociais apenas como sugestões.

Nesse sentido, aduz Malheiro (2016, p. 176) que esse pacto possui a finalidade de “superar a inércia estatal e conferir aplicabilidade progressiva aos direitos previstos”. Com efeito, por tratar de direitos sociais, ele foi um instrumento de maior destaque no fortalecimento do direito à saúde, o qual necessita de uma atuação essencialmente positiva do Estado para a sua efetivação.

Esse Pacto foi internalizado pelo Brasil por meio do Decreto Legislativo n. 226, em 1991. Em linhas gerais, o PIDESC reiterou, de forma mais contundente, em seu artigo 12,

o direito de todos desfrutarem do “mais elevado nível possível de saúde física e mental” (1966), conforme as diretrizes estabelecidas pela OMS. Além disso, dispôs acerca do dever dos Estados de criarem condições para assegurar a todos assistência e serviços médicos, inclusive a adoção de medidas a fim de garantir a prevenção e o tratamento de doenças.

O PIDESC, em seu art. 2º, I, também impôs a necessidade de um comprometimento dos Estados de assegurar, de forma progressiva, o pleno exercício dos direitos econômicos, sociais e culturais, dentre os quais incluiu-se o direito à saúde. Ele preocupou-se, ainda, com a interpretação desses direitos, aduzindo que eles devem ser interpretados em sentido amplo, voltados à eficácia máxima dos preceitos por ele contemplados (SARLET et. al, 2013, p. 536). Dessa forma, visando ao fortalecimento dos direitos econômicos, sociais e culturais, o PIDESC buscou não apenas protegê-los, mas também concretizá-los.

Desde a sua elaboração, esse Pacto é criticado pela sua larga amplitude e pela generalidade do seu conteúdo. Contudo, esse aspecto genérico do texto, como aduz Gomes (2009, p.20), contribui para a longevidade do PIDESC, além de permitir uma interpretação dinâmica dos seus dispositivos, ultrapassando, paulatinamente, o desinteresse do Estado na efetivação de políticas sanitárias.

Na esteira dessa tendência internacional, a OMS realizou, em 1978, na cidade de Alma-Ata, localizada na República do Cazaquistão, a Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, que culminou na chamada Declaração de Alma-Ata (1978).

Esse documento, composto de dez artigos, considerou, em síntese, que a saúde é um direito humano fundamental e que a consecução do seu mais alto nível é uma meta social mundial que requer não apenas a atuação do setor da saúde, mas a interferência de múltiplos setores sociais e econômicos. Isso decorre do fato de o conceito de saúde ser indissociável desses campos, que constituem o vetor primordial de todas as políticas públicas dos Estados em relação ao direito sanitário.

Dessa maneira, essa declaração reconheceu a necessidade de uma política sanitária integrada com os demais setores públicos, inclusive o econômico. Apesar disso, Rabello (2006, p. 148) afirma que os direitos possuem um custo e que há uma enorme disparidade econômica entre os países, o que dificulta a efetivação do direito à saúde nos moldes estabelecidos pela Declaração de Alma-Ata, mormente nos países pobres.

Nesse sentido, entende-se que o viés econômico não pode ser desprezado de qualquer análise de implementação dos direitos sociais, mormente do direito à saúde. Por outro lado, também não deve ser usado como escusa arbitrária do poder público em efetivá-lo.

A posteriori, outros documentos reconhecendo o direito à saúde foram elaborados, como a Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos ou Carta de Banjul (1981). Esse documento asseverou que toda pessoa tem direito à saúde, definindo-o como o direito de gozar o melhor estado de saúde física e mental, devendo os Estados adotar medidas para a proteção da saúde de suas populações. Outrossim, reconheceu o dever de o poder público instituir medidas para garantir aos indivíduos tal direito.

De forma mais genérica, a Convenção Americana sobre Direitos Humanos, conhecida como o Pacto de São José da Costa Rica, de 1989, internalizada no ordenamento jurídico pátrio pelo Decreto n. 27, de 1992, reconheceu, em seus arts. 4º e 5º, respectivamente, o direito à vida e à integridade pessoal (física, psíquica e moral). O primeiro, conforme Oliveira (2016, p. 168), é tido como o “sustentáculo para o exercício de qualquer direito”, devendo o Estado adotar medidas positivas para protegê-lo. Assim, o direito à saúde, indissociável do basilar direito à vida, foi reconhecido de forma indireta por esse documento.

Em continuidade com a inclinação internacional de proteção específica do direito à saúde, o Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Protocolo de São Salvador), internalizado em 1995, por meio do Dec. nº 56, adicionou dispositivo abrangendo a garantia estrita a esse direito (art. 10).

Por meio desse Protocolo, o mencionado direito foi reconhecido como bem público. À vista disso, os Estados foram impulsionados a adotar medidas para torná-lo efetivo (TORRONTEGUY, 2010, p. 105), dentre as quais a satisfação das necessidades de saúde dos grupos mais vulneráveis, por sua situação de pobreza, em uma clara tentativa de proporcionar justiça social.

Todos esses documentos internacionais formaram a base jurídica para a elaboração de políticas estatais que garantam, em âmbito internacional e nacional, o direito humano à saúde.

No plano das Constituições estrangeiras, muitas possuem previsão expressa de tutela do direito à saúde, como nas Constituições da Argentina, Paraguai, Portugal, Espanha, entre outras.

Na Argentina, o art. 42, inserto no tema novos direitos e garantias da Constituição Nacional (1994), expõe que os consumidores possuem direito, em uma relação de consumo, à proteção da sua saúde.

O artigo 75, inciso 22, do texto constitucional argentino, lista alguns tratados internacionais que possuem hierarquia constitucional, dentre eles a Declaração Americana dos

Direitos e Deveres do Homem, a DUDH/ONU, o PIDESC, a Convenção Americana sobre Direitos Humanos, que abordam o direito humano à saúde como universal. Assim sendo, esse direito possui *status* constitucional na Argentina.

No que concerne aos serviços de saúde argentino, Pigatto (2010, p. 74) aduz que o país “apresenta uma segmentação na prestação de serviços de saúde com a participação do setor público, do privado e da seguridade social”. Dessa maneira, possui um sistema de saúde semelhante ao estabelecido pela Constituição Federal do Brasil (1988).

O Paraguai, por seu turno, dedicou um capítulo da sua Constituição (1992) para tratar do direito à saúde, garantindo a proteção e a promoção desse direito previsto como fundamental e de interesse de toda a comunidade, em respeito à dignidade humana. De acordo com o texto constitucional desse país, ninguém deverá ser privado de assistência pública para prevenção ou tratamento de doenças, conforme o art. 68.

A Constituição Portuguesa (1979) ampara o direito à proteção da saúde e o dever de defendê-lo e promovê-lo em seu artigo 64. O texto menciona ainda que esse direito é realizado por meio de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) universal e geral que considera as condições econômicas e sociais dos cidadãos, sendo predisposto a ser gratuito.

Após a aprovação da Lei nº 48/90, o texto constitucional português passou a prever que, além de direito, a saúde é pauta de responsabilidade comum dos cidadãos, da sociedade e do Estado (CARRIJO, 2018, p. 129). Nota-se que, na mesma esteira, a CRFB/88 aduz que a seguridade social compreende uma atuação conjunta do Poder Público e de toda a sociedade, o que demonstra a similitude dos ordenamentos que seguem uma tendência internacional de proteção ampla do direito à saúde.

A Espanha reconhece em sua Constituição (1978), no artigo 43, o direito à proteção da saúde como fundamental, assim como o dever dos poderes públicos de organizar e tutelar a saúde pública por meio de medidas preventivas e das prestações e serviços necessários.

Liporoni (2019, p. 171/172) esclarece que a gestão da saúde espanhola é definida pela Lei n. 14 de 1986 (Lei Geral de Saúde), a qual define os princípios que regem o sistema, dentre os quais é possível citar: o financiamento público, a universalidade e a gratuidade. Essas, inclusive, são diretrizes análogas às estabelecidas pelo Brasil.

Portanto, é fácil perceber o esforço da comunidade internacional em efetivar o direito humano à saúde, por meio de vários instrumentos jurídicos, e também o de diversos países em assegurar, em âmbito interno, o direito fundamental à saúde.

2.2 O DIREITO À SAÚDE NAS CONSTITUIÇÕES BRASILEIRAS

A Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, seguindo os parâmetros internacionais, inovou, no ordenamento jurídico pátrio ao positivizar, de forma expressa, o direito à saúde. Esse pode ser definido como um direito público subjetivo e, simultaneamente, como um dever do Estado, expresso nos artigos 6 e 196 a 200 do texto constitucional.

Para além disso, os documentos internacionais anteriormente citados e internalizados também integram o arcabouço de proteção do direito à saúde no ordenamento interno.

Contudo, nas Constituições anteriores não havia o reconhecimento do direito à saúde como um direito fundamental da pessoa humana, ficando o seu acesso condicionado a alguns critérios, como os associados à renda e à participação no mercado de trabalho (SILVA, 2017, p. 10).

A Constituição Política do Império do Brasil (1824), em seu artigo 179, XXXI, fazia referência apenas às garantias de cadeias limpas e arejadas e dos “socorros públicos” aos brasileiros (SILVA, 2019, p.152), não havendo em seu texto nenhum dispositivo tratando expressamente acerca do direito à saúde.

A Constituição posterior, de 1891, por sua vez, eliminou a garantia dos “socorros públicos” e não tratou acerca do direito à saúde, dispondo apenas de direitos e garantias relacionados à liberdade, segurança jurídica, propriedade e igualdade (OLIVEIRA, 2017, p. 38).

Posteriormente, a Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil (1934), fortemente influenciada pela Constituição de Weimar (1919), inovou ao proteger, em diversos dispositivos, os direitos econômicos e sociais (LEVADA, 2014, p.15), realizando menções importantes ao direito à saúde.

De acordo com Franco (2019, p. 329), as normas que dispunham, nesse texto constitucional, acerca da “saúde pública não compunham um capítulo especial, mas se achavam disseminadas nos diferentes capítulos da Constituição”.

Dessa forma, as normas espalhadas pelo texto estabeleciam a competência concorrente da União e dos Estados para “cuidar da saúde e assistência públicas” (art. 10, II). Dispunham, ainda, sobre a assistência médica e sanitária ao trabalhador e à gestante (art. 121, §1, “h”), assim como acerca da adoção de medidas legislativas e administrativas que buscavam promover a saúde pública e a assistência social (art. 138, “f”); além de tratar acerca

da competência da União para organizar o serviço nacional de combate às endemias no país (art. 140).

A Constituição outorgada de 1937 fixou a competência privativa da União para legislar sobre as “normas fundamentais da defesa e proteção da saúde” (art. 16, XXVII), sendo preservada a competência suplementar e complementar dos Estados no que tange a assuntos relacionados à assistência pública, obras de higiene popular, casas de saúde, clínicas, dentre outros, consoante o art. 18, “c”, bem como medidas de cunho sanitário (art. 18, “e”).

Consoante Santos (2008, p. 102), não havia na “polaca”, como ficou conhecida, nenhuma menção acerca do custeio da saúde, tampouco dispositivo tratando da contribuição da União. Nesse contexto, o mencionado autor atribui à ausência histórica de normas constitucionais, dispondo sobre o tema da repartição dos custos, o motivo da desigualdade atual quanto às contribuições dos entes federativos para a saúde.

Com a redemocratização, sobreveio a Constituição de 1946. Ela estabeleceu a competência legislativa da União para legislar acerca de normas gerais relacionadas à defesa e proteção da saúde, de acordo com o art. 5º, XV, “b”; também dispôs acerca da assistência sanitária, inclusive hospitalar e médica preventiva aos trabalhadores e às gestantes (art. 157, XIV). De acordo com Bulos (2018, p. 497), essa Carta falhou quanto à efetividade, isto é, a eficácia social dos direitos nela previstos.

A Constituição do regime militar de 1967 manteve a preocupação apenas com a manutenção da competência legislativa da União e a garantia de higiene e segurança no trabalho, bem assim com a assistência sanitária, hospitalar e médica do trabalhador, conforme o art. 158, IX e XV, do referido texto constitucional.

Destarte, é nítido que todas essas Constituições brasileiras, ao tratarem do direito à saúde, dispunham, basicamente, acerca da distribuição de competências legislativas e executivas, tutelavam algum direito específico de titularidade dos trabalhadores e gestantes ou versavam sobre a assistência social (SARLET et al, 2013, p. 1925/1926). Assim, vislumbra-se que, por muito tempo, o direito de proteção à saúde não foi prioridade dos governos brasileiros (GARCIA, 2017, p.29).

Com efeito, Farias (2018, p. 104) registra que, no Brasil, entre as oito Cartas Políticas, desde a terceira alguns direitos sociais são enunciados, mas é na CRFB/88, em um rol exemplificativo, que são consagrados diversos direitos fundamentais sociais, dentre eles a saúde.

A garantia estrita do direito à saúde foi uma das grandes inovações atribuídas à Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88) e foi resultante, em grande parte, das discussões ocorridas durante a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS).

O evento, realizado em Brasília, em março de 1986, contou com a participação de diversos setores da sociedade civil, grupos profissionais e partidos políticos, mobilizando mais de quatro mil pessoas, sendo mil delegados com direito a voz e voto. De acordo com Medeiros (2011, p. 50), essa Conferência foi um marco, dentre todas as outras, devido à participação ampla da sociedade civil.

Resultante dos debates ocorridos durante a Conferência, foram formuladas importantes propostas para a elaboração de uma política de saúde no Brasil e para a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

Salienta-se que, a despeito da VIII CNS não ter elaborado um texto para a apresentação aos constituintes, o I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva elaborou uma proposta, pautada no Relatório, elaborado ao final da Conferência, que serviu como uma importante contribuição para a Constituição de 1988 (NITÃO, 2009, p.148).

O Relatório (BRASIL, 1986), reconheceu, inicialmente, as necessidades de ampliação do próprio conceito de saúde e de revisão da legislação pertinente, com o fulcro da realização de uma verdadeira Reforma Sanitária. A questão mais debatida entre os conferencistas, de acordo com o documento, foi a natureza do Sistema de Saúde, isto é, se este seria ou não estatizado.

Raeffray (2005, p. 262) aduz que dessa Conferência resultaram as conclusões que pautaram os constituintes na elaboração da Constituição de 1988, sendo elas:

- a) a adoção de um conceito amplo de saúde, congruente com a noção de estado de completo bem-estar físico, mental e social, proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS);
- b) a superação da concepção apenas curativa de saúde, para incluir os aspectos protetivo e promocional ao direito fundamental;
- c) a unificação do sistema de saúde (sistema único), marcado pela descentralização e regionalização das ações e dos serviços de saúde;
- d) a universalidade de atendimento, isto é, o acesso à assistência à saúde não mais restrito somente aos trabalhadores com vínculo formal e respectivos beneficiários;
- e) a relevância pública das ações e serviços de saúde.

O mencionado Relatório concluiu que a saúde é oriunda da reunião de diversos outros direitos, como condições de alimentação, habitação, educação, dentre outros; sendo o seu conceito definido diante do contexto histórico, social e econômico de determinada sociedade.

Em linhas gerais, o direito à saúde foi definido pelos conferencistas de forma análoga ao que hoje se verifica no art. 196 da CRFB/88. Esse dispositivo constitucional aborda, expressamente, a saúde como um direito de todos e, ao mesmo tempo, como um dever do Estado, que deve assegurá-lo por meio de políticas sociais e econômicas que possuam como objetivo a redução dos riscos de doenças, assim como o acesso universal e igualitário às ações e serviços destinados à sua promoção, proteção e recuperação.

De acordo com o Relatório, esse direito é conceituado como uma garantia de responsabilidade estatal, estando atrelado às condições dignas de vida, o que compreende as garantias, por exemplo, de moradia higiênica e de alimentação. Ele deve ser também de acesso igualitário e universal às chamadas ações e serviços setoriais de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis. Dessa forma, o direito à saúde deve ser assegurado a todos os habitantes do território nacional, com o objetivo de ser concretizado o pleno desenvolvimento do ser humano.

Consoante os debates, o relatório enfatizou o fato de as limitações e obstáculos ao pleno desenvolvimento do direito à saúde serem de natureza estrutural na sociedade brasileira, tendo em vista os fatores de organização do trabalho e as marcantes desigualdades sociais e regionais. Outrossim, tentou-se distanciar do plano utópico e materializar meios para solucionar os problemas de saúde presentes naquele momento (MARTINS, 1995, p. 253).

Delineou-se ainda a necessidade de uma Assembleia Nacional Constituinte livre, soberana, democrática, popular e exclusiva (BRASIL, 1986, p. 07) para assegurar o direito à saúde a toda população brasileira. Além disso, destacou-se um pleito de mobilização popular a fim de que a Constituinte incluísse a saúde entre as questões prioritárias.

Nesse sentido, concluiu-se pela necessidade de que a futura Constituição introduzisse o direito à saúde em seu texto nos seguintes termos (BRASIL, 1986, p. 07):

- a caracterização da saúde de cada indivíduo como de interesse coletivo, como dever do Estado, a ser contemplado de forma prioritária por parte das políticas sociais;
- a garantia da extensão do direito à saúde e do acesso igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional;
- a caracterização dos serviços de saúde como públicos e essenciais

Esse texto foi reproduzido de forma semelhante na Seção II, que trata da saúde, mais especificamente nos arts. 196 e 197, da CRFB/88, e no próprio art. 6º, que elenca a saúde como um direito social de caráter fundamental, o que demonstra a importância do referido evento na estruturação das bases do direito à saúde no país.

Partindo da premissa da saúde como um direito fundamental, o Relatório propôs uma reformulação do Sistema Nacional de Saúde, de forma que se efetivasse a construção de uma separação absoluta entre saúde e previdência, por meio de uma reforma sanitária, proporcionando uma universalização e equidade em relação ao acesso.

O objetivo primordial delineado no documento é o da formação de um Sistema Único de Saúde com expansão e fortalecimento do setor estatal, sendo o financiamento constituído por um orçamento social de responsabilidade do Estado. Nesse sentido, Tavares (2018, p.117) aduz que, na seara administrativa, uma das grandes preocupações da CRFB/88 foi com as despesas e a aplicação de percentuais em determinados segmentos públicos, como na saúde.

De acordo com Barroso (2018, p. 121), a Constituição de 1988, devido as suas circunstâncias históricas, políticas e sociais, aborda muitos temas e possui caráter substancialista, definindo temas importantes, como a saúde e a educação. De acordo com o mencionado autor, essa proteção constitucional é importante para que a Constituição não se torne um “mero repositório de regras para a disputa do poder pela classe dominante”.

Apesar da ampla proteção do direito à saúde na Constituição de 1988, o poder constituinte originário não descreveu a definição e a extensão do conceito desse direito, o que, por muitas vezes, ocasiona a sua não implementação pelos poderes públicos e até o seu não reconhecimento como direito fundamental.

2.3 A FUNDAMENTALIDADE DO DIREITO À SAÚDE

Superado o panorama do direito internacional, do direito comparado e da evolução histórica das constituições brasileiras no que tange ao direito à saúde, é *mister* compreender o caráter de direito fundamental que lhe é atribuído, ainda que implicitamente, e as consequências práticas decorrentes disso.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88), conforme já mencionado, inseriu o direito à saúde no Título II que trata dos direitos e garantias fundamentais, incluindo-o, mais especificamente, no capítulo destinado aos direitos sociais.

Dessa maneira, o direito à saúde foi erigido pela CRFB/88 a direito fundamental dos cidadãos, sendo dever do Estado garanti-lo (BARROSO, 2018, p. 217), por meio de políticas sociais e econômicas que visem, além da redução do risco de doenças, ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção.

A sua proteção constitucional é instrumentalizada pela seguridade social, que, conforme o art. 194, compreende um conjunto de ações integradas do poder público e da sociedade destinadas a garantir o direito à saúde. Nesse sentido, além do seu caráter de direito fundamental social, os poderes públicos possuem o dever de efetivá-lo (SARLET et. al, 2013, p. 1932). À vista disso, incumbe ao poder público empreender políticas para a realização do direito fundamental à saúde.

Isso se deve ao fato de que esse direito, é classificado, de acordo com Bobbio (2004, p. 9), como direito de segunda geração, exigindo, assim, uma atuação precipuamente positiva do Estado para a sua implementação, de forma a garantir a todos os indivíduos o acesso à saúde.

Consoante Sarlet (2013, p. 1932), essa condição de direito-dever implica uma relação de obrigação de proteção da saúde, em âmbito individual e público (defesa), perceptível em normas penais e de vigilância sanitária, assim como um dever na perspectiva prestacional, materializado na promoção da saúde e nas normas e políticas públicas do Sistema Único de Saúde (SUS).

A CRFB/88 qualificou as ações e serviços de saúde como de relevância pública, sendo do Estado a competência para dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, disciplinando, inclusive, a organização dos recursos orçamentários destinados ao sistema de saúde.

Nesse viés, assevera Duarte (2011, p. 145) que o poder constituinte determinou que o serviço de saúde será custeado por recursos provenientes do orçamento da seguridade social de todos os entes federativos, além de outras fontes de financiamento. Vale destacar que o texto constitucional faz referência apenas à aplicação anual de recursos mínimos em serviços e ações de saúde.

A ampla proteção do direito à saúde na CRFB/88 decorre também da interpretação sistemática de diversos dispositivos do texto constitucional, mormente o elementar princípio da dignidade da pessoa humana (art. 1º, III) e o da inviolabilidade do direito à vida (art. 5º, *caput*).

Esse último justifica a fundamentalidade do direito à saúde. Desta forma, se não há a garantia de um mínimo existencial, não se pode falar de nenhum outro direito. Consoante Alexy (1999, p. 61),

Um interesse ou uma carência é, nesse sentido, fundamental quando sua violação ou não-satisfação significa ou a morte ou sofrimento grave ou toca no núcleo essencial da autonomia. Daqui são compreendidos não só os direitos de defesa liberais

clássicos, senão, por exemplo, também direitos sociais que visam ao asseguramento de um mínimo existencial.

Destarte, materialmente, o autor supracitado destaca que o direito à saúde é uma condição primária para o acesso aos demais direitos constitucionalmente previstos. Outrossim, o Supremo Tribunal Federal, ao interpretar o art. 5º, *caput*, e 196 da Constituição Federal, consagrou o direito à saúde como corolário do direito à vida, devendo ser assegurado a todas as pessoas (STF, 2013).

Nessa mesma linha, Araújo e Nunes (2016, p. 111) aduzem que o direito à saúde é um verdadeiro desdobramento do direito à vida, constituindo-se como um direito público subjetivo, cuja tutela judicial pode ocorrer pela via individual ou coletiva. Dessa maneira, caso haja omissão do poder público em efetivá-lo, o cidadão pode demandar a atuação jurisdicional.

A despeito disso, não se desconhece os limites que atingem, de certa forma, a aplicabilidade dos direitos fundamentais sociais, sobretudo o que envolve as restrições de cunho orçamentário, denominado de reserva do possível. Contudo, esse argumento não pode ser utilizado de modo indiscriminado, sob pena de se obstaculizar a efetivação do direito fundamental à saúde, haja vista o alcance e os efeitos das normas definidoras de direitos fundamentais que possuem aplicabilidade imediata.

A constitucionalização do direito à saúde como fundamental acarreta a obrigatoriedade do Estado, entendido de forma ampla, materializar esse direito. Assim, os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário devem direcionar a sua atuação de forma integrada para atingir a proteção da saúde dos indivíduos.

Consoante Sarlet (2008, p. 270), a fundamentalidade atribuída ao direito à saúde demonstra uma opção constitucional por uma ordem de valores, acordados pela sociedade em certo momento. Essa opção por uma hierarquia axiológica superior atribuída aos direitos fundamentais, dentre eles a saúde, acarreta implicações formais. Uma delas se refere à limitação material do poder reformador.

A Constituição aduz, no art. 60, §4º, IV, que os direitos e as garantias fundamentais não poderão ser objeto de eventuais intervenções restritivas, elencando-os no rol das chamadas cláusulas pétreas (SARLET, 2014, p. 565). Dessa maneira, a saúde constitui um direito insuscetível de tentativa de mudança para restringi-lo ou aboli-lo, sujeitando-se, nesses casos, ao controle de constitucionalidade.

Seguindo essa linha de proteção dos direitos sociais, desenvolveram-se, no Estado Democrático de Direito, duas vertentes, quais sejam: o dever de progresso e a proibição de

retrocesso. Pela primeira, impõe-se ao Estado o dever de progredir na sua atuação legislativa, executiva e judicial, buscando sempre a melhoria das prestações materiais (SCHULZE, 2016, p.34). Nesse viés, os poderes públicos devem, constantemente, aprimorar o seu desempenho a fim de satisfazer as necessidades da população, no âmbito de suas atribuições constitucionais.

No plano do direito à saúde, esse progresso é importante, pois possibilita a criação de políticas públicas de saúde voltadas para as reais demandas dos cidadãos, a elaboração de leis que melhor coadunem com as necessidades sanitárias e uma prestação jurisdicional cada vez mais efetiva.

A segunda vertente – proibição do retrocesso social –, por sua vez, se dá em face, principalmente, do legislador. De acordo com Canotilho (2003, p. 339/340), esse princípio aduz que “o núcleo essencial dos direitos sociais já realizado e efetivado através de medidas legislativas deve considerar-se constitucionalmente garantido”. O objetivo dessa máxima é, em linhas gerais, assegurar que os direitos e as garantias estabelecidos na Carta Magna não serão suprimidos, mormente àqueles que dizem respeito ao mínimo existencial.

Logo, o direito à saúde possui tríplice proteção, esculpida no rol das cláusulas pétreas, no dever de progresso e na vedação do retrocesso social, motivo pelo qual se assimila a preocupação do constituinte e da doutrina em proteger os direitos sociais. Essa preocupação advém da intensa resistência dos países, tanto em âmbito internacional, quanto nacional, em reconhecê-los e implementá-los.

Destarte, o direito à saúde é considerado, consoante interpretação sistemática da CRFB/88, como um direito fundamental, corolário do basilar direito à vida, sendo dever do poder público implementá-lo por meio de políticas sanitárias adequadas que possibilitem o seu acesso de modo universal e igualitário. O seu conteúdo insere-se na garantia do mínimo existencial, devendo os três poderes atuarem de forma integrada a fim de satisfazê-lo consoante os preceitos constitucionais.

2.3.1 A aplicabilidade e a eficácia do direito à saúde

Partindo da premissa de que a saúde, enquanto direito social inserto no Título II, é um direito fundamental, perquire-se acerca da sua aplicabilidade e eficácia. Isso porque o art. 5º, §1º, da CRFB/88, aduz que as normas que definem os direitos e garantias fundamentais possuem aplicação imediata, o que inclui não somente os direitos individuais, mas também os direitos fundamentais sociais.

Consoante o mencionado dispositivo, o Poder Público possui a atribuição constitucional de efetivá-los. Além disso, o art. 5º, §2º, ratifica essa aplicabilidade, aduzindo que os direitos e garantias expressos na CRFB/88 não excluem outros que decorram do regime e dos princípios por ela adotados (SARLET e FIGUEIREDO, 2008, p. 270).

Todavia, Ramos (2005, p.207) aduz que apenas alguns dos direitos sociais atribuem aos cidadãos um direito imediato, devendo isso decorrer expressamente do texto da Constituição. Dentre esses direitos, a mencionada autora inclui o direito à saúde, devido ao fato de haver uma previsão acerca da forma da sua materialização, que ocorre por meio de um serviço nacional de saúde.

De acordo com a tradicional classificação proposta por José Afonso da Silva, as normas constitucionais, quanto a sua eficácia, podem ser categorizadas como de eficácia plena, contida e limitada. Quanto à aplicabilidade, esta pode ser direta, imediata e integral (SILVA, 1998, p. 86).

No que concerne ao plano da eficácia dos direitos sociais, entende-se que, apesar da ampla heterogeneidade dessas normas, elas possuem eficácia plena, já que não estão suscetíveis a uma atuação ilimitada do legislativo (SARLET, 2014, p. 574).

Diante dessa aplicabilidade imediata e eficácia plena, esse direito, caso não seja garantido pelo Estado, pode ser exigido judicialmente. Alexy (1999, p. 73) aduz quanto a essa institucionalização dos direitos fundamentais, que não existe apenas um direito do homem à vida, mas também um Estado que materialize tais direitos. Assim, o filósofo alemão conclui que a “institucionalização inclui necessariamente justicialização”.

Ante a ineficiência estatal em materializar esse direito, a justiciabilidade do direito à saúde é recorrente nos tribunais pátrios, que, em sua maioria, o consideram como direito fundamental indissociável do direito à vida.

Contudo, importa destacar que a máxima da efetivação da eficácia e efetividade de todos os direitos fundamentais não conduz à necessária desconsideração de determinadas peculiaridades do objeto de algumas normas definidoras de direitos fundamentais, podendo, assim, serem admitidas possíveis relativizações (SARLET, 2006, p. 12).

A objeção mais contundente quanto à exigibilidade judicial dos direitos sociais, conforme já mencionado, diz respeito à reserva do possível, que está intimamente relacionada com “o estabelecimento de prioridades nos gastos públicos, com a efetiva execução daquilo que foi estabelecido como prioridade, e com a definição de a quem cabe, afinal, definir tais prioridades” (BARCELLOS, 2018, p. 491). No caso da judicialização do direito à saúde, esse

é utilizado, de forma quase padronizada, para obstar o fornecimento de uma prestação material, seja de um medicamento ou de uma cirurgia, por exemplo.

Destarte, a escassez de recursos é, consoante Duarte (2011, p. 191), uma realidade inafastável, até mesmo quando se trata do direito à saúde. Nesse contexto, importa frisar que esse argumento fático em si não é um problema para a efetivação dos direitos sociais, tendo em vista que esses não são direitos absolutos e, assim, sujeitam-se a limitações; mas sim o modo genérico em que tem sido utilizado pelos tribunais brasileiros para obstaculizar o acesso à saúde.

Desta maneira, o direito fundamental à saúde possui aplicabilidade imediata e eficácia plena, muito embora se admita relativizações no plano da sua concretização, mormente porque não há, no ordenamento jurídico pátrio, direitos absolutos.

2.3.2 A perspectiva subjetiva do direito à saúde

O direito à saúde, de caráter fundamental, aplicabilidade imediata e eficácia plena, é um direito de todos, considerados individualmente, e deve ser assegurado pelo Estado. Caso isso não ocorra, emerge para o titular o direito de exigi-lo judicialmente, com fulcro na sua perspectiva subjetiva.

Insta destacar que, não obstante a importância da discussão quanto ao reconhecimento da existência de direitos fundamentais de cunho social, o grande impasse no Brasil não é mais a questão de admiti-los, mas sim as problemáticas decorrentes da eficácia plena e a consequente justiciabilidade que não se resolve apenas pela sua aplicabilidade imediata (CORDEIRO, 2012, p. 50).

Essa garantia da justiciabilidade decorre da perspectiva subjetiva do direito à saúde, que permite aos cidadãos demandarem a atuação jurisdicional para satisfazê-lo. De acordo com Jellinek (1910, p.49), a noção de direito subjetivo corresponde a um poder, juridicamente reconhecido e protegido, que os indivíduos possuem e que tem por objeto um interesse¹. Dessa maneira, os sujeitos têm como garantia a possibilidade de agir e exigir, em juízo, direitos que são conferidos pela ordem jurídica (NADER, 2013, p. 80).

Essa garantia é essencial para a satisfação dos direitos sociais, sobretudo quando há a ausência e a ineficácia das políticas públicas que promovam a sua efetivação. Ribeiro

¹ La potestàdivolere que hal'uomo, riconosciuta e protettadall'ordinamentogiuridico, in quanto sai rivolta ad um bene o ad um interesse (no original).

Filho (2016, p.85) acentua que apenas há direito subjetivo quando existe uma determinada obrigação. De acordo com o mencionado autor:

Essa obrigação é instituída através de uma norma com força jurídica vinculante e, no caso do direito à saúde, essa norma é a Constituição Federal que, ao dispor sobre direitos fundamentais, requer que as normas que o instituem sejam imediatamente aplicadas.

Nesse sentido, o direito subjetivo à saúde decorre da própria CRFB/88, que atribui eficácia plena e aplicabilidade imediata a esse direito social, devendo o Estado promover a sua implementação, nos termos do art. 5º, §1º.

Por outro lado, Amaral (2011, p. 83) critica os autores que atribuem aos direitos sociais a denominação de direitos subjetivos. De acordo com o mencionado doutrinador, essa visão leva a modelos insustentáveis, porquanto não há recursos suficientes para oferecer tratamentos específicos para todas as pessoas.

Todavia, a jurisprudência, majoritariamente, coaduna com a ideia da perspectiva subjetiva dos direitos sociais. Nesse viés, o Ministro Celso de Mello (STF, 2001) aduziu que “o direito público subjetivo à saúde traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público”. Assim, deve o Estado formular políticas públicas que visem a assegurar a consecução dos objetivos elencados no art. 196 da CRFB/88.

Contudo, caso essa obrigação não esteja sendo observada pelo Estado, os indivíduos, detentores desse direito subjetivo, possuem a prerrogativa de demandar o Judiciário para exigí-lo. No que concerne ao direito à saúde, a judicialização é ampla, tanto para garantir o acesso a algum medicamento (registrado ou não no órgão regulatório), quanto para proceder a um tratamento cirúrgico específico.

3 A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E A JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO AOS MEDICAMENTOS

Para a efetivação do direito fundamental à saúde, a CRFB/88 institucionalizou o Sistema Único de Saúde (SUS) e estabeleceu os seus princípios e diretrizes entre os artigos 198 a 200. Esse sistema é constituído por algumas leis que delimitam as suas atribuições e integram a política da Assistência Farmacêutica no país. Contudo, ante as omissões do Estado em suprir integralmente o conteúdo desse direito, o Poder Judiciário tem sido acionado reiteradamente para efetivá-lo, sobretudo quanto ao fornecimento de medicamentos.

3.1 OS PRINCÍPIOS E AS DIRETRIZES CONSTITUCIONAIS DO SUS

Inicialmente, insta destacar que, de acordo com Farias (2018, p.74), os princípios que balizam a atuação do SUS constituem um rol meramente exemplificativo em favor do usuário-cidadão. Com efeito, há muitos outros princípios corolários dos estabelecidos expressamente pelo texto constitucional.

O art. 196 da CRFB/88 dispõe que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido por meio do acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Desse dispositivo, extraem-se alguns princípios que norteiam a atuação do sistema de saúde, dentre os quais se encontram a universalidade, a integralidade e o acesso igualitário.

O primeiro pauta-se na ideia de que todos possuem direito à saúde, inclusive os estrangeiros. Consoante Farias (2018, p.74), esse princípio é resultado de uma evolução histórica das garantias de direitos, característica de um Estado de bem-estar social que ganhou destaque com o Movimento de Reforma Sanitária na década de 1980.

Desse modo, o direito à saúde é caracterizado como um direito universal, de titularidade de todas as pessoas, compreendidas de forma individual. Assim, cada pessoa possui direito ao acesso à saúde, considerando as políticas sanitárias vigentes. No âmbito da política de assistência farmacêutica, esse acesso é regido por legislações específicas a fim de efetivar esse direito e, simultaneamente, de não prejudicar a existência do próprio sistema.

A integralidade da assistência, conforme Solha (2014, p. 24), abrange a organização dos serviços e as ações voltadas para a prevenção de doenças, a promoção da saúde, a recuperação e a reabilitação. Dessa maneira, o SUS pressupõe o atendimento integral, em cada caso, em todos os níveis de complexidade.

Esse princípio possibilita um tratamento completo das necessidades de saúde do usuário, em todas as suas dimensões. Por outro lado, também considera o limite do economicamente razoável a fim de não prejudicar, novamente, a manutenção do próprio sistema.

A Constituição também consagrou o acesso igualitário às ações e serviços de saúde. Todavia, Medici (2011, p. 71) alerta que “ao dar acesso igualitário aos serviços de saúde, o estado acaba privilegiando os chamados ‘mais iguais’”. Assim, na visão do autor, o correto seria promover um acesso consoante a equidade, pois ela propicia que todos possuam uma oportunidade adequada para alcançar o direito à saúde.

Com efeito, a equidade traduz de modo efetivo os objetivos do sistema, além de reduzir as desigualdades sociais, promovendo a justiça social, já que a igualdade no acesso aos serviços de saúde pode trazer distorções ao sistema.

Além desses princípios, a CRFB/88 menciona algumas diretrizes do SUS, são elas: descentralização, regionalização, hierarquização e participação popular. De acordo com o art. 198 do texto constitucional, as ações e serviços públicos de saúde fazem parte de uma rede regionalizada e hierarquizada, sendo organizado conforme as diretrizes da descentralização, preservando, contudo, a direção única em cada esfera de governo, o atendimento integral e a participação da comunidade.

As políticas públicas de saúde possuem como orientadores as diretrizes estabelecidas para o SUS. Nesse sentido, Pivetta (2014, p.124) aduz que esse sistema “representa o núcleo estruturante de todas as ações e serviços de saúde pública e, por meio de suas diretrizes, orienta e conforma todas as políticas sanitárias elaboradas e executadas pelo Estado, direta ou indiretamente”. Assim, importa conhecer a definição atribuída a essas diretrizes, expostas no texto constitucional, a fim de compreender as balizas que regem a política de assistência farmacêutica.

Uma das diretrizes do SUS é a descentralização. Ela consiste em um modo de promover a atuação dos estados e municípios na consecução de políticas públicas, fortalecendo a competência administrativa, comum e solidária entre eles no âmbito da saúde (JORGE, 2017, p. 463). Além disso, foi uma estratégia importante para distribuir as responsabilidades entre os níveis federal, estadual e municipal.

Essa forma de organização do SUS pressupõe a repartição de competências entre os entes federativos e possibilita seu engajamento conjunto para a promoção do direito à saúde. Todavia, conforme Solha (2014, p. 40), esse processo de divisão de competências ainda

está em progresso e apresenta muitas dificuldades, porquanto os municípios do Brasil apresentam grandes disparidades de recursos financeiros, humanos, geográficas e de gestão.

Essas disparidades, associadas ao dever comum de os entes da federação promoverem o direito ao acesso às ações e serviços públicos de saúde, ocasionam a responsabilidade solidária das esferas de poder, ainda que haja uma certa repartição de competências em virtude da diretriz da descentralização.

A diretriz da regionalização, por sua vez, decorre da descentralização e consiste na organização dos serviços públicos de saúde em rede, isto é, em consonância com os níveis de complexidade da tecnologia, ordenados em determinadas áreas geográficas (FARIAS, 2018, p.77). Esse princípio visa, em síntese, a otimizar a prestação dos serviços de saúde, tendo em vista que cada localidade apresenta suas peculiaridades sociais e, por consequência, sanitárias. Assim, a regionalização permite alcançar os problemas regionais e, dessa maneira, tornar efetiva as políticas públicas de saúde.

A hierarquização, por sua vez, almeja ordenar o Sistema “por níveis de atenção e estabelecer fluxos assistenciais entre os serviços, de modo a regular o acesso aos mais especializados” (QUINELLATO, 2009, p.11). Dessa forma, foram categorizados três níveis de atenção à saúde: primário, secundário e terciário (SOLHA, 2018, p. 33). Destarte, nota-se que há uma preocupação latente do constituinte em especializar as ações voltadas para a efetivação do direito à saúde.

Não obstante essa classificação, deve ser sempre mantida a unidade do sistema. Essa unidade é pautada por diretrizes e políticas comuns. Dessa maneira, o planejamento das ações e políticas de saúde deve ser realizado de modo compartilhado e integrado, sendo protegida a parcela de autonomia de cada ente federativo (SARLET, 2018, p. 2020). Além disso, a assistência à saúde deve ser realizada de maneira articulada, objetivando a efetivação desse direito.

Por fim, a participação popular “impõe aos agentes públicos a criação de mecanismos de participação da comunidade na formulação, gestão e execução das ações e serviços públicos de saúde” (AITH, 2010, p. 213).

A participação da comunidade é uma ferramenta importante para a formulação de políticas sanitárias, porquanto o atendimento das necessidades humanas é o fim principal do estabelecimento de qualquer política pública. Desse modo, essa participação deve ser sempre promovida pelo Poder Público, tanto para conhecer os problemas da população, quanto para formular políticas eficazes.

Portanto, os princípios do SUS, estabelecidos de forma exemplificativa pela Constituição Federal, como universalidade, integralidade e acesso igualitário, significam, em síntese, que todos possuem o direito à saúde, que deve ser materializado por meio de um atendimento integral e acesso realizado sob a perspectiva da equidade. Contudo, como salientado, esses princípios precisam ser interpretados de maneira a não comprometer o funcionamento do próprio sistema.

Ademais, destacou-se que as diretrizes constitucionais do SUS constituem norteadores da atuação da política sanitária e convergem para a especialização e divisão de competências das ações e serviços de saúde, sem prejuízo da responsabilidade comum de implementação do direito à saúde.

3.2 A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA AOS USUÁRIOS DO SUS

Uma das vertentes do direito à saúde é a assistência farmacêutica, que consiste, em linhas gerais, na dispensação de fármacos pelo poder público com o objetivo de atender as demandas de saúde da população. Apesar dos princípios da universalidade e da integralidade do SUS, as prestações materiais de medicamentos possuem custos e, por isso, é necessário a formulação de critérios que possibilitem a implementação do direito à saúde e, simultaneamente, a manutenção do sistema.

Nesse contexto, a OMS estabeleceu que cada país deve elaborar uma política farmacêutica nacional como componente de sua política sanitária. No Brasil, a Assistência Farmacêutica (AF) iniciou-se, como política pública, com a criação da Central de Medicamentos (CEME), em 1971, visando, em linhas gerais, ao fornecimento de fármacos à população que não possuía recursos financeiros para adquiri-los (SILVA, 2014, p.25).

Vislumbra-se que, nesse primeiro momento, o requisito essencial para a dispensação de medicamentos será a condição financeira do cidadão. A CEME resultou do movimento da Reforma Sanitária Brasileira da década de 1970 e foi a responsável pela aquisição e distribuição de medicamentos no país até 1997 (BRASIL, 2007, p. 14).

Com a constitucionalização do direito fundamental social à saúde, em 1988, e a previsão da sua efetivação por meio do SUS, houve, dois anos depois da promulgação da CRFB/88, a regulamentação desse Sistema pela Lei nº 8.080/1990 e a Lei nº 8.142/1990, que juntas compõem a Lei Orgânica de Saúde (LOS).

A Lei nº 8.080/1990 dispôs, em seu art. 6º, acerca da necessidade de formulação de uma política de medicamentos e asseverou que estão incluídas no campo de atuação do

SUS, dentre outras, as ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica aos usuários do sistema (BRASIL, 1990).

Todavia, a AF ganhou forma apenas com a promulgação, em 1998, da Política Nacional de Medicamentos (PNM) (BRASIL, 1998), parte integrante da Política Nacional de Saúde, que estabeleceu as diretrizes, prioridades e responsabilidades dos entes federativos no âmbito do SUS.

O objetivo dessa PNM, de acordo com Sant'Ana (2009, p.16), é a garantia de acesso da população aos medicamentos considerados como essenciais, sendo a adoção da Relação de Medicamentos Essenciais uma das diretrizes definidas por essa política. Registra-se que o critério estabelecido, nesse segundo momento, volta-se aos fármacos. Isso porque o avanço das tecnologias permitiu a formulação de diversos medicamentos, motivo pelo qual o Poder Público restringiu a dispensação apenas aos fármacos incluídos nas listas oficiais.

A Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) é formada pelos fármacos considerados imprescindíveis para cuidar da grande parte dos problemas de saúde da população, atendendo as demandas mais comuns. Ela é atualizada periodicamente a partir das propostas da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC) e serve como parâmetro para as listas dos medicamentos a serem fornecidos pelos estados e municípios do país (SOLHA, 2018, p. 86).

A despeito dessa atualização periódica das listas oficiais de medicamentos, é comum o pleito de fármacos que integram a relação, mas que não estão sendo disponibilizadas por algum problema de gestão, ou a solicitação de medicamentos que não compõem a lista do SUS, sejam registrados ou não na ANVISA.

De acordo com o entendimento de Aith (2007, p. 397/398), todos os procedimentos terapêuticos, inclusive a dispensação de medicamentos, reconhecidos e autorizados pelas pessoas responsáveis, deveriam ser disponibilizados para tutelar o direito à saúde da população. Contudo, registra-se que, ante os custos desse direito de caráter eminentemente prestacional, o Estado tem realizado e proposto várias políticas, visando a estabelecer parâmetros para a realização dessa assistência farmacêutica, como a citada PNM.

Com efeito, é necessário o cumprimento de certos requisitos, inseridos nas normativas que versam acerca da política de assistência, a fim de viabilizar a prestação material, universal, igualitária e gratuita, dentro dos parâmetros de eficácia e segurança. Nesse sentido, Jorge (2017, p. 463) assevera que “o princípio da universalidade e a diretriz da integralidade não ensejam a oferta de qualquer medicamento ou insumo”. Dessa maneira, o direito de todos obterem um atendimento integral não propicia a dispensação de qualquer

fármaco, é necessário a observância de critérios que garantam a aplicabilidade imediata do direito à saúde e, simultaneamente, a manutenção do SUS.

Destarte, o possível óbice ao exercício do direito fundamental social à saúde, de caráter subjetivo, materializado na ausência de acesso a determinados medicamentos e com fulcro na legislação que garante a assistência terapêutica integral, tem ensejado uma série de ações judiciais e uma tentativa constante da jurisprudência de fixar parâmetros para a concessão de remédios.

3.3 A JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO AO ACESSO A MEDICAMENTOS

As demandas relacionadas ao acesso à saúde são recorrentes nos tribunais brasileiros, mormente em face da sua aplicabilidade imediata e eficácia plena, previstas pelo texto constitucional.

A inafastabilidade da jurisdição (art. 5º, XXXV, da CRFB/88), diante da atuação precária do Legislativo e do Executivo em tornar efetivos os direitos sociais fixados na Constituição, permite essa atuação institucional do Judiciário (NETO, 2016, p.45). Quanto a essa atuação, Barroso (2009, p.44) registra que:

A normatividade e a efetividade das disposições constitucionais estabeleceram novos patamares para o constitucionalismo no Brasil e propiciaram uma virada jurisprudencial que é celebrada como uma importante conquista. Em muitas situações envolvendo direitos sociais, direito à saúde e mesmo fornecimento de medicamentos, o Judiciário poderá e deverá intervir.

Nessa mesma linha, Mendes e Branco (2017, p. 510) acentuam que o Poder Judiciário ao satisfazer o direito à saúde nos casos concretos colocados à sua apreciação, está exercendo apenas o controle judicial dos atos e omissões administrativas.

Dessa forma, entende-se que apesar de não ser a forma ideal de concreção dos direitos sociais, não fere a separação dos poderes a intervenção judicial para suprir as omissões nas políticas públicas do Estado. Nesse sentido, Brito (2017, p. 204) aduz que:

Certamente o papel do Judiciário não consiste na execução de políticas públicas, mas cabe a ele julgar as omissões do Executivo e do legislativo. Esta é uma das formas de controle do poder pelo poder. Porque o direito subjetivo do indivíduo não deve deixar de ser atendido quando um dos poderes não cumpre uma de suas funções.

Assim, a concessão judicial de medicamentos não afeta a separação dos poderes, haja vista que incumbe ao Judiciário implementar os direitos previstos na CRFB/88, mormente quando um dos poderes se omite em sua atividade típica.

No Brasil, anos após a regulamentação da assistência farmacêutica e a adoção da RENAME, tornou-se comum a judicialização do direito subjetivo à saúde, sobretudo quanto aos medicamentos que não estão sendo fornecidos pelo SUS. Quanto ao tema, aduz Braga (2017, p. 374):

Com a edição de sucessivas Relações Nacionais de Medicamentos Essenciais (conhecida como Renome), cresceu o número de ações judiciais pleiteando medicamentos ou que estavam na lista e não eram fornecidos pelo Poder Público, ou que não constavam da relação e que, segundo os demandantes, em virtude da proteção integral do direito à saúde, deveriam ser fornecidos, de tal forma que a judicialização do fornecimento de medicamentos se transformou no principal exemplo de demanda judicial pleiteando prestações estatais.

Na primeira hipótese, há certo consenso de que quando houver a negativa, o pedido seja julgado procedente. De acordo com Neto (2016, p. 49), isso ocorre, geralmente, porque houve uma falha no sistema ou um problema de gestão. Na segunda, por sua vez, é onde se tem as maiores críticas, que residem, em geral, na limitação financeira do Estado.

Além desses casos, chegam ao Judiciário demandas pleiteando o fornecimento de medicamentos de uso *off label*, isto é, quando são usados para uma indicação diferente da autorizada pela ANVISA, órgão de avaliação de segurança e eficácia das terapêuticas (GOLDIN, 2007, p.66).

A fundamentalidade do direito à saúde associada à inefetividade das políticas de assistência farmacêutica justificam a atuação do Poder Judiciário na concessão de medicamentos. A judicialização desse direito inclui prestações materiais, como os pleitos por medicamentos incluídos ou não nas listas oficiais. A diversidade e a reiteração dessas demandas de saúde têm erguido o debate da garantia dos direitos sociais imprescindíveis e a reserva do financeiramente possível.

3.1.1 A Reserva do Possível e a Garantia do Mínimo Existencial

Diante do fenômeno da crescente judicialização do direito à saúde, sobretudo no que tange à integralidade da assistência terapêutica e à grande quantidade de condenações em face do Estado, os entes federativos têm aduzido, em juízo, argumentos de cunho econômico, como a reserva do possível e a teoria dos custos dos direitos para eximirem-se de assegurá-lo.

O autor Torres (1989) foi o primeiro, no Brasil a debruçar-se sobre o tema da garantia do mínimo existencial, publicando um ensaio intitulado “O Mínimo Existencial e os Direitos Fundamentais” em uma Revista de Direito Administrativo. Na ótica pioneira do autor, existe um direito que não pode sofrer intervenção estatal e que exige prestações materiais positivas, um direito às condições mínimas de existência digna. Apesar dessa definição, Torres (1989, p.29) afirma que:

Carece o mínimo existencial de conteúdo específico. Abrange qualquer direito, ainda que originariamente não-fundamental (direito à saúde, à alimentação etc.), considerado em sua dimensão essencial e inalienável. Não é mensurável, por envolver mais os aspectos de qualidade que de quantidade, o que torna difícil estimá-lo, em sua região periférica, do máximo de utilidade (*maximum welfare*, *Nutzen maximierung*), que é princípio ligado à ideia de justiça e de redistribuição da riqueza social. Certamente esse mínimo existencial, “se o quisermos determinar precisamente, é uma incógnita muito variável”.

Nesse viés, o autor registra a dificuldade de conceituar e compreender a amplitude do conteúdo do mínimo existencial, tanto é que vários autores, *a posteriori*, tentam defini-lo. Alguns o aproximam da dignidade humana, outros o associam às prestações estatais positivas.

Para a autora Barcellos (2002, p. 258), a concepção do mínimo existencial está pautada em quatro elementos, sendo três de ordem material e um de ordem instrumental. Os três primeiros seriam formados pela educação fundamental, a saúde básica e a assistência aos desamparados; já o último, seria o acesso à justiça. Esses pontos, segundo a autora, correspondem ao núcleo da dignidade da pessoa humana a que se atribui a perspectiva de direito subjetivo.

Em outra visão, Sarlet (2013, p.25), autor de várias obras sobre os Direitos Fundamentais, enfatiza que o mínimo existencial pode ser compreendido como um conjunto de prestações materiais indispensáveis para garantir, a cada indivíduo, uma vida condigna, constituindo-se em um verdadeiro núcleo essencial dos direitos fundamentais sociais.

Contudo, o autor destaca que não se filia à tese de que o conteúdo da dignidade da pessoa humana equivale necessariamente ao núcleo essencial dos direitos fundamentais. De acordo com ele, pode ser que o conteúdo coincida, mas isso não é uma premissa básica. Nascimento (2013, p. 40), ao explicar o entendimento de Sarlet, aduz que:

Justamente por considerar a dignidade, conceito indeterminado, como germe do mínimo existencial, afirma o autor que ele não pode ser definido a priori. Somente o caso concreto dirá quando se está diante de mínimo existencial ou não. Nesse caso, estando-se diante do mínimo existencial, segundo ele, caberia a intervenção judicial para garantir a vida digna da pessoa, ultrapassando-se a omissão legislativa e/ou administrativa.

A despeito das divergências doutrinárias sobre o conceito de mínimo existencial e o seu conteúdo, cumpre esclarecer que não se desconhece o fato de que os direitos possuem custos e que eles demandam, majoritariamente, uma atuação positiva do Estado visando assegurá-los.

Nesse sentido, o autor da obra “Direitos não Nascem em Árvores”, Galdino (2001, p.391) critica o que ele chama de senso comum do pensamento jurídico brasileiro, em que os juristas olvidam que os direitos fundamentais requerem uma atuação positiva do Estado e, assim, possuem custos.

Contudo, salienta-se que, não obstante os direitos sociais impliquem custos para o Poder Público, o núcleo de alguns direitos basilares precisa ser assegurado a fim de que os demais possam ser satisfeitos. O direito à saúde, como salientado no capítulo anterior, é um direito social fundamental e indissociável do primordial direito à vida.

Outrossim, Scaff (2013, p. 144) aduz que a maioria das “sentenças que custam” advém da implementação direta da Constituição pelo Poder Judiciário. Dessa maneira, a grande parte das sentenças que causam para o Estado um custo financeiro apenas estão materializando o texto constitucional.

Inegavelmente, a concretização dos direitos sociais necessita de uma atuação positiva do Estado, o que requer o dispêndio de recursos públicos. Nesse contexto, analisando que os direitos possuem custos, Stephen Holmes e Cass Sunstein elaboraram a obra “The cost of rights” (1999). De acordo com os autores, em linhas gerais, é necessário observar que todos os direitos são custosos e, por conseguinte, é necessário levar em consideração a escassez dos recursos.

Braga (2017, p. 378) acentua que ,quanto ao direito à saúde, a questão dos custos é dramática, porquanto a inovação tecnológica acaba por tornar, em pouco tempo, obsoletos equipamentos ou tecnologias de saúde. Com efeito, o avanço das tecnologias de saúde enseja diversos pleitos de medicamentos que ainda não foram incorporados na política de assistência farmacêutica.

Diante disso, “passa a ter significativo relevo o tema da ‘reserva do possível’, especialmente ao evidenciar a “escassez dos recursos” e a necessidade de se fazerem escolhas alocativas” (MENDES e BRANCO, 2017, p. 676). Assim, uma das objeções mais contundentes da garantia do mínimo existencial e do fornecimento de fármacos pelo Poder Público se refere à aplicação dessa teoria.

Ela adveio de uma decisão do Tribunal Constitucional alemão que, ao apreciar uma questão relacionada à quantidade de vagas em uma universidade pública, entendeu que

como a efetivação dos direitos sociais – no caso apreciado, a educação – impõe ao Estado uma atuação precipuamente positiva, faz-se necessário a presença de recursos orçamentários para garanti-los, sendo concedido pelo Estado apenas aquilo que ele pode arcar (BRAGA, 2017, p.375).

Essa teoria encontra respaldo na escassez dos recursos financeiros e, de acordo com Scaff (2013, p. 151), pode ser traduzida, em uma visão econômica, com o fato de que “todo orçamento possui um limite que deve ser utilizado de acordo com exigências de harmonização econômica geral”. A finitude dos recursos públicos é, assim, objeção genérica e marcante do Estado na ausência de implementação dos direitos sociais estabelecidos pela CRFB/88.

Diante disso, a efetividade dos direitos sociais estaria dependente da disponibilidade de recursos financeiros do Estado. Conforme o entendimento de Lima e Ferreira (2010, p.112), os adeptos dessa teoria aduzem que:

(...) a efetividade do direito em questão só será garantida quando o Poder Público possuir recursos suficientes. A efetividade do direito fundamental à saúde fica condicionada à reserva do possível. Em outras palavras, poder-se-ia afirmar que, segundo essa teoria, o Estado não teria o ônus de sempre garantir o amplo acesso dos cidadãos à saúde, mas “apenas” quando dispusesse de recursos suficientes para tanto.

Dessa maneira, a aplicabilidade imediata e a eficácia plena do direito à saúde estão condicionadas aos limites dos recursos públicos. Nesse diapasão, é importante salientar as considerações de Torres (2009, p. 96), que estabelece uma diferenciação entre a reserva do possível e a reserva orçamentária.

Consoante o entendimento desse autor, a reserva orçamentária equivale à necessidade de obediência das regras de direito orçamentário, de forma que se não houver dotação orçamentária, a eventual abertura de créditos adicionais compete à Administração e ao Legislativo, sendo papel do Judiciário apenas o reconhecimento da garantia do mínimo existencial. Assim, tem-se uma clara separação das atividades dos três poderes e, simultaneamente, adota-se uma posição intermediária quanto à concretização de direitos.

Amaral (2011, p.85), acerca dessa diferenciação de Torres, aduz que a “reserva do possível” perdeu seu sentido originário ao chegar ao Brasil, tendo sido criada uma “reserva do possível fática” em contraste com a “reserva do orçamento”. Isso se deve ao fato de que, a teoria é utilizada no Brasil como sinônimo de ausência de recursos.

Quanto ao tema, Barcellos (2018, p. 491) explica que a reserva do possível possui, ao menos, duas espécies, sendo a primeira delas identificada como uma reserva do possível

fática. Essa estaria associada com a ausência fática de recursos, algo semelhante à exaustão orçamentária. A segunda, por sua vez, seria a reserva do possível jurídica, pela qual se teria a inexistência orçamentária para determinado gasto específico.

Nesse viés, Torres (2009, p. 110) acentua que “como o dinheiro público é inesgotável, pois o Estado sempre pode extrair mais recursos da sociedade, segue-se que há permanentemente a possibilidade fática de garantia de direitos”. Dessa maneira, de acordo com o autor, seria impossível a reserva do possível fática.

Além disso, é importante destacar que o argumento da ausência de recursos não pode ser utilizado de maneira indiscriminada para obstar a efetivação dos direitos fundamentais, mormente o direito à saúde. Rodrigues (2013, p.147) ao analisar o tema destaca que:

É preciso, pois, reconhecer que o princípio da reserva do possível fática tem grande força retórico-argumentativa na defesa do Estado, o que, evidentemente, enfraquece a efetividade dos direitos sociais, dado que o orçamento público não tem condições de atender aos vultosos volumes de recursos necessários para atender a todas as demandas de sociedade.

Com efeito, a possível insuficiência de recursos financeiros do Estado não deve ser utilizada de forma genérica para justificar a omissão do Poder Público em programar as políticas públicas necessárias para a efetivação dos direitos fundamentais, principalmente os de cunho social (STJ, 2010).

Não obstante os grandes impasses envolvendo a judicialização da saúde, como as restrições de cunho orçamentário, há uma grande tendência jurisprudencial em materializar a proteção da saúde em consonância com a proteção ao mínimo existencial, que compreende a garantia dos elementares direito à vida e a existência digna. Nesse sentido, Canotilho (2003, p. 100) aduz:

(...) se tem sido geralmente admitido que, na esfera da garantia do mínimo existencial, há um direito subjetivo definitivo às prestações que lhe são inerentes, ou seja, que eventual obstáculo de ordem financeira e orçamentária deverá ceder ou ser removido, inclusive mediante a realocação de recursos, fixação de prioridades, ou mesmo outras medidas, também — e neste caso com mais razão ainda — não se poderá pretender suprimir ou esvaziar, pelo menos não aquém do mínimo existencial, a concretização já levada a efeito dos direitos sociais.

Nesse ponto, há uma forte crítica de que a definição de alocação de recursos financeiros e a fixação de prioridades, por serem decisões de cunho político, não são de competência do Judiciário. Dessa forma, a judicialização da saúde, resultante do protagonismo desse poder, estaria extrapolando o âmbito de suas competências (NOBRE,

2011, p.364). Sucede que as jurisprudências recentes dos Tribunais Superiores assentaram que as limitações incidentes na garantia de direitos sociais, seja por alegada afronta a reserva do possível ou ao princípio da separação dos poderes, não impede a reivindicação da materialização do acesso à saúde pela via judicial (STJ, 2018).

Portanto, a garantia do mínimo existencial assegura um núcleo básico de direitos que devem ser satisfeitos pelo poder público, dentre eles inclui-se o direito à saúde e, por consequência, o direito ao acesso a medicamentos. Todavia, esse conteúdo mínimo deve ser materializado em consonância com o economicamente razoável. Assim, as ponderações da reserva do possível são importantes, mas não podem ser realizadas de forma genérica, porquanto constituiria em um verdadeiro óbice à efetivação de qualquer direito social.

3.3.2 Breve Análise da Jurisprudência Recente dos Tribunais Superiores sobre o Acesso aos Medicamentos

O cenário de intensa judicialização da assistência farmacêutica, associado à garantia do mínimo existencial e, simultaneamente, aos impactos financeiros da materialização do direito à saúde, tem ocasionado a tentativa por parte dos tribunais superiores em fixar parâmetros para a concessão judicial de medicamentos.

Como salientado, o Judiciário possui o papel importante de efetivar o direito à saúde nos casos concretos que são colocados para a sua apreciação. As ações que chegam aos tribunais pleiteiam, em linhas gerais, “acesso a tratamentos e tecnologias de saúde custeadas pelo poder público, que por diferentes motivos não estão sendo fornecidos pelas políticas governamentais vigentes” (TULLI, 2018, p.31).

Dessa maneira, há inúmeras demandas requerendo medicamentos, incluídos ou não na PNM, registrados ou não na ANVISA; terapêuticas de uso *off label*; procedimentos cirúrgicos, ofertados ou não pelo SUS; tecnologias terapêuticas de alto custo; órteses; próteses; tratamentos experimentais, dentre outros.

Para os fins do presente trabalho, serão analisadas apenas as jurisprudências recentes de demandas relacionadas ao fornecimento de medicamentos. O objetivo da análise em apreço é verificar como o Supremo Tribunal Federal (STF) e o Superior Tribunal de Justiça (STJ) têm se manifestado a respeito.

3.3.2.1. Considerações Acerca do Julgamento do RE 566.471 e do RE 657.718

O STF possui o importante papel de uniformizar temas reiterados e controversos do Judiciário. No âmbito do direito à saúde, a sua atuação é essencial para a elaboração de critérios que materializem a equidade, a universalidade e a integralidade do SUS, ante as omissões dos demais poderes em fixar parâmetros capazes de satisfazer as diversas demandas de saúde da população. Nesse cenário, importa realizar algumas considerações acerca de dois recursos extraordinários que tentam uniformizar o entendimento acerca dos critérios para a concessão judicial de fármacos não incluídos nas listas oficiais e não registrados na ANVISA.

Inicialmente, salienta-se que o STF, ao se deparar com a frequente judicialização da saúde, convocou uma audiência pública, em 2009, objetivando analisar as consequências do ativismo judicial (Brito, 2017, p. 205-206). Dentre as principais questões colocadas em debate, estavam o princípio da integralidade do SUS e a eficácia terapêutica nos medicamentos não padronizados concedidos pelo Judiciário (Ibidem, p. 209).

Após a realização dessa audiência, foi elaborada, em 2010, pelo Conselho Nacional de Justiça, a Recomendação nº 31, advertindo aos Tribunais a necessidade da adoção de medidas visando a subsidiar os juristas na solução das ações judiciais envolvendo a assistência à saúde. A respeito dessa recomendação Jorge (2017, p. 328) aduziu que ela:

(...) sugere que os tribunais celebrem convênios que abranjam a disponibilização de apoio técnico de profissionais da área da saúde, como médicos e farmacêuticos, para auxiliar os magistrados na apreciação das questões clínicas apresentadas pelas partes das ações relativas à saúde, observadas as peculiaridades regionais.

Todavia, não houve na Audiência Pública n. 4 (2009) e na Recomendação nº 31 (CNJ) a fixação de parâmetros capazes de balizar a atuação dos magistrados quanto ao fornecimento de medicamentos, sejam eles não inclusos nas listas oficiais ou não registrados na ANVISA.

Diante disso, o STF, mais uma vez, foi demandado para deliberar sobre as possíveis soluções para uniformização do tema no RE 855.178 (tema 793), RE 566.471 (tema 6) e RE 657.718 (tema 500).

O primeiro tema aborda a questão da responsabilidade solidária dos entes federativos pelo dever de prestar assistência à saúde. Em 23 de maio de 2019, o STF analisou esse tema e fixou a tese, por maioria, da responsabilidade solidária dos entes federativos no que concerne às demandas prestacionais no âmbito da saúde. Destacou-se que, em razão dos

critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, o juiz deve “direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro” (STF, 2019).

Os dois últimos tratam, respectivamente, da possibilidade de fornecimento de medicamentos pelo Judiciário que ainda não constam nas Relações de Medicamentos e, assim, não são disponibilizados pelo SUS, e da possibilidade de concessão judicial de fornecimento de medicamentos não registrados na ANVISA. Por tratarem especificamente sobre a assistência farmacêutica, eles serão abordados a seguir.

O Recurso Extraordinário nº 566.471/RN teve a sua repercussão geral reconhecida e foi afetado ao tema seis que trata, em síntese, do dever do Estado em fornecer medicamento de alto custo não inserido nas listas do SUS a pessoa com doença grave que não possui condições financeiras para comprá-lo.

De acordo com Coelho (2016, p. 69), a repercussão geral foi elaborada com o propósito de diminuir a agenda do STF com questões incidentais e solucionar a crise dos inúmeros recursos extraordinários que chegam ao Supremo Tribunal versando sobre a mesma controvérsia.

Inicialmente, convém destacar as contribuições de Mariano e Maia (2018, p. 398) sobre a judicialização do fornecimento de medicamentos de alto custo, que aduzem que

A possibilidade de concessão judicial de medicamentos de alto custo já reconhecidos pela ANVISA e inseridos nas listagens do SUS é fato inconteste, uma vez que esses constituem a própria política farmacêutica, elaborada pelos poderes públicos competentes. Ao determinar sua concessão, o judiciário está apenas dando cumprimento à política pública anteriormente fixada.

Dessa maneira, as autoras afirmam que a questão é definir se o Estado possui a obrigação de viabilizar o acesso a medicamentos que não integram as listas do SUS, independentemente de serem de alto custo.

Nesse contexto, a demanda que chegou ao STF trata, em seu início, da condenação do Estado do Rio Grande do Norte por recusar-se a fornecer o medicamento *Sildenafil 50 mg*, destinado ao tratamento das enfermidades “miocardiopatia isquêmica” e “hipertensão arterial pulmonar”. O ente federativo utilizou como argumentos para fundamentar a recusa o alto custo do fármaco pleiteado e a inexistência de previsão no Programa de Dispensação de Medicamentos (BRASIL, 2018).

O Tribunal de Justiça julgou procedente o pedido, aduzindo a imprescindibilidade do medicamento para o procedimento terapêutico da recorrida, assim como a incapacidade financeira da paciente e da família para adquiri-lo (BRASIL, 2018).

Por conseguinte, o Estado interpôs Recurso Extraordinário argumentando, em linhas gerais, que a decisão judicial prejudicava as políticas de universalização da saúde; violava a reserva do possível e a legalidade orçamentária; assim como não possuía guarida constitucional, porquanto as normas que abordam o direito à saúde não teriam eficácia plena, mas apenas caráter programático (BRASIL, 2018).

O Ministro Relator, Marco Aurélio, ao proferir seu voto, entendeu que o Estado não pode utilizar-se de problemas orçamentários para obstaculizar a efetivação dos direitos previstos na CRFB/88. Ele centra o seu voto na delimitação de dois elementos: a imprescindibilidade do medicamento para a efetivação do direito à saúde e a incapacidade financeira do paciente para adquiri-lo.

Assim, a tutela individual apenas teria respaldo caso houvesse a impossibilidade de o paciente e da sua família em arcarem com o medicamento (PINHEIRO e SANTOS, 2018, p. 144) e o remédio fosse indispensável para assegurar a saúde do indivíduo.

O Ministro Luís Roberto Barroso apresentou voto-vista registrando a necessidade de diminuir a judicialização do direito à saúde no Brasil. De acordo com ele, “a discussão não gira em torno da ponderação entre o direito à saúde e à vida, de um lado, e a separação de Poderes e regras orçamentárias, de outro lado, mas sim entre vida e saúde de uns *versus* vida e saúde de outros” (CABRAL, 2018, p. 176).

Desse modo, entendeu o Ministro que os recursos são limitados e que não há possibilidade econômica de oferecer todo o tipo de medicamento a todas as pessoas. O Ministro também apresentou cinco requisitos cumulativos a serem observados no fornecimento desses medicamentos, são eles:

- a) a incapacidade financeira de arcar com o custo correspondente; b) a demonstração de que a não incorporação do medicamento não resultou de decisão expressa dos órgãos competentes; c) a inexistência de substituto terapêutico incorporado pelo SUS; d) a comprovação de eficácia do medicamento pleiteado à luz da medicina baseada em evidências; e e) a propositura da demanda necessariamente em face da União, já que a ela cabe a decisão final sobre a incorporação ou não de medicamentos ao SUS. (STF, 2016)

Cumprido destacar que, de acordo com Barroso, a incapacidade financeira deve ser apenas do paciente, não sendo consideradas as condições econômicas da família. Dessa maneira, o Ministro discordou do entendimento do Ministro Marco Aurélio (MARIANO e MAIA, 2018, p. 404).

O Ministro Edson Fachin também se pronunciou e fixou cinco requisitos para o fornecimento de medicamentos não incorporados ao SUS, sendo eles o prévio requerimento

administrativo; a subscrição médica realizada, preferencialmente, por médico da rede pública; indicação do medicamento por meio da Denominação Comum Brasileira ou DCI - Internacional; justificativa da inadequação ou da inexistência de medicamento ou tratamento oferecido pela rede pública; e, caso ocorra negativa de dispensa na rede pública, é imprescindível a elaboração de laudo médico, demonstrando a necessidade do tratamento.

Diante do exposto, para Fachin, não é necessário que o paciente demonstre a incapacidade financeira, mas é imperioso que demonstre a necessidade do medicamento para o seu adequado tratamento (MARIANO E MAIA, 2018, p. 405).

Cavalcante (2018, p. 212), ao analisar os argumentos dos ministros, concluiu que o Ministro Marco Aurélio afastou a teoria da reserva do possível e refutou os aspectos orçamentários, assumindo uma postura mais concretista, voltada a garantia dos direitos dos cidadãos, enquanto Barroso e Fachin convergiram na ideia do caráter excepcional da concessão judicial dos medicamentos e no estabelecimento de critérios para balizar essa atuação.

Não obstante o julgamento desse Recurso Extraordinário ainda não tenha sido encerrado, diante da diversidade de parâmetros utilizados nas demandas de saúde, é possível antever que haverá a fixação de critérios visando a uniformizar o acesso judicial aos fármacos que não integram a Política Nacional de Medicamentos.

Nessa linha, o RE 657.718, que discutia outra questão de assistência à saúde relacionada à obrigatoriedade do Estado em fornecer medicamentos não registrados nas ANVISA, foi julgado recentemente pela Suprema Corte, em 22 de maio de 2019, sendo fixados os seguintes critérios:

1. O Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos experimentais.
2. A ausência de registro na ANVISA impede, como regra geral, o fornecimento de medicamento por decisão judicial.
3. É possível, excepcionalmente, a concessão judicial de medicamento sem registro sanitário, em caso de mora irrazoável da ANVISA em apreciar o pedido (prazo superior ao previsto na Lei nº 13.411/2016), quando preenchidos três requisitos: (i) a existência de pedido de registro do medicamento no Brasil (salvo no caso de medicamentos órfãos para doenças raras e ultrarraras);(ii) a existência de registro do medicamento em renomadas agências de regulação no exterior; e (iii) a inexistência de substituto terapêutico com registro no Brasil.
4. As ações que demandem fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA deverão necessariamente ser propostas em face da União.

Os dois primeiros requisitos denotam a preocupação com a segurança do medicamento. Contudo, importa destacar que as listas de medicamentos do SUS, muitas vezes, não acompanham o ritmo das demandas de saúde da população, sobretudo porque há uma “demasiada burocratização no ciclo da Assistência Farmacêutica” (SILVA, 2014, p.31),

que acaba por obstar o acesso às tecnologias necessitadas pelos usuários para tratamento de certa moléstia.

É inegável que a distribuição de medicamentos deve observar os requisitos de segurança, qualidade e eficácia a fim de que não ocasionem danos à saúde dos indivíduos. Por outro lado, a demora na incorporação de uma tecnologia ou até mesmo indicação de uso pelo SUS pode representar grave risco à saúde de pacientes em situações especiais (RAMOS e FERREIRA, 2013, p. 115).

Observando que pode ocorrer essa mora desproporcional do órgão responsável em apreciar o pedido de incorporação de determinada tecnologia, o STF fixou requisitos para a concessão judicial de medicamentos nas hipóteses acima mencionadas. Por fim, fixou que as demandas que tratam do fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA devem ser feitas em face da União.

3.3.2.2. Análise dos critérios de fornecimento de medicamentos fixados no Recurso Especial 1.657.156/RJ

Não obstante o STF já tenha fixado critérios para a concessão judicial de medicamentos não registrados na ANVISA e possua Recurso Extraordinário afetado visando à fixação de tese para definir os requisitos do fornecimento de medicamentos de alto custo não incluídos nas listas do SUS, o Superior Tribunal de Justiça, por meio do Recurso Especial nº 1.657.156-RJ, julgado em 25 de abril de 2018, já havia avançado, de maneira ampla, acerca do tema.

O Recurso Especial em questão foi afetado a partir da proposta do Ministro Benedito Gonçalves, diante da multiplicidade de recursos a respeito da obrigatoriedade do Estado em fornecer medicamentos não incluídos na Portaria nº 2.577/2006 do Ministério da Saúde (Programa de Medicamentos Excepcionais) (SCHWARTZ, SETENTA E BORBA, 2017, p.5).

De acordo com Diniz (2018, p. 75), destacou-se, preliminarmente, que o tema “afetado se limita ao fornecimento de medicamentos, na forma do inciso I do art. 19-M da Lei 8.080/90, não incluindo os procedimentos terapêuticos.” O referido dispositivo aduz que a assistência terapêutica integral consiste na dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde da população.

O STJ avançou na defesa do direito fundamental à saúde e fixou a tese de que o poder público deve fornecer medicamentos, mesmo que não estejam nas listas de fármacos

essenciais elaboradas pelos entes federativos e elencou três critérios a serem exigidos nas ações judiciais.

Os requisitos fixados são a existência de registro na ANVISA e a comprovação da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como a ineficácia dos fármacos fornecidos pelo SUS para o tratamento da moléstia.

Vislumbra-se que não há, diferentemente do que ocorre no STF, qualquer referência às condições financeiras do paciente. De acordo com os critérios fixados pelo STJ, o fornecimento de medicamento pela via judicial depende da imprescindibilidade do fármaco para a proteção do direito à saúde do paciente e de registro no órgão de fiscalização, não havendo referência a nenhuma restrição de cunho econômico.

Assim, o STJ privilegiou a integralidade da assistência terapêutica, inclusive farmacêutica, e superou o entendimento de que a atuação jurisdicional deveria ater-se a dispensação dos medicamentos constantes das listas elaboradas pelos entes federativos, consoante a PNM.

4 A ATUAÇÃO DA DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO NA JUDICIALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Defensoria Pública é instituição essencial para a promoção e a defesa dos direitos da população hipossuficiente, mormente para a efetivação do acesso à justiça. Entre as suas atribuições, está a importante atuação no âmbito da assistência farmacêutica. Dessa maneira, passa-se a analisar as suas contribuições para a efetivação do direito ao fornecimento de medicamentos pelo Poder Público.

4.1 AS FUNÇÕES DA DEFENSORIA PÚBLICA

Inicialmente, é importante compreender as funções deste órgão defensorio, estabelecidas no plano internacional e nacional, por meio das legislações pertinentes, a fim de analisar a sua atuação específica na judicialização da assistência farmacêutica.

A Defensoria Pública possui um papel relevante no acesso à justiça daqueles que são, rotineiramente, desassistidos pelo Poder Público. Ela é expressão dos valores axiológicos eleitos pelos constituintes, tais como um “Sistema de Justiça consolidado sob a óptica de um Estado Social e Democrático de Direito” (FENSTERSEIFER, 2015, p. 35).

No plano internacional, há uma atuação específica da Organização dos Estados Americanos (OEA) em incentivar a adoção, pelos Estados-membros, da defensoria pública oficial, nos moldes brasileiros (RAMOS, 2018, p. 317), a fim de promover os direitos das pessoas carentes e a democratizar o acesso ao Judiciário na defesa de direitos.

No Brasil, a “primeira Constituição brasileira a conferir *status* constitucional à assistência judiciária foi a véspera de 1934, mas ainda sem tratar de Defensoria Pública: tratou do direito, mas esqueceu do instrumento” (ROCHA, 2013, p.56).

A Defensoria Pública foi criada apenas com a Constituição de 1988 que a definiu como função essencial para a realização da Justiça e como sendo o órgão estatal imbuído de assistir, juridicamente, àqueles que comprovam a insuficiência de recursos econômicos (MENDES e BRANCO, 2017, p. 1106).

Consoante o art. 134, da CRFB/88, a Defensoria é instituição permanente, a qual compete além da orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa dos direitos individuais e coletivos, judicial e extrajudicial, em todos os graus, sempre de maneira integral e gratuita.

A assistência jurídica integral é direito fundamental elencado no inciso LXXIV, do art. 5º, da CRFB/88. Essa integralidade diz respeito ao fato de que a assistência não se restringe ao campo judicial, devendo ser dada prioridade as resoluções de conflitos de maneira extrajudicial (MOTTA FILHO, 2016, p.834). Diante disso, prioriza-se, inicialmente, a tentativa de resolução administrativa, sendo a judicialização a última via.

O Conselho Superior da Defensoria Pública da União definiu, em 2016, por meio da Resolução nº 134, que o valor de presunção de necessidade econômica para fim de assistência jurídica integral e gratuita é de R\$ 2.000,00 (dois mil reais).

Após a criação da Defensoria Pública pela Constituição de 1988, a Lei Complementar nº 80 de 1994 regulamentou a Defensoria Pública da União (DPU), do Distrito Federal e dos Territórios e prescreveu normas gerais para sua organização nos Estados. Ela também definiu as funções institucionais do órgão, dentre elas podem ser citadas o patrocínio da ação civil, a defesa em ação penal, atuação como curador especial, promoção da conciliação.

Em 2009, a Lei Complementar nº 132/2009 ampliou as atribuições institucionais do órgão, de modo que, consoante Esteves e Silva (2018, p.86), as atribuições de caráter coletivo restaram ampliadas, no âmbito judicial e também extrajudicial. Na visão dos mencionados autores:

A consolidação da legitimidade da Defensoria Pública para a propositura de demandas coletivas (art. 4º, VII, VIII, X e XI), a autorização legal para realizar a convocação de audiências públicas (art. 4º, XXII) e para participar dos conselhos de direitos (art. 4º, XX) evidenciam que a atuação institucional da Defensoria Pública não mais se encontra limitada à defesa dos direitos subjetivos individuais das pessoas economicamente necessitadas. Além disso, a atividade de difusão e conscientização dos direitos humanos, da cidadania e do ordenamento jurídico (art. 4º, III) revela a preocupação do legislador em conferir à Defensoria Pública “o papel de uma grande agência nacional de promoção da cidadania e dos direitos humanos”. Essa nova racionalidade funcional desmancha, de uma vez por todas, o estigma individualista que sempre acompanhou a trajetória da Defensoria Pública, consolidando a visão coletiva, preventiva e indutora de novas realidades sociais.

Com efeito, a função da promoção da ação civil pública pela Defensoria Pública, incluída pela Lei nº 11.448/07, e a sua atuação em demandas coletivas possuem importância destacada, pois uniformiza direitos e supera os argumentos de transgressão da isonomia, mormente nas questões envolvendo a judicialização da saúde. Além disso, contribui para a diminuição do número de ações individuais solicitando a mesma prestação material, como um medicamento (ORDACGY, 2009, p. 24).

Salienta-se, ainda, que a Emenda Constitucional n. 80/2014 separou as seções da Advocacia e da Defensoria, que passou a ter uma seção própria, a Seção IV. De acordo com

Bulos (2018, p. 1464), essa nova seção satisfaz exigências práticas, de forma que não se pode mais confundir as atribuições dos defensores públicos e dos advogados, mesmo quando possuem atividades semelhantes. Além disso, a referida emenda constitucionalizou o papel da instituição em promover os direitos humanos (MASULLO, 2017, p. 33).

Nesse sentido, importa destacar que as atribuições da DPU superam a mera judicialização, porquanto possui a importante função de atuar na promoção da melhoria das políticas públicas em diversos temas de direitos humanos, dentre eles o que tange ao SUS, *in verbis*:

A Defensoria Pública, se de um lado é responsável por deflagrar demandas que visem à efetividade do direito à saúde, no exercício de sua missão constitucional de assistência jurídica do carente, por outro, tem o dever de atuar na melhoria e no êxito do sistema único de saúde, seja fomentando o debate interinstitucional, seja fiscalizando a execução dessas políticas públicas, promovendo-se, em todo o caso, a participação do usuário na tomada de decisão em saúde. (MAGALHÃES)

Dessa maneira, a atuação da DPU também é essencial para impulsionar o debate entre as Secretarias de Saúde, o Executivo e as demandas da população, visando incrementar as políticas de saúde existentes e adequá-las as novas realidades sociais.

Não obstante o recente esforço legislativo em tentar consolidar a instituição da Defensoria Pública, é válido destacar que a estruturação desse órgão ainda encontra limitações materiais, pois ainda não foi devidamente implantado em muitos locais, o que impossibilita uma efetiva assistência jurídica a totalidade dos desamparados (SARLET, 2011, p. 138). Contudo, é inegável a necessidade de fortalecimento dessa instituição para continuar o desempenho das suas atribuições constitucionais e fortalecer o acesso à justiça.

Diante disso, vislumbra-se a importância da atuação do órgão defensorio em análise, imbuído da atribuição constitucional de promover a prestação da assistência jurídica gratuita, tanto pela via administrativa, quanto pela judicial, àqueles que comprovam a escassez de recursos econômicos. Por oportuno, destacou-se o papel relevante da DPU em aprimorar as políticas públicas existentes, mormente no que concerne às políticas sanitárias.

4.2 A ATUAÇÃO DA UNIDADE DE JOÃO PESSOA DA DPU/PB NA ÁREA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Defensoria Pública possui várias atribuições, como salientado, e é instituição essencial para proporcionar o acesso à justiça à população hipossuficiente. Dentre as suas atribuições, está a de garantir o direito à saúde. Nesse sentido, com o objetivo de analisar as

demandas que chegam ao órgão, na área da assistência farmacêutica, realizou-se pesquisa estatística por meio do Sistema de Informações Simultâneas da Defensoria Pública da União (SIS-DPU)².

Esse sistema, de caráter nacional, é regulamentado pela Resolução nº 113/2015, que trata acerca do uso do sistema informático de assistência jurídica, e foi elaborado com a finalidade de conferir confiabilidade as informações estatísticas disponibilizadas.

Inicialmente, explica-se que a Defensoria Pública da União na Paraíba possui duas unidades, uma em João Pessoa e outra em Campina Grande. Para os fins deste trabalho, optou-se por analisar os procedimentos de medicamentos instaurados na unidade de João Pessoa, porquanto possui um número maior de PAJs.

O período escolhido foi o ano de 2018, pois permite observar, simultaneamente, a concessão judicial ou não de tutelas antecipadas e as argumentações das eventuais sentenças proferidas.

Registra-se que o autor Farias (2018, p. 164), ao tratar acerca da judicialização do direito à saúde em João Pessoa, concluiu que o polo ativo nas demandas é realizado, geralmente, por meio da Defensoria Pública, e o principal objeto refere-se ao acesso a medicamentos.

Com efeito, as principais demandas que chegam a Defensoria Pública da União em João Pessoa (DPU/PB), no que concerne ao direito à saúde, se referem aos pleitos de leito em UTI, insumos, próteses, órteses, exames, procedimentos cirúrgicos, suplementos alimentares, mas a principal é a de medicamentos.

4.2.1 O Funcionamento da DPU/PB e as demandas individuais de medicamentos

A fim de conhecer a atuação da DPU/PB nas demandas individuais de medicamentos, passa-se a analisar o seu funcionamento e as principais características das reivindicações que chegam ao o órgão.

Ao ingressar na Defensoria, abre-se um Procedimento de Assistência Jurídica (PAJ), pelo qual o defensor irá verificar a presunção de hipossuficiência econômica e analisar a viabilidade jurídica da pretensão do assistido.

² Conforme o Anexo A – Trajetória da Pesquisa de Dados no SIS-DPU.

Logo após, o PAJ, objetivando a concessão judicial de fármaco, é instruído com laudos e atestados médicos, as negativas administrativas do fornecimento do medicamento das Secretarias de Saúde Estadual e Municipal e orçamento da pretensão material pleiteada.

Além disso, é elaborado um parecer pela médica perita da DPU, que irá analisar a imprescindibilidade ou não dos medicamentos pleiteados, se eles podem ser substituídos por outros regularmente fornecidos pelo SUS, bem como se possuem registro na ANVISA, conforme os requisitos estabelecidos pelo Resp 1.657.156/RJ.

Por conseguinte, são encaminhados ofícios para as Secretarias de Saúde, na tentativa de resolver a demanda extrajudicialmente. Caso não se obtenha êxito, ingressa-se, em último caso, com a tutela jurisdicional a fim de que os réus sejam compelidos a resguardar o direito fundamental à saúde dos assistidos.

Isto posto, por meio de pesquisa estatística realizada por meio do SIS-DPU, observou-se que, em 2018, a unidade de João Pessoa da DPU/PB totalizou a instauração de 1.979 PAJs. Dentre esses, 1.056 referem-se à área cível. Desse número, 334 tratam do direito à saúde. Utilizando o filtro “cível>saúde>medicamento” o sistema apontou que 249 PAJs foram instaurados, no ano de 2018, em João Pessoa, visando à obtenção de medicamentos³.

Para os fins desta pesquisa, foram analisados 120 PAJs, porquanto foram excluídos os 129 PAJs do Ofício Regional que tratam dos recursos na área dos medicamentos e não de novas pretensões. Os demais PAJs estão classificados nas categorias “procedimentos cirúrgicos” (82) e “leitos em Unidades de Terapia Intensiva” (3), de acordo com os dados extraídos do SIS-DPU.

De uma análise mais acurada, retirando a categorização realizada de forma equivocada na pretensão de alguns PAJs, classificados erroneamente na categoria “medicamentos” no Sistema de Informações do órgão, mas que possuíam pretensões diversas, restou o número de 84 PAJs, instaurados em 2018, visando à concessão específica de diversos medicamentos pelo Poder Público.

Por meio de investigação mais aprofundada dos PAJs disponibilizados no SIS-DPU, verificou-se que os fármacos requeridos, majoritariamente, não se repetem (74%). Todavia, notou-se que os mais solicitados, durante o ano de 2018, foram os seguintes: Lucentis®, Clexane®, Sandostatin Lar® e Stelara®, que juntos correspondem a aproximadamente 26% das demandas.

³ Consoante o Anexo A - Trajetória da Pesquisa de Dados no SIS-DPU.

Todos esses medicamentos possuem registro na ANVISA, porém não estão disponíveis para serem fornecidos pelo SUS. Além disso, salienta-se que todos possuem um custo considerável.

Tabela 1 – Custo Médio dos Medicamentos mais solicitados nas demandas individuais no ano de 2018 na unidade de João Pessoa da DPU/PB

Medicamento	Lucentis®	Clexane®	Sandostatin Lar®	Stelara®
Quantidade	10mg/ml, caixa com 1 frasco-ampola com 0,23ml de solução intraocular	40mg; 10 seringas	30mg, 1 frasco-ampola	45mg, 1 frasco-ampola com 0,5mL
Custo médio ⁴	R\$ 4.755,73	R\$459,34	R\$ 6.936,50	R\$15.354,20

Salienta-se que a questão do custo da tecnologia é importante para a programação da política de assistência farmacêutica. Todavia, isoladamente, não constitui óbice para a incorporação de um medicamento ao SUS. Isso porque há várias tecnologias que possuem um impacto orçamentário elevado e ainda assim são fornecidas pelo sistema.

Dentre elas, cita-se o medicamento Eculizumabe®, incorporado no ano de 2018, indicado para o tratamento de pacientes com Hemoglobinúria Paroxística Noturna, que possui um impacto orçamentário anual estimado em R\$ 188 milhões a 3 bilhões⁵. Dessa maneira, o custo elevado do medicamento não pode ser o único subterfúgio para a não concessão do seu fornecimento.

Por outro lado, é importante salientar que a concessão judicial individual de um medicamento com um custo elevado provoca um impacto orçamentário no contexto da política de saúde como um todo. Nessa esteira, João Pedro aduz que “a distribuição desordenada de benefícios, além de atingir a um número muito pequeno de beneficiários, vulnera as políticas existentes em favor da coletividade” (SCHULZE e NETO, 2016, p. 158).

De acordo com Scaff (2013, p.148), realiza-se de maneira individual o que deveria ser efetivado por meio de programas e políticas públicas de alcance coletivo, o que tem prejudicado e comprometido a concretização dos direitos sociais, sobretudo a saúde.

⁴ A média do valor dos fármacos foi elaborada com base nos valores fornecidos, em 14/08/2019, nos sites de farmácias, consoante o anexo B – Orçamento dos Medicamentos.

⁵ Impacto orçamentário do primeiro ano de incorporação. **O gasto estimado para os 03 primeiros anos é de 808 milhões a 10 bilhões de reais.** Informação em:

<http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2018/Relatorio_Eculizumabe_HP.N.pdf>. Acesso em: março de 2019.

Não obstante essa argumentação do comprometimento da política pública de saúde, é notório que mesmo após a sua intensa judicialização, não há muitas pesquisas que apontem os custos e os impactos financeiros do fornecimento de medicamentos pela via judicial. Nessa linha, os autores Amaral e Melo (2013, p. 92), no estudo “Há direitos acima dos orçamentos?”, destacaram que impressiona o fato de que:

mesmo após anos de ativismo judicial quanto a medicamentos não sejam conhecidos estudos que apontem de onde vieram os recursos para a compra. Será que os remédios fornecidos por força de decisão judicial foram obtidos graciosamente pelo Estado? Será que foram adquiridos por compra emergencial? Será que os preços obtidos foram os melhores? Não tendo havido aquisição gratuita, de onde vieram os recursos? De outros setores? De redução de gastos com propaganda? Ou será que vieram da não execução de prioridades no próprio sistema de saúde (...)?

O autor Farias (2018, p. 171), ao abordar o assunto, salientou a necessidade de conhecer os elementos objetivos financeiros envolvidos para que o gestor público possa entender, de fato, a importância do assunto e ponderar o quanto a judicialização está “inviabilizando, distorcendo ou efetivando as políticas de saúde”. Destarte, sem entender a proporção quantitativa da escassez dos recursos e os impactos das decisões judiciais para a política pública, não há como encontrar meios para solucionar as deficiências do sistema de saúde.

4.2.2 As demandas coletivas de medicamentos da DPU/PB

A DPU possui como uma de suas atribuições a atuação coletiva, por meio da qual promove a assistência jurídica a grupos com direitos violados ou ameaçados de violação. Nessa esteira, analisar-se-á, por meio das informações disponibilizadas no SIS-DPU, as atividades de tutela coletiva de medicamentos empreendidas na unidade da DPU/PB de João Pessoa.

As ferramentas processuais coletivas de implementação de direitos sociais, na área da saúde, coadunam com os princípios do SUS, mormente o acesso universal e igualitário às prestações materiais, assim como a diretriz da participação popular. Nesse sentido, Reichert (2015, p.103), ao tratar das medidas estruturantes no direito à saúde no Brasil, aduz que:

Deve-se atentar para o fato de que as vias judiciais coletivas atuam como uma verdadeira ferramenta de participação cidadã no controle da coisa pública e como um canal de acesso ao diálogo institucional de certos grupos desfavorecidos que buscam tutelar direitos vulnerados por ações e omissões estatais.

Com efeito, os procedimentos coletivos, como o manejo da Ação Civil Pública (ACP), são os instrumentos mais adequados para buscar formas de solucionar as demandas reiteradas na área da saúde e a omissão dos Poderes Executivo e Legislativo em implementar uma política sanitária efetiva.

Sob a óptica de Nicola Júnior (2010, p.172), a utilização racional dessa ferramenta associada à promoção de ajustes na execução das políticas públicas já formuladas, constitui um caminho que melhor se harmoniza com a separação tríplice dos poderes.

Nesse contexto, diante da repetição das citadas demandas individuais pleiteando o fornecimento judicial de alguns medicamentos (Lucentis®, Clexane®, Sandostatin Lar®), observou-se, por meio da análise empreendida no SIS-DPU, a elaboração de procedimentos coletivos a fim de proporcionar o acesso universal e igualitário dos referidos fármacos aos usuários do SUS.

Quanto ao medicamento Lucentis, verificou-se, por meio de consulta pública realizada no sítio eletrônico do Tribunal de Justiça da Paraíba, o ajuizamento, pelo Ministério Público do Estado, de uma ACP, em face do município de João Pessoa/PB (processo nº. 0841460-92.2016.815.2001). Resultante dessa ação coletiva, sobreveio decisão judicial favorável aos pacientes residentes na capital.

Em virtude do alcance restrito ao município, a DPU/PB, no âmbito de sua atribuição coletiva, consoante consulta realizada no SIS-DPU, instaurou PAJ a fim de obter a regularização do fornecimento do medicamento supracitado a todos os pacientes residentes no Estado. Simultaneamente, verificou-se, por meio do mesmo sistema, que a DPU/RJ já havia ajuizado uma ACP, com abrangência nacional e sentença favorável (processo nº 0501138-48.2015.4.02.5101), determinando a inclusão, no SUS, do medicamento supracitado.

Além disso, destaca-se que as demandas reiteradas dos medicamentos Clexane, pleiteado pelas pacientes com trombofilia durante a gestação e puerpério, e Sandostatin Lar, solicitado pelos pacientes da oncologia, também originaram PAJs coletivos que estão sendo instruídos para a possível elaboração de ACPs, de acordo com consulta realizada no SIS-DPU.

Ademais, observou-se que, em âmbito coletivo, no ano de 2018, foram instaurados dois PAJs na unidade de João Pessoa⁶. O primeiro com o objetivo inicial de obter o fornecimento, pelo SUS, do medicamento Vimizim® às pessoas com Mucopolissacaridose tipo IV-A (síndrome de Mórquio do tipo A).

⁶ De acordo com informação extraída do SIS-DPU, nos termos do Anexo A – Trajetória da Pesquisa de Dados no SIS-DPU.

Contudo, durante a instrução do respectivo PAJ, foram publicadas, em 19 de dezembro de 2018, as Portarias nº 82 e 83 da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério de Saúde (SCTIE/MS) que incorporaram ao SUS o mencionado fármaco.

A despeito dessas portarias representarem um avanço na resolução administrativa da demanda, verificou-se que elas previram algumas condicionantes para a concessão do Vimizim® que implicaram em verdadeiros impeditivos de acesso ao medicamento.

Uma delas refere-se ao “atendimento e tratamento restritos a hospitais que integrem a Rede Nacional de Pesquisa Clínica” (BRASIL, 2018), pois não há no estado da Paraíba nenhum hospital que integre a referida rede. Dessa maneira, o PAJ continua tramitando a fim de contestar, preferencialmente na via administrativa, as condicionantes estabelecidas pelas Portarias.

O segundo PAJ coletivo destina-se ao acompanhamento da incorporação do medicamento Spinraza® no SUS. Durante o andamento desse PAJ, foi assinada, em 24 de abril de 2019, a Portaria nº 24 da SCTIE/MS incorporando esse fármaco “para pacientes com diagnóstico genético confirmatório que não estejam em ventilação mecânica invasiva permanente” (BRASIL, 2019). Dessa maneira, alguns pacientes não foram contemplados pela política e, por isso, o PAJ continua tramitando na unidade, conforme as últimas movimentações verificadas no sistema informático do órgão.

Destarte, além da importância da coletivização das demandas de saúde, ressalta-se a relevância da resolução extrajudicial e dos diálogos interinstitucionais a fim de implementar o direito à saúde. *In casu*, observou-se que, na maioria dos PAJs coletivos, não foram ajuizadas ACPs para ser concretizado o direito dos assistidos ao fornecimento de medicamentos, bastando o diálogo administrativo efetivo.

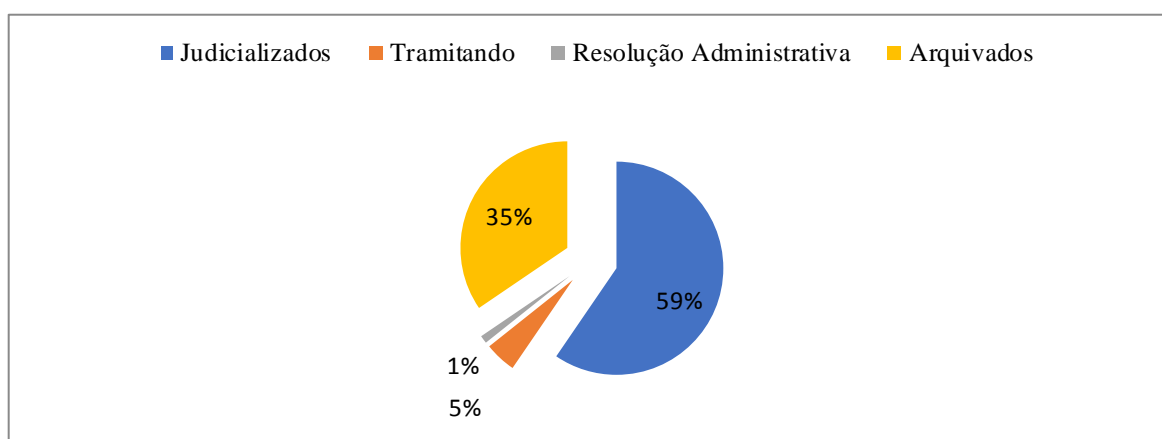
4.2.3 A Judicialização da Assistência Farmacêutica: A Atuação da DPU/PB

A efetivação dos direitos sociais fundamentais, por requererem uma atuação positiva e, dessa maneira, o dispêndio de recursos financeiros do Estado, encontra forte óbice em sua implementação.

Na área da saúde, a questão é crítica, porquanto a ausência da formulação de uma política sanitária que acompanhe a evolução das tecnologias dos fármacos e as conseqüentes demandas individuais de diversos tipos de medicamentos ocasiona a judicialização excessiva da assistência farmacêutica.

Nesse contexto, por meio de pesquisa estatística realizada no SIS-DPU, verificou-se que a maioria dos PAJs individuais de medicamentos teve a sua pretensão judicializada (59%), enquanto a outra grande parte foi arquivada (35%). De acordo com Brito (2017, p. 232), essa “judicialização, em parte, é consequência da precária elaboração e implementação das políticas públicas, bem como da desorganização administrativa na prestação de serviços públicos de saúde”.

Figura 1 – Andamento dos Processos de Assistência Jurídica (PAJs) individuais referentes à assistência farmacêutica na DPU/PB no ano de 2018



Por outro lado, não obstante se tenha um esforço prévio de comunicação com as Secretarias de Saúde, por meio de Ofícios, quase não há nenhuma resolução administrativa nas demandas relativas à assistência farmacêutica (1%). A justificativa recorrente é a de que as pretensões materiais dos assistidos, geralmente, se tratam de medicamentos de alto custo que não são fornecidos pelo SUS ou que não integram as listas da RENAME.

A experiência da tentativa de resolução administrativa das demandas de saúde na DPU/PB traz uma constatação interessante no tocante à diretriz da participação da comunidade na formulação das políticas sanitárias, pois apesar dessa ferramenta ter sido ampliada nos últimos anos, como ocorreu por meio da Audiência Pública n.4 do STF, há pouquíssima resolução administrativa das demandas individuais.

Desse modo, percebe-se que, em geral, é necessária uma série de demandas judiciais individuais de medicamentos para ocorrer à incorporação de fármacos no SUS, enquanto poderia ter sido realizado um diálogo administrativo prévio para colocar em evidência a necessidade de inclusão do fármaco nas listas de disponibilização do SUS. Nesse

sentido, o autor Rascovski (2017, p. 309), ao analisar a atuação da Defensoria do Estado de São Paulo na área de saúde aduz:

Diversas vezes é possível perceber que litigamos por anos, requerendo o mesmo tipo de medicamento ou tratamento mais avançado (e eficiente) disponível no mercado e apenas após muitas ações e centenas de condenações que o Poder Público resolve – finalmente – passar a conceder tal insumo/tratamento na rede pública. Assim ocorreu com o exame de *pet-scan* ou colocação de *stent*. Esse *timing* entre as recorrentes negativas e a percepção pelo Poder Público acerca dos prejuízos arcados (seja do ponto de vista financeiro, seja do ponto de vista moral) poderia ser reduzido caso houvesse maior atenção e sensibilização da Secretaria de Saúde com os pedidos repetitivos.

Dessa maneira, o diálogo interinstitucional e entre os poderes é crucial para melhorar as políticas de assistência farmacêutica e evitar esse atraso na incorporação dos medicamentos nas listas oficiais. Além disso, é notório que, a ausência de uma adequada política pública de saúde associada à inexistência de diálogo interinstitucional impossibilita o planejamento orçamentário dos entes federativos e implica na inviabilização da possibilidade de negociações de preço do medicamento com as empresas farmacêuticas.

Com relação às razões de arquivamento dos PAJs, verificou-se que são diversas, sendo o indeferimento da assistência jurídica integral e gratuita em razão da renda a que mais se sobressai (55%), seguida do desinteresse do assistido na apresentação de documentos relevantes para a instrução da demanda (17%) e da incompetência (13%).

Destarte, observou-se que, foram concedidas 33 tutelas antecipadas (66%) e apenas cinco foram indeferidas (10%). Os motivos para o indeferimento da tutela se restringem a dois argumentos.

O primeiro, refere-se aos medicamentos de uso *off label*. Notou-se que, os magistrados entendem que esse tipo de uso equivale à terapêutica de uso experimental, sob o argumento de que não há aprovação da ANVISA para aquela indicação pleiteada, havendo, assim, uma tendência para a não concessão judicial do fármaco nessa hipótese.

Nesse diapasão, é válido salientar que apesar da ampla discussão sobre o uso *off label*, a doutrina entende que ele é justificável em situações específicas e extremamente graves, sendo necessário que o médico responsável realize a prescrição conforme laudo de ineficiência das terapêuticas convencionais e havendo estudos que indiquem ao menos uma evidência da eficácia do medicamento (PAULA et al, 2010, p. 6).

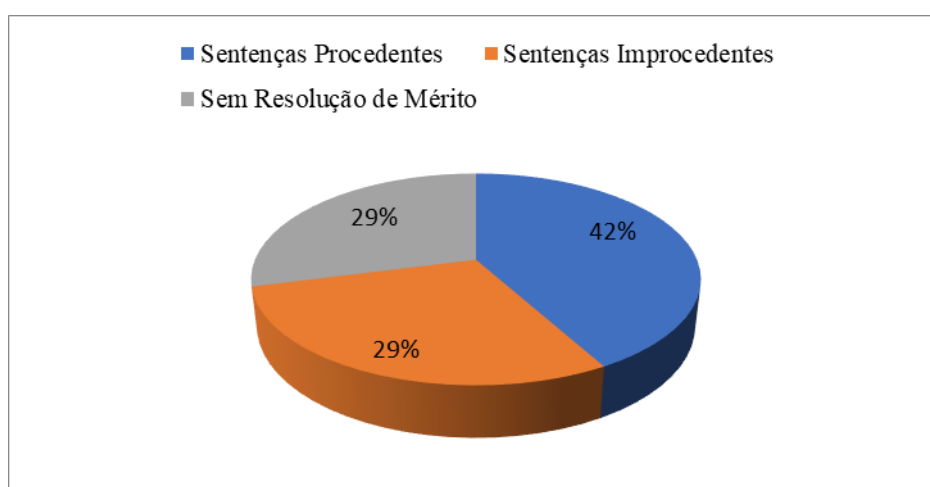
Importa esclarecer também que a utilização *off label* não se confunde com tratamento experimental. Consoante o Instituto de Defesa do Consumidor, no Recurso Especial 1.628.854/RJ, esse tem como intuito a pesquisa clínica e não o tratamento em si,

visando o alcance de resultados eficazes para o avanço das técnicas terapêuticas, enquanto aquele é um medicamento aprovado pela agência e comercializado, sendo prescrito para um tratamento específico, consoante respaldo científico.

O segundo motivo para o indeferimento das tutelas reside na verificação da ausência de um dos requisitos expostos no Resp 1.657.156/RJ, isto é, a não comprovação da imprescindibilidade do medicamento ou da ineficácia dos outros fármacos fornecidos pelo SUS para o tratamento da doença.

Vale salientar que das trinta e três tutelas antecipadas concedidas, cinco foram revertidas em sede de sentença. Nesses casos, os pedidos foram julgados improcedentes com fundamento nos argumentos que levaram o indeferimento das demais tutelas, isto é, o fato de ser o medicamento de uso *off label* e o não cumprimento dos requisitos do recurso especial supracitado. Outros dois processos foram extintos sem resolução de mérito, pois houve o óbito do assistido e a incompetência superveniente.

Figura 2 – Sentenças proferidas nos PAJs individuais relacionados ao fornecimento de medicamentos no ano de 2018 na unidade de João Pessoa da DPU/PB



Observa-se que, dos PAJs que foram judicializados, quase metade obtiveram procedência total dos seus pedidos. Destaca-se que, as sentenças sem resolução de mérito (29%) tiveram como fundamento o óbito dos assistidos (13%) e a incompetência ou falta de interesse de agir (16%).

No que concerne aos argumentos das sentenças de improcedência nos PAJs da unidade de João Pessoa da DPU/PB, no ano de 2018, destaca-se a não comprovação da imprescindibilidade do medicamento (22%), a ausência de provas da ineficácia dos medicamentos disponibilizados pelo SUS (33%) e os medicamentos de uso *off label* (45%).

Salienta-se que, das nove sentenças julgadas improcedentes analisadas, apenas duas citaram, expressamente, o princípio da reserva do financeiramente possível em seu texto (Processos nrs. 0513190-05.2018.4.05.8200 e 0511908-29.2018.4.05.8200).

Ambas as sentenças fazem referência a duas decisões do STJ de 2010, uma de relatoria do ministro Herman Benjamin (AgRg no REsp 1009622/SC) e outra do Ministro Humberto Martins (AgRg no REsp 1136549/RS), que afirmam, em síntese, que é necessário que o Estado comprove, especificamente, a incapacidade econômico-financeira a fim de que o princípio da reserva do possível seja argumento válido para se rebater o dever do poder público em materializar o direito fundamental à saúde.

Percebe-se que, a teoria da reserva do possível é argumento pouco analisado pelos magistrados e, nas hipóteses em que é apreciado, é afastado pelo reconhecimento da fundamentalidade do direito à saúde, mormente pelos posicionamentos dos Tribunais Superiores.

Assim, “há um sentimento, por parte dos operadores do direito, de que a teoria da reserva do possível serviria como uma desculpa do Poder Público para o inadimplemento de uma obrigação constitucional” (BRAGA, 2017, p.382).

Nessa linha, os argumentos jurídicos das sentenças analisadas observaram tão somente os parâmetros jurisprudenciais estabelecidos pelos Tribunais Superiores, não havendo análise acerca dos impactos orçamentários resultantes da implementação judicial do direito fundamental à saúde.

Diante da análise empreendida, foi possível visualizar que a DPU/PB possui atribuição relevante na promoção da assistência farmacêutica, seja pela via judicial ou administrativa, na forma individual ou coletiva. Observou-se também que a maioria dos medicamentos pleiteados é de alto custo e não são disponibilizados pelo SUS. A despeito disso, não há uma análise econômica, nas decisões judiciais apreciadas, do impacto da concessão judicial desses fármacos, o que pode prejudicar a política sanitária como um todo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo analisar o papel da atuação da Defensoria Pública da União em João Pessoa/PB na judicialização da assistência farmacêutica, sob a perspectiva da efetividade do direito fundamental à saúde e os argumentos doutrinários e jurisprudenciais relacionados à concessão judicial de fármacos.

Buscou-se responder as seguintes problemáticas: Qual é o papel da DPU na efetivação do direito ao acesso a medicamentos? A maioria dos fármacos requeridos é de alto custo? Há resolução administrativa ou há uma tendência de judicialização da assistência farmacêutica? Quais são as principais questões que balizam as decisões judiciais acerca de medicamentos? De que forma o órgão defensorio pode contribuir para promoção do acesso à saúde?

No primeiro capítulo, que foi dedicado ao estudo do direito à saúde, pôde-se verificar o tratamento constitucional e a primazia normativa atualmente conferida a esse direito pelo ordenamento pátrio, sob a perspectiva de um panorama histórico e internacional que buscou compreender as bases de sua proteção jurídica.

Para tanto, verificou-se que, historicamente, não obstante se tenha observado a resistência de alguns países em positivizar esse direito social, há um demasiado esforço da comunidade internacional em proteger o direito humano à saúde, compreendido de forma ampla, por meio da elaboração de diversos instrumentos jurídicos. Além disso, na óptica do direito comparado, foi possível perceber que muitas constituições estrangeiras possuem previsão explícita de tutela do direito à saúde.

Seguindo essa tendência internacional, a CRFB/88 protegeu, pela primeira vez, de forma expressa, o direito social à saúde. Esse direito foi inserto no Título II que trata acerca dos direitos e garantias fundamentais. Desse modo, destacou-se que o direito à saúde é um direito fundamental, corolário do direito à vida, e constitui um pressuposto para a realização dos demais direitos protegidos pela ordem jurídica.

Outrossim, a sua proteção constitucional é materializada mediante a seguridade social, consoante o art. 194 da CRFB/88. Destarte, trata-se de um direito-dever e, portanto, deve ser assegurado pelo Estado, por meio de políticas sociais e econômicas que promovam adequadas ações e serviços de saúde para a sua efetivação.

A partir desse caráter de direito fundamental, constatou-se que o direito à saúde possui aplicabilidade imediata e eficácia plena. Contudo, como não há direitos absolutos, é possível a ocorrência de algumas relativizações no âmbito da sua concretização, tendo em

vista, por exemplo, a escassez de recursos, nomeada, doutrinariamente, de reserva do possível. Observou-se também que, ante a perspectiva subjetiva desse direito, é possível que o cidadão, caso não tenha o seu direito satisfeito pelo Poder Público, possa demandá-lo judicialmente, sendo essa uma prática corriqueira nos dias atuais, mormente quanto aos medicamentos.

Nesse cenário, o segundo capítulo deste trabalho abordou o tema específico da assistência farmacêutica aos usuários do SUS e a judicialização do acesso aos medicamentos. Em princípio, observou-se que os princípios e as diretrizes do mencionado sistema asseguram a universalidade do direito à saúde, a ser concretizado mediante um atendimento integral e igualitário; assim como a especialização quanto à divisão de competência das ações e serviços de saúde, sem prejuízo da responsabilidade comum dos entes federativos de empreenderem a promoção desse direito.

A despeito dos princípios da universalidade e da integralidade do atendimento do SUS, registrou-se que as prestações de medicamentos possuem custos e, assim, é necessária a elaboração de alguns requisitos que possibilitem a efetivação do direito à saúde e, simultaneamente, a manutenção do próprio sistema.

Com efeito, salientou-se que a Lei nº 8.080/1990 dispôs, em seu art. 6º, sobre a necessidade de formulação de uma Política Nacional de Medicamentos, que incluísse no âmbito de atuação do SUS, dentre outras, as ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. A PNM estabeleceu como critério para a dispensação de fármacos, pelo poder público, a RENAME, lista atualizada periodicamente que contém os medicamentos considerados essenciais para tratar a maior parte dos problemas da população.

A despeito desse critério, notou-se que é comum a judicialização de demandas pleiteando o fornecimento, pelo Estado, de medicamentos não incluídos na relação, com fundamento na legislação que garante a assistência terapêutica integral e com fulcro no tratamento constitucional de aplicabilidade imediata e eficácia plena conferido ao direito fundamental à saúde.

Diante desse fenômeno de intensa judicialização do direito ao acesso a medicamentos, argumentos como a reserva do financeiramente possível e a teoria dos custos dos direitos têm sido suscitados em juízo a fim de obstaculizar a sua efetivação. Todavia, observou-se que apesar desse direito depender de uma atuação positiva do Estado, esse argumento não pode ser utilizado de forma genérica pelo Poder Público para justificar uma inércia na programação de uma política sanitária efetiva.

Assim, ponderou-se que é importante levar em consideração o aspecto financeiro e sopesar que os direitos sociais, inclusive às prestações materiais relacionadas ao direito à saúde, possuem custos. Todavia, a reserva do possível e os demais óbices financeiros precisam ser demonstrados casuisticamente e não utilizados de forma indiscriminada.

Nessa perspectiva, verificou-se que a jurisprudência pátria converge no sentido de que é necessária a demonstração de uma possível ausência de recursos financeiros ou o impacto da concessão judicial do fármaco pleiteado de forma individual para a universalidade da política. Além disso, salientou-se que há uma tendência jurisprudencial em materializar a proteção do direito à saúde, em consonância com a proteção ao mínimo existencial.

Isto posto, diante do panorama de intensa judicialização da assistência farmacêutica associada a uma inclinação jurisprudencial da garantia do mínimo existencial e de uma tentativa constante dos tribunais superiores em fixar critérios para a concessão judicial de fármacos, empreendeu-se breves considerações acerca dos RE 566.471/RN e do RE 657.718/MG que tratam, respectivamente, acerca da possibilidade da concessão pelo Judiciário de medicamentos de alto custo ainda não inseridos na RENAME e não registrados na ANVISA.

Quanto ao último, o STF já fixou critérios para a sua concessão. No que concerne ao julgamento do primeiro Recurso Extraordinário, ainda não encerrado, é possível antever que haverá a fixação de alguns requisitos visando uniformizar as decisões de concessão judicial de fármacos ainda não incluídos nas listas oficiais. Um deles, já suscitado pelo ministro Barroso, refere-se à incapacidade financeira do paciente.

A despeito desse tema está pendente no STF, verificou-se que o STJ, mediante o julgamento do Resp nº 1.657.156/RJ, já formulou alguns critérios para a concessão de fármacos, tais como a existência de registro na ANVISA, a comprovação de imprescindibilidade ou necessidade do medicamento e a ineficácia dos remédios fornecidos pelo SUS.

À vista do exposto, verificou-se que os tribunais superiores privilegiam, de certo modo, a aplicabilidade imediata do direito à saúde e a integralidade da assistência farmacêutica, ultrapassando o entendimento de que a concessão judicial de medicamentos deveria ater-se àqueles estabelecidos pela PNM. Outrossim, conclui-se que a fixação desses critérios é importante para a própria manutenção do SUS, haja vista que uma política sanitária imoderada não sustentaria a universalidade, a integralidade e a equidade do sistema.

No último capítulo, apresentou-se a atuação da Defensoria Pública da União no município de João Pessoa/PB na judicialização da assistência farmacêutica. Inicialmente,

salientou-se a importância do órgão na democratização do acesso à justiça, porquanto promove a defesa de direitos, em âmbito individual e coletivo, de forma gratuita, àqueles que estão em situação de vulnerabilidade econômica. Todavia, evidenciou-se que a sua competência não se restringe ao campo judicial, aliás, prioriza-se a tentativa de resolução administrativa das demandas. Além disso, ressaltou-se que uma de suas principais funções consiste em fomentar os debates entre os órgãos do Executivo e a sociedade a fim de aprimorar as políticas públicas existentes.

Na área da assistência farmacêutica, o órgão possui função destacada, pois, sob o viés da incapacidade financeira do paciente e da equidade, possibilita a concessão judicial de medicamentos à população hipossuficiente. Diante disso, explanou-se o funcionamento do órgão e as principais características das demandas de medicamentos instauradas, no ano de 2018, no município de João Pessoa/PB.

Os dados permitem concluir que a maioria dos pleitos de saúde que chegam ao órgão se refere a demandas visando à obtenção de fármacos. Isso demonstrou uma inadequação preocupante da política pública de medicamentos, que apenas traz como critério a inserção do fármaco na RENAME, e não representa mais a realidade jurídica que já estabeleceu novos requisitos para a concessão de fármacos não incluídos nas listas oficiais.

Outrossim, observou-se que os medicamentos requeridos são diversos, não havendo, majoritariamente, uma regularidade nos pleitos. Todavia, no ano de 2018, houve o destaque para a solicitação de quatro tecnologias, que possuem registros na ANVISA e custo considerável. Portanto, vislumbrou-se que muitos dos medicamentos pleiteados são de alto custo.

Nesse ponto, considerou-se que o custo do medicamento é, inegavelmente, um elemento importantíssimo para a programação da política de assistência farmacêutica, mas não pode ser utilizado de maneira indiscriminada, com fulcro na mesma linha de argumentação da reserva do financeiramente possível.

No que concerne a atuação coletiva do órgão, registrou-se que essa é a via mais adequada de solução de demandas reiteradas de saúde, ante a omissão dos demais poderes em implementar uma política sanitária efetiva, porquanto há a materialização do direito de modo equânime. Da análise dos procedimentos insaturados na unidade, no ano de 2018, verificou-se que a maioria dos PAJs coletivos foram solucionados de forma extrajudicial, o que demonstrou que o diálogo administrativo é mais efetivo em situações de demandas reiteradas.

Isso porque, de uma análise empreendida nas demandas individuais, apurou-se que a grande maioria foi judicializada, quase não ocorrendo resolução administrativa.

Percebeu-se que, geralmente, são necessárias várias demandas judiciais de medicamentos para, posteriormente, ocorrer a sua incorporação. Dessa demora decorrem vários prejuízos, do ponto de vista financeiro e relacionados à saúde do paciente, o que poderia ser minimizado com um diálogo efetivo com as Secretarias de Saúde e o poder Executivo, principalmente porque há uma tendência jurisprudencial, como salientado, de concessão judicial de fármacos não inseridos na PNM.

Esse aspecto é corroborado pela quantidade de tutelas antecipadas que foram concedidas no ano de 2018 aos assistidos pela DPU/PB. Observou-se que, poucas tutelas foram indeferidas, sendo os principais argumentos o uso *off label* e a ausência de um dos requisitos estabelecidos pelo Resp nº 1.657.156/RJ. No âmbito de sentença, apenas cinco foram revertidas, sob esses mesmos argumentos. Ademais, pouquíssimas fazem referência a reserva do financeiramente possível.

Sendo assim, conclui-se que a DPU possui papel relevante na efetivação do direito ao acesso a medicamentos pela população em situação de vulnerabilidade econômica e a sua atuação vai ao encontro com um dos prováveis requisitos a serem estabelecidos pelo STF, qual seja o da incapacidade financeira do paciente de adquirir o fármaco não incluso na PNM.

A maioria dos fármacos pleiteados é de alto custo, o que possui um impacto no planejamento orçamentário dos entes federativos e corrobora com a necessidade de uma política de assistência farmacêutica que atenda as necessidades sociais em consonância com os recursos disponíveis. Outrossim, a programação financeira do Estado é essencial para a manutenção da política sanitária, nos moldes constitucionais.

É notória a tendência de judicialização da assistência farmacêutica, sobretudo porque não há uma articulação entre os poderes e as demandas sociais. O diálogo interinstitucional, mormente das secretarias de saúde e da defensoria, é *mister* para que haja o aprimoramento das políticas públicas de saúde, sem a necessidade de um processo judicial

Conquanto os custos da efetivação dos direitos sociais, inclusive o da saúde, não possa ser desprezado, os magistrados, em sua maioria, não tratam acerca da reserva do financeiramente possível, prezando pela garantia do mínimo existencial e do direito à assistência farmacêutica, o que pode prejudicar a manutenção do SUS. Diante do exposto, conclui-se que a DPU pode contribuir no aprimoramento das políticas públicas de saúde, empreendendo formas de diálogos interinstitucionais e a participação popular na formulação delas, a fim de resolver extrajudicialmente as demandas de medicamentos, e diminuir o cenário crescente de judicialização da assistência farmacêutica.

REFERÊNCIAS

AITH, Fernando Mussa Abujamara. **Curso de direito sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil**. São Paulo: Quartier Latin, 2007

AITH, Fernando Mussa Abujamara. Perspectivas do Direito Sanitário no Brasil: as garantias jurídicas do direito à saúde e os desafios para sua efetivação. In: Lenir Santos (Org.). **Direito da saúde no Brasil**. Campinas: Saberes Editora, 2010.

ALEXY, Robert. Direitos Fundamentais no Estado Constitucional Democrático. Para a relação entre direitos do homem, direitos fundamentais, democracia e jurisdição constitucional. **Revista de direito administrativo**, n. 217, jul./set. 1999.

_____. Colisão de direitos fundamentais e realização de direitos fundamentais no estado de direito democrático. **Revista de Direito Administrativo**, n. 217, jul./set. 1999.

AMARAL, Gustavo. Saúde direito de todos, saúde direito de cada um: reflexões para a transição da práxis judiciária. In: Milton Augusto de Brito Nobre; Ricardo Augusto Dias da Silva. (Org.). **O CNJ e os desafios da efetivação do direito à saúde**. Belo Horizonte: Fórum; 2011.v.1, p. 81-115.

AMARAL, Gustavo; MELO, Daneielle. Há direitos acima dos orçamentos? In: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Beneti (orgs.). **Direitos fundamentais: orçamento e “reserva do possível”**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2013.

ARAUJO, L. A. D. e NUNES JÚNIOR, V. S. **Curso de Direito Constitucional**. 20ª.ed. rev. e atual. São Paulo: Editora Verbatim, 2016.

ARGENTINA. **Constitucion De La Nacion Argentina**. Disponível em: <<https://www.casarsada.gob.ar/images/stories/constitucion-nacional-argentina.pdf>> . Acesso em: 23 Jun 2019.

BARROSO, Luís Roberto. **Curso de Direito Constitucional Contemporâneo**. 7ª Ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. **Jurisp. Mineira**. Belo Horizonte, a. 60, n. 188, pp. 29-60, jan./mar. 2009.

BARCELLOS, Ana Paula de. **Curso de Direito Constitucional**. Rio de Janeiro: Forense, 2018.

BARCELLOS, Ana Paula de. **A Eficácia Jurídica dos Princípios Constitucionais: O Princípio da Dignidade da Pessoa Humana**. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

BOBBIO, Norberto. **A era dos Direitos**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho; Apresentação de Celso Lafer. Nova ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BRAGA, Paulo Vitor Bergamo. Judicialização, Assistência Farmacêutica e Argumentação. Análise da Jurisprudência do TRF da 3ª Região. In. BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas. **Judicialização da saúde: a visão do poder executivo**. São Paulo: Saraiva, 2017.

BRASIL, Supremo Tribunal Federal. **ARE 685.230 AgR/MS**, Rel. Min. Celso de Mello, SEGUNDA TURMA, julgado em: 05/03/2013, DJe 25/03/2013. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=3542167>> .Acesso em: 17 Maio2019.

_____. **ARE 685.230 AgR/MS**, Rel. Min. Celso de Mello, DJe de 25/03/2013. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=3542167>>. Acesso em: 20 Maio 2019.

_____. **RE 241630- 2/RS**, Rel. Min. Celso de Mello, DJe de 03/04/2001. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=62859>>. Acesso em: 20 Maio 2019.

_____. **RE 566.471/RN**, Rel. Min. Marco Aurélio. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=2565078&numeroProcesso=566471&classeProcesso=RE&numeroTema=6>>. Acesso em: 01 Ago2019.

_____. **RE 657.718/MG**, Rel. Min. Marco Aurélio. Disponível em:<<https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=4143144>> . Acesso em: 20 Maio 2019.

_____. **Audiência Pública n. 04**. Presidida pelo Min. Gilmar Mendes, período de 27- 29 de abril e 4, 6 e 7 de maio de 2009. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verTexto.asp?servico=processoAudienciaPublicaSaude>>. Acesso em: 25 Abr2019.

_____. **Informativo 841**, 2016. Direito à saúde e dever de o Estado fornecer medicamento. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo841.htm>>. Acesso em: 20 Jul 2019.

BRASIL, Superior Tribunal de Justiça. **REsp 1657156/RJ**, Rel. Ministro Benedito Gonçalves, DJe 04/05/2018. Disponível em:<<https://ww2.stj.jus.br/processo/pesquisa/?aplicacao=processos.ea&tipoPesquisa=tipoPesquisaGenerica&termo=REsp%201657156>>. Acesso em: 19 Maio2019.

_____. **REsp 1.185.474/SC**, Rel. Min. Humberto Martins, DJe 29/04/2010. Disponível em: <<https://scon.stj.jus.br/SCON/deciso/es/toc.jsp?livre=%28%22HUMBERTO+MARTINS%22%29.MIN.&processo=1.185.474&b=DTXT&thesaurus=JURIDICO&p=true>> .Acesso em: 19 Maio 2019.

_____. **REsp 1628854/RJ**, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, Dje 26/04/2018. Disponível em: <<https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/componente=ITA&sequenci>>

al=1643955&num_registro=201602546109&data=20180426&formato=PDF>> .Acesso em: 19 Abr. 2019.

BRASIL. **Constituição Política do Império do Brasil**. Rio de Janeiro, 1824. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao24.htm>. Acesso em: 25 Jun 2019.

_____. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**. Rio de Janeiro, 1891. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao91.htm>. Acesso em: 25 Jun 2019.

_____. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**. Rio de Janeiro, 1934. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm>. Acesso em: 26 Jun 2019.

_____. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil**. Rio de Janeiro, 1946. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao46.htm>. Acesso em: 27 Jun 2019.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1967. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao67.htm> . Acesso em: 27 Jun 2019.

_____. Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde**. In: Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: MS, 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao67.htm>. Acesso em: 28 Jun 2019.

BRASÍLIA. **Recomendação n. 31**. Conselho Nacional de Justiça. Portal. Online. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/atos-normativos?documento=877>>. Acesso em: 24/04/2019.

BRITO, Patrícia Ribeiro. Judicialização da Saúde e Desarticulação Governamental: Uma análise a partir da audiência pública da saúde. In: BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas. **Judicialização da saúde: a visão do poder executivo**. São Paulo: Saraiva, 2017.

BULOS, Uadi Lammêgo. **Curso de Direito Constitucional**. 11ª Ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

CABRAL, Carolina Souza Mariz Maia. O direito de igualdade de Alexy e o caso dos medicamentos pelo Supremo Tribunal Federal. In: **Revista Digital Constituição e Garantia de Direitos**, v. 10, n. 1, p. 169 - 184, 21 jan. 2018.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição**. 7. ed. Coimbra: Almedina, 2003.

CARRIJO, Danila. **O Direito na Saúde: Judicialização no Brasil e Caminhos de Efetivação em Portugal**. 2018. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2018. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/handle/11449/180287>> Acesso em: 01 Ago 2019.

CAVALCANTE, Gessika. Fornecimento de medicamentos não registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária: o discurso de ministros do Supremo Tribunal Federal. **Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.**, Brasília, 7(1):203-214, jan./mar, 2018.

COELHO, Damares Medina. **A repercussão geral no Supremo Tribunal Federal**. São Paulo: Saraiva, 2016.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**, URSS, 1978. Disponível em: <http://www.iasaude.pt/attachments/article/153/Declara%C3%83%C2%A7%C3%83%C2%A3o_Alma-Ata_setembro1978.pdf>. Acesso em: 22 Jun 2019.

CORDEIRO, Karine da Silva. **Direitos Fundamentais Sociais: dignidade da pessoa humana e mínimo existencial, o papel do poder judiciário**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2012.

JORGE, Ighor Rafael de. A base normativa da política de assistência farmacêutica: os efeitos da atividade normativa infralegal. In. BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas. **Judicialização da saúde: a visão do poder executivo**. São Paulo: Saraiva, 2017.

DINIZ, Victor Alexis Fernandes. **O dever do Estado no fornecimento de medicamentos de alto custo: uma análise da tutela jurisdicional da saúde à luz do RE 566.471/RN**. 2018. 121f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito), Departamento de Direito, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018.

DUARTE, Luciana Gaspar Melquiádes. **Possibilidades e limites do controle judicial sobre as políticas públicas de saúde: Um contributo para a dogmática do direito à saúde**. Belo Horizonte: Fórum, 2011.

ESPANHA. **Constitución Española (1978)**. Disponível em: <<http://www.senado.es/web/conocersenado/normas/constitucion/index.html>>. Acesso em: 23 Jun 2019.

ESTEVES, Diogo; SILVA, Franklyn Roger Alves Silva. **Princípios Institucionais da Defensoria Pública**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2018.

FARIAS, Rodrigo Nóbrega. **Direito à Saúde & Sua Judicialização**. Curitiba: Juruá, 2018.

FENSTERSEIFER, Tiago. **Defensoria pública, direitos fundamentais e ação civil pública: a tutela coletiva dos direitos fundamentais (liberais, sociais e ecológicos)**. São Paulo: Saraiva, 2015.

FRANCO, Afonso Arinos de Melo. **Curso de Direito Constitucional Brasileiro**. 3ª e. Rio de Janeiro: Forense, 2019.

GALDINO, Flávio. **Introdução à teoria dos custos dos direitos: Direitos não nascem em árvores**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2001.

GARCIA, Janay. **A possibilidade de dispensação de medicamentos em fase experimental e seu custeio pelo estado à luz do Direito Fundamental à Saúde**. 2017. 161 f. Dissertação

(Mestrado em Direito) - Instituto CEUB de Pesquisa e Desenvolvimento, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2017. Disponível em: <http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/CEUB_638866adc53a0021a722500b37b39344>. Acesso em: 30 Jul 2019.

GOLDIM, J.R. A avaliação ética da investigação científica de novas drogas: a importância da caracterização adequada das fases da pesquisa. **Revista HCPA**, 27 (1): 66-73, 2007.

GOMES, Juliana de Moura. **Acesso a medicamentos como direitos humano**. 2009. Dissertação (Mestrado em Diretos Humanos) - Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2140/tde-18112011-164906/pt-br.ph>>. Acesso em: 04 Ago 2019.

JELLINEK, G. **Sistema dei diritti pubblici subbietivi**. Milano, 1910.

JÚNIOR, Nicola Tutungi. **Ação civil pública e políticas públicas: implicações na tensão entre o Estado-Administrador e o Estado-Juiz**. 2010. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: 2010. Disponível em: <http://www.bdtd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1810/>. Acesso em: 16 Ago 2019.

LEVADA, Ana Paula Guarisi Mendes. **O Direito à saúde e o acesso a medicamentos: um estudo comparativo entre as jurisprudências brasileira, internacional e estrangeira**. 2014. Dissertação (Mestrado em Direito) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2014. Disponível em: <<https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/6652/1/Ana%20Paula%20Guarisi%20Mendes%20Levada.pdf>>. Acesso em: 31 Jul 2019.

LIMA, Lucas Rister de S.; FERREIRA, Maria Beatriz Crespo. O princípio da reserva do possível, o direito à saúde e a fila para transplante de órgãos. **Revista de Direito Privado**, São Paulo, n. 41, p. 106-132, jan./mar. 2010.

LIPORONI, Andréia Aparecida Reis de Carvalho. **Os caminhos da participação e do controle social na saúde: estudo das realidades do Brasil e Espanha**. 2010. Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de História, Direito e Serviço Social, 2010. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/106131>> . Acesso em: 02 Ago 2019.

MAGALHÃES, Leonardo Cardoso de. **O SUS e a Defensoria Pública: a judicialização consciente de demandas de saúde**. 2013. Disponível em: <<http://egov.ufsc.br/portal/conteudo/o-sus-e-defensoria-p%C3%Bablica-judicializa%C3%A7%C3%A3o-consciente-de-demandas-de-sa%C3%Bade>>. Acesso em: 09 Jul 2019.

MALHEIRO, Emerson. **Curso de Direitos Humanos**. 3ª Ed. São Paulo: Atlas, 2016.

MARIANO, Cynara Monteiro; MAIA, Isabelly Cysne Augusto. Possíveis Contribuições do Estado de Coisas Inconstitucionais para efetivação do serviço público de acesso a medicamento de alto custo: Análise dos Recursos Extraordinários nº 566.471/RN e nº

657.718/MG. In: **Revista do Programa de Pós-Graduação em Direito da UFC**, v. 38.1, jan./jun. 2018.

MARTINS, Ana Adelaide. **Relações estado-sociedade e políticas de saúde: considerações sobre os conceitos de esfera pública, fundo público e padrão de financiamento das instituições de saúde, contexto sócio-histórico de sua emergência e relevância no estudo da reforma sanitária brasileira**. 1995. Tese (Doutorado em Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995. Disponível em: < <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-01022018-165536/pt-br.php>> . Acesso em: 28 Jul 2019.

MASULLO, Aline Setaro Soares. O novo paradigma constitucional da Defensoria Pública na proteção e promoção dos direitos humanos. **Revista da Defensoria Pública da União**, n. 10. Brasília: 2017.

MAZZUOLI, Valerio de Oliveira. **Curso de Direitos Humanos**. 4ªed.Rio de Janeiro: Forense, 2017.

MEDEIROS, Kátiusca Torres. **Conferências de saúde enquanto instrumento de participação no SUS**. 2011. 95 f. Dissertação (Mestrado em serviço social) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011. Disponível em: < http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFPB-2_9d59b85f52907494618f040e0d07c210> . Acesso em: 31 Jul 2019.

MEDICI, André. Propostas para Melhorar a Cobertura, a Eficiência e a Qualidade no setor saúde. In: BACHA, Edmar Lisboa; SCWARTZMAN, Simon, organizadores. **Brasil: A Nova Agenda Social**. Rio de Janeiro: LTC, 2011.

MENDES, Gilmar Ferreira. **Direitos Fundamentais e Controle de Constitucionalidade**. 4ª Ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de Direito Constitucional**. 12ª ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

MOTTA FILHO, Sylvio Clemente da. **Direito constitucional: teoria, jurisprudência e questões**. 26. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Método, 2016.

NADER, Paulo. **Introdução ao estudo do direito**. 35ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2013.

NASCIMENTO, Fábio Calheiros do. **O mínimo existencial e o direito à saúde no Brasil**. 2013. 111 f. Dissertação (Mestrado em Direito) - Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2013. Disponível em: < <http://tede.mackenzie.br/jspui/handle/tede/1056>> . Acesso em: 03 Ago. 2019.

NETO, João Pedro Gebran. SCHULZE, Clenio Jair. **Direito à Saúde**. Análise à luz da judicialização. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2016.

NITÃO, Frederico Jorge Vieira. **Passado o futuro: o ideário reformista na saúde**. 2009. 240 f., il. Tese (Doutorado em Sociologia)-Universidade de Brasília, Brasília, 2009. Disponível

em: < http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UNB_727a7428ccb947504a76255895281551>.
Acesso em: 29 Jul 2019.

NOBRE, Milton Augusto de Brito. Da Denominada “Judicialização da Saúde”: Pontos e Contrapontos. In: Milton Augusto de Brito Nobre; Ricardo Augusto Dias da Silva. (Org.). **O CNJ e os desafios da efetivação do direito à saúde**. Belo Horizonte: Fórum; 2011.v.1, p. 353-366.

OEA. **Convenção Americana de Direitos Humanos (1969)**: Pacto de San José da Costa Rica. Disponível em: < https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao_americana.htm>. Acesso em: 19 Jun 2019.

_____. **Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem (1948)**. Disponível em:< https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/b.Declaracao_Americana.htm>. Acesso em: 19 Jun 2019.

_____. **Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1988)**: Protocolo de São Salvador. Disponível em: < http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/e.Protocolo_de_San_Salvador.htm>. Acesso em: 19 Jun 2019.

OLIVEIRA, Fabiano Melo Gonçalves de. **Direitos Humanos**. Rio de Janeiro: Forense, 2016.

OLIVEIRA, Solange de. **O direito à saúde na Constituição brasileira: complexidades de uma relação público-privada no SUS**. 2017. Dissertação (Mestrado em Direito) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: < <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/19755/2/Solange%20de%20Oliveira.pdf>>. Acesso em: 01 Ago 2019.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (1948)**. Disponível em: < <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>> . Acesso em: 20 Jun 2019.

_____. **Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (1966)**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0592.htm>. Acesso em: 20 Jun 2019.

_____. **Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966)**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm> Acesso em: 20 Jun 2019.

ORDACGY, A. S. A tutela de saúde como um direito fundamental do cidadão. **Revista da Defensoria Pública da União**, n.01. Brasília, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde (1946)**. Disponível em: < <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>> . Acesso em: 18 Jun 2019.

PARAGUAI. **Constitución Nacional de La República Del Paraguay (1992)**. Disponível em: < <http://www.bacn.gov.py/constitucion-nacional-de-la-republica-del-paraguay.php>>. Acesso em 23 Jun 2019.

PAULA, Cristiane da Silva; RAPKIEWICZ, Jackson Carlos; SOUZA, Margely Nunes de; MIGUEL, Marilis Dallarmi; MIGUEL, Obdúlio Gomes. Centro de informações sobre medicamentos e uso off label. **Revista Brasileira de Farmácia**, 91(1):3-8, 2010.

PIGATTO, José Alexandre Magrini. **Governança da atenção primária à saúde na Argentina e no Brasil**. 2010. Tese (Doutorado em Integração da América Latina) - Integração da América Latina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: < <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/84/84131/tde-17122012-125247/pt-br.php>> . Acesso em: 03 Ago 2019.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional**. 18ª Ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

PINHEIRO, Bruno Oliveira; SANTOS, Luiz Felipe Ferreira dos. Acesso universal e gratuito à saúde e o julgamento do RE 566.471/RN. In: **R. Defensoria Públ. União**, n. 11. Brasília, jan/dez. 2018.

PIVETTA, Saulo Lindorfer. **Direito fundamental à saúde: regime jurídico-constitucional, políticas públicas e controle judicial**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014.

PORTUGAL. **Constituição da República Portuguesa**, 1974. Disponível em: < <https://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>>. Acesso em: 22 Jun 2019.

QUINELLATO, Luciano Vasconcellos. **A diretriz de hierarquização do SUS: mudando a antiga perspectiva do modelo médico-assistencial privatista**. Dissertação (Mestrado em Gestão Empresarial) - FGV - Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: < <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/4213>> . Acesso em: 26 Jul 2019.

RABELLO, Lucíola Santos. **Promoção de saúde: desafio ou adaptação: a construção social do conceito, de Alma-Ata aos dias atuais, no Brasil e no Canadá**. 2006. 193 f. Tese (Doutorado em Estudos Comparados sobre as Américas)-Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

RAMOS, André de Carvalho. **Curso de direitos humanos**. 5ª ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2018.

RAMOS, André de Carvalho. **Curso de Direitos Humanos**. 16ª Ed. São Paulo: Saraiva, 2018a.

RAMOS, Karina Alves; FERREIRA, Anísia da Soledade Dias. Análise da demanda de medicamentos para uso off label por meio de ações judiciais na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Revista de Direito Sanitário**, v. 14, n. 1, p. 98-121, 2013.

RAEFFRAY, Ana Paula Oriola de. **Direito da saúde de acordo com a Constituição Federal**. São Paulo: Quartier Latin, 2005.

RAMOS, Marcelene C. da Silva. O direito fundamental à saúde na perspectiva da Constituição Federal. **A&C Revista de Direito Administrativo e Constitucional**, Belo Horizonte, ano 5, n. 22, p. 147-165, out./dez. 2005.

RASCOVSKI, Luiz. A Defensoria Pública do Estado de São Paulo e sua atuação na área da saúde. In: BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas. **Judicialização da saúde: a visão do poder executivo**. São Paulo: Saraiva, 2017.

REICHERT, Vanessa. **As medidas estruturantes no direito à saúde no Brasil**. 2015. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS. São Leopoldo: 2015. Disponível em: <<http://www.repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/4934/Vanessa20Reichert.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> . Acesso em: 16 Ago 2019.

RIBEIRO FILHO, Hermann Duarte. **O direito Fundamental à saúde como direito subjetivo: a perspectiva do liberalismo de princípios**. 2016. Dissertação (Mestrado em Direito) - Direitos Humanos, Universidade Federal do Pará, Belém, 2016. Disponível em: <http://repositorio.ufpa.br/jspui/bitstream/2011/9562/1/Dissertacao_DireitoFundamentalSaude.pdf>. Acesso em: 28 Jul 2019.

ROCHA, Amélia Soares da. **Defensoria Pública: fundamentos, organização e funcionamento**. São Paulo: Atlas, 2013.

RODRIGUES, Márcia Sleiman. **Análise das decisões da presidência do STF sobre o direito fundamental à saúde**. 2013. Tese (Doutorado em Direito) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo: 2013. Disponível em: <<http://www.repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/3410/M%C3%A1rcia%20Sleiman%20Rodrigues.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> . Acesso em: 05 Jul 2019.

SANT'ANA, João Maurício Brambati. **Essencialidade e Assistência Farmacêutica: Um Estudo Exploratório Das Demandas Judiciais Individuais Para Acesso a Medicamentos No Estado Do Rio De Janeiro**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <. Acesso em: 01 Ago 2019.

SANTOS, Fábio Bezerra dos. **A ação civil pública como meio de concretização do direito à saúde na Constituição de 1988**. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2449/1/ENSP_Disserta%c3%a7%c3%a3o_Sant%20Ana_Jo%c3%a3o_Maur%c3%adcio_Brambati.pdf> . Acesso em: 30 Jul 2019.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO Mariana Figueiredo. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. In: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti (Orgs.). **Direitos Fundamentais: orçamento e reserva do possível**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2013.

SARLET, Ingo Wolfgang. A titularidade simultaneamente individual e transindividual dos direitos sociais analisada à luz do exemplo do direito à proteção e promoção da saúde. In: NOBRE, Milton Augusto de Brito; SILVA, Ricardo Augusto Dias da (Orgs.). **O CNJ e os desafios da efetivação do direito à saúde**. Belo Horizonte: Fórum, 2011.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A Eficácia dos Direitos Fundamentais**. 8ªed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

_____. **Curso de Direito Constitucional**. 3ª ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2014.

_____. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988. **Panóptica**, Vitória, ano 1, n. 4, dez. 2006, p. 1-22. Disponível em: < <http://www.panoptica.org>>. Acesso em: 30 Jun 2019.

SARLET, Ingo Wolfgang; MENDES, Gilmar Ferreira; STRECK, Lenio Luiz; LEONCY, Léo Ferreira; CANOTILHO, J. J. Gomes. **Comentários à Constituição do Brasil**. 1ª Ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2013.

_____. **Comentários à Constituição do Brasil**. 2ª Ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2018.

SCAFF, Fernando Facury. Sentenças aditivas, direitos sociais e reserva do possível. In: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Beneti (orgs.). **Direitos fundamentais: orçamento e “reserva do possível”**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2013.

SCHWARTZ, Germano Andrea Doederlein; SETENTA, Maria do Carmo Goulart Martins; BORBA, Vanessa Marques. O direito à saúde nos recursos repetitivos do Superior Tribunal de Justiça. In: **XIII Semana de Extensão, Pesquisa e Pós-Graduação – SEPesq**. 2017. Disponível em: < https://www.uniritter.edu.br/files/sepesq/arquivos_trabalhos_20172/4924/1969/2400.pdf>. Acesso em: 26 Jul 2019.

SOLHA, Raphaela Karla de Toledo. **Sistema Único de Saúde: componentes, diretrizes e políticas públicas**. 1ª ed. São Paulo: Editora Érica, 2014.

SILVA, José Afonso da. **Aplicabilidade das Normas Constitucionais**. São Paulo: Malheiros Editores, 1998.

SILVA, Michelle Emanuella de Assis. Direito À Saúde: Evolução Histórica, Atuação Estatal E Aplicação Da Teoria De Karl Popper. **Reju-Revista Jurídica**, 2016, 3.2: 145-165. Disponível em: < <http://oapecsuperior.com.br/revista-cientifica/index.php/REJU/article/view/41/57>> . Acesso em: 01 ago. 2019.

SILVA, Raquel da Silveira Ambrozio. **Análise da judicialização da assistência farmacêutica no Rio Grande do Sul** - a coletividade no banco dos réus: uma avaliação da 7ª Coordenadoria Regional de Saúde. Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014. Disponível em: < <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/106866/000944282.pdfsequence=1&isAllowed=y>> . Acesso em: 28 Jul 2019.

SUNSTEIN, Cass R.; HOLMES, Stephen. **The Cost of Rights: Why Liberty Depends on Taxes**. New York: W. W. Norton & Co., 1999.

TAVARES, André Ramos. **Curso de Direito Constitucional**. 16ª Ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

TORRES, Ricardo Lobo. O mínimo existencial e os direitos fundamentais. **Revista de Direito Administrativo**, Rio de Janeiro, n. 177, p. 29-49, 1989.

TORRES, Ricardo Lobo. **O direito ao mínimo existencial**. Rio de Janeiro: Renovar, 2009.

TORRONTEGUY, Marco Aurélio Antas. **O direito humano à saúde no direito internacional: efetivação por meio da cooperação sanitária**. 2010. Tese (Doutorado em Direitos Humanos) - Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: < <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2140/tde-14032011-154326/pt-br.php>>. Acesso em: 04 Ago 2019.

TULLII, Marcela Silveira. **Para além da judicialização: política pública da justiça no campo da saúde**. 2018. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: < <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8131/tde-10072018-183913/pt-br.php>>. Acesso em: 26 Jun 2019.

UNIÃO AFRICANA. **Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos**. Banjul, 1981. Disponível em: < <http://www.african-union.org/root/au/Documents/Treaties/Text/Banjul%20Charter.pdf>> . Acesso em: 22 Jun 2019.

WÜNSCH, Marina Sanches. **O Direito À Saúde Como Ponte Para A Efetivação De Direitos Humanos Na Agenda De Cooperação Do BRICS**. Dissertação (Mestrado em Direito) - Universidade do Vale do Rio dos Sinos. São Leopoldo, 2013. Disponível em: < <http://www.repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/4771/MarinaWunsch.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> . Acesso em: 03 Ago 2019.

ANEXO A – TRAJETÓRIA DA PESQUISA DE DADOS NO SIS-DPU

The screenshot displays the SIS-DPU (Sistema de Informações Simultâneas da Defensoria Pública da União) web application. The browser address bar shows the URL: <https://sisdpu.dpu.def.br/sisdpu/pages/caixaentrada/caixaEntrada.xhtml>. The page header includes the SIS-DPU logo and the text "Sistema de Informações Simultâneas da Defensoria Pública da União". The user is logged in as "Olá, Defensoria Regional (DEFENSOR (A))".

The main navigation menu includes: Caixa de entrada, Atendimento/Busca, Movimentação, Tramitação, Audiência, Prazo, Banco de Petições/Jurisprudência, Relatórios, Administração, Manuais, Sair. The current page is "Caixa de entrada".

The interface shows a search filter section with "Visualizar:" set to "TODOS" and "Filtrar pela Descrição" set to "SELECIONE...". Below this, it states "Total de trâmites não visualizados: 0". There is a button "Atualizar minha caixa de entrada".

The search results table is empty, showing "Página 1 - De 0 a 0 (de 0)". The table headers are: Operações, Processo, Assistido(s), Data de Envio, Remetente, Prazo, and Descrição. Below the table, it says "Nenhum registro recuperado." and "Página 1 - De 0 a 0 (de 0)".

There are three status indicators: "Prazos vencidos" (red square), "Prazos a vencer nos próximos 5 dias" (pink square), and "Prazos a vencer nos próximos 60 dias" (yellow square). At the bottom, there are buttons for "Tramitar", "Concluir", and "Movimentar".

The bottom of the screenshot shows the Windows taskbar with the system tray displaying "PT", "18:45", and "15/08/2019". The taskbar also shows icons for various applications like Internet Explorer, Google Chrome, and the Start menu.

Busca de Relatórios de “Pesquisa Estatística” no SIS-DPU

SIS-DPU - Sistema de Informações Simultâneas da Defensoria Pública da União

Unidade DPU - Defensoria Nacional de Direitos Humanos - DNDH

Caixa de entrada | Atendimento/Busca | Movimentação | Tramitação | Audiência | Prazo | Banco de Petições/Jurisprudência | Relatórios | Administração | Manuais | Sair

Você está aqui: Relatórios » Gerenciais » Pesquisa Estatística

Olá, Defensoria Regional (DEFENSOR (A))

Pesquisar

Período de Instauração do PAJ: 01/01/2018 a 31/12/2018

Período de Movimentação do PAJ: 05/08/2019 a 15/08/2019

Unidade: 34 - JOÃO PESSOA/PB

Fase: TODOS

Ofício:

- DEFENSOR(A) REGIONAL DE DIREITOS HUMANOS - SUBSTITUIÇÃO
- DEFENSORIA REGIONAL DE DIREITOS HUMANOS
- OFÍCIO REGIONAL - JOÃO PESSOA/PB
- OFÍCIO REGIONAL - SUBSTITUIÇÃO

Desmarcar todos

Todos

Pretensão: TODOS

Movimentação: TODOS

Status: TODOS

Categoria: TODOS

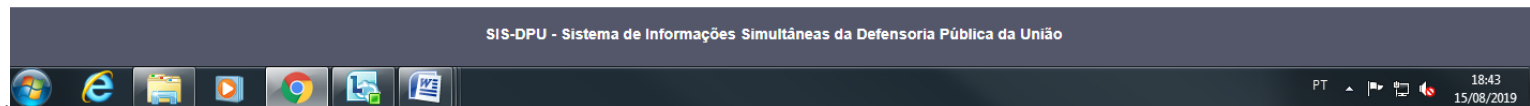
Competência: TODOS

Atribuição: TODOS

Agrupar por ofício? Sim Não

Tutela Coletiva? Sim Não

Pesquisar



Escolha de delimitação do período de instauração dos PAJs, da unidade de pesquisa e dos ofícios da unidade.

SIS-DPU - Sistema de Inf. x

Seguro | <https://sisdpu.dpu.def.br/sisdpu/pages/relatorios/pesquisaEstatistica.xhtml>

SIS-DPU

Sistema de Informações Simultâneas da Defensoria Pública da União

Unidade DPU - Defensoria Nacional de Direitos Humanos - DNDH

Caixa de entrada | Atendimento/Busca | Movimentação | Tramitação | Audiência | Prazo | Banco de Petições/Jurisprudência | Relatórios | Administração | Manuais | Sair

Você está aqui: Relatórios » Gerenciais » Pesquisa Estatística

Olá, Defensoria Regional (DEFENSOR (A))

Pesquisar

Período de Instauração do PAJ: 01/01/2018 a 31/12/2018

Período de Movimentação do PAJ: 05/08/2019 a 15/08/2019

Unidade: 34 - JOÃO PESSOA/PB Fase: TODOS

Ofício: DEFENSOR(A) REGIONAL DE DIREITOS HUMANOS - SUBSTITUIÇÃO

Desmarcar todos Todos

Ofício: DEFE HUMANOS OFÍCI OFÍCI

Pretenção: TODOS

Pretenção listada:

- CÍVEL >> INTERNACIONAL >> EXPULSÃO
- CÍVEL >> INTERNACIONAL >> HOMOLOGAÇÃO DE DECISÃO ESTRANGEIRA
- CÍVEL >> INTERNACIONAL >> OPÇÃO DE NACIONALIDADE
- CÍVEL >> INTERNACIONAL >> REFÚGIO
- CÍVEL >> INTERNACIONAL >> SUBTRAÇÃO INTERNACIONAL DE CRIANÇAS
- CÍVEL >> RESPONSABILIDADE CIVIL
- CÍVEL >> RESPONSABILIDADE CIVIL >> DANOS MORAIS E MATERIAIS
- CÍVEL >> RESTITUIÇÃO / COBRANÇA
- CÍVEL >> RESTITUIÇÃO / COBRANÇA >> AÇÃO MONITÓRIA/ATENDIMENTO INICIAL
- CÍVEL >> RESTITUIÇÃO / COBRANÇA >> AÇÃO MONITÓRIA/CURADORIA ESPECIAL
- CÍVEL >> RESTITUIÇÃO / COBRANÇA >> BENEFÍCIO PREVIDENCIÁRIO RECEBIDO PELO ASSISTIDO
- CÍVEL >> RESTITUIÇÃO / COBRANÇA >> DÍVIDAS NÃO TRIBUTÁRIAS
- CÍVEL >> SAÚDE
- CÍVEL >> SAÚDE >> LEITO UTI
- CÍVEL >> SAÚDE >> MEDICAMENTO
- CÍVEL >> SAÚDE >> PROCEDIMENTO CIRÚRGICO
- CÍVEL >> TRIBUTÁRIO
- CÍVEL >> TRIBUTÁRIO >> EXECUÇÃO FISCAL / ATENDIMENTO INICIAL
- CÍVEL >> TRIBUTÁRIO >> EXECUÇÃO FISCAL / CURADORIA ESPECIAL
- CÍVEL >> TRIBUTÁRIO >> IMPUGNAÇÃO MULTAS E TRIBUTOS

15/08/2019 18:44

Escolha da pretenção dos PAJs instaurados na unidade no período delimitado.

SIS-DPU - Sistema de Inf. X

Seguro | <https://sisdpu.dpu.def.br/sisdpu/pages/relatorios/pesquisaEstatistica.xhtml>

Caixa de entrada | Atendimento/Busca | Movimentação | Tramitação | Audiência | Prazo | Banco de Petições/Jurisprudência | Relatórios | Administração | Manuais | Sair

Tutela Coletiva? Sim Não

Pesquisar

Total de processos e assistidos agrupados por ofício

Ofício	Total de processos	Total de assistidos	
1º OFÍCIO - JOÃO PESSOA/PB	18	18	Visualizar
1º OFÍCIO - SUBSTITUIÇÃO	0	0	
2º OFÍCIO - JOÃO PESSOA/PB	23	21	Visualizar
2º OFÍCIO - SUBSTITUIÇÃO	0	0	
DEFENSOR(A) REGIONAL DE DIREITOS HUMANOS - SUBSTITUIÇÃO	0	0	
DEFENSORIA REGIONAL DE DIREITOS HUMANOS	2	2	Visualizar
OFÍCIO REGIONAL - JOÃO PESSOA/PB	129	92	Visualizar
OFÍCIO REGIONAL - SUBSTITUIÇÃO	0	0	
3º OFÍCIO - JOÃO PESSOA/PB	23	23	Visualizar
3º OFÍCIO - SUBSTITUIÇÃO	0	0	
4º OFÍCIO - JOÃO PESSOA/PB	18	18	Visualizar
4º OFÍCIO - SUBSTITUIÇÃO	0	0	
5º OFÍCIO - JOÃO PESSOA/PB	23	22	Visualizar
5º OFÍCIO - SUBSTITUIÇÃO	0	0	
5º OFÍCIO - JOÃO PESSOA/PB	13	13	Visualizar
5º OFÍCIO - SUBSTITUIÇÃO	0	0	
TOTAL	249	209	

Gerar PDF Gerar Excel

18:45
15/08/2019

Quantidade de procedimentos instaurados na unidade no período delimitado.

ANEXO B – ORÇAMENTO DOS MEDICAMENTOS

Orçamento do Medicamento Clexane 40mg. Disponível em: <https://www.prescritamedicamentos.com.br/clexane-safety-lock-40mg-10-seringas-182/p?utm_source=Consulta+Remedios+Comparador&utm_medium=CPC&utm_campaign=Consulta+Remedios> . Acesso em: 14/08/2019.

Orçamento do Medicamento Clexane 40mg. Disponível em: <https://www.drogasil.com.br/clexane-safety-lock-40-mg-enoxaparina-sodica-10-seringas.html?utm_content=20960&utm_medium=cpc&utm_source=comparador-consultaremedios.com.br> . Acesso em: 14/08/2019.

Lucientis 10mg/ml

Seguro | https://oncoexpress.com.br/site/index.php/lucentis-10mg-ml-inj-com-3mg-0-3-ml-novartis-refrigerado?utm_source=site_consulta_remedios&utm_campaign=site_consulta_remedios_cpc...

HOME | A EMPRESA | MEDICAMENTOS | DEPOSITOS | FALE CONOSCO | BLOG | Procurar no site...

INÍCIO - LUCENTIS 10MG/ML INJ. 0,23 ML - NOVARTIS (REFRIGERADO) (RANIBIZUMABE)

LUCENTIS 10mg/ml INJ. 0,23 ml - NOVARTIS (REFRIGERADO) (ranibizumabe)

Seja o primeiro a avaliar este produto | [Ativar um Anjo](#)

OncoExpress

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA

Código do produto: 7896261014985
Disponível: Em estoque

DESCRIÇÃO RÁPIDA
LUCENTIS 10mg/ml INJ. com 0,23 ml - NOVARTIS (REFRIGERADO) - ONDE COMPRAR

Agora você pode comprar Lucientis 10 miligramas com o melhor preço na Oncoexpress Medicamentos Especiais e Oncológicos - sua Farmácia On-Line em SP.

[Visualizar Bula](#)

R\$5.115,44 **R\$4.488,00**

1

COMPRAR JÁ

COMPRAR

14:33 14/08/2019

Orçamento do Medicamento Lucentis 10mg. Disponível em:
https://oncoexpress.com.br/site/index.php/lucentis-10mg-ml-inj-com-3mg-0-3-ml-novartis-refrigerado?utm_source=site_consulta_remedios&utm_campaign=site_consulta_remedios_cpc&utm_medium=site_consulta_remedios. Acesso em: 14/08/2019.

Lucientis 10MG/ML

https://www.singularmedicamentos.com.br/produto/lucentis-10mg-ml-frasco-ampola-0-23ml-78127?utm_source=GoogleShopping&utm_medium=&utm_campaign=GoogleShopping&utm_source=Consulta+Remedios+Comparador&utm_medium=CPC&utm_campaign=Consulta+Remedios

INSTITUCIONAL | ONCOLOGIA | NEFROLOGIA | REUMATOLOGIA | INFECTOLOGIA | LINHA WECARE | DERMATOLOGIA

Home > Oncologia

LUCENTIS 10MG/ML - Frasco-Ampola 0,23ML

RANIBIZUMABE

SKU 69392

Conservação: Refrigerado de 2°C a 8°C

Conteúdo: Frasco-Ampola 0,23ML

Princípio Ativo: RANIBIZUMABE

Laboratório: Novartis

Uso: Intravítrea | Adulto

Genérico: Não

[Visualizar Bula](#)

R\$ 5.023,46

em até 6 x de R\$ 837,24 sem juros

1 **COMPRAR**

ATENÇÃO! MEDICAMENTO REFRIGERADO
Medicamentos Refrigerados são liberados para envio apenas de segunda a terça-feira. Pedidos feitos entre terça-feira, após as 12:00 e sexta-feira, serão enviados na semana seguinte, por conta da refrigeração do medicamento.

LUCENTIS 10MG/ML - Frasco-Ampola 0,23ML É UM MEDICAMENTO. SEU USO PODE TRAZER RISCOS. PROCURE UM MÉDICO OU UM FARMACÊUTICO. LEIA A BULA.

Atenção! Caso o prazo de frete ultrapasse 3 dias úteis, o envio não será autorizado pelo farmacêutico responsável. Favor entrar em contato pelo telefone 11 2021-5442 ou 8000-771-3443 para mais informações.
Atenção! Produto com estabilidade de temperatura. Requer armazenamento específico em isopor, até 25°C. Para locais fora de São Paulo, Campinas, Curitiba e Foz de Iguaçu, enviamos apenas até terça-feira, para que não ocorra alteração da temperatura e na composição da substância. Para São Paulo Capital/ABC/Casavilhos e Osasco enviamos normalmente de segunda à sexta-feira.

4.9 ★★★★★
Google
Avaliações do Consumidor

PRODUTOS RELACIONADOS

Segunda à sexta, das 9h às 18h

14:33 14/08/2019

Orçamento do Medicamento Lucentis 10mg. Disponível em:
https://www.singularmedicamentos.com.br/produto/lucentis-10mg-ml-frasco-ampola-0-23ml-78127?utm_source=GoogleShopping&utm_medium=&utm_campaign=GoogleShopping&utm_source=Consulta+Remedios+Comparador&utm_medium=CPC&utm_campaign=Consulta+Remedios. Acesso em: 14/08/2019.

Sandostatin LAR 30 mg - Frasco injetável com seringa de 2,0 ml

Código do Produto: 7896261018402
Disponível: Em Estoque

DESCRIÇÃO RÁPIDA
Fabricante: Novartis
Conservação: Refrigerado
Registro MS: 1.0068.0009
Princípio ativo: Acetato de octreotida
Download Bula: Bula Sandostatin LAR®

R\$ 7.150,00
3x R\$ 2.383,33 sem juros no cartão
ou R\$ 7.150,00 à vista no boleto

*Receita Médica:
Escolher arquivo: Nenhum arquivo selecionado
(Tamanho máximo: 10.00 MB. Tipo: jpg, jpeg, png, pdf)

Qtd:

Fale conosco, nós estamos online [jwchat](#)

Orçamento do Medicamento Sandostatin Lar 30mg. Disponível em:
https://www.pharmak.com.br/sandostatin-lar-30-mg-frasco-injetavel-com-seringa-de-2-0-ml?utm_source=Consulta+Remedios+Comparador&utm_medium=CPC&utm_campaign=Consulta+Remedios . Acesso em: 14/08/2019.

SANDOSTATIN LAR 30MG FR AMP + 1 seringa pré-enchida - Novartis

Código do produto: 7896261018402
Disponível: Em estoque

DESCRIÇÃO RÁPIDA
SANDOSTATIN LAR 30 MG FRA AMP + 1 seringa pré-enchida - sist apl. - NOVARTIS (REFRIGERADO) - ONDE COMPRAR

Reg. MS 1.0068.0009 Farm. Resp. Marco A. J. Siqueira - CRF-SP 23.873

Agora você pode comprar Sandostatin Lar 30 miligramas frasco ampola com o melhor preço na Oncoexpress Medicamentos Especiais e Oncológicos - Sua Farmácia On-Line em SP.

Acromegalia:
Controle dos sintomas e redução dos níveis de hormônios que estão aumentados (hormônio de crescimento e IGF-1) em pacientes com acromegalia.

Visualizar Bula

R\$6.600,00 **R\$6.723,00**

COMPRAR JÁ

COMPRAR

Orçamento do Medicamento Sandostatin Lar 30mg. Disponível em:
https://oncoexpress.com.br/site/index.php/comprar-medicamento-sandostatin-lar-30-mg-frasco-ampola-1-seringa-pre-enchida-sistema-aplicac-o-novartisrefrigerado?utm_source=site_consulta_remedios&utm_campaign=site_consulta_remedios_cp&utm_medium=site_consulta_remedios . Acesso em: 14/08/2019.

