



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – PRPPG
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS – CCHL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS – PPGPP
MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS – MPP

ROOSEVELT FURTADO DE VASCONCELOS FILHO

A JUDICIALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
O CASO PARADIGMÁTICO DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL E A REALIDADE
REGIONAL DO ESTADO DO PIAUÍ

TERESINA - PI
2010

ROOSEVELT FURTADO DE VASCONCELOS FILHO

A JUDICIALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
O CASO PARADIGMÁTICO DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL E A REALIDADE
REGIONAL DO ESTADO DO PIAUÍ

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Mestrado em Políticas Públicas (área de concentração: Estado, Sociedade e Políticas Públicas), realizado pela Universidade Federal do Piauí, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas, sob a orientação do Professor Doutor Washington Luís de Sousa Bonfim.

FICHA CATALOGRÁFICA

Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco

V657a Vasconcelos Filho, Roosevelt Furtado de.

A judicialização da política de assistência farmacêutica do sistema único de saúde - o caso paradigmático do Supremo Tribunal Federal e a realidade regional do estado do Piauí. Roosevelt Furtado de Vasconcelos Filho. – Teresina: 2010.

99fls.

Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) Universidade Federal do Piauí, 2010.

Orientador: Prof. Dr. Washington Luís de Sousa Bonfim.

1. Saúde. 2. Medicamentos. 3. Judiciário. I. Título.

CDD: 385.098 122

ROOSEVELT FURTADO DE VASCONCELOS FILHO

A JUDICIALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: O CASO PARADIGMÁTICO DO SUPREMO
TRIBUNAL FEDERAL E A REALIDADE REGIONAL DO ESTADO DO PIAUÍ

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Mestrado em Políticas Públicas (área de concentração: Estado, Sociedade e Políticas Públicas), realizado pela Universidade Federal do Piauí, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas, sob a orientação do Professor Doutor Washington Luís de Sousa Bonfim.

Trabalho apresentado em 22/ 10/ 2010.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Washington Luís de Sousa Bonfim
Orientador

Profa. Dra. Guiomar de Oliveira Passos
Examinadora

Prof. Dr. Newton de Menezes Albuquerque
Examinador

Para Vanessa, minha esposa, Pedro e João, meus filhos.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela vida e pela oportunidade de concluir esta empreitada.

À minha esposa, Vanessa, pelo apoio nos momentos de aflição.

À meu filho Pedro, pela companhia e pelo exemplo de luta pela vida.

À meu filho João, recém-nascido, com amor.

Aos meus pais, Roosevelt e Isabel, pelo amor e pelo incentivo constante à qualificação profissional.

Aos meus irmãos e familiares, em especial aos participantes dos almoços aos domingos, como Tio Felipe e Tio Anchieta.

Ao Professor Dr. Washington Luís de Sousa Bonfim, pela contribuição no desenvolvimento do trabalho.

Aos Professores Dra. Guiomar de Oliveira Passos e Dr. Nelson Juliano Matos, pelas preciosas observações, durante as bancas de qualificação, que nortearam a realização e finalização da pesquisa.

Às minhas Professoras do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, da Universidade Federal do Piauí: Profa. Dra. Simone de Jesus Guimarães. Profa. Dra. Dione Moraes, Profa. Dra. Guiomar de Oliveira Passos, Profa. Dra. Antônia Jesuíta de Lima, Profa. Dra. Masilene Rocha Viana Tidafi.

Ao Prof.Dr. Cléber de Deus, coordenador do Programa de Pós-graduação em Ciência Política, da Universidade Federal do Piauí; e ao meu Professor da disciplina Teoria Política II, Prof. Dr. Ricardo Alaggio Ribeiro.

Aos colegas da 7ª Turma do Mestrado em Políticas Públicas: Marcelo, Célio, Andreyra, Samuel, Denise, Paulo, Vilobaldo, Manoel, Pádua, Neulza, Teodório; pelos intensos debates e ricas discussões desenvolvidas durante o curso.

E a todos que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização deste trabalho e pela superação de obstáculos: Professora Lêda, revisora metodológica; Dra. Cláudia Seabra, Promotora de Justiça com atuação destacada na questão da saúde; Dona Joice, secretária do meu orientador; Gilmar, servidor da Justiça Federal; Dr. Cid Carlos, Procurador do Estado do Piauí; Dr. José Wilson, Procurador Geral do Município de Teresina; e Téssio, na Fundação Municipal de Saúde.

RESUMO

O presente trabalho analisa a atuação do Poder Judiciário na concretização do direito à saúde, primordialmente, o acesso à medicamentos que não estão previstos nas listagens do Sistema Único de Saúde, isto é, que não são ofertados pela política pública correspondente. Apresenta a distribuição de competências para assistência farmacêutica, realizada na Constituição Federal e na legislação infraconstitucional, dentro de uma perspectiva descentralizadora da política de saúde. Tem por objetivo identificar os argumentos principais das teorias que abordam a questão da efetivação do direito à saúde (que inclui a assistência farmacêutica) pelo Poder Judiciário, bem como os que a analisam sob o aspecto econômico, apresentando os obstáculos à consecução da política de saúde, como os limites financeiros do orçamento público. Ainda, objetiva-se que o presente trabalho possa contribuir para uma ampliação do debate e para uma reflexão referente à concretização de direitos sociais pelo Poder Judiciário (Estado), atuando na vida de muitos brasileiros dependentes de prestações materiais, como o fornecimento de medicamentos. O problema de pesquisa cinge-se a atuação do Poder Judiciário na consolidação da assistência farmacêutica. Por que os juízes têm agido para garantir o acesso aos medicamentos, especialmente os não previstos nas listagens oficiais? Qual o impacto sócio-econômico que as demandas judiciais ocasionam nas políticas públicas de saúde (medicamentos)? Utilizou-se uma abordagem qualitativa, à luz de bibliografia, da análise de dados e de estudo de casos que enfocou algumas categorias presentes neste trabalho, tais como: direitos humanos fundamentais, efetivação de direitos pelo Judiciário, bem como os limites e conseqüências dessa efetivação, através de demandas individuais. Para tanto, foi realizado levantamento documental, através da análise de processos em tramitação no Judiciário brasileiro, no Supremo Tribunal Federal e na Justiça Federal, seção Judiciária do Estado do Piauí. Conclui-se que o direito à saúde, porque não dizer os direitos sociais, perpassa por uma nova era. O cidadão possui um canal direto para tutelar seus interesses concretizando sua cidadania, o Poder Judiciário.

PALAVRAS-CHAVE: Política de Saúde. Política de Assistência Farmacêutica. Sistema Único de Saúde. Judiciário. Direitos.

ABSTRACT

This paper analyzes the judiciary role on implementing health rights, especially, the access to medicines that are not inclusive on the Unified Health System official listings, in other words that are not offered by the related public policies. It presents the competencies for pharmaceutical care distribution held in the Federal Constitution and in the infra-constitutional legislation, within a health policy decentralization perspective. The paper aims to identify the main theories arguments that address the issue of ensuring the health rights (including pharmaceutical care) by the judiciary, as well as, those who analyze it from an economic perspective, presenting the financial limits of the public budget as obstacles to ensure the health rights. It has the purpose to contribute to expand the debate and reflection about the realization of social rights by the judiciary (State), acting on many brazilians lives that are dependent on material benefits, such as medicine supply. The research problem focuses on the Judiciary action in the consolidation of pharmaceutical care. Why do judges have acted to ensure access to medicines, particularly those not covered in the official listings? What are the social and economic impacts that lawsuits cause in public health policies (drugs)? The researcher used a qualitative approach in the light of selected bibliography, data analysts and case studies that focused on some categories present in this paper, such as fundamental human rights, realization of rights by the judiciary, as well as the limits and consequences of accomplishing this through individual demands. For this the research included documentary survey, specifically, through analysis of cases pending in the Brazilian Judiciary, through Supreme Court and Federal Court, section of Piauí state. The research conclude that the right to health, why not tell the social rights pass through a new era. The citizen has a direct channel to protect its interests by implementing their citizenship, the judicial branch.

KEYWORDS: Policy of Health. Policy of Pharmaceutical Care. Unified Health System. Judiciary. Rights.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 A SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL DE DEFESA E COMO DIREITO PRESTACIONAL	14
2.1 Teoria do mínimo existencial.....	19
2.1.1 A efetivação de direitos (como a judicialização da concessão de medicamentos) pode ser instrumento de agravamento das desigualdades sociais?	22
2.2 Limites à efetivação do direito à saúde. A reserva do possível e as escolhas trágicas	25
2.2.1 Despesas realizadas pelo Ministério da Saúde e pela Fundação Municipal de Saúde com fornecimento de medicamentos	32
3 A COMPETÊNCIA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	34
3.1 Universalidade e integralidade	51
4 A JUDICIALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	53
4.1 Efetivação do direito à saúde (acesso a medicamentos) por via Judicial: estudo de caso paradigmático do Supremo Tribunal Federal	53
4.1.1 A participação da sociedade através de audiência pública	64
4.2 A realidade regional do Estado do Piauí: estudo de caso em tramitação na Justiça Federal do Estado do Piauí	70
4.2.1 Argumentos da demandante	71
4.2.2 Argumentos dos demandados (União federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos)	74
4.2.3 Decisões judiciais determinando a concessão de medicamento	84
5 CONCLUSÃO	89
REFERÊNCIAS	94
ANEXOS	98
APÊNDICE	102

FICHA CATALOGRÁFICA

Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco
Serviço de Processamento Técnico

V331j Vasconcelos Filho, Roosevelt Furtado de.
A judicialização da política de assistência farmacêutica do Sistema Único de Saúde : o caso paradigmático do Supremo Tribunal Federal e a realidade regional do Estado do Piauí / Roosevelt Furtado de Vasconcelos Filho. – 2010.
121 f.

Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) –
Universidade Federal do Piauí, 2010.
Orientação: Prof. Dr. Washington Luís de Sousa Bonfim.

1. Política de Saúde. 2. Sistema Único de Saúde.
3. Assistência Farmacêutica. 4. Políticas Públicas. I. Título.

CDD 614.55

1 INTRODUÇÃO

A saúde ocupa, no âmbito internacional, a natureza de direito humano, consagrado na Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, e no ordenamento jurídico pátrio, a condição de direito e dever fundamental positivado na Constituição Federal de 1988. De tal sorte que se caracteriza como direito (e dever) humano fundamental da pessoa humana na ordem jurídica brasileira, já que desta premissa resultam importantes conseqüências no que diz respeito com a eficácia e efetividade desse direito.

A Constituição positivou os princípios da universalidade e da integralidade de atendimento das demandas relacionadas à saúde. Com esta previsão constitucional, o Poder Judiciário deparou-se com a responsabilidade de resolver casos sobre a prestação (ou a ausência) de serviços de saúde.

Sendo o Brasil um país de dimensão continental, populoso, o sistema de saúde revela-se, naturalmente, complexo (tendo o acesso a medicamentos como um componente do direito à saúde). O Estado social democrático enfrenta as profundas desigualdades sócio-econômicas (parcela considerável da população é excluída de algum tipo de atenção). Verifica-se, ainda, constantes mudanças no perfil epidemiológico que, atualmente, compreende doenças típicas de países em desenvolvimento e agravos característicos de países desenvolvidos. Assim, ao mesmo tempo em que são prevalentes as doenças crônico-degenerativas, aumenta a morbimortalidade decorrente da violência, especialmente dos homicídios e dos acidentes de trânsito. Também, emergem e reemergem outras doenças, tais como a dengue, a malária, as doenças sexualmente transmissíveis, a AIDS e, aquela considerada a mais nefasta, o câncer.

Some-se a um processo de envelhecimento populacional interferindo, sobretudo, na demanda de medicamentos destinados ao tratamento das doenças crônico-degenerativas, além de novos procedimentos terapêuticos com utilização de medicamentos de alto custo. Igualmente, adquire especial relevância o aumento da demanda daqueles de uso contínuo, como é o caso dos utilizados no tratamento das doenças cardiovasculares, reumáticas e da diabetes (sendo comum, ainda, pacientes sofrerem de todas essas doenças simultaneamente).

A saúde, então, carece de um debate perene sobre todas as políticas desenvolvidas, abrangendo o desenho institucional, as diretrizes constitucionais e a sua efetivação no cotidiano das pessoas. O recorte feito neste trabalho, a política de medicamentos, perpassa por várias instituições, teorias, traduzindo a complexidade já reconhecida.

Antes de adentrar na política de assistência farmacêutica (com a descrição da atribuição de competências realizada na Constituição Federal e na legislação infraconstitucional, dentro de uma perspectiva descentralizadora da política de saúde), far-se-á uma abordagem das teorias que discutem a efetivação do direito à saúde, como a teoria da mínimo existencial, e as que analisam a repercussão, da concessão de providências materiais pelo Judiciário, levando-se em consideração a limitação de recursos, com a necessidade de realizar escolhas trágicas.

A política descentralizadora de assistência farmacêutica reflete a adoção da organização federativa com repartição dos problemas de governo. Tal política visa conferir maior autonomia às entidades subnacionais. Assim, com base nas determinações constitucionais, o planejamento e a execução das ações de assistência farmacêutica foram objetos de atos administrativos, como as Normas Operacionais Básicas e de Assistência à Saúde (NOB'S e NOAS). Dentre esses atos, destaca-se a Portaria nº3.916/98 que instituiu a Política Nacional de Medicamentos, que trata da política pública de assistência farmacêutica do Sistema Único de Saúde (SUS), verificando desde a instituição, o desenho da política de medicamentos, à sua efetivação.

Objetiva-se identificar os argumentos principais das teorias que abordam a questão da efetivação dos direitos humanos pelo Poder Judiciário, em especial o da saúde (que inclui a assistência farmacêutica), bem como os que a analisam sob o aspecto econômico, apresentando os obstáculos à consecução da política de saúde, como os limites financeiros do orçamento público.

O problema de pesquisa cinge-se a atuação do Poder Judiciário na consolidação da assistência farmacêutica, conseqüentemente, do direito à saúde. Por que os juízes têm agido para garantir o acesso aos medicamentos, especialmente os não previstos nas listagens oficiais? É possível e quais seriam as condições para um juiz determinar a entrega de um medicamento receitado por médico, mas não previsto na política pública correspondente? Está tomando para si atribuições do Poder Executivo ou exercendo um decisivo papel na consolidação e efetivação de direitos? Qual o impacto sócio-econômico que as demandas judiciais ocasionam nas políticas públicas de saúde (medicamentos)?

As hipóteses da pesquisa são: a repartição de competência na política de assistência farmacêutica é ineficaz no que tange à distribuição de medicamentos, especialmente os definidos como de dispensação especializada e os estratégicos; o Poder Judiciário tem assumido um papel decisivo e fundamental na concretização de direitos sociais prestacionais; há limites na adjudicação de bens materiais pelo Judiciário; e, a individualização de políticas públicas pode ampliar as desigualdades na medida em que pequena parcela da população tem

acesso aos mecanismos de conquista de direitos, como através do Judiciário.

Para confirmar ou não as presentes hipóteses, utilizou-se uma abordagem qualitativa, objetivando construir um pensamento por intermédio da interpretação dos dados pesquisados, à luz de bibliografia selecionada que enfocou algumas categorias presentes neste trabalho, tais como: direitos humanos fundamentais (cuja afirmação e reconhecimento resultam de um processo de conquistas históricas), efetivação de direitos pelo Judiciário (especialmente, prestações materiais positivas), bem como os limites (recursos financeiros) e conseqüências dessa efetivação (ampliação de desigualdades), através de demandas individuais.

Para tanto, foi realizado levantamento documental, especificamente, através da análise de processos em tramitação no Judiciário brasileiro. Foram escolhidos processos que tramitam na Justiça Federal, seção judiciária do Estado Piauí, e um dos processos paradigmáticos (o processo Suspensão de Tutela Antecipada - STA 175), dentre os decididos no Supremo Tribunal Federal (STF), com a utilização de audiência pública, que expõem todas as teorias e hipóteses do presente trabalho e que vai servir como um precedente valioso no julgamento de todos os processos sobre o mesmo tema em âmbito nacional.

No âmbito da Justiça Federal, seção judiciária do Piauí, através de pesquisa documental, bem como através do sítio eletrônico do Tribunal Regional Federal da 1ª Região (<http://processual.trf1.gov.br/>), constatou-se, no período de 2007 a julho de 2010, um total de 160 (cento e sessenta) processos com demanda por prestações de serviço de saúde tendo como um dos réus (além de, pelo menos, um dos seguintes entes federativos: União, Estado do Piauí, Município de Teresina) o Hospital São Marcos, em razão de ser o Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) da Região.

O filtro utilizado na pesquisa foi escolher o Hospital São Marcos, autorizado pelo governo para realizar procedimentos de alta resolutividade, especialmente em oncologia, com os tratamentos mais dispendiosos, principalmente, através de medicamentos quimioterápicos, o que revela uma noção de como ocorre a judicialização da saúde, com demandas por cirurgias, internações, tratamentos diversos, repercutindo, ainda, na política de assistência farmacêutica.

Verificou-se que as demandas por medicamentos, são 70 (setenta) processos com pedidos específicos por medicamentos, possuíam os mesmos fundamentos já analisados no caso paradigmático do Supremo Tribunal Federal (o processo STA 175, em tramitação no STF). Dos 160 processos, 121 (cento e vinte e um) foram ajuizados contra os três entes federativos (União, Estado do Piauí, Município de Teresina) e mais o hospital São Marcos. Nos demais, percebe-se o ingresso contra, pelo menos, um dos três entes federativos, bem

como registra-se a presença do Estado do Maranhão, como réu, em alguns processos.

Dos processos verificados, além do processo STA 175 (do STF), selecionou-se (para demonstrar toda complexidade da discussão desenvolvida) dois casos, o Processo Nº 6223-17.2009.4.01.4000, da 5ª Vara da seção judiciária da Justiça Federal do Piauí, e o processo Nº 253-70.2008.4.01.4000, também em tramitação na 5ª Vara, por possuir sentença prolatada em 12 de maio de 2010.

Foram escolhidos por serem paradigmáticos e possibilitarem a verificação das teorias e circunstâncias abordadas neste trabalho, bem como por retratar da realidade local. Tratam do mesmo tema, de demandas por fornecimento de medicamentos que não constam da listagem oficial do SUS. A escolha da Justiça Federal deu-se porque é a competente para apreciar os processos em face da União Federal, também responsável pela assistência farmacêutica do SUS, e porque explicita o que acontece na realidade do Judiciário local. Na análise do primeiro processo, apresentam-se os argumentos favoráveis (na petição inicial da demandante) e contrários nas defesas apresentadas pelos demandados (os entes federativos, União, Estado do Piauí e Município de Teresina; e o Hospital São Marcos).

Outro recurso utilizado foi a coleta de dados junto à Fundação Municipal de Saúde, executora das políticas do SUS na capital do Estado do Piauí, no sentido de verificar os gastos do sistema com o fornecimento de medicamentos, especialmente pela via judicial, eis que são gastos não previstos no orçamento público e que afetam, diretamente, a política pública de saúde.

A estrutura da dissertação possui três capítulos. O capítulo 2 aborda o direito à saúde como direito humano fundamental de defesa e prestacional por parte do Estado como concretização do denominado mínimo existencial, abordando os limites fáticos e jurídicos a essa concretização, especialmente, levando-se em consideração a escassez de recursos. O capítulo 3 explicita o desenho da política de assistência farmacêutica do SUS, a partir de sua previsão constitucional e infraconstitucional. No quarto capítulo, analisa-se a distribuição de medicamentos, como concretização do direito à saúde, especialmente pela participação do Poder Judiciário na determinação de fornecimento de medicamentos não incluídos nas listagens oficiais do SUS (é no âmbito da assistência farmacêutica que se concentra o maior número de ações judiciais envolvendo o fornecimento de medicamentos pelo SUS), apresentando casos concretos que enfrentam a questão da competência constitucional para realização da política de medicamentos, bem como as teorias do mínimo existencial e da reserva do possível.

Enfim, o presente trabalho tem por escopo contribuir para uma ampliação do debate e

para uma reflexão construtiva referente à concretização de direitos sociais pelo Poder Judiciário (Estado), atuando efetivamente na vida de muitos brasileiros dependentes de prestações materiais na área da saúde, especialmente, no que pertine ao fornecimento de medicamentos, tanto em uma perspectiva mais abrangente (nacional), quanto verificando a realidade regional (local).

2 A SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL DE DEFESA E COMO DIREITO PRESTACIONAL

Distinguem-se, etimologicamente, os direitos humanos dos direitos fundamentais, onde aqueles se referem a um conjunto de direitos declarados e assegurados no plano internacional, principalmente em tratados e convenções internacionais; e estes, são os definidos e positivados no âmbito interno de cada país, nas leis principais como as constituições. Entretanto, possuem uma ideia comum, são direitos nucleares do indivíduo, da coletividade. São direitos fundamentais porque sem eles os seres humanos não vivem ou se vivem, não vivem com dignidade. São essenciais à vida humana digna, por isso devem ser concretizados. Bobbio acreditava serem os direitos fundamentais oriundos de uma evolução histórica, uma vez que não nascem de uma única vez.¹

Indubitavelmente, a saúde ocupa um lugar cativo em todas as declarações de direitos básicos, essenciais, do cidadão, seja nos tratados internacionais, como nas Constituições nacionais. O direito à saúde é comumente classificado como direito de segunda dimensão, pois exige uma prestação por parte do Estado.

Utiliza-se a expressão dimensão, e não geração, pois esta indica uma exclusão da anterior pela posterior, enquanto que dimensão reflete um somatório de conquistas, onde a segunda dimensão agrega-se com a primeira. Em tempo, encontram-se classificações diversas dos direitos fundamentais, sob variados critérios.

Para servir de referencial do trabalho, adota-se a classificação de Bobbio² (que denominava gerações, embora este trabalho adote dimensões, como explicado acima), que considera direitos fundamentais da primeira dimensão os direitos da liberdade, os primeiros a constarem do instrumento normativo constitucional, a saber, os direitos civis e políticos. Estes direitos têm por titular o indivíduo, são oponíveis ao Estado, traduzem-se como faculdade ou atributos da pessoa e ostentam uma subjetividade que é seu traço mais característico. Já se consolidaram em sua projeção de universalidade formal, não havendo Constituição digna desse nome que não os reconheça em toda a extensão. A Constituição brasileira de 1988 possui uma gama de direitos e garantias individuais, especialmente, os esculpidos no seu art.5º.

Os direitos da segunda dimensão são os direitos sociais, culturais e econômicos bem como os direitos coletivos ou de coletividade, introduzidos no constitucionalismo das distintas

¹ BOBBIO, Norberto. *A era dos direitos*. Trad. Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. p. 52.

² BOBBIO, 2004.

formas de Estado social. Nasceram abraçados ao princípio da igualdade, do qual não se podem separar, pois fazê-lo equivaleria a desmembrá-los da razão de ser que os ampara e estimula. Se na fase da primeira dimensão os direitos fundamentais consistiam essencialmente no estabelecimento das garantias da liberdade, a partir da segunda, tais direitos passaram a compreender também os critérios objetivo de valores, bem como os princípios básicos que animam a lei maior. Algumas Constituições são consideradas vanguardistas no que pertine à incorporação destes direitos como, por exemplo, a Constituição Mexicana de 1917 e a Constituição Alemã de Weimar, de 1919.

Já os direitos da terceira dimensão tendem a cristalizar-se enquanto direitos que não se destinam especificamente à proteção dos interesses de um indivíduo, de um grupo ou de determinado Estado. Têm por destinatário o gênero humano mesmo, num momento expressivo de sua afirmação como valor supremo em termos de existencialidade concreta. São, por exemplo, o direito ao desenvolvimento, o direito à paz, o direito a um meio ambiente equilibrado, a uma saudável qualidade de vida.

Para Paulo Bonavides, questões ligadas à genética, bem como a globalização política na esfera da normatividade jurídica, introduz os direitos da quarta dimensão que correspondem à derradeira fase de institucionalização do Estado social.³ São os direitos à democracia, à informação e o direito ao pluralismo. Deles depende a concretização da sociedade aberta do futuro, em sua dimensão máxima universalidade, para a qual parece o mundo inclinar-se no plano de todas as relações de convivência. Os direitos da quarta dimensão compendiam o futuro da cidadania e o porvir da liberdade de todos os povos. Somente com eles será possível e legítima a globalização política.

Tais dimensões dos direitos fundamentais também podem ser consideradas dimensões da cidadania, considerando-se o surgimento sequencial dos direitos, bem como da própria cidadania, como um fenômeno histórico. Não é o objetivo deste trabalho, mas é relevante registrar que há entendimento de que, no Brasil, os direitos sociais precederam os outros, até por ser, muitas vezes, resultado da ação estatal e não de conquistas individuais.⁴

Agora, o direito à saúde, enquanto direito social, também é considerado direito-meio, isto é, direito cuja função é assegurar que toda pessoa tenha condições de gozar os direitos individuais, pois um enfermo pode não executar, plenamente, suas liberdades. Da mesma forma que um analfabeto pode não conseguir exercer o direito à liberdade de pensamento,

³ BONAVIDES, Paulo. *Curso de Direito Constitucional*. 8. ed. São Paulo: Malheiros, 1999.

⁴ CARVALHO, José Murilo de. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. 6. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004. p. 12

sem que o direito à educação seja realizado. Ou, um sem-teto não exercer o direito à intimidade, sendo uma ficção enquanto não lhe for assegurado o direito à moradia.

A Constituição brasileira vigente consagrou, expressamente, a saúde como direito fundamental da pessoa humana, contemplado na Constituição. São denominados direitos sociais juntamente com educação, saúde, assistência social, previdência social, enfim, todos os direitos fundamentais que dependem, para sua efetividade, do aporte de recursos materiais e humanos..

De acordo com o art.196, da Constituição, a saúde é:

[...] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.⁵

Bonavides afirma que, como direito fundamental da pessoa humana, o direito à saúde tem sido considerado como um direito social, integrando, como já tratado, a assim denominada segunda dimensão (ou geração) dos direitos fundamentais, que marcou a evolução do Estado de Direito de inspiração liberal-burguesa, para um novo modelo de Estado e Constituição que se convencionou denominar de Estado Social.⁶

Os direitos sociais, ou de segunda dimensão, são, também, direitos denominados prestacionais, através do Estado, por outorgarem ao indivíduo direito a prestações materiais estatais, como saúde, educação, assistência social, trabalho, liberdades sociais, entre outros, marcando a transição das liberdades formais abstratas para as liberdades materiais concretas. Daí serem apresentados como direitos de cunho positivo.

Couto confirma que os direitos sociais são exercidos pelos homens por meio de intervenção de quem deve provê-los, o Estado. São direitos que, embora de natureza coletiva, são de titularidade individual, portanto, podendo ser tutelados individualmente.⁷

A concretização dos direitos sociais depende da intervenção estatal, principalmente, através de políticas públicas sociais. O direito à saúde é exemplo de direito social com titularidade individual, correspondendo às suas necessidades básicas não apenas para existência física, mas psíquica e moral.

⁵ BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 44. ed. São Paulo: Saraiva, 2010, p.147.

⁶ BONAVIDES, 1999.

⁷ COUTO, Berenice Rojas. *O Direito Social e a Assistência Social na sociedade brasileira: uma equação possível?* São Paulo: Cortez, 2004.

Agora, a titularidade individual dos direitos sociais não deve ser confundida com a individualização do social, defendida por Rosanvallon. Este autor discute a crise do Estado Providência, na França e em outros países desenvolvidos. Apresenta, em sua concepção, uma nova questão social onde o Estado deve assumir responsabilidades por indivíduos que se encontram em situações particulares.

Rosanvallon aponta que, historicamente, o Estado Providência compõe-se de três elementos: populações-alvo (identificada, definida estatisticamente e preparada para se transformar em objeto da ação pública), conjunto de regras e benefícios e corpos de trabalhadores sociais especializados. Afirma que esse sistema, que funcionou bem, não se adapta mais à realidade complexa atual. Defende que é preciso, para analisar o social, recorrer cada vez mais à história individual, e não à sociologia. Exemplifica que é preciso descrever trajetórias individuais, e não de grupos ou de populações, para compreender o que representa o desemprego de longa duração.⁸

Agora, para evitar que o tratamento mais individualizado do social leve ao arbítrio, não mais se baseando em medidas de caráter universal (o que representaria um recuo), Rosanvallon propõe um direito processual (que admite confundir-se com a prática da justiça), em termos de equidade de tratamento, e não de aritmética. Assim, a equidade significa a igualdade de direito a um tratamento equivalente.⁹

A realidade brasileira também é complexa (não se deve, neste trabalho, discutir se houve ou não Estado Providência no Brasil). Em nosso país, os direitos sociais, como o direito à saúde, são universais. Ocorre que a sua titularidade individual implica que o cidadão pode exercê-lo de acordo com suas próprias necessidades, devendo o Estado atuar no sentido de evitar que não haja desigualdade na prestação dos serviços. Pode-se até realizar um estudo histórico do indivíduo (o que realmente é relevante), desde que isso esteja estabelecido na legislação e na política pública brasileiras. Portanto, o ajuizamento de demanda por medicamentos não significa uma individualização do social (proposta por Rosanvallon), mas uma busca pela efetiva concretização do direito à saúde, até para corrigir uma possível deficiência das políticas públicas.

Ora, os direitos sociais também objetivam reduzir as desigualdades. Possuem um caráter redistributivo. São ações em áreas consideradas de benefício coletivo, como a saúde. A Constituição federal brasileira apresenta uma configuração de Estado Social, com previsão de

⁸ ROSANVALLON, Pierre. *A nova questão social: repensando o Estado Providência*. Trad. Sérgio Bath. Brasília: Instituto Teotônio Vilela, 1998.

⁹ ROSANVALLON, 1998, p. 164.

direitos sociais e de instrumentos para sua concretização, como o percentual mínimo a ser despendido com saúde e com educação.

Ingo Wolfgang Sarlet entende que o direito à saúde pode ser considerado como constituindo simultaneamente direito de defesa, no sentido de impedir ingerências indevidas por parte do Estado e terceiros na saúde do titular (como o direito a não ser submetido a tratamento não consentido e a não participar de exames clínicos não acordados).¹⁰ Por outro lado, impõe ao Estado a realização de políticas públicas que busquem a efetivação deste direito para a população, tornando o particular credor de prestações materiais que dizem com a saúde, tais como atendimento médico e hospitalar, fornecimento de medicamentos, realização de exames da mais variada natureza, enfim, toda e qualquer prestação indispensável para a realização concreta deste direito à saúde.

Esta classificação revela-se importante porque enquanto o direito de defesa é uma obrigação negativa, sem gerar custos para o Estado, as prestações materiais são obrigações positivas (como fornecimento de medicamento, entrega de merenda escolar), que ocasionam despesas.

Pois bem, neste momento do estudo e partindo da classificação dos direitos fundamentais em direitos de defesa (negativos) e direitos a prestações (positivos), pode-se reforçar o fato de que o direito à saúde, dependendo de sua função no caso concreto, ser reconduzido a ambas as categorias, o que, como ainda se terá oportunidade de verificar, acarreta reflexos importantes no âmbito da eficácia e efetividade.

O Poder Público, independentemente da esfera institucional (federativa) de sua atuação, em tese, pode enfrentar o problema da saúde da população, sob pena de praticar conduta omissiva inadmissível. Não se deve admitir que as normas referentes à saúde sejam tão somente consideradas programáticas, idealistas, muito pelo contrário, são preceitos de observância cogente, especialmente no que se refere a um tratamento isonômico básico para todos os cidadãos.

Nogueira revela que,

[...] diferentemente do que ocorre com os demais direitos, que trazem consigo a possibilidade de penalizar aqueles que os infringem, no caso dos direitos sociais essa possibilidade ou não existe ou está radicalmente enfraquecida. O governante que não cumpre o que estabelece a norma constitucional no plano dos direitos sociais pode, quando muito, sofrer sanções morais e desgaste político. Somente será criminalizado se o não-

¹⁰ SARLET, Ingo Wolfgang. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988. *Revista Interesse Público*. Porto Alegre, v. 12, p. 91-107, dez. 2001.

cumprimento vier acompanhado de atos abertos de corrupção: a incompetência ou opção por uma política social inconsistente, equivocada, prejudicial à população, não são crimes.¹¹

Dessa forma, sendo o direito à saúde também um direito a prestações, ao qual deve ser outorgada a máxima eficácia e efetividade, discute-se a obrigação estatal de disponibilizar vagas e leitos nos hospitais, bem como fornecer, gratuitamente, medicamentos especiais a pessoas sem condições financeiras para a aquisição e que deles necessitam para o tratamento de suas moléstias.

Na ausência dessas prestações, em razão de o sistema de saúde apresentar deficiências reveladas diariamente nos meios de comunicação, pode o cidadão, titular do direito, pleiteá-lo junto ao Poder Judiciário, através de uma demanda individual? Ou por uma ação civil pública intentada pelo Ministério Público ou Defensoria Pública (partindo-se da idéia que, havendo impossibilidade de atender à demanda individual, restaria o reconhecimento da omissão estatal e a possibilidade de uma indenização para a família)?

Para responder a essas indagações, apresenta-se os dois grupos de teorias que enfrentam a complexidade da questão da efetivação do direito à saúde, pelo Poder Judiciário, a teoria do mínimo existencial, que defende, em linhas gerais, a concretização dos direitos básicos; assim como as que abordam pela perspectiva do impacto sócio-econômico nas finanças públicas.

2.1. Teoria do mínimo existencial

Fala-se em “mínimo existencial” para definir o núcleo de direitos essenciais, inalienáveis, à existência da pessoa humana. Não é valor como a liberdade, nem princípio, mas o conteúdo essencial dos direitos fundamentais.

A teoria do mínimo existencial deriva da teoria dos direitos fundamentais, de Robert Alexy.¹² É uma teoria normativa porque se preocupa com a concretização dos direitos essenciais.

É importante anotar a classificação realizada por Gustavo Amaral:

Há, como já dito, três grandes correntes: a dos que entendem serem exigíveis todos os direitos classificados pela constituição como fundamentais, a dos que entendem serem exigíveis apenas os direitos negativos, já que os

¹¹ NOGUEIRA, Marco Aurélio. *O desafio de construir e consolidar direitos no mundo globalizado*. São Paulo: Cortez, 2004.

¹² ALEXY, Robert. *Teoria dos Direitos Fundamentais*. Trad. Virgílio Afonso da Silva. São Paulo: Malheiros Editores, 2008.

positivos, por demandarem recursos, vigeriam sob a *reserva do possível*, a depender de mediação legislativa e a dos que entendem haver um núcleo de direitos positivos ligados ao *mínimo existencial* que seria sempre exigível, quedando os demais direitos positivos sob a reserva do possível.¹³

O mínimo existencial corresponde a uma das projeções do direito à vida, juntamente, com o direito à dignidade, à integridade e à intimidade. São prestações materiais indispensáveis à existência humana digna, considerando-se não apenas a dimensão física (a sobrevivência e manutenção do corpo), mas também a espiritual e a intelectual. O acesso a tratamentos de saúde é prerrogativa inerente à dignidade humana, razão pela qual o Poder Público deve prover os meios necessários que garantam medicamentos a quem necessitar.

A inobservância dos direitos compreendidos nesse mínimo viola o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana, previsto no inciso III, do artigo 1º, da Constituição de 1988, que pressupõe um limite de dignidade do qual ninguém deve temer ficar aquém, o que gera ao indivíduo a garantia de um padrão mínimo de atendimento das necessidades pessoais.

Entende-se que há a positivação do direito ao mínimo existencial na Constituição brasileira (por exemplo, no princípio da dignidade da pessoa humana, na disciplina dos direitos fundamentais, na vinculação de receitas públicas às despesas com educação, saúde, etc.), bem como nas declarações internacionais dos direitos humanos.

Ainda, a proteção do mínimo existencial está ancorado na ética e se fundamenta na liberdade, na igualdade e na dignidade da pessoa humana. Representa um conjunto imprescindível de condições iniciais para o exercício da liberdade. Abrange qualquer direito (à saúde, à alimentação, etc.) considerado em sua dimensão essencial, inalienável e existencial.¹⁴

Dirley da Cunha Júnior ressalta que na Alemanha não tem a previsão constitucional considerável de direitos sociais como na Constituição brasileira, mas a doutrina e a jurisprudência têm reconhecido a garantia do mínimo existencial, devendo o Estado assegurar a existência vital da pessoa humana.¹⁵

No que pertine ao direito à saúde, condições mínimas são exigidas para efetivar a dignidade humana, como tratamento preventivo ou repressivo adequado, o que inclui o fornecimento de medicamentos considerados indispensáveis. Aqui, os Estados esbarram em um problema cada vez mais complexo, tendo em vista a demanda crescente diretamente

¹³ AMARAL, Gustavo. *Direito, Escassez & Escolha*. Rio de Janeiro: Lúmen Juris, 2010. p. 35.

¹⁴ TORRES, 2009, p. 13.

¹⁵ CUNHA JÚNIOR, Dirley da. *Curso de Direito Constitucional*. Salvador: JusPodivm, 2008.

proporcional à limitação de recursos disponíveis.

Cerca de 2 (dois) bilhões de pessoas não possuem acesso a medicamentos essenciais, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS - Estratégia sobre medicamentos: países no centro da questão, 2004-2007), o que gera inúmeros sofrimentos que poderiam ter sido evitados: saúde precária, dor, medo, perda da dignidade e morte. As políticas e instituições existentes em âmbito nacional não conseguem efetivar o tratamento universal e integral. O sistema nacional de suprimento de medicamentos, com frequência, não consegue atender todas as pessoas de baixa renda. Quando isso acontece, o setor privado também não o faz, pois os medicamentos são, na maioria das vezes, inacessíveis em razão de seu elevado preço.¹⁶

O tratamento médico preventivo, ou em caso de doença, dependem do acesso a medicamentos. Portanto, este acesso constitui uma parte indispensável do direito a desfrutar do mais elevado nível possível de saúde.

Apesar de o direito à saúde estar sujeito a limitações materiais, discute-se a hipótese de algumas obrigações decorrentes do direito à saúde não estarem sujeitas a restrições orçamentárias, como a obrigação de fornecer medicamentos básicos, à sobrevivência humana, aos que comprovarem insuficiência de renda, evitando a discriminação de fato ou a discriminação perante a lei. Para que este objetivo se concretize, a política de medicamentos almeja garantir o acesso a esses medicamentos em todo o território nacional, incluindo locais de difícil acesso, bem como por indivíduos e grupos em situações de vulnerabilidade, incluindo mulheres, minorias étnicas, populações indígenas, pessoas de baixa renda, idosos, pessoas com deficiência, detentos e outros.

Mesmo com a previsão constitucional de que o acesso à saúde é universal, independentemente da condição financeira individual, há quem entenda que o tratamento não inserido nos padrões básicos do Sistema Único de Saúde - SUS (ou seja, aqueles disponíveis apenas na rede privada, no Brasil ou no exterior) deve ser reclamado do Poder Público somente quando imprescindíveis, tanto pelos brasileiros quanto pelos estrangeiros, apenas se a pessoa não tiver meios de custeá-los sem prejudicar suas condições mínimas de sobrevivência.

George Marmelstein entende que a doutrina do mínimo existencial tem um lado positivo e um lado negativo. Quanto ao lado positivo, é legítimo afirmar que os direitos sociais possuem eficácia jurídica, podendo haver intervenção judicial para dar efetividade ao

¹⁶ HUNT, Paul. KHOSLA, Rajat. Acesso a medicamentos como um direito humano. *SUR: Revista Internacional de Direitos Humanos*. São Paulo, Prol editora gráfica, n. 8, jun. 2008. p. 101.

direito. Contudo, há um aspecto negativo: “um intérprete mesquinho pode utilizar a tese para esvaziar a força jurídica do direito, por exemplo, o que seria o mínimo existencial em educação? Seria apenas escrever o próprio nome?”.¹⁷

Ana Paula de Barcellos restringe o mínimo existencial à saúde básica, como atendimento materno-infantil, prevenção epidemiológica, atendimento ambulatorial. Acrescenta que a saída para a afirmação dos direitos sociais tem sido: a) a redução de sua fundamentalidade ao mínimo existencial, que representa a quantidade mínima de direitos sociais abaixo da qual o homem não tem condições para sobreviver com dignidade; b) a otimização da parte que sobreexcede os mínimos na via das políticas públicas, do orçamento e do exercício da cidadania.¹⁸

Na medida em que o poder público não tem logrado atender o compromisso básico com o direito à saúde, constata-se a existência de inúmeras ações judiciais tramitando nos Foros e Tribunais brasileiros, dentre as quais se destacam as demandas movidas por fornecimento dos medicamentos para o tratamento adequado e a garantia de uma sobrevida mais longa e com menor sofrimento e, portanto, mais digna.

Torres reconhece que, na omissão legislativa e administrativa, o Judiciário passou a assegurar o direito a remédios, o que constitui grande avanço na defesa do mínimo existencial. Ocorre que os tribunais não restringiram o direito aos pobres e aos miseráveis. As classes média e alta também conseguiram acesso a medicamentos caros e importados.¹⁹

Ora, os medicamentos são, em geral, inacessíveis às populações de baixa renda em razão de seu elevado preço. O sistema nacional de medicamentos busca atender a todos os necessitados. Com a determinação de atendimento individual, o sistema é atingido diretamente, o que será discutido em seguida pela verificação da judicialização da política de assistência farmacêutica.

2.1.1 A efetivação de direitos (como a judicialização da concessão de medicamentos) pode ser instrumento de agravamento das desigualdades sociais?

¹⁷ MARMELSTEIN, George. *Curso de Direitos Fundamentais*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009. p. 315.

¹⁸ BARCELLOS, Ana Paula de. *A Eficácia Jurídica dos Princípios Constitucionais*. O princípio da dignidade da pessoa humana. Rio de Janeiro: Renovar, 2008.

¹⁹ TORRES, 2009.

Outra linha argumentativa, traçada por Ricardo Lobo Torres, é no sentido de que a concessão de medicamentos em demandas individuais amplia as desigualdades sociais.

A crítica à individualização reza que a insistência do Judiciário brasileiro no adjudicar bens públicos individualizados (como os remédios), ao revés de determinar a implementação da política pública adequada, tem levado à predação da renda pública pelas elites, a exemplo do que ocorre em outros países.²⁰

Fátima Vieira Henriques defende que a captura pela classe média de boa parte dos recursos públicos destinados à saúde pública subverte por completo a função essencial dos direitos fundamentais sociais em sua feição positiva, qual seja, assegurar àqueles que não dispõem de recursos bastantes condições efetivas de exercer sua liberdade e desfrutar de verdadeira igualdade de oportunidades.²¹

As políticas públicas de saúde devem seguir a diretriz de reduzir as desigualdades econômicas e sociais. Contudo, quando o Judiciário assume o papel de protagonista na implementação dessas políticas, privilegia aqueles que possuem acesso qualificado à Justiça, seja por conhecerem seus direitos, seja por poderem arcar com os custos do processo judicial. Por isso, a possibilidade de o Judiciário determinar a entrega gratuita de medicamentos mais serviria à classe média que aos pobres.

Como já tratado acima, os medicamentos são, em geral, inacessíveis às populações de baixa renda em razão de seu elevado preço, muito embora o sistema nacional de medicamentos busque atender a todos os necessitados.

Daí decorre a necessidade de políticas, projetos e programas de saúde, que embora reconheçam as limitações materiais, verifiquem que algumas obrigações decorrentes do direito à saúde não estejam sujeitas a restrições orçamentárias.

É fato que tais políticas exigem programação complexa. O Supremo Tribunal Federal está vivendo o dilema de assumir políticas públicas: em inúmeros casos adjudicou individualmente bens públicos (remédios, tratamentos médicos, etc.), aplicando aos direitos prestacionais a lógica e a retórica dos direitos individuais.²²

Com a lei nº 8.080/90, que garantiu também o universal acesso aos medicamentos, foi criada a gratuidade nas prestações de saúde, definindo este direito como fundamental. Por outro lado, têm-se, no Brasil, dois sistemas de saúde: a) o SUS, gratuito, precário e com

²⁰ TORRES, 2009, p. 129.

²¹ HENRIQUES, Fátima Vieira. Direito prestacional à saúde e atuação jurisdicional. In: SOUZA NETO, Cláudio Pereira de; SARMENTO, Daniel (Coords.). *Direitos Sociais: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie*. Rio de Janeiro: Lúmen Juris, 2010. p. 827-858.

²² TORRES, Ricardo Lobo. *O direito ao mínimo existencial*. Rio de Janeiro: Renovar, 2009. p. 127.

acesso universal, que a prática reservou para os pobres e miseráveis; b) e o sistema privado, contributivo e de boa qualidade, reservado às classes economicamente superiores.

A partir de julgamento do STF, os tribunais de grau inferior passaram a sacar diretamente do art.196 da Constituição a fonte legitimadora da afirmação positiva das prestações na área de saúde nos casos de omissão administrativa ou legislativa. Isso trouxe avanço para a defesa do mínimo existencial e do direito à saúde. Mas, trouxe inúmeros exageros quanto à extensão do direito, que passou a aquinhoar também os ricos e se aplicou até mesmo à garantia de tratamento médico no estrangeiro.²³

Torres reforça que, no Brasil, o STF exige que a política pública de garantia do mínimo existencial seja dirigida aos pobres.²⁴ As Instâncias inferiores é que têm abusado na prática das concessões indiscriminadas de prestações positivas aos ricos e à classe média (como o fornecimento de medicamentos importados de alto preço).

Um dos argumentos contrários à judicialização dos direitos sociais defende o seu caráter antidemocrático, pois tais direitos se afirmam na via de eleições e das escolhas trágicas dos partidos políticos em torno de políticas públicas. As Cortes Constitucionais não podem agir contra as maiorias nas questões políticas. Os direitos sociais, dependentes de argumentos de *policy*, não são trunfos contra a maioria, como os fundamentais. As decisões casuísticas agravam as desigualdades entre as pessoas.

Gustavo Amaral revela que a justiça do caso concreto deve ser aquela que possa ser assegurada a todos que estão ou possam vir a estar em situação similar, sob pena de se quebrar a isonomia, em uma alusão à Teoria da Justiça, de John Rawls.²⁵

O acesso a medicamentos deve ser garantido, principalmente, a pessoas e grupos em situação de vulnerabilidade, como grupos indígenas, pessoas de baixa renda, com deficiência, entre outros.

²³ TORRES, 2009, p.254.

²⁴ TORRES, 2009.

²⁵ AMARAL, Gustavo. *Direito, Escassez & Escolha*. Rio de Janeiro: Lúmen Juris, 2010.

2.2 Limites à efetivação do direito à saúde. A reserva do possível e as escolhas trágicas.

Barroso aponta críticas ao ativismo judicial na efetivação de direitos sociais, como na concessão de medicamentos, em síntese: a) a circunstância de a norma constitucional aplicável estar positivada na forma de norma programática (classificação de José Afonso da Silva, em seu livro *Aplicabilidade das normas constitucionais*); b) o problema não é de mera interpretação de preceitos da Constituição, mas, antes, um problema de desenho institucional da política; c) a questão da legitimidade democrática, no sentido de que compete aos eleitos pelo voto popular a prerrogativa de decidir de que modo os recursos públicos devem ser gastos; d) a mais freqüente, a financeira, formulada sob a denominação de “*reserva do possível*”.²⁶

A primeira crítica considera que o direito à saúde não impõe ao Estado propriamente uma obrigação jurídica, mas traduz um princípio, segundo o qual a saúde para todos e cada um se incluem entre os fins estatais, e deve ser atendido. Assim, as normas programáticas estabelecidas na Constituição Federal não confeririam ao cidadão o direito subjetivo de exigir do Estado o fornecimento de remédios de alto-custo, em detrimento de outros doentes, igualmente carentes. A garantia do direito à saúde se dá por meio de políticas sociais e econômicas, não através de decisões judiciais. Além disso, os direitos prestacionais não seriam subjetivos, portanto, não são passíveis de serem assegurados em demandas individuais, somente em ações coletivas.

A segunda, defende que a melhor forma de otimizar a eficiência dos gastos públicos com saúde é conferir a competência para tomar decisões nesse campo ao Poder Executivo, que possui visão global tanto dos recursos disponíveis quanto das necessidades a serem supridas. As decisões judiciais que determinam a entrega gratuita de medicamentos pelo Poder Público levariam, portanto, à alteração do arranjo institucional concebido pela Constituição de 1988.

Outra limitação leva em consideração que os recursos são obtidos através da cobrança de impostos. É o próprio povo (que paga os impostos), diretamente ou por meio de seus representantes eleitos, quem deve decidir de que modo os recursos públicos devem ser gastos. E o povo pode, por exemplo, preferir priorizar medidas preventivas de proteção da saúde, ou concentrar a maior parte dos recursos públicos na educação das novas gerações.

²⁶ BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: Direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. *Revista Jurídica UNIJUS*. Uberaba, v. 15, p. 13-38, nov. 2008.

Essas três primeiras críticas são discutidas, e refratadas, ao longo deste trabalho. Pode-se, neste momento, afirmar que o Judiciário talvez seja o Poder do Estado que mais tenha condições de alterar uma realidade fática, em um curto espaço de tempo, retornando a demanda de um cidadão.

A argumentação mais difundida parte do pressuposto de que os recursos públicos seriam insuficientes para atender às necessidades sociais, impondo ao Estado sempre a tomada de decisões difíceis. Investir recursos em determinado setor sempre implica deixar de investi-los em outro. De fato, o orçamento apresenta-se, em regra, aquém da demanda social por efetivação de direitos, sejam individuais, sejam sociais. Luís Roberto Barroso cita como exemplo, o Estado do Rio de Janeiro que, em 2007, gastou com os programas de Assistência Farmacêutica R\$ 240.621.568,00, cifra bastante superior aos R\$ 102.960.276,00 que foram investidos em saneamento básico.²⁷

Limite fático intransponível para a implementação do orçamento é a consideração da carga tributária existente imposta à sociedade. O orçamento não pode extrair dos cidadãos tributos com efeitos de confisco, ou seja, que excedam os limites da razoabilidade.

Torres afirma que um dos problemas elencados do sistema único de saúde do Brasil é o do seu financiamento pelas contribuições sociais (PIS/PASEP, COFINS, CSLL), o que promove distorções no sistema financeiro brasileiro e que não encontra correspondência no direito comparado.²⁸

Realmente, constata-se que a limitação ao reconhecimento de um direito subjetivo individual à saúde como prestação (assim como ocorre com os demais direitos sociais prestacionais, tais como educação, assistência social, moradia, etc.) prende-se ao fato de que se cuida de direito que, por sua dimensão econômica, implica alocação de recursos materiais e humanos, encontrando-se, por esta razão, na dependência da efetiva disponibilidade destes recursos, estando, portanto, submetidos a uma reserva do possível. Com base nesta premissa e considerando que se cuida de recursos públicos, argumenta-se, ainda, que é apenas o legislador quem possui competência para decidir sobre a afetação destes recursos, falando-se, neste contexto, de um princípio da reserva parlamentar em matéria orçamentária, diretamente deduzido do princípio democrático e vinculado, por igual, ao princípio da separação dos poderes.

Torres explica que a expressão “reserva do possível” (*Vorberhalt des Möglichen*) foi gerada no Tribunal Constitucional Federal da Alemanha (*Bundesverfassungsgericht*), no

²⁷ BARROSO, 2008.

²⁸ TORRES, 2009.

julgado que discutia sobre a possibilidade de o Judiciário criar vagas na Faculdade de Medicina para estudantes habilitados no vestibular, mas não classificados.²⁹

O argumento que prevaleceu foi que a liberdade pessoal, em longo prazo, não pode ser realizada alijada da capacidade funcional e do balanceamento do todo, e que o pensamento das pretensões subjetivas ilimitadas às custas da coletividade é incompatível com a idéia de Estado Social. Se os recursos públicos, limitadamente disponíveis, beneficiarem apenas parte da população, preterindo-se outros interesses da coletividade, afrontaria justamente o mandamento de justiça social, concretizado no princípio da igualdade.

A decisão do Tribunal alemão reconhece que a concretização dos direitos sociais depende da disponibilidade dos respectivos recursos públicos necessários para a satisfação daqueles. No Brasil, há juristas que aceitam este entendimento, assim como decisões judiciais também aceitando a limitação de recursos como obstáculo à implementação dos direitos sociais.

A questão dos direitos fundamentais sociais enfrenta desafios no direito comparado que não se apresentam em nossa realidade. Alexy reconhece que a própria existência de direitos fundamentais sociais é questionada em países cujas Constituições não os prevêm de maneira expressa ou não lhes atribuem eficácia plena.³⁰ É o caso da Alemanha, por exemplo, cuja Constituição Federal praticamente não contém direitos fundamentais de maneira expressa.

Agora, apesar de ser uma teoria bastante plausível e inteligível, é preciso levar em consideração as circunstâncias históricas, culturais, econômicas, bem distintas entre Brasil e Alemanha. Não se pode, simplesmente, importar uma teoria alemã para justificar um comportamento do Poder Público brasileiro. Nesta linha, Dirley da Cunha Júnior (2008) afirma que é

[...] completamente sem sentido aplicar, descuidadamente e sem critérios, ao Brasil, um país em desenvolvimento ou periférico, teorias jurídicas hauridas de países desenvolvidos ou centrais. A adoção de soluções estrangeiras nem sempre se compatibiliza com a realidade jurídica e material do Estado brasileiro.³¹

O contexto social alemão é o do Estado de bem-estar social, já o do Brasil é de um país onde milhares de pessoas não têm o que comer e são desprovidas de condições mínimas de

²⁹ TORRES, 2009.

³⁰ ALEXY, 2008.

³¹ CUNHA JÚNIOR, 2008.

existência digna, de tal modo que a efetividade dos direitos sociais ainda depende de um processo de transformações econômicas e sociais.

Num Estado em que o povo carece de um padrão mínimo de prestações sociais para sobreviver, os direitos sociais não podem ficar reféns de condicionamentos do tipo da reserva do possível. Não se trata de desconsiderar que o Direito não tem a capacidade de gerar recursos materiais para sua efetivação. Agora, o Judiciário pode e deve participar da distribuição dos recursos existentes, retirando-os de outras áreas, como festas pomposas, seguranças desnecessárias, pagamentos de diárias excessivas, gastos em publicidade, etc., para destiná-los ao atendimento das necessidades vitais do homem, dotando-o das condições mínimas de existência.³²

Em verdade, os direitos sociais não são os únicos a custar dinheiro. Também os direitos individuais demandam gastos por parte do Poder Público. A diferença entre essas categorias de direitos, portanto, não é de natureza, mais de grau. Agora, diferentemente dos individuais, os direitos sociais dependem de prestações materiais positivas do Estado para sua implementação, enfrentando assim o problema da escassez dos recursos públicos, o que provoca uma relação entre a escassez relativa de recursos e as escolhas que deverão ser feitas. Isto porque decidir investir os recursos em determinadas áreas significa, no mais das vezes, deixar de atender outras necessidades.

Flávio Galdino reforça que “quando afirmados direitos que demandam prestações estatais entram em choque, é inevitável uma opção, trágica no sentido de que algum não será atendido (ao menos em alguma medida)”.³³ O Estado pode ter que fazer uma opção entre investir em moradia ou em educação, já que nem sempre há recursos para ambos, o que leva às escolhas trágicas.

O Poder Judiciário, quando julgar demandas que importem em alocação de recursos, deve levar em conta que sua decisão pode interferir na realização de outros direitos.

George Marmelstein cita, como exemplo, uma ordem judicial para construção de um hospital, por pequeno Município, capaz de atender toda a população com os equipamentos mais avançados. Seria uma ordem ineficaz, por falta de recursos, ou acarretaria um grave problema orçamentário.³⁴

Gustavo Amaral reforça que direitos fundamentais cuja satisfação demanda a disponibilização de meios materiais revelam que outro problema, a escassez que surge

³² CUNHA JÚNIOR, 2008, p. 713.

³³ GALDINO, Flávio. *Introdução à teoria dos custos dos direitos: Direitos não nascem em árvores*. Rio de Janeiro: Lúmem Juris, 2005. p. 159.

³⁴ MARMELESTEIN, George. *Curso de Direitos Fundamentais*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009. p. 322.

exatamente por que os recursos são finitos.³⁵ Daí a importância da ponderação do Judiciário na alocação de recursos. Ainda, argumenta que o Poder Judiciário, o qual estaria vocacionado a concretizar a justiça do caso concreto (microjustiça), muitas vezes não teria condições de, ao examinar determinada pretensão à prestação de um direito social, analisar as consequências globais da destinação de recursos públicos em benefício da parte, com invariável prejuízo para o todo.

Os condicionamentos impostos pela reserva do possível ao processo de concretização dos direitos de segunda geração (de implementação onerosa) traduzem um binômio que compreende, de um lado, a razoabilidade da pretensão individual/ social de deduzida em face do Poder Judiciário e, de outro, a existência de disponibilidade financeira do Estado para tornar efetivas as prestações positivas dele reclamadas.

O problema de condicionar a realização dos direitos sociais à existência de recursos disponíveis, no contexto brasileiro, significa reduzir a eficácia destes direitos a um mínimo inaceitável, relativizando sua universalidade. Uma saída seria o remanejamento dos recursos aplicados em áreas não tão essenciais, como transporte, fomento econômico, para áreas de essencialidade incontroversa e necessidade premente, como as relacionadas à vida, à integridade física e à saúde do ser humano.

George Marmelstein argumenta que a reserva do possível somente pode ser acolhida se o Poder Público demonstrar que a decisão causará mais danos que vantagens à efetivação dos direitos fundamentais. O ônus da prova de que não há recursos para realizar os direitos é do Poder Público.³⁶

Ressalte-se, por oportuno, que a competência reservada ao legislador para elaboração da lei orçamentária não é absoluta, estando sujeita a normas constitucionais e, em consequência, ao controle judicial. E que a reserva do possível (limite fático) não é aplicada ao mínimo existencial, que se vincula à reserva orçamentária (limite jurídico), que pode ser verificada pelo Judiciário nos casos de omissão administrativa ou legislativa.³⁷

O orçamento é uma lei que deve ser respeitada, sim, mas a sua observância está vinculada à observância do mínimo existencial, ou seja, se este não for atendido, o Judiciário está automaticamente legitimado a interferir para garanti-lo.

Assim, ao Judiciário, cabe respeitar as leis orçamentárias, somente podendo-se admitir interferência na execução das políticas públicas quando, pela ponderação de valores, verificar-

³⁵ AMARAL, 2010.

³⁶ MARMELSTEIN, 2009, p. 324.

³⁷ TORRES, 2009, p. 106.

se o desrespeito do mínimo existencial. Inclusive, o Superior Tribunal de Justiça já determinou o bloqueio de contas públicas para garantir o custeio de tratamento médico indispensável para concretizar o princípio da dignidade da pessoa humana e o do direito à vida e à saúde (STJ, RESP 820.674, Ac. da 2ª T., de 18.05.2006, Rel.Min. Eliana Calmon, DJ 14/06/2006).

Agora, há precedente no Supremo Tribunal Federal em sentido contrário, possibilitando que o Executivo não pague precatório judicial se não houver recursos disponíveis (STF, IF 492, Ac. do Pleno, de 26.03.2003, Rel.Min. Gilmar Mendes, DJ 01/08/2003).

Figueiredo afirma que é no âmbito do princípio da integralidade da assistência que se travam as discussões mais difíceis envolvendo as demandas administrativas e judiciais pelo fornecimento de prestações materiais decorrentes do direito à saúde (medicamentos, exames, cirurgias, tratamentos, atendimentos especializados, etc.).³⁸ As limitações de recursos são comumente deduzidas em juízo sob o argumento da “reserva do possível”. Em contrapartida, a garantia de proteção e implementação do denominado “mínimo existencial”, ou seja, das condições materiais mínimas à vida humana com dignidade e saúde, passam pelo fornecimento de prestações materiais que assegurem a vida saudável. A solução para tais controvérsias, seja na definição das políticas públicas, seja quando da judicialização da questão, passa por uma análise de cada caso, pautada pelo balanceamento entre diversos princípios incidentes, entre os quais a dignidade da pessoa humana e a razoabilidade.

O conflito entre o argumento da “reserva do possível” e a garantia do mínimo existencial já aparece na jurisprudência e, de modo geral, tem-se resolvido em favor da prevalência deste último, como decorrência do princípio da dignidade da pessoa humana e dos direitos à proteção da vida e da saúde. Neste sentido, confira-se trecho da decisão paradigmática do Ministro Celso de Mello, na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº45, que enfrentou a reserva do possível considerando a impossibilidade de sua invocação quando ocasionar aniquilação de direitos constitucionais impregnados de um sentido de essencial fundamentalidade:

É que a realização dos direitos econômicos, sociais e culturais, além de caracterizar-se pela gradualidade de seu processo de concretização, depende, em grande medida, de um inescapável vínculo financeiro subordinado às possibilidades orçamentárias do Estado, de tal modo que, comprovada, objetivamente a incapacidade econômico-financeira da pessoa estatal, desta não se poderá razoavelmente exigir, considerada a limitação material

³⁸ FIGUEREIDO, Mariana Filchtiner. *Direito à saúde*. Leis nº8.080/90 e nº8.142/90. Salvador: JusPodivm, 2009. p. 41.

referida, a imediata efetivação do comando fundado no texto da Carta Política.

Não se mostrará lícito, no entanto, ao Poder Público, em tal hipótese, mediante indevida manipulação de sua atividade financeira e/ou político-administrativa, criar obstáculo artificial que revele o ilegítimo, arbitrário e censurável propósito de fraudar, de frustrar e de inviabilizar o estabelecimento e a preservação, em favor da pessoa e dos cidadãos, de condições materiais mínimas de existência.

Cumpre advertir, desse modo, que a 'cláusula da reserva do possível', ressalvada a ocorrência de justo motivo objetivamente aferível, não pode ser invocada, pelo Estado, com a finalidade de exonerar-se do cumprimento de suas obrigações constitucionais, notadamente quando, dessa conduta governamental negativa, puder resultar nulificação ou, até mesmo, aniquilação de direitos constitucionais impregnados de um sentido de essencial fundamentalidade.³⁹

Neste momento, pode-se afirmar que a argumentação principal contra a concessão de prestações materiais, como medicamentos, é a escassez de recursos, necessários para a concretização de direitos. Registre-se que, no Brasil, o direito à saúde ultrapassa o delicado problema da falta de remédios, incluindo a deficiência de leitos nos hospitais, órgãos para transplantes, agentes qualificados, tornando o problema da efetivação do direito à saúde, ainda, mais complexo.

Assim, o orçamento deve ser a chave para um planejamento válido e eficiente que possibilite o reconhecimento da escassez de recursos, mas que estabeleça condições para a efetivação dos direitos considerados vitais para a sobrevivência do homem com dignidade.

Robert Alexy constata a necessidade de um modelo que leve em conta todos os argumentos favoráveis e contrários aos direitos sociais, da seguinte forma:

Considerando os argumentos contrários e favoráveis aos direitos fundamentais sociais, fica claro que ambos os lados dispõem de argumentos de peso. A solução consiste em um modelo que leve em consideração tanto os argumentos a favor quanto os argumentos contrários. Esse modelo é a expressão da idéia-guia formal apresentada anteriormente, segundo a qual os direitos fundamentais da Constituição alemã são posições que, do ponto de vista do direito constitucional, são tão importantes que a decisão sobre garanti-las ou não garanti-las não pode ser simplesmente deixada para a maioria parlamentar.

[(...)] De acordo com essa fórmula, a questão acerca de quais direitos fundamentais sociais o indivíduo definitivamente tem é uma questão de sopesamento entre princípios. De um lado está, sobretudo, o princípio da liberdade fática. Do outro lado estão os princípios formais da competência decisória do legislador democraticamente legitimado e o princípio da separação de poderes, além de princípios materiais, que dizem respeito

³⁹ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. ADPF-MC Nº 45. Relator Ministro Celso de Mello. Brasília, Distrito Federal, publicado no Diário de Justiça de 04/05/2004.

sobretudo à liberdade jurídica de terceiros, mas também a outros direitos fundamentais sociais e a interesses coletivos.⁴⁰

Ainda, deve-se considerar no atendimento judicial das demandas por medicamentos critérios objetivos relacionados aos mesmos, como, por exemplo, se já foi testado, o porquê de não ter sido registrado na ANVISA e de não constar na listagem oficial (RENAME).

Por outro lado, os medicamentos possuem um custo que leva em consideração o processo desenvolvido desde a pesquisa, passando pelos royalties, direitos de patente pertencentes aos laboratórios, o que leva a uma discussão que ultraopassa as barreiras deste trabalho.

Gustavo Amaral enfatiza que a solução apresentada da quebra de patentes é uma questão complexa, pois os investimentos em pesquisa e desenvolvimento de medicamentos são muito altos e somente são atraentes se o investidor tiver a certeza do retorno com a venda e a comercialização do produto, levando-se em consideração, ainda, que tal retorno deve compensar as pesquisas malsucedidas.⁴¹

2.2.1 Despesas realizadas pelo Ministério da Saúde e pela Fundação Municipal de Saúde com fornecimento de medicamentos

Configurado, como explicitado acima, a colisão de direitos/ princípios entre o direito ao acesso à saúde em detrimento da reserva do possível, demonstra-se neste momento, como ilustração, o volume de recursos públicos gastos com as demandas de medicamentos no Judiciário, efetuado pela Fundação Municipal de Saúde, gestora do SUS no Piauí.

Segundo dados obtidos na Fundação Municipal de Saúde, gestora do SUS no Estado do Piauí, no período compreendido entre 01 de janeiro de 2009 a 21 de maio de 2010, a quantia de R\$ 653.123,00 (seiscentos e cinquenta e três mil, cento e vinte e três reais) fora despendida com o pagamento de fornecedores de medicamentos (vide anexo).

Desse valor, R\$ 471.883,00 (quatrocentos e setenta e um mil, oitocentos e oitenta e três reais) foram pagos à Expomed Comércio e Produtos Farmacêuticos Ltda., referentes ao fornecimento de medicamentos como o Herceptin 440 mg, o Mabthera 100 e 500 mg, utilizados no combate à neoplasia maligna (câncer).

Outro fornecedor, Medlog Comércio de Medicamentos Ltda., recebeu a quantia de R\$

⁴⁰ ALEXY, 2008, p. 511-512.

⁴¹ AMARAL, 2010.

181.240,00 (cento e oitenta e um mil, duzentos e quarenta reais), com a observação de serem pertinentes a medicamentos diversos, não padronizados pelo SUS, como o Avastin.

Um dado relevante para o debate é que somente oito pessoas foram beneficiadas com tais concessões, sendo que uma única paciente, de iniciais M. J. T. M., recebeu medicamentos que totalizaram R\$ 278.463,00 (duzentos e setenta e oito mil, quatrocentos e sessenta e três reais).

Ainda, dados obtidos no portal da Saúde (<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm>, acessado em 07 de julho de 2010), do Ministério da Saúde, no *link* da Sala de Situação em Saúde (http://189.28.128.178/sage/gestao_saude/fundo_a_fundo/fundo_blocos_detalha.php?uf=22&ibge=&cobloco=4&cg=&tc=&rm=®i=&ufcidade=Piauí&category=2009#, acessado em 07 de julho de 2010), demonstram que foram gastos, no ano de 2009, no Estado do Piauí R\$ 12.041.753,00 (doze milhões, quarenta e um mil, setecentos e cinquenta e três reais) com aquisição de medicamentos de dispensação excepcional.

São valores significativos para um Estado com extremas dificuldades econômicas como o Piauí. Retorna-se ao tema das escolhas trágicas. Respeitar, proteger e promover determinado direito pode resultar em violação a outro direito. Daí a importância em conhecer a política pública correspondente.

3. A COMPETÊNCIA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A partir da Constituição Federal de 1988, todos os brasileiros, independentemente de vínculo empregatício, passaram a ser titulares do direito à saúde, que inclui o serviço público de assistência farmacêutica. O direito à saúde está assegurado no art.6º, da Constituição Federal, e disciplinado nos artigos 196 a 200, dentro do capítulo da Seguridade Social (juntamente com a Previdência Social e com a Assistência Social). Dispõe o artigo 196 que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”¹

A competência para legislar sobre proteção e defesa da saúde é atribuída pela Constituição concorrentemente à União, aos Estados e aos Municípios (art. 24, XII, e 30, II, da Constituição Federal). À União cabe o estabelecimento de normas gerais (art. 24, § 1º); aos Estados, suplementar a legislação federal (art. 24, § 2º); e aos Municípios, legislar sobre os assuntos de interesse local, podendo igualmente suplementar a legislação federal e a estadual, no que couber (art. 30, I e II).

Já em relação à possibilidade de formular e executar políticas públicas de saúde, a Constituição atribuiu competência comum à União, aos Estados e aos Municípios, de acordo com o art. 23, inciso II. Os três entes que compõem a federação brasileira podem formular e executar políticas de saúde. No âmbito da União, a direção do Sistema Único de Saúde (SUS) ficará a cargo do Ministério da Saúde; nos Estados e no Distrito Federal, das Secretarias de Saúde ou de órgãos equivalentes; na esfera dos Municípios, da Secretaria de Saúde local ou de qualquer entidade correspondente (Lei nº 8.080/90, art. 9º).

Assim, os serviços de saúde são de competência constitucional compartilhada dos quatro entes federativos e, conforme estabelece o art.198, da Constituição Federal, tais serviços públicos integram uma rede que constituem um sistema único, pautado

com as seguintes diretrizes: I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade.²

¹ BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 44. ed. São Paulo: Saraiva, 2010. p. 147.

² BRASIL, 2010, p. 147.

Após a entrada em vigor da Constituição Federal, foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), em setembro de 1990, que estabelece a estrutura e o modelo operacional do SUS (Sistema Único de Saúde), propondo a sua forma de organização e de funcionamento. O SUS consiste numa rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta.

Além do SUS, deve-se destacar a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), pela lei nº 9.782/99, que busca garantir condições para a segurança e qualidade dos medicamentos consumidos no País. A lei nº 8.080/90, em seu art.6, §1º, conceitua vigilância sanitária como o “conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo o controle dos medicamentos”³.

O Art. 8º, da lei nº 9.782/99, determina que incumbe à Agência Nacional de Vigilância Sanitária regulamentar, controlar e fiscalizar os produtos e serviços que envolvam risco à saúde pública, considerando-se bens e produtos submetidos ao controle e fiscalização sanitária pela Agência os medicamentos de uso humano, suas substâncias ativas e demais insumos, processos e tecnologias⁴.

Portanto, à ANVISA compete autorizar o registro de um medicamento, controlar os seus efeitos e fiscalizar os mecanismos de dispensação, o que repercute (e revela sua importância) diretamente na política de medicamentos. Tendo em vista as especificidades de sua atuação, a referida autarquia não fará parte do objeto de estudo deste trabalho.

Com a Lei nº 8.080/90, fica regulamentado o Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecido pela Constituição Federal de 1988, que agrega todos os serviços estatais – das esferas federal, estadual e municipal – e os serviços privados e que é responsabilizado, ainda que sem exclusividade, pela concretização dos princípios constitucionais. A iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar, desde que contratados ou conveniados.

O financiamento do SUS é realizado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes; e todos os entes devem aplicar, anualmente, recursos mínimos para manter o SUS (art.198, §§1º e 2º, CF).

³ BRASIL. Lei nº8.080/90. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em 07 mar.2010.

⁴ BRASIL. Lei nº9.789/99. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9789.htm. Acesso em 07 mar.2010.

As Normas Operacionais Básicas (NOB) números 01/91, 01/92, 01/93 e 01/96, bem como as Normas de Assistência à Saúde (NOAS) números 01/2001 e 01/2002, por sua vez, a partir da avaliação do estágio de implantação e desempenho do SUS, se voltam, mais direta e imediatamente, para a definição de estratégias e movimentos táticos, que orientam a operacionalidade deste Sistema.

A Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 foi aprovada pela Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002, que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

Por outro lado, entre as principais atribuições do SUS, está a “formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção” (art. 6º, VI). No mesmo art.6º, I, *d*, da Lei nº 8.080/90, consta a competência do SUS para executar ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica⁵.

De acordo com a Portaria nº 3.916/GM⁶, de 30 de outubro de 1998, vigente até 04/09/2010 (de acordo com a Portaria nº 2.230, publicada no D.O.U., do dia 24/09/2009), a Política Nacional de Medicamentos, como parte essencial da Política Nacional de Saúde, constitui um dos elementos fundamentais para a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população. Objetiva garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais.

Dentro de uma perspectiva descentralizadora do SUS, a Política de Medicamentos define planos, programas e atividades específicas nas esferas federal, estadual e municipal. Almeja concretizar metas do plano de governo, integrar os esforços voltados à consolidação do SUS, contribuir para o desenvolvimento social do País e orientar a execução das ações e metas prioritárias fixadas pelo Ministério da Saúde.

A assistência farmacêutica envolve o abastecimento, a conservação, o controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a

⁵ BRASIL. Lei nº8.080/90. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 07 mar.2010.

⁶ BRASIL. Portaria nº3.916/90. Acesso em 07 mar.2010.

educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos, conforme estabelece a Política Nacional de Medicamentos.⁷

Além de estruturar o SUS e de fixar suas atribuições, a Lei nº 8.080/90 (art. 7º, I e IX) estabelece os princípios pelos quais sua atuação deve se orientar, dentre os quais vale destacar o da universalidade – por força do qual se garante a todas as pessoas o acesso às ações e serviços de saúde disponíveis – e o da subsidiariedade e da municipalização, que procura enfatizar a descentralização dos serviços de saúde para os Municípios na execução das políticas de saúde em geral, e de distribuição de medicamentos em particular.

Marta Arretche esclarece que há dados que demonstram que, ao longo da década de 1990, o governo federal foi muito bem sucedido em transferir para os municípios brasileiros a responsabilidade pela gestão da atenção básica à saúde, ocorrida com a construção do SUS (Sistema Único de Saúde).⁸

Ocorre que, com fundamento na Constituição Federal, como será verificado em decisões judiciais analisadas neste trabalho, os Tribunais vêm decidindo que a descentralização do SUS não afasta a solidariedade existente entre os entes da Federação na distribuição de medicamentos. Assim, os Municípios não têm exclusividade no fornecimento de medicamentos à população, pelo SUS. Todos os entes possuem responsabilidade solidária nesta área fundamental do direito à saúde, ainda que a União e os Estados de forma complementar, já que estes possuem atribuições para dispensação de medicamentos estratégicos e excepcionais, respectivamente, de acordo com a regulamentação (leis e portarias acima) realizada e atualizada pelo Ministério da Saúde.

O Supremo Tribunal Federal pacificou entendimento de que o:

Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano de organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional.⁹

Acerca da solidariedade pela efetivação do direito à saúde, observe-se, ainda, a decisão do Tribunal de Justiça/RJ, apelação nº 2003.001.04516, distribuído em 10.03.2003, Relator.

⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Política Nacional de Medicamentos 2001*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://www.opas.org.br/medicamentos/site/UploadArq/pnm.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2010.

⁸ ARRETCHE, Marta. Relações federativas nas políticas sociais. *Educação e Sociedade*. Campinas, v. 23, n. 80, p. 25-48, set. 2002.

⁹ STF. 2ª Turma, RE 271286/AGR/RS, Min. Celso Melo. In: BRASIL. *Supremo Tribunal Federal*. 44. ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

Des. Nagibi Slaibi Filho:

FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO. DOENÇA GRAVE. ART.23. ART.196. CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1998. MANDADO DE SEGURANÇA. ORDEM CONCEDIDA.

Saúde pública. Fornecimento gratuito de medicamentos a portador de insuficiência renal crônica. É dever comum das entidades federativas cuidar da saúde e assistência pública, a luz do disposto do art. 196 e art.198 da Constituição Federal. O Estado desempenha papel relevante nessa tarefa, porquanto a Constituição Federal, em seu art. 23 II, atribui-lhe competência comum para, juntamente com a União, o Distrito Federal e os Municípios, cuidar da saúde pública, da proteção e garantia de pessoas portadoras de deficiência. Sendo assim, não pode recusar o fornecimento dos remédios necessários á sobrevivência dos portadores de insuficiência renal crônica, economicamente hipossuficientes. Concessão de segurança.¹⁰

Portanto, a Lei nº 8.080/90 definiu o que cabe a cada um dos entes federativos na matéria. À direção nacional do SUS, atribui a competência de “prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional” (art. 16, XIII), devendo “promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal” (art. 16, XV). À direção estadual do SUS, a Lei nº 8.080/90, em seu art.17, atribui as competências de promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde, de lhes prestar apoio técnico e financeiro, e de executar supletivamente ações e serviços de saúde. Por fim, à direção municipal do SUS, incumbiu de planejar, organizar, controlar, gerir e executar os serviços públicos de saúde (art. 18, I e III).

Assim, Estados e União Federal possuem competências próprias, além de executar políticas sanitárias de modo supletivo, suprindo eventuais ausências dos Municípios. Trata-se de decorrência do princípio da descentralização administrativa. Como antes ressaltado, a distribuição de competências promovida pela Constituição e pela Lei nº 8.080/90 orienta-se pelas noções de subsidiariedade e de municipalização.

A Lei nº 8.080/90 se fez acompanhar de vasta regulamentação, realizada através de portarias editadas pelo Ministério da Saúde. A Portaria 2203/96 instituiu a *Norma Operacional Básica do SUS* (NOB), que trata da edição de normas operacionais para o funcionamento do sistema. Além das NOBs: 01/91, 01/92, 01/93 e 01/96, foram editadas duas Normas de Assistência à Saúde (NOAS) números 01/2001 e 01/2002, como produto da

¹⁰ BRASIL. TRIBUNAL DE JUSTIÇA-RJ. *Apelação nº 2003.001.04516*. Distribuído em 10 mar. 2003.

necessidade de cooperação entre estes gestores, de modo a viabilizar a descentralização do Sistema.

A Lei nº 8.080/90 disciplina, ainda, a participação dos três entes no financiamento do sistema. Agora, o fato de um ente da Federação ser o responsável perante a população pelo fornecimento de determinado bem não significa que lhe caiba custeá-lo sozinho ou isoladamente.

Celina Souza aponta que, apesar da capacidade desigual dos governos locais brasileiros de proverem serviços públicos, muitos estão promovendo a mudança na governança local, não só como resultado dos mandamentos constitucionais, dos incentivos criados pelo governo federal (especialmente para educação e saúde), mas também por políticas desenhadas localmente, eles vêm conseguindo prover serviços sociais, antes realizados pelo governo federal.¹¹

O desenho institucional da política é uma variável importante para que a descentralização ocorra. A municipalização das políticas de saúde e educação são consideradas bem sucedidas (com mecanismos de recompensas e sanções caso os governos subnacionais não aderissem a elas), enquanto saneamento, habitação e assistência social não obtiveram o mesmo resultado, seja pela escassez de recursos (saneamento), pelo débito acumulado (habitação), pela ausência de repasses regulares.¹²

Judith Tendler sustenta que a descentralização é o melhor caminho para melhorar o governo local. Agora, as melhorias constatadas pela autora são menos decorrentes da descentralização, e mais de uma dinâmica de três direções entre o governo local, a sociedade civil e um governo central dinâmico.¹³

O foco da presente pesquisa não é a descentralização. Agora, deve-se considerar que tanto a mudança do comportamento do governo federal, principalmente incentivando financeiramente os governos subnacionais, quanto a mudança do comportamento dos entes locais, com a criação de espaços de participação e controle públicos, levam a uma efetiva implementação descentralizadora das políticas sociais. A política descentralizadora de medicamentos depende de um complexo mecanismo de distribuição à população necessitada para a sua efetivação, como será demonstrado a seguir.

Luís Roberto Barroso demonstra que, no que toca particularmente à distribuição de

¹¹ SOUZA, Celina. Governos locais e gestão de políticas sociais universais. *São Paulo em perspectiva*. São Paulo, v. 18, p. 27-41, jun. 2004.

¹² SOUZA, 2004, p. 36.

¹³ TENDLER, Judith. *Bom governo nos trópicos: Uma visão crítica*. Trad. Maria Cristina Cupertino. Rio de Janeiro/Brasília, DF: Revan/ENAP, 1998.

medicamentos, a competência de União, Estados e Municípios não está explicitada na Constituição, mas na legislação infraconstitucional e por atos administrativos. A definição de critérios para a repartição de competências é esboçada em inúmeros atos administrativos federais, estaduais e municipais, sendo a principal referência deles a Portaria nº 3.916/98, do Ministério da Saúde.¹⁴

A Portaria nº 3.916/98, de 30 de outubro de 1998, considerada a matriz de toda a estrutura de fornecimento de medicamentos, estabelece a Política Nacional de Medicamentos e define as diretrizes, as prioridades e as responsabilidades da Assistência Farmacêutica para os gestores federal, estadual e municipal do Sistema Único de Saúde (SUS). De forma simplificada, os diferentes níveis federativos, em colaboração, elaboram listas de medicamentos que serão adquiridos e fornecidos à população. No item nº 5 da Portaria nº 3.916 está disposto:

No que respeita às funções do Estado, os gestores, em cumprimento aos princípios do SUS, atuarão no sentido de viabilizar o propósito desta Política de Medicamentos, qual seja, o de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais.¹⁵

As regulamentações seguintes são baseadas em suas disposições, basicamente, atualizando-as. Por exemplo: a) a Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto; b) a Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle; c) a Lei nº 11.347, de 27 de setembro de 2006, que dispõe sobre o fornecimento de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e o monitoramento da glicemia capilar; d) a Portaria nº 2.583/GM, de 10 de outubro de 2007, que define o elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus.

Conforme já revelado, a jurisprudência tem entendido que a responsabilidade pelo fornecimento de medicamentos é de todos os entes federativos, com atribuições específicas

¹⁴ BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: Direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. *Revista Jurídica UNIJUS*. Uberaba, v. 15, p. 13-38, nov. 2008.

¹⁵ BRASIL. PORTARIA nº 3.916/98, 30 out. 1998.

para cada esfera de governo, conforme diretriz da política descentralizadora do SUS. Em linhas gerais, a Portaria nº204/2007, do Ministério da Saúde, atribui aos Municípios o fornecimento dos medicamentos essenciais, considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população; aos Estados, os medicamentos excepcionais (o art. 2º, da Portaria GM nº 2.981 de 26/11/2009, altera a denominação do Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional descrito no inciso III, art. 24º, seção IV, da Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para Componente Especializado da Assistência Farmacêutica), utilizados em doenças raras, geralmente de custo elevado, cuja dispensação atende a casos específicos para tratamento de doenças mais complexas; e à União, os medicamentos estratégicos, aqueles utilizados para o tratamento de doenças de perfil endêmico, como a tuberculose, hanseníase, AIDS, leishmaniose, malária, esquistossomose, filariose, tracoma e peste, além dos hipoglicemiantes para o tratamento do diabetes, e dos hemoderivados (medicamentos produzidos a partir do sangue humano ou de suas frações) para o tratamento da hemofilia.

Ainda em 2003, o Ministério da Saúde instituiu o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF), vinculado à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), tendo como principais competências: - participar da formulação, implementação e coordenação da gestão das políticas nacionais de Assistência Farmacêutica e de Medicamentos, incluindo sangue, hemoderivados, vacinas e imunobiológicos; - prestar cooperação técnica para o aperfeiçoamento da capacidade gerencial e operacional de Estados, Municípios e do Distrito Federal; - normatizar, promover e coordenar a organização da assistência farmacêutica, nos diferentes níveis da atenção à saúde, obedecendo os princípios e diretrizes do SUS; - formular e propor diretrizes para as áreas e temas estratégicos com vistas à implementação da Política Nacional de Saúde; - coordenar a aquisição e distribuição de insumos estratégicos para a saúde, em particular para a assistência farmacêutica; - propor acordos e convênios com os Estados, Distrito Federal e Municípios para a execução descentralizada de programas e projetos especiais no âmbito do SUS; - orientar, capacitar e promover ações de suporte aos agentes envolvidos no processo de assistência farmacêutica e insumos estratégicos, com vistas à sustentabilidade dos programas e projetos em sua área de atuação.

O DAF é composto pelas seguintes coordenações: Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica Básica, Coordenação-Geral de Medicamentos de Dispensação Excepcional, Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica e Medicamentos Estratégicos e Coordenação-Geral de Gestão.

Passa-se a descrever, então, a competência, os mecanismos de dispensação e de financiamento da Assistência Farmacêutica Básica, do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) e dos medicamentos estratégicos.

De acordo com a Portaria nº 3.916/98, atualizada com a Portaria 2.982/2009, de 26 de novembro de 2009 (vigente desde 1º de janeiro de 2010 e que aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica) integra o elenco dos medicamentos essenciais (componentes da Assistência Farmacêutica Básica), aqueles produtos considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população. Esses produtos devem estar continuamente disponíveis aos segmentos da sociedade que deles necessitem nas formas farmacêuticas apropriadas. Compõem uma relação nacional de referência que servirá de base para o direcionamento da produção farmacêutica e para o desenvolvimento científico e tecnológico. Ainda, servem para a definição de listas de medicamentos essenciais nos âmbitos estadual e municipal, que deverão ser estabelecidas com o apoio do gestor federal e segundo a situação epidemiológica respectiva.

A Assistência Farmacêutica na Atenção Básica é financiada pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios.¹⁶ De acordo com a Portaria 2.982/2009, em seu art.2º, a partida federal é de R\$ 5,10/habitante/ano; e as contrapartidas estadual e municipal devem ser de no mínimo R\$ 1,86/habitante/ano cada, sendo que esses recursos devem ser aplicados no custeio dos medicamentos destinados aos agravos prevalentes e prioritários da Atenção Básica, presentes na RENAME vigente.

Assim, o financiamento da assistência farmacêutica na Atenção Básica é realizado pelas três esferas de governo. O §2º do mesmo art.2º, determina que os recursos financeiros do Ministério da Saúde são transferidos em parcelas mensais, correspondendo a 1/12 (um doze avos).

Por outro lado, o §2º do art.3º, da Portaria 2.982/2009, estabelece que, considerando o perfil epidemiológico local/regional, não é obrigatória a disponibilização de todos os medicamentos relacionados nos Anexos I, II e III pelos Municípios e pelo Distrito Federal.

E o §4º explicita que não poderão ser custeados com recursos previstos no art. 2º desta Portaria medicamentos não-constantemente da RENAME vigente e dos anexos II e III. Assim, não há obrigação de fornecimento de todos os medicamentos constantes no RENAME (levando-se em conta os aspectos regionais), nem de medicamentos ausentes da mesma lista.

¹⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. *Componente da Assistência Farmacêutica Básica*. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1462. Acesso em: 17 jun. 2010.

Um percentual de até 15% das contrapartidas estaduais e municipais pode ser aplicado também em ações de estruturação das Farmácias do SUS, e qualificação dos serviços farmacêuticos destinados à Assistência Farmacêutica Básica, de acordo com o art. 5º, sendo vedada a utilização dos recursos federais para esta finalidade.

O montante federal é repassado mensalmente pelo Fundo Nacional de Saúde, aos Estados e/ou Municípios, de forma regular e automática, em parcelas de um doze avos. A contrapartida estadual é realizada por meio do repasse de recursos financeiros aos Municípios, ou em alguns casos, por meio do fornecimento de medicamentos básicos, definidos e pactuados pelas Comissões Intergestores Bipartites. A contrapartida municipal deve ser realizada pelas Prefeituras, com recursos do tesouro municipal, e destinados ao custeio dos medicamentos básicos previstos na RENAME vigente, ou ainda em ações de estruturação e qualificação da Assistência Farmacêutica Básica, respeitados os limites e demais normas estabelecidas na portaria 2.982/09.

No âmbito deste Componente, além do repasse financeiro aos Estados e/ou Municípios, o Ministério da Saúde também é responsável pela aquisição e distribuição das Insulinas Humanas NPH e Regular (frascos de 10 ml) e dos Contraceptivos orais e injetáveis, além do DIU e Diafragma. As insulinas e os contraceptivos são entregues nos Almojarifados de Medicamentos dos Estados, a quem compete distribuí-los aos municípios. Os Municípios das capitais e os grandes Municípios brasileiros, com população maior que 500 mil habitantes, recebem os contraceptivos diretamente dos fornecedores contratados pelo Ministério da Saúde.

No dia 01 de março de 2010, iniciou a vigência da Portaria GM nº 2.981 de 26/11/2009 que aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).¹⁷

De acordo com o art. 8º, da Portaria GM nº 2.981, o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), publicados pelo Ministério da Saúde. Este Componente foi aprovado no sentido de aprimorar e substituir o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional (o art. 2º, da Portaria GM nº 2.981 de 26/11/2009, altera a denominação do Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional descrito no inciso III, art. 24º, seção IV, da Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para Componente Especializado da Assistência Farmacêutica), entendendo que o

¹⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.981 de 26 nov. 2009. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_2981-343_ceaf.pdf. Acesso em: 17 jun. 2010.

mesmo tem uma importância fundamental para o acesso da população brasileira aos medicamentos para agravos importantes, tanto do ponto de vista epidemiológico quanto clínico.

O acesso aos medicamentos que fazem parte das linhas de cuidado para as doenças contempladas no âmbito deste Componente será garantido mediante a pactuação entre a União, estados, Distrito Federal e municípios, conforme as diferentes responsabilidades definidas nesta Portaria (parágrafo único, do art.8º).

O objetivo do CEAF é garantir tratamento em todas as fases evolutivas das doenças contempladas e, para isso, fez-se necessário uma avaliação sobre o tratamento de tais doenças, com base nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, aprovados pelo Ministério da Saúde. Leva-se em consideração a abordagem terapêutica na atenção básica, visto que muitas doenças contempladas no CEAF requerem, inicialmente, uma abordagem em nível básico da assistência. Por isso, o aprimoramento do Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional por meio da aprovação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica ocorreu de forma integrada com a aprovação da Portaria GM nº 2.982 de 26 de novembro de 2009.

Com base no art. 9º, os medicamentos que constituem as linhas de cuidado para as doenças contempladas neste Componente estão divididos em três grupos com características, responsabilidades e formas de organização distintas. O Grupo 1 é aquele cujo financiamento está sob a responsabilidade exclusiva da União. É constituído por medicamentos que representam elevado impacto financeiro para o Componente, por aqueles indicados para doenças mais complexas, para os casos de refratariedade ou intolerância a primeira e/ou a segunda linha de tratamento e que se incluem em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde. O Grupo 2 é constituído por medicamentos, cuja responsabilidade pelo financiamento é das Secretarias Estaduais da Saúde. O Grupo 3 é constituído por medicamentos, cuja responsabilidade pelo financiamento é tripartite, sendo a aquisição e dispensação de responsabilidade dos municípios sob regulamentação da Portaria GM nº 2.982/2009.

Os grupos foram constituídos considerando os seguintes critérios gerais: I - complexidade da doença a ser tratada ambulatorialmente; II - garantia da integralidade do tratamento da doença no âmbito da linha de cuidado; III - manutenção do equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão (art.10).

Com base nos arts. 11 a 13, o Grupo 1 foi constituído sob os seguintes critérios: I - maior complexidade da doença a ser tratada ambulatorialmente; II - refratariedade ou

intolerância a primeira e/ou a segunda linha de tratamento; III - medicamentos que representam elevado impacto financeiro para o Componente; IV - medicamentos incluídos em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde. O art. 60 estabelece que os medicamentos pertencentes ao Grupo 1 serão financiados pelo Ministério da Saúde na forma de aquisição centralizada.

O Grupo 2 foi constituído sob os seguintes critérios: I - menor complexidade da doença a ser tratada ambulatorialmente em relação aos elencados no Grupo 1; II - refratariedade ou intolerância a primeira linha de tratamento. Os medicamentos pertencentes ao Grupo 2 serão financiados integralmente pelos Estados e Distrito Federal (art.59).

Já o Grupo 3 tem por requisitos: I - fármacos constantes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais vigente e indicados pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, publicados na versão final pelo Ministério da Saúde, como a primeira linha de cuidado para o tratamento das doenças contempladas neste Componente. Segundo o art. 22, os medicamentos do Grupo 3 são de responsabilidade dos Municípios e do Distrito Federal e compõem parte do Elenco de Referência Nacional do Componente Básico da Assistência Farmacêutica regulamentado por ato normativo específico, sendo financiados de acordo com a regulamentação do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (art. 58).

Ainda de acordo com a Portaria GM nº 2.981 de 26/11/2009¹⁸, os medicamentos do Grupo 1 devem ser dispensados somente para as doenças (CID-10) contempladas no Componente e divide-se em: Grupo 1A - medicamentos com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde e Grupo 1B - medicamentos adquiridos pelos estados com transferência de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde, na modalidade Fundo a Fundo. A responsabilidade pelo armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos do Grupo 1 (1A e 1B) é das Secretarias Estaduais de Saúde. Este Grupo é composto por 63 fármacos em 127 apresentações farmacêuticas, sendo que destes, 22 fármacos em 41 apresentações são adquiridos pelo Ministério da Saúde. Os medicamentos do Grupo 2 devem ser adquiridos, financiados e dispensados pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Este Grupo é composto por 46 fármacos em 112 apresentações farmacêuticas.

Independentemente do Grupo, o fornecimento de medicamentos padronizado no CEAF deve obedecer aos critérios de diagnóstico, indicação de tratamento, inclusão e exclusão de pacientes, esquemas terapêuticos, monitoramento, acompanhamento e demais parâmetros contidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) estabelecidos pelo

¹⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.981 de 26 nov. 2009. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_2981-343_ceaf.pdf. Acesso em: 17 jun. 2010.

Ministério da Saúde, de abrangência nacional. As regras para a dispensação dos medicamentos do Grupo 3 estão regulamentadas na Portaria GM nº 2.982/2009 que aprova a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.

Considerando os medicamentos dos Grupos 1, 2 e 3, o CEAF é composto por 147 fármacos em 314 apresentações farmacêuticas indicados para o tratamento das diferentes fases evolutivas das doenças contempladas.

Segundo o art. 30, da Portaria GM nº 2.981, a solicitação de medicamentos corresponde ao pleito do paciente ou seu responsável na unidade designada pelo gestor estadual. Para a solicitação dos medicamentos de dispensação especializada, serão obrigatórios os seguintes documentos do paciente: I - cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); II - cópia de documento de identidade – caberá ao responsável pelo recebimento da solicitação atestar a autenticidade de acordo com o documento original; III - Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido; IV - prescrição médica devidamente preenchida; V - documentos exigidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde, conforme a doença e o medicamento solicitado; e VI - cópia do comprovante de residência.

Os medicamentos estratégicos são utilizados para o tratamento de um grupo de agravos específicos, agudos ou crônicos, contemplados em programas do ministério com protocolos e normas estabelecidas (por exemplo: Aids, tuberculose e hanseníase). A distribuição é de responsabilidade dos Estados e Municípios de acordo com previsão de consumo.

O Ministério da Saúde “considera como estratégico todos os medicamentos utilizados para tratamento das doenças de perfil endêmico e que tenham impacto socioeconômico”.¹⁹ Além disso, esses medicamentos têm controle e tratamento por meio do protocolo e normas estabelecidas.

Por suas especificidades, são adquiridos pelo próprio Ministério da Saúde e distribuídos aos Estados e Municípios para que sejam ofertados à população por meio das redes estadual e municipal de saúde. Têm controle e tratamento por meio do protocolo e normas estabelecidas. São medicamentos de alto custo, voltados para o tratamento de doenças neurológicas, auto-imunes, osteoporose, hepatite e correlatas, que precisam ser usados por longos períodos. Também estão incluídos neste Programa os medicamentos para transplante, os quais são de

¹⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. *Medicamentos estratégicos*. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=29009&janela=2. Acesso em: 17 jun. 2010.

alto custo e de uso prolongado. Os recursos para tais medicamentos são transferidos pelo Ministério da Saúde aos Estados, em doze parcelas mensais, com a exigência de contrapartida financeira dos estados na complementação dos recursos a serem utilizados na compra destes medicamentos. Em termos operacionais, os recursos para a aquisição de medicamentos excepcionais são transferidos pelo Ministério da Saúde aos Estados todos os meses e de forma antecipada.

Em relação aos medicamentos estratégicos, ao Ministério da Saúde compete: realizar os protocolos de tratamento; o planejamento; a aquisição centralizada; a distribuição aos Estados. E às Secretarias Estaduais de Saúde, o armazenamento e a distribuição às Regionais ou Municípios.

O art. 27, da Portaria nº 204/GM, de 29/01/2007, determina que o Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional – CMDE destina-se ao financiamento para a aquisição e a distribuição do grupo de medicamentos de Dispensação Excepcional, sendo que o financiamento para aquisição de tais medicamentos de responsabilidade do Ministério da Saúde e dos Estados, conforme pactuação na Comissão Intergestores Tripartite - CIT. Tal determinação está de acordo com o I.5 da política de atenção de alta complexidade/custo no SUS, art.26, da Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 (Portaria nº 373, de 27/02/2002), que estabelece que as ações de alta complexidade e as ações estratégicas serão financiadas de acordo com Portaria do Ministério da Saúde.

Os Estados planejam a aquisição a partir das necessidades da população, adquirem os medicamentos e controlam a distribuição e os estoques. O elenco do programa de aquisição de medicamentos deve fazer parte da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), sendo a mais atualizada a 7ª edição, publicada em 2010.²⁰

Assim, a formulação da Política Nacional de Medicamentos caberá ao gestor federal, o que envolve, além do auxílio aos gestores estaduais e municipais, a elaboração da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Ao Município, por seu turno, cabe definir a relação municipal de medicamentos essenciais (REMUME), com base na RENAME, e executar a assistência farmacêutica. O objetivo da atuação municipal é assegurar o suprimento de medicamentos destinados à atenção básica à saúde, além de outros medicamentos essenciais que estejam definidos no Plano Municipal de Saúde.

²⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME*. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

A Portaria nº 3.916/98 (atualizada por outras Portarias, mas ainda vigente), estabeleceu que o Ministério da Saúde criasse mecanismos que permitam a contínua atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), imprescindível instrumento de ação do SUS, na medida em que contempla um elenco de produtos necessários ao tratamento e controle da maioria das patologias prevalentes no País. O fato de que a Relação Nacional deve ser a base para a organização das listas estaduais e municipais favorece o processo de descentralização da gestão, visto que estas instâncias são, com a participação financeira e técnica do Ministério da Saúde, responsáveis pelo suprimento de suas redes de serviços.

No processo de atualização contínua da RENAME, deve ser dada ênfase ao conjunto dos medicamentos voltados para a assistência ambulatorial, ajustado, no nível local, às doenças mais comuns à população, definidas segundo prévio critério epidemiológico. Igualmente, são estimuladas medidas de apoio ao desenvolvimento de tecnologia de produção de fármacos, em especial os constantes da RENAME, e de estímulo à sua produção nacional, de forma a assegurar o fornecimento regular ao mercado interno e a consolidação e expansão do parque produtivo instalado no País. Esse processo exige uma ação articulada dos Ministérios da Saúde, da Educação, da Ciência e Tecnologia, entre outros, bem como a permanente cooperação técnica com organismos e agências internacionais.

Trata-se, portanto, de meio fundamental para orientar a padronização, quer da prescrição, quer do abastecimento de medicamentos, principalmente no âmbito do SUS, constituindo, assim, um mecanismo para a redução dos custos dos produtos. Visando maior veiculação, a RENAME deve ser continuamente divulgada por diferentes meios, como a Internet, por exemplo, possibilitando, entre outros aspectos, a aquisição de medicamentos a preços menores, tanto por parte do consumidor em geral, quanto por parte dos gestores do Sistema.

Agora, a Portaria nº 3.916/98 revela que o modelo de assistência farmacêutica é reorientado de modo a que não se restrinja à aquisição e à distribuição de medicamentos. As ações incluídas nesse campo da assistência têm por objetivo implementar, no âmbito das três esferas do SUS, todas as atividades relacionadas à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais, com ênfase na descentralização da gestão, na promoção do uso racional dos medicamentos, na otimização e na eficácia do sistema de distribuição no setor público e no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos, viabilizando, inclusive, o acesso da população aos produtos no âmbito do setor privado.

A RENAME inclui medicamentos financiados pelos componentes da Assistência Farmacêutica (Básico, Estratégico e Especializado).²¹ No processo de revisão da RENAME mais recente (7ª edição), participaram ativamente 22 membros representando oito universidades brasileiras (UFMG, UFC, UFRGS, UFF, UFPE, Unifesp, Cesumar e Uniso), quatro entidades de classe e científicas (CFF, AMB, SBMT e Sobravime), duas instancias gestoras do SUS (Conass e Conasems) e oito representantes do Ministério da Saúde (DAF/SCTIE, DECIT/SCTIE, DESD/SE, SVS, SAS, INCA, ENSP/Fiocruz, Anvisa).

A União, em parceria com os Estados e o Distrito Federal, ocupa-se, sobretudo, da aquisição e distribuição dos medicamentos estratégicos e especializados, menos convencionais. Estes são os destinados ao tratamento de patologias específicas, que atingem número limitado de pacientes, e que apresentam alto custo, seja em razão do seu valor unitário, seja em virtude da utilização por período prolongado, sendo usuários desses medicamentos, por exemplo, os transplantados, os portadores de insuficiência renal crônica, de esclerose múltipla, de hepatite viral crônica B e C, de epilepsia, de esquizofrenia refratária, etc., conforme disposto nas Portarias nº 2.577/GM, de 27 de outubro de 2006, e nº 1.321, de 5 de junho de 2007.

Ainda, ao gestor estadual cabe definir o elenco de medicamentos que serão adquiridos diretamente pelo Estado, particularmente os de distribuição em caráter especializado. Registre-se que alguns Estados possuem um programa de assistência farmacêutica denominado Farmácia Popular, que fornece remédios à população a preços módicos.

Os Poderes Legislativo e Executivo encontram-se, do ponto de vista normativo, no que toca à entrega de medicamentos para a população vinculados pelas listas definidas por cada ente federativo, considerando, especialmente, as possibilidades financeiras existentes.

O Ministério da Saúde desenvolve algumas ações, diretamente ou por meio de parcerias com os estados e municípios para aquisição e distribuição de medicamentos. Para os medicamentos da assistência farmacêutica básica, medicamentos estratégicos e para os medicamentos de saúde mental, o Sistema Único de Saúde oferece, gratuitamente, conforme a Constituição Federal, os medicamentos necessários para o tratamento específico de determinadas doenças, como diabetes, hipertensão arterial, tuberculose, hanseníase, malária, distúrbios mentais, assim como para qualquer outra doença, inclusive aqueles de alto custo e de uso controlado. Para saber onde obter tais medicamentos, deve-se informar no serviço de saúde onde o paciente é assistido ou procurar a Secretaria Municipal de Saúde da cidade onde

²¹ BRASIL, 2010.

reside, órgão responsável pelo SUS no município.

Para os medicamentos de alto custo, porém previstos nas listagens (regulamentações) do Ministério da Saúde, cabe aos Estados adquiri-los e fazer a distribuição e ao Ministério da Saúde, por meio de um sistema informatizado de comprovação da aquisição e distribuição, fazer a transferência aos Estados. Para receber o medicamento excepcional é necessário fazer um cadastro e apresentar os seguintes documentos: a) CPF, original e fotocópia, sendo menor de 18 anos, os responsáveis deverão procurar qualquer posto de atendimento da Receita Federal, para cadastramento de pessoa física, devendo apresentar Certidão de Nascimento e a receita médica originais; b) documento de identidade, original e fotocópia, sendo que o menor de 18 anos pode ser anexar cópia da Certidão de Nascimento; c) comprovante de residência, original e fotocópia; d) receita médica em 02 (duas) vias, com medicamento e posologia diária (a validade da receita será de até 30 dias, após emissão pelo médico responsável); e) SME - Solicitação de Medicamentos Excepcionais, que deverá ser emitida em 4 (quatro) vias por computador, fotocópias ou carbonadas, desde que a assinatura e carimbo do médico assistente, sejam originais em todas as vias (a SME visa o planejamento de dose para 3 (três) meses de atendimento, especificando quando for tratamento por período inferior) f) laudo clínico resumido emitido pelo médico assistente informando se foram tentados outros esquemas terapêuticos, especificando-os em caso positivo; g) autorização do paciente devidamente atestada pelo mesmo, para terceiros, quando o mesmo, não puder receber pessoalmente o(s) medicamento(s) solicitado(s), sem necessidade de registro em cartório; h) todos os documentos acima mencionados deverão ser entregues na Coordenação Estadual de Assistência Farmacêutica.

Uma vez aprovados os documentos, o paciente ou seu representante será encaminhado por esta Coordenação a um dos Pólos de Medicamentos Excepcionais da Secretaria para retirada do medicamento pleiteado. Só estarão habilitados ao cadastramento, pacientes acompanhados clinicamente em Unidades de Saúde Públicas.

Agora, o Poder Público somente oferta medicamentos, independentemente da classificação, constantes das listagens oficiais do SUS, da Relação Nacional de Medicamento (RENAME), aprovados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Quaisquer outros medicamentos deverão ser adquiridos pelo próprio paciente, ou seus familiares, ou, ainda, através de demandas judiciais onde o postulante fundamente diretamente da Constituição a sua pretensão demonstrando, especialmente, a eficácia de tal tratamento e que este reflete seu próprio direito existencial, contemplado a sua dignidade humana.

1.1 Universalidade e integralidade

Deve-se reforçar que a Constituição de 1988, nos artigos 196 a 200, estabeleceu critérios de observação obrigatória, regulamentados por normas infraconstitucionais.

Em seu artigo 196, a Constituição de 1988 determina que o acesso às ações e serviços destinados à prevenção, promoção e recuperação da saúde tem que ser universal. É o que determina, também, o parágrafo 1º, do art.2º, da lei n.8.080/90. Dessa forma, a partir da nova ordem constitucional, qualquer pessoa pode beneficiar-se das ações e serviços públicos de saúde, independentemente de filiação a regime previdenciário e do prévio pagamento de contribuições.

Fátima Vieira Henriques entende que a universalidade, princípio constitucional, não implica gratuidade. Apesar do acesso ao sistema público ser franqueado de forma incondicionada à população em geral, isso não significa que a integralidade das ações e serviços nele compreendidos deva ser necessariamente ofertada a todos livre de qualquer ônus. É claro que exigir contraprestação daqueles indivíduos que não reúnem condições financeiras suficientes para com ela arcar seria tornar o acesso universal inócuo. Entretanto,

[...] até mesmo por força do princípio da igualdade material, tal raciocínio não se aplica àqueles mais abastados, que poderiam perfeitamente pagar pelos serviços que lhes fossem fornecidos, especialmente pelas prestações de medicina preventiva e curativa passíveis de individualização.²²

Ocorre que, a partir da lei nº 8.080/90, o sistema público de saúde vigente tornou-se gratuito. Portanto, é ilegal qualquer cobrança pelas ações e serviços fornecidos pelo Sistema Único de Saúde - SUS, independentemente da condição socioeconômica apresentada pelo usuário.

Por isso, argumenta Fátima Vieira Henriques que

a gratuidade só é obrigatória no caso dos serviços amparados pela Lei nº 8.080/90 e sua regulamentação; conseqüentemente, se pleiteadas em juízo quaisquer outras prestações de saúde não abrangidas como, por exemplo, o fornecimento de medicamentos não incluídos nas listagens oficiais ou em desconformidade com os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas estabelecidos pelo Ministério da Saúde, é requisito indispensável à

²² HENRIQUES, Fátima Vieira. Direito prestacional à saúde e atuação jurisdicional. In: SOUZA NETO, Cláudio Pereira de; SARMENTO, Daniel (Coord.). *Direitos Sociais: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie*. Rio de Janeiro: Lúmen Juris, 2010. p. 830.

concessão da ordem a demonstração pelo postulante de sua necessidade financeira.²³

Dessa forma, o fundamento de uma demanda por prestação de serviços de saúde, incluindo o fornecimento de medicamentos, é a Constituição da República (artigo 196 e seguintes), em combinação com os princípios da isonomia, da razoabilidade ou da proporcionalidade. Agora, a universalidade do acesso às ações e serviços públicos somente obriga sua oferta gratuita àqueles comprovadamente carentes, não devendo o Estado fornecer gratuitamente serviços de saúde a quem reúne condições de provê-los às suas próprias expensas.

Compete ao juiz exigir do demandante por prestação de saúde não prevista em lei como de fornecimento estatal obrigatório a demonstração de que não dispõe de recursos financeiros suficientes para fazer frente ao gasto que pleiteia, sem que com isso coloque em risco seu próprio sustento e o de sua família.

Outro princípio de observância compulsória é o da integralidade. O inciso II do artigo 198 da Constituição determina que o SUS deve garantir a seus usuários atendimento integral, abrangendo prioritariamente atividades preventivas, ainda que sem prejuízo da prestação de serviços assistenciais, pois as ações preventivas tendem a ter um custo menor, sem contar que se evita que o indivíduo venha a adoecer. Porém, caso a enfermidade seja constatada, a assistência terapêutica deve ser integral.

Ocorre que a integralidade pode levar ao entendimento de que o Estado possui o dever de prover serviço de saúde independentemente do nível de complexidade. Ora, a saúde engloba uma série de serviços, como internação, fornecimento de medicamentos, tratamentos experimentais e outros, todos com um custo a ser considerado.

Certamente, o atendimento integral demanda requisitos como a previsão da política pública com seu correspondente impacto orçamentário-financeiro para o Poder Público, conforme demonstrado no capítulo anterior. Assim, entende-se que a integralidade colide frontalmente com a limitação de recursos. E isto engloba o fornecimento de medicamentos, especialmente os de alto custo.

²³ HENRIQUES, 2010, p. 831.

4 A JUDICIALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

4.1 Efetivação do direito à saúde (acesso a medicamentos) por via Judicial: estudo de caso paradigmático do Supremo Tribunal Federal

Antes de analisar o caso que revela a posição mais atualizada sobre direito à saúde da corte de justiça mais importante do Estado brasileiro, afasta-se, de início, o argumento que se apóia na percepção de que o Judiciário não domina o conhecimento específico necessário para instituir políticas de saúde, pois não teria como avaliar se determinado medicamento é efetivamente necessário para se promover a saúde e a vida. O Legislativo e principalmente o Executivo acham-se aparelhados de órgãos técnicos capazes de assessorá-los na solução de problemas mais complexos, em especial daqueles campos que afetam diversos campos de atuação do poder público. O juiz seria um ator social que observa apenas os casos concretos, a micro-justiça, ao invés da macro-justiça, cujo gerenciamento é mais afeto à Administração Pública.

As demandas sociais não admitem mais essa argumentação. A formulação de políticas públicas aperfeiçoou-se, mas não consegue atender as demandas sociais. A necessidade de resposta para o cidadão, especialmente, na prestação de serviços públicos, exige uma nova formatação do Estado. E o Judiciário está assumindo um papel inédito na história do Estado brasileiro, possibilitando este *feedback* aos cidadãos.

Admite-se que a existência dos limites fáticos (reserva do possível) e jurídicos (reserva parlamentar em matéria orçamentária) implica certa relativização no âmbito da eficácia e efetividade dos direitos sociais prestacionais, que, de resto, acabam conflitando entre si, quando se considera que os recursos públicos deverão ser distribuídos para atendimento de todos os direitos fundamentais sociais básicos. Entretanto, sustenta-se o entendimento de que, diante de prestações de cunho emergencial, cujo indeferimento acarretaria o comprometimento irreversível ou mesmo o sacrifício de outros bens essenciais, notadamente da própria vida, integridade física e dignidade da pessoa humana, há de se reconhecer um direito subjetivo do particular à prestação reclamada em Juízo.

Ingo Wolfgang Sarlet revela que a Constituição:

veda expressamente a pena de morte, a tortura e a imposição de penas desumanas e degradantes, mesmo aos condenados por crime hediondo, razão pela qual não se poderá sustentar - pena de ofensa aos mais elementares requisitos da razoabilidade e do próprio senso de justiça - que, com base numa alegada (e mesmo comprovada) insuficiência de recursos - se acabe virtualmente condenando à morte a pessoa cujo único crime foi o de ser vítima de um dano à saúde e não ter condições de arcar com o custo do tratamento.¹

Bobbio já reclamava que, além da proclamação dos direitos, inclusive já falando em interesses difusos e transindividuais, é necessária sua efetivação na vida em sociedade.²

Mesmo com a previsão do art.196, da Constituição Federal, somente quando o Judiciário enfrentou situações de extremidade (possibilidade concreta de morte iminente do paciente), com os portadores do vírus HIV, foi que o direito à saúde, efetivado com a concessão de medicamentos, ultrapassou as barreiras normativas, chegando à positivação.

Gustavo Amaral recorda que o surgimento da AIDS com características epidêmicas colocou um número de pessoas jovens com uma sentença de morte lenta e degradante, acompanhada de um estigma de reprovação social, pela associação da doença à promiscuidade no uso de drogas injetáveis ou em condutas homossexuais. Como a doença vitimou pessoas de projeção no mundo artístico (como o músico “Cazuza”, o ator Lauro Corona), gerou uma comoção não só pela prevenção, mas também para assegurar uma sobrevida digna aos doentes.³

Com a pressão gerando demandas judiciais, os magistrados se depararam com a concessão ou não de medicamentos indispensáveis à sobrevida não de “alguém”, mas de uma pessoa com nome, sobrenome, identidade, etc. O surgimento de liminares empolgou os interessados (doentes, grupos de apoio) a postular mais ações, o que incentivou também portadores de outras moléstias.

O precedente do Supremo Tribunal Federal que pode ser considerado o *leading case* sobre direito à saúde é o acórdão firmado, em 2000, no sentido de o Poder Público fornecer assistência farmacêutica aos portadores do vírus HIV (STF, AgRg-RE nº 271.286/RS, Rel.Min. Celso de Mello, 2ª Turma unânime, DJ 24/11/2000)⁴.

A partir de então, várias demandas individuais foram ajuizadas pelo Brasil afora pleiteando medicamentos, internações em UTIs, procedimentos cirúrgicos, tratamentos

¹ SARLET, Ingo Wolfgang. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988. *Revista Interesse Público*. Porto Alegre, v. 12, p. 91-107, dez. 2001.

² BOBBIO, Norberto. *A era dos direitos*. Trad. Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

³ AMARAL, Gustavo. *Direito, escassez & escolha*. Rio de Janeiro: Lúmen Juris, 2010.

⁴ BRASIL. STF, AgRg-RE nº 271.286/RS, Rel.Min. Celso de Mello, 2ª Turma unânime, DJ 24/11/2000

experimentais no exterior e outros. O Judiciário, cada vez mais, decidia pela concessão de medidas que tutelavam o direito à saúde. A Administração Pública, por outro lado, via-se em uma situação delicada, especialmente, em relação à disponibilidade de recursos materiais, além de as decisões atingirem diretamente a imprescindível política pública da saúde.

O Supremo Tribunal Federal, seguindo entendimento do STJ, consolidou entendimento da possibilidade de imposição ao Estado de meios coercitivos próprios dos processos de execução a fim de obrigá-lo ao fornecimento de medicamentos, sem violar ao regime de precatórios nem à prévia dotação orçamentária para as despesas públicas (STF, AI-AgRg nº 597.182/RS, Rel.Min. Cezar Peluso, 2ª Turma unânime, DJ 06/11/2006).

Exigia-se uma posição do Pretório Excelso no sentido de se consolidar a jurisprudência sobre o tema, quem sabe até com a edição de uma súmula vinculante para observância pelas instâncias inferiores. Inclusive, diante da relevância da concretização do direito à saúde e da complexidade que envolve a discussão de fornecimento de tratamentos e medicamentos por parte do Poder Público, inclusive por determinação judicial.

Em decisão publicada em 30 de abril de 2010, o Tribunal Pleno do Supremo Tribunal Federal, por unanimidade, lavrou acórdão confirmando decisão emanada pelo então Presidente do STF, Ministro Gilmar Mendes, relator do Processo da STA 175, que decidiu ação sobre fornecimento de remédios, com base em informações coletadas na audiência pública sobre saúde, realizada no Supremo Tribunal Federal (STF). Esta é a primeira vez que o Supremo utiliza subsídios da audiência para fixar orientações sobre a questão.

Os dados foram utilizados na análise de Suspensões de Tutela Antecipada (STAs). As STAs 175 e 178 foram formuladas, respectivamente, pela União e pelo município de Fortaleza para a suspensão de ato do Tribunal Regional Federal da 5ª Região que determinou à União, ao Estado do Ceará e ao município de Fortaleza o fornecimento do medicamento denominado Zavesca (Miglustat), em favor do autor do processo. Já na STA 244, o estado do Paraná pediu a suspensão da decisão da 1ª Vara da Fazenda Pública de Curitiba, que determinou o fornecimento do medicamento Naglazyme (Galsulfase) por tempo indeterminado.

Percebe-se que a origem dos processos é a Justiça Federal, órgão competente para apreciar as demandas em que litiga a União federal. Assim, pode-se ingressar com demanda semelhante na Justiça Estadual, desde que não contenha a União em algum dos pólos da ação.

A ementa do acórdão da STA 175 sintetiza os pontos principais da demanda:

Suspensão de Segurança. Agravo Regimental. Saúde pública. Direitos fundamentais sociais. Art. 196 da Constituição. Audiência Pública. Sistema

Único de Saúde – SUS. Políticas públicas. Judicialização do direito à saúde. Separação de poderes. Parâmetros para solução judicial dos casos concretos que envolvem direito à saúde. Responsabilidade solidária dos entes da Federação em matéria de saúde. Fornecimento de medicamento: Zavesca (miglustat). Fármaco registrado na ANVISA. Não comprovação de grave lesão à ordem, à economia, à saúde e à segurança públicas. Possibilidade de ocorrência de dano inverso. Agravo regimental a que se nega provimento.⁵

No caso paradigmático dos autos do processo da STA 175 (STF. Tribunal Pleno. Relator: Min. Gilmar Mendes. Brasília, Distrito Federal, publicado no Diário de Justiça de 30/04/2010), de acordo com a petição inicial

a interessada, jovem de 21 anos de idade, é portadora da patologia denominada NIEMANN-PICK TIPO C, doença neurodegenerativa rara, comprovada clinicamente e por exame laboratorial, que causa uma série de distúrbios neuropsiquiátricos, tais como, movimentos involuntários, ataxia da marcha e dos membros, disartria e limitações de progresso escolar e paralisias progressivas. Os sintomas da doença teriam se manifestado quando a paciente contava com cinco anos de idade, sob a forma de dificuldades com a marcha, movimentos anormais dos membros, mudanças na fala e ocasional disfagia.⁶

Ainda de acordo com o pedido inicial do processo STA 175, os relatórios médicos emitidos pela Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação relatam que o uso do ZAVESCA (miglustat) poderia possibilitar um aumento de sobrevida e a melhora da qualidade de vida dos portadores de Niemann-Pick Tipo C. A família da paciente declarou não possuir condições financeiras para custear o tratamento da doença, orçada em R\$ 52.000,00 por mês. Deve-se enfatizar que a família assegura, pela prova existente nos autos do processo, que o medicamento buscado é considerado pela clínica médica como único capaz de deter o avanço da doença ou de, pelo menos, aumentar as chances de vida da paciente com uma certa qualidade, com dignidade.

Seguindo os argumentos do pedido feito na ação, o medicamento miglustat (Zavesca) seria o único capaz de deter a progressão da Doença de Niemann-Pick Tipo C, aliviando, assim, os sintomas e sofrimentos neuropsiquiátricos da paciente, de acordo com parecer exarado pela Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação – Associação das Pioneiras Sociais, sendo essa instituição de referência nacional. Segundo tal parecer, o objetivo do Zavesca (miglustat) é diminuir a taxa de biossíntese de glicolípídios e, portanto, a diminuição do

⁵ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. STA nº 175/CE. Tribunal Pleno. Relator: Min. Gilmar Mendes. Brasília, Distrito Federal, publicado no Diário de Justiça de 30/04/2010.

⁶ BRASIL, 2010.

acúmulo lisossomol destes glicolípídios que estão em quantidades aumentadas pelo defeito do transporte de lipídios dentro das células; o que pode possibilitar um aumento de sobrevida e/ou melhora da qualidade de vida dos pacientes acometidos pela patologia citada. Acrescente-se que o medicamento pretendido tem sido ministrado em casos idênticos, também em decorrência de decisões judiciais.

Em contrapartida, no processo da STA 175 (STF. Tribunal Pleno. Relator: Min. Gilmar Mendes. Brasília, Distrito Federal, publicado no Diário de Justiça de 30/04/2010), o argumento central apontado pela União residia na falta de registro do medicamento Zavesca (miglustat) na Agência Nacional de Vigilância Sanitária e, conseqüentemente, na proibição de sua comercialização no Brasil:

no caso, à época da interposição da ação pelo Ministério Público Federal, o medicamento ZAVESCA ainda não se encontrava registrado na ANVISA. No entanto, durante a tramitação do processo, o medicamento ZAVESCA (princípio ativo miglustate), produzido pela empresa ACTELION, fora registrado sob o número 155380002, válido até 01/2012.

Agora, o medicamento Zavesca não consta dos Protocolos e Diretrizes Terapêuticas do SUS, sendo medicamento de alto custo não contemplado pela Política Farmacêutica da rede pública. Tanto a União quanto o Município de Fortaleza alegaram a ineficácia e a impropriedade do fármaco, Zavesca, para o tratamento da doença de Niemann-Pick Tipo C, porém sem a devida comprovação, limitando-se a inferir a inexistência de Protocolo Clínico do SUS.⁷

A decisão favorável à Autora levou em consideração que o medicamento foi prescrito por médico habilitado, sendo recomendado pela Agência Européia de Medicamentos. E ressaltou, ainda, que o alto custo do medicamento não é, por si só, motivo para o seu não fornecimento, visto que a Política de Dispensação de Medicamentos excepcionais visa a contemplar justamente o acesso da população acometida por enfermidades raras aos tratamentos disponíveis.

A referida decisão determinou à União, ao Estado do Ceará e ao Município de Fortaleza o fornecimento do medicamento denominado Zavesca (Miglustat) em favor da Autora, até por não haver constatado grave lesão à ordem, à economia e à saúde públicas. Também reafirmou a responsabilidade solidária dos entes federados em matéria de saúde.

Discordando desta decisão (Processo STA 175), a União interpôs recurso para o próprio Supremo Tribunal Federal, sob argumento de que a decisão viola o princípio da separação de

⁷ BRASIL, 2010.

poderes e as normas e regulamentos do SUS, bem como desconsidera a função exclusiva da Administração em definir políticas públicas, caracterizando-se, nestes casos, indevida interferência do Poder Judiciário nas diretrizes de políticas públicas. Sustenta, ainda, tanto a ilegitimidade passiva da União e ofensa ao sistema de repartição de competências, como a inexistência de responsabilidade solidária entre os integrantes do SUS, ante a ausência de previsão normativa.

Por fim, há no recurso da União a argumentação de que só deve figurar no pólo passivo da ação principal o ente responsável pela dispensação do medicamento pleiteado e que causa grave lesão às finanças e à saúde públicas a determinação de desembolso de considerável quantia para a aquisição do medicamento de alto custo pela União, pois isto implicará: deslocamento de esforços e recursos estatais, descontinuidade da prestação dos serviços de saúde ao restante da população e possibilidade de efeito multiplicador.

Além do citado recurso no processo da STA 175, de acordo com notícia veiculada no sítio do Supremo Tribunal Federal, já em março de 2010⁸, o Plenário indeferiu nove recursos interpostos pelo Poder Público contra decisões judiciais que determinaram ao Sistema Único de Saúde (SUS) o fornecimento de remédios de alto custo ou tratamentos não oferecidos pelo sistema a pacientes de doenças graves que recorreram à Justiça. Com esse resultado, essas pessoas ganharam o direito de receber os medicamentos ou tratamentos pedidos pela via judicial.

O ministro Gilmar Mendes foi o relator das Suspensões de Tutela (STA) 175, 211 e 278; das Suspensões de Segurança 3724, 2944, 2361, 3345 e 3355; e da Suspensão de Liminar (SL) 47. No seu voto, ele afirmou

que se tem constatado a crescente controvérsia jurídica sobre a possibilidade de decisões judiciais determinarem ao Poder Público o fornecimento de medicamentos e tratamentos – decisões nas quais se discute, inclusive, os critérios para o fornecimento. Ainda, que no âmbito do Supremo é recorrente a tentativa do Poder Público de suspender decisões judiciais nesse sentido, como fornecimento de medicamentos, suplementos alimentares, órteses e próteses, criação de vagas de UTIs e de leitos hospitalares, contratação de servidores da Saúde, realização de cirurgias e exames, custeio de tratamento fora do domicílio e inclusive no exterior, entre outros, exemplificou.⁹

É possível constatar na multicitada decisão as questões complexas relacionadas à

⁸ Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=122125>, Acesso em: 18 mar. 2010.

⁹ Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/STA175.pdf>, Acesso em: 19 mar. 2010.

concretização do direito fundamental à saúde, levando-se em conta, para tanto, as experiências e os dados colhidos na Audiência Pública – Saúde, realizada em abril e de maio de 2009.

Na decisão do recurso do Processo da STA 175, o Ministro Gilmar Mendes reconhece que

a doutrina constitucional brasileira há muito se dedica à interpretação do artigo 196 da Constituição. Teses, muitas vezes antagônicas, proliferaram-se em todas as instâncias do Poder Judiciário e na seara acadêmica. Tais teses buscam definir se, como e em que medida o direito constitucional à saúde se traduz em um direito subjetivo público a prestações positivas do Estado, passível de garantia pela via judicial. As divergências doutrinárias quanto ao efetivo âmbito de proteção da norma constitucional do direito à saúde decorrem, especialmente, da natureza prestacional desse direito e da necessidade de compatibilização do que se convencionou denominar “mínimo existencial” e “reserva do possível” (*Vorbehalt des Möglichen*). Recorde-se que os direitos fundamentais não contêm apenas uma proibição de intervenção, expressando também um postulado de proteção. Haveria, assim, não apenas uma proibição de excesso, mas também uma proibição de proteção insuficiente. Nessa dimensão objetiva, também assume relevo a perspectiva dos direitos à organização e ao procedimento, que são aqueles direitos fundamentais que dependem, na sua realização, de providências estatais com vistas à criação e à conformação de órgãos e procedimentos indispensáveis à sua efetivação.¹⁰

A decisão também aborda a questão de que todas as dimensões dos direitos fundamentais têm custos públicos, dando significativo relevo ao tema da “reserva do possível”, especialmente ao evidenciar a “escassez dos recursos” e a necessidade de se fazerem escolhas alocativas, concluindo, a partir da perspectiva das finanças públicas, que “levar a sério os direitos significa levar a sério a escassez”. Retira-se outro importante trecho da decisão do Ministro Gilmar Mendes:

Embora os direitos sociais, assim como os direitos e liberdades individuais, impliquem tanto direitos a prestações em sentido estrito (positivos), quanto direitos de defesa (negativos), e ambas as dimensões demandem o emprego de recursos públicos para a sua garantia, é a dimensão prestacional (positiva) dos direitos sociais o principal argumento contrário à sua judicialização. A dependência de recursos econômicos para a efetivação dos direitos de caráter social leva parte da doutrina a defender que as normas que consagram tais direitos assumem a feição de normas programáticas, dependentes, portanto, da formulação de políticas públicas para se tornarem

¹⁰ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. STA nº 175/CE. Tribunal Pleno. Relator: Min. Gilmar Mendes. Brasília, Distrito Federal, publicado no Diário de Justiça de 30/04/2010.

exigíveis. Nesse sentido, também se defende que a intervenção do Poder Judiciário, ante a omissão estatal quanto à construção satisfatória dessas políticas, violaria o princípio da separação dos Poderes e o princípio da reserva do financeiramente possível.¹¹

Em relação aos direitos sociais, o Ministro Gilmar Mendes lembra que é preciso levar em consideração que a prestação devida pelo Estado varia de acordo com a necessidade específica de cada cidadão. Assim, em função das necessidades individuais de cada cidadão, o Estado tem que dispor de um determinado valor para respeitar o princípio da universalidade, inclusive, para gastar mais recursos com uns do que com outros, de acordo com necessidades específicas. Entende o Ministro Gilmar Mendes que

Dessa forma, em razão da inexistência de suportes financeiros suficientes para a satisfação de todas as necessidades sociais, enfatiza-se que a formulação das políticas sociais e econômicas voltadas à implementação dos direitos sociais implicaria, invariavelmente, escolhas alocativas. Essas escolhas seguiriam critérios de justiça distributiva (o quanto disponibilizar e a quem atender), configurando-se como típicas opções políticas, as quais pressupõem “escolhas trágicas” pautadas por critérios de macrojustiça. É dizer, a escolha da destinação de recursos para uma política e não para outra leva em consideração fatores como o número de cidadãos atingidos pela política eleita, a efetividade e a eficácia do serviço a ser prestado, a maximização dos resultados.

Por outro lado, defensores da atuação do Poder Judiciário na concretização dos direitos sociais, em especial do direito à saúde, argumentam que tais direitos são indispensáveis para a realização da dignidade da pessoa humana. Assim, ao menos o “mínimo existencial” de cada um dos direitos – exigência lógica do princípio da dignidade da pessoa humana – não poderia deixar de ser objeto de apreciação judicial.

O fato é que o denominado problema da “judicialização do direito à saúde” ganhou tamanha importância teórica e prática, que envolve não apenas os operadores do direito, mas também os gestores públicos, os profissionais da área de saúde e a sociedade civil como um todo. Se, por um lado, a atuação do Poder Judiciário é fundamental para o exercício efetivo da cidadania, por outro, as decisões judiciais têm significado um forte ponto de tensão entre os elaboradores e os executores das políticas públicas, que se vêem compelidos a garantir prestações de direitos sociais das mais diversas, muitas vezes contrastantes com a política estabelecida pelos governos para a área de saúde e além das possibilidades orçamentárias.¹²

Por fim, Gilmar Mendes conclui que problemas concretos deverão ser resolvidos levando-se em consideração todas as perspectivas que a questão dos direitos sociais envolve.

¹¹ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. STA nº 175/CE. Tribunal Pleno. Relator: Min. Gilmar Mendes. Brasília, Distrito Federal, publicado no Diário de Justiça de 30/04/2010.

¹² BRASIL. Supremo Tribunal Federal. STA nº 175/CE. Tribunal Pleno. Relator: Min. Gilmar Mendes. Brasília, Distrito Federal, publicado no Diário de Justiça de 30/04/2010.

Juízos de ponderação são inevitáveis nesse contexto prenhe de complexas relações conflituosas entre princípios e diretrizes políticas ou, em outros termos, entre direitos individuais e bens coletivos.

Portanto, o julgamento do recurso na STA 175 realmente foi paradigmático, pois destaca de que forma a Constituição brasileira estabelece os limites e as possibilidades de implementação do direito à saúde, estabelecido pelo artigo 196 da Constituição Federal como “direito de todos” e “dever do Estado”, garantido mediante “políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos”, regido pelo princípio do “acesso universal e igualitário” “às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”.

Quanto a ser direito de todos, o Supremo Tribunal Federal identifica, na redação do referido artigo constitucional, tanto um direito individual quanto um direito coletivo à saúde. Dizer que a norma do artigo 196, por tratar de um direito social, consubstancia-se tão somente em norma programática, incapaz de produzir efeitos, apenas indicando diretrizes a serem observadas pelo poder público, significaria negar a força normativa da Constituição.

A dimensão individual do direito à saúde foi destacada pelo Ministro Celso de Mello, relator do AgR-RE nº 271.286-8/RS, ao reconhecer o direito à saúde como um direito público subjetivo assegurado à generalidade das pessoas, que conduz o indivíduo e o Estado a uma relação jurídica obrigacional. Ressaltou o Ministro que a interpretação da norma programática não pode transformá-la em promessa constitucional inconstitucional, impondo aos entes federados um dever de prestação positiva. A essencialidade do direito à saúde fez com que o legislador constituinte qualificasse como prestações de relevância pública as ações e serviços de saúde, legitimando a atuação do Poder Judiciário nas hipóteses em que a Administração Pública descumpra o mandamento constitucional em apreço (AgR-RE Nº 271.286-8/RS, Rel. Celso de Mello, DJ 12.09.2000).

Não obstante, esse direito subjetivo público é assegurado mediante políticas sociais e econômicas, ou seja, não há um direito absoluto a todo e qualquer procedimento necessário para a proteção, promoção e recuperação da saúde, independentemente da existência de uma política pública que o concretize. Há um direito público subjetivo a políticas públicas que promovam, protejam e recuperem a saúde.

Em decisão, já citada anteriormente, proferida na ADPF nº 45/DF, o Min. Celso de Mello consignou o seguinte:

Desnecessário acentuar-se, considerando o encargo governamental de tornar efetiva a aplicação dos direitos econômicos, sociais e culturais, que os elementos componentes do mencionado binômio (razoabilidade da pretensão + disponibilidade financeira do Estado) devem configurar-se de modo afirmativo e em situação de cumulativa ocorrência, pois, ausentes qualquer desses elementos, descaracterizar-se-á a possibilidade estatal de realização prática de tais direitos.¹³

Assim, a garantia judicial da prestação individual de saúde, *prima facie*, estaria condicionada ao não comprometimento do funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), o que, por certo, deve ser sempre demonstrado e fundamentado de forma clara e concreta, caso a caso.

No que pertine a ser dever do Estado, o dispositivo constitucional deixa claro que, para além do direito fundamental à saúde, há o dever fundamental de prestação de saúde por parte do Estado (União, Estados, Distrito Federal e Municípios). O dever de desenvolver políticas públicas que visem à redução de doenças, à promoção, à proteção e à recuperação da saúde está expresso no artigo 196. A competência comum dos entes da Federação para cuidar da saúde consta do art. 23, II, da Constituição.

A decisão reafirmou que União, Estados, Distrito Federal e Municípios são responsáveis solidários pela saúde, tanto do indivíduo quanto da coletividade e, dessa forma, são legitimados passivos nas demandas cuja causa de pedir é a negativa, pelo SUS (seja pelo gestor municipal, estadual ou federal), de prestações na área de saúde.

O fato de o Sistema Único de Saúde ter descentralizado os serviços e conjugado os recursos financeiros dos entes da Federação, com o objetivo de aumentar a qualidade e o acesso aos serviços de saúde, apenas reforça a obrigação solidária e subsidiária entre eles. As ações e os serviços de saúde são de relevância pública, integrantes de uma rede regionalizada e hierarquizada, segundo o critério da subsidiariedade, e constituem um sistema único.

Foram estabelecidas quatro diretrizes básicas para as ações de saúde: direção administrativa única em cada nível de governo; descentralização político-administrativa; atendimento integral, com preferência para as atividades preventivas; e, participação da comunidade.

O Sistema Único de Saúde está baseado no financiamento público e na cobertura universal das ações de saúde. Dessa forma, para que o Estado possa garantir a manutenção do sistema, é necessário que se atente para a estabilidade dos gastos com a saúde e,

¹³ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. ADPF-MC Nº 45. Tribunal Pleno. Rel. Celso de Mello, publicado no Diário de Justiça de 04/05/2004.

conseqüentemente, para a captação de recursos.

O financiamento do Sistema Único de Saúde, nos termos do art. 195, opera-se com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. A Emenda Constitucional nº 29/2000, com vistas a dar maior estabilidade para os recursos de saúde, consolida mecanismo de cofinanciamento das políticas de saúde pelos entes da Federação, pois acrescentou dois novos parágrafos ao artigo 198 da Constituição, o que assegura percentuais mínimos a serem destinados pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios para a saúde, visando a um aumento e a uma maior estabilidade dos recursos. No entanto, o §3º do art. 198 dispõe que caberá à Lei Complementar estabelecer: os percentuais mínimos de que trata o §2º do referido artigo; os critérios de rateio entre os entes; as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde; as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União; além, é claro, de especificar as ações e os serviços públicos de saúde.

O art. 200 da Constituição, que estabeleceu as competências do Sistema Único de Saúde (SUS), é regulamentado pelas Leis Federais 8.080/90 e 8.142/90. O SUS consiste no conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, incluídas as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos e medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

Quanto à determinação de que o direito à saúde seja garantido mediante políticas sociais e econômicas, ressalva-se, justamente, a necessidade de formulação de políticas públicas que concretizem o direito à saúde por meio de escolhas alocativas. Além da necessidade de se distribuírem recursos naturalmente escassos por meio de critérios distributivos, a própria evolução da medicina impõe um viés programático ao direito à saúde, pois sempre haverá uma nova descoberta, um novo exame, um novo prognóstico ou procedimento cirúrgico, uma nova doença ou a volta de uma doença supostamente erradicada.

A decisão no processo da STA 175 admite, quanto à exigência de que políticas que visem ao acesso universal e igualitário, que o constituinte estabeleceu, ainda, um sistema universal de acesso aos serviços públicos de saúde.

O princípio do acesso igualitário e universal reforça a responsabilidade solidária dos entes da Federação, garantindo, inclusive, a “igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” (art. 7º, IV, da Lei 8.080/90).

O STF reconhece que os problemas de eficácia social do direito à saúde, no Brasil,

devem-se muito mais a questões ligadas à implementação e à manutenção das políticas públicas de saúde já existentes - o que implica também a composição dos orçamentos dos entes da Federação - do que à falta de legislação específica. Em outros termos, o problema não é de inexistência, mas de execução (administrativa) das políticas públicas pelos entes federados.

A Constituição brasileira não só prevê expressamente a existência de direitos fundamentais sociais (artigo 6º), especificando seu conteúdo e forma de prestação (artigos 196, 201, 203, 205, 215, 217, entre outros), como não faz distinção entre os direitos e deveres individuais e coletivos (capítulo I do Título II) e os direitos sociais (capítulo II do Título II), ao estabelecer que os direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata (artigo 5º, § 1º, CF/88). O STF também admite que os direitos fundamentais sociais foram acolhidos pela Constituição Federal de 1988 como autênticos direitos fundamentais. Não pode haver dúvida de que as demandas que buscam a efetivação de prestações de saúde devem ser resolvidas a partir da análise do contexto constitucional e de suas peculiaridades.

Mesmo diante do que dispõem a Constituição e as leis relacionadas à questão, o que se tem constatado, de fato, é a crescente controvérsia jurídica sobre a possibilidade de decisões judiciais determinarem ao Poder Público o fornecimento de medicamentos e tratamentos, decisões estas nas quais se discute, inclusive, os critérios considerados para tanto.

4.1.1 A participação da sociedade através de audiência pública

Merece destaque especial a utilização, pelo STF, de um precioso instrumento de participação social, a audiência pública, prevista no regimento daquela corte e que vem sendo utilizado sempre que o julgamento envolve tema de ampla relevância coletiva. É verdade que a participação ficou restrita a personalidades habilitadas no tema (até pelo caráter técnico envolvido), mas denota uma preocupação do tribunal constitucional em efetivar um controle popular de suas decisões.

Para o julgamento dos referidos recursos, foi levado em consideração os depoimentos prestados por representantes dos diversos setores envolvidos, na audiência pública sobre a saúde, ocorrida em abril de 2009. Foram ouvidos especialistas em matéria de Saúde Pública, especialmente os gestores públicos, os membros da magistratura, do Ministério Público, da Defensoria Pública, da Advocacia da União, Estados e Municípios, além de acadêmicos e de entidades e organismos da sociedade civil.

O Ministro Gilmar Mendes (na decisão do Processo STA 175) constatou a necessidade de se redimensionar a questão da judicialização do direito à saúde no Brasil, exatamente porque, na maioria dos casos, a intervenção judicial não ocorre em razão de uma omissão absoluta em matéria de políticas públicas voltadas à produção do direito à saúde, mas tendo em vista uma necessária determinação judicial para o cumprimento de políticas já estabelecidas. O Presidente do STF destacou pontos fundamentais a serem observados na apreciação judicial das demandas de saúde, na tentativa de construir critérios ou parâmetros de decisão.

Segundo o ministro, deve ser considerada a existência, ou não, de política estatal que abranja a prestação de saúde pleiteada pela parte. Para ele, ao deferir uma prestação de saúde incluída entre as políticas sociais e econômicas formuladas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o Judiciário não está criando política pública, mas apenas determinando o seu cumprimento.

A decisão da STA 175 (STF. Tribunal Pleno. Relator: Min. Gilmar Mendes. Brasília, Distrito Federal, publicado no Diário de Justiça de 30/04/2010) zelou para que não se cogite do problema da interferência judicial em âmbitos de livre apreciação ou de ampla discricionariedade de outros Poderes quanto à formulação de políticas públicas. Esse foi um dos primeiros entendimentos que sobressaiu nos debates ocorridos na Audiência Pública-Saúde: no Brasil, o problema talvez não seja de judicialização ou, em termos mais simples, de interferência do Poder Judiciário na criação e implementação de políticas públicas em matéria de saúde, pois o que ocorre, na quase totalidade dos casos, é apenas a determinação judicial do efetivo cumprimento de políticas públicas já existentes. Confira-se

Assim, com base no que ficou esclarecido na Audiência Pública, o primeiro dado a ser considerado é a existência, ou não, de política estatal que abranja a prestação de saúde pleiteada pela parte. Ao deferir uma prestação de saúde incluída entre as políticas sociais e econômicas formuladas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o STF entende que o Judiciário não está criando política pública, mas apenas determinando o seu cumprimento. Nesses casos, a existência de um direito subjetivo público a determinada política pública de saúde parece ser evidente.

Se a prestação de saúde pleiteada não estiver entre as políticas do SUS, é imprescindível distinguir se a não prestação decorre de uma omissão legislativa ou administrativa, de uma decisão administrativa de não fornecê-la ou de uma vedação legal a sua dispensação.¹⁴

14 BRASIL. Supremo Tribunal Federal. STA nº 175/CE. Tribunal Pleno. Relator: Min. Gilmar Mendes. Brasília, Distrito Federal, publicado no Diário de Justiça de 30/04/2010.

Da leitura da decisão, verifica-se referência a inúmeros processos em tramitação no Poder Judiciário, cujos objetos sejam a condenação do Estado ao fornecimento de prestação de saúde (especialmente, medicamentos) não registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Como ficou claro nos depoimentos prestados na Audiência Pública, é vedado à Administração Pública fornecer fármaco que não possua registro na ANVISA.

Recorde-se que o agente público é regido pelo princípio da legalidade, que delimita sua atuação ao que está estabelecido pela lei, portanto, somente pode realizar atos autorizados pela lei, sob pena de responsabilização administrativa, civil e penal. A Lei Federal nº 6.360/76, ao dispor sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, determina, em seu artigo 12, que “nenhum dos produtos de que trata esta Lei, inclusive os importados, poderá ser industrializado, exposto à venda ou entregue ao consumo antes de registrado no Ministério da Saúde”. O artigo 16 da referida Lei estabelece os requisitos para a obtenção do registro, entre eles o de que o produto seja reconhecido como seguro e eficaz para o uso a que se propõe. O art. 18, ainda, determina que, em se tratando de medicamento de procedência estrangeira, deverá ser comprovada a existência de registro válido no país de origem.

Após verificar a eficácia, a segurança e a qualidade do produto e conceder-lhe o registro, a ANVISA passa a analisar a fixação do preço definido, levando em consideração o benefício clínico e o custo do tratamento. Havendo produto assemelhado, se o novo medicamento não trazer benefício adicional, não poderá custar mais caro do que o medicamento já existente com a mesma indicação. Por tudo isso, o registro na ANVISA configura-se como condição necessária para atestar a segurança e o benefício do produto, sendo o primeiro requisito para que o Sistema Único de Saúde possa considerar sua incorporação.

Na Audiência pública realizada no Processo STA 175, restou claro também que, em casos excepcionais, a importação de medicamento não registrado poderá ser autorizada pela ANVISA. A Lei nº 9.782/99, que criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), permite que ela dispense de registro medicamentos adquiridos por intermédio de organismos multilaterais internacionais, para uso de programas em saúde pública pelo Ministério da Saúde. Verificou-se na decisão (STA 175. STF. Tribunal Pleno. Relator: Min. Gilmar Mendes. Brasília, Distrito Federal, publicado no Diário de Justiça de 30/04/2010) que

O segundo dado a ser considerado é a existência de motivação para o não fornecimento de determinada ação de saúde pelo SUS. Há casos em que se

ajuíza ação com o objetivo de garantir prestação de saúde que o SUS decidiu não custear por entender que inexistem evidências científicas suficientes para autorizar sua inclusão. Nessa hipótese, podem ocorrer, ainda, duas situações: o SUS fornece tratamento alternativo, mas não adequado a determinado paciente; o SUS não tem nenhum tratamento específico para determinada patologia.

A princípio, pode-se inferir que a obrigação do Estado, à luz do disposto no artigo 196 da Constituição, restringe-se ao fornecimento das políticas sociais e econômicas por ele formuladas para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Com isso, adotaram-se os “Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas”, que consistem num conjunto de critérios que permitem determinar o diagnóstico de doenças e o tratamento correspondente com os medicamentos disponíveis e as respectivas doses. Assim, um medicamento ou tratamento em desconformidade com o Protocolo deve ser visto com cautela, pois tende a contrariar o consenso científico vigente.¹⁵

A gestão do Sistema Único de Saúde, obrigado a observar o princípio constitucional do acesso universal e igualitário às ações e prestações de saúde, só torna-se viável mediante a elaboração de políticas públicas que repartam os recursos (naturalmente escassos) da forma mais eficiente possível. Dessa forma, a conclusão do processo STA 175 foi no sentido de que deverá ser privilegiado o tratamento fornecido pelo SUS em detrimento de opção diversa escolhida pelo paciente, sempre que não for comprovada a ineficácia ou a impropriedade da política de saúde existente.

Agora, não foi afastada na multicitada decisão do processo STA 175 (STF. Tribunal Pleno. Relator: Min. Gilmar Mendes. Brasília, Distrito Federal, publicado no Diário de Justiça de 30/04/2010), contudo, a possibilidade de o Poder Judiciário, ou de a própria Administração, decidir que medida diferente da custeada pelo SUS deve ser fornecida a determinada pessoa que, por razões específicas do seu organismo, comprove que o tratamento fornecido não é eficaz no seu caso. Assim, não se pode afirmar que os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do SUS são inquestionáveis, o que permite sua contestação judicial.

A bem da verdade, na referida decisão, apesar de julgar favoravelmente aos pacientes que precisam de medicamentos e tratamentos de alto custo, o ministro Gilmar Mendes foi cauteloso para que cada caso seja avaliado sob critérios de necessidade, pois, em seu entendimento, obrigar a rede pública a financiar toda e qualquer ação e prestação de saúde existente geraria grave lesão à ordem administrativa e levaria ao comprometimento do SUS, de modo a prejudicar ainda mais o atendimento médico da parcela da população mais necessitada.

¹⁵ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. STA nº 175/CE. Tribunal Pleno. Relator: Min. Gilmar Mendes. Brasília, Distrito Federal, publicado no Diário de Justiça de 30/04/2010.

Mendes diferenciou, por exemplo, tratamentos puramente experimentais daqueles já reconhecidos, mas não testados pelo sistema de saúde brasileiro. No caso daqueles, ele foi enfático em dizer que o Estado não pode ser condenado a fornecê-los. Os tratamentos experimentais (sem comprovação científica de sua eficácia) são realizados por laboratórios ou centros médicos de ponta, consubstanciando-se em pesquisas clínicas. A participação nesses tratamentos rege-se pelas normas que regulam a pesquisa médica e, portanto, o Estado não pode ser condenado a fornecê-los.

Como esclarecido, na Audiência Pública da Saúde, pelo Médico Paulo Hoff, Diretor Clínico do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, essas drogas não podem ser compradas em nenhum país, porque nunca foram aprovadas ou avaliadas, e o acesso a elas deve ser disponibilizado apenas no âmbito de estudos clínicos ou programas de acesso expandido, não sendo possível obrigar o SUS a custeá-las. No entanto, é preciso que o laboratório que realiza a pesquisa continue a fornecer o tratamento aos pacientes que participaram do estudo clínico, mesmo após seu término.

Agora, com base em especialistas ouvidos na audiência pública, percebeu-se que o conhecimento médico não é estanque, ao contrário, com evolução muito rápida e dificilmente acompanhável pela burocracia administrativa. Se, por um lado, a elaboração dos Protocolos Clínicos e das Diretrizes Terapêuticas privilegia a melhor distribuição de recursos públicos e a segurança dos pacientes, por outro a aprovação de novas indicações terapêuticas pode ser muito lenta e, assim, acabar por excluir o acesso de pacientes do SUS a tratamento há muito prestado pela iniciativa privada, pois, sem acompanhamento da burocracia administrativa.

Pode-se, inclusive discutir os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas dos SUS, eis que não são inquestionáveis e necessitam de revisão periódica dos protocolos existentes e de elaboração de novos protocolos.

Parece certo que a inexistência de Protocolo Clínico no SUS não pode significar violação ao princípio da integralidade do sistema, nem justificar a diferença entre as opções acessíveis aos usuários da rede pública e as disponíveis aos usuários da rede privada. Nesses casos, a omissão administrativa no tratamento de determinada patologia poderá ser objeto de impugnação judicial, tanto por ações individuais como coletivas.

O Ministro Gilmar Mendes ressalva que, independentemente da hipótese levada à consideração do Poder Judiciário, as premissas analisadas deixam clara a necessidade de instrução das demandas de saúde para que não ocorra a produção padronizada de iniciais, contestações e sentenças, peças processuais que, muitas vezes, não contemplam as especificidades do caso concreto examinado, impedindo que o julgador concilie a dimensão

subjetiva (individual e coletiva) com a dimensão objetiva do direito à saúde.

Voltando às alegações da União no recurso interposto no processo da STA 175, o STF rechaçou a alegação genérica de violação ao princípio da separação dos Poderes, eis que já consolidado na Corte a possibilidade, em casos como o presente, de o Poder Judiciário vir a garantir o direito à saúde, por meio do fornecimento de medicamento ou de tratamento imprescindível para o aumento de sobrevida e a melhoria da qualidade de vida da paciente.

Ainda, outra alegação, comum nas defesas dos entes federativos envolvidos no Processo, foi afastada após análise das informações colhidas na Audiência Pública sobre Saúde, no sentido de que a responsabilidade dos entes da Federação deve ser efetivamente solidária.

A responsabilidade dos entes da Federação foi muito enfatizada durante os debates na Audiência Pública –Saúde. Importa aqui reforçar o entendimento de que cabe à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios agirem em conjunto no cumprimento do mandamento constitucional. A Constituição incorpora o princípio da lealdade à Federação por parte da União, dos Estados e Municípios no cumprimento de suas tarefas comuns. De toda forma, parece certo que, quanto ao desenvolvimento prático desse tipo de responsabilidade solidária, deve ser construído um modelo de cooperação e de coordenação de ações conjuntas por parte dos entes federativos.

Ressalte-se que o tema da responsabilidade solidária dos entes federativos em matéria de saúde também foi apreciado pelo Supremo Tribunal Federal no RE 566.471, Rel. Min. Marco Aurélio, o qual tem repercussão geral reconhecida. Também tramita no STF a Proposta de Súmula Vinculante nº 4 (que está no aguardo da apreciação do mérito do referido RE 566.471).

Agora, o reconhecimento de responsabilidade solidária dos entes federativos nas demandas por fornecimento de medicamentos, apesar de relevante na discussão, não significa que haverá a concessão dos mesmos, o que será ponderado no caso concreto.

Assim, a responsabilidade da União no fornecimento do tratamento pretendido, segue as normas constitucionais que fixaram a competência comum (art. 23, II, da CF), a Lei Federal nº 8.080/90 (art. 7º, XI) e a jurisprudência do STF.

Quanto aos argumentos de grave lesão à economia e à saúde públicas, o STF decidiu que o alto custo de um tratamento ou de um medicamento, que tem registro na ANVISA, não é suficiente para impedir o seu fornecimento pelo Poder Público. Na verdade, a reforma da decisão poderia causar grave lesão em sentido inverso, à saúde da Autora.

Além disso, o STF determinou que não procede a alegação de temor de que esta decisão

sirva de precedente negativo ao Poder Público, com possibilidade de ensejar o denominado efeito multiplicador, pois a análise de decisões dessa natureza deve ser feita caso a caso, considerando-se todos os elementos normativos e fáticos da questão jurídica debatida.

O ministro foi acompanhado, em seu voto, por todos os demais presentes à sessão. O Ministro Ricardo Lewandowski entendeu que os agravantes (União e estados) não demonstraram a potencialidade danosa à saúde, à economia e à ordem pública do fornecimento dos medicamentos ou tratamentos referentes às nove ações.

Já o Ministro Celso de Mello julgou que a Justiça precisa agir quando o poder público deixa de formular políticas públicas ou deixa de adimpli-las, especialmente quando emanam da Constituição. No entendimento do Ministro, a reserva do possível não pode ser invocada pelo Estado com a finalidade de exonerar-se, dolosamente, do cumprimento de suas determinações constitucionais. O Poder Judiciário combate as omissões inconstitucionais do Poder Público fazendo prevalecer a primazia da Constituição da República.

Assim, a decisão (acórdão), por unanimidade no Supremo Tribunal Federal, do Processo da STA 175 considerou o direito à saúde, previsto no artigo 196 da Constituição Federal, como direito fundamental que deve ser assegurado, especialmente, quando houver omissão governamental na realização e na execução da política pública, bem como na gestão e recursos, sabidamente escassos.

4.2 A realidade regional do Estado do Piauí: estudo de caso em tramitação na Justiça Federal do Estado do Piauí

Em pesquisa documental realizada no âmbito da Justiça Federal, seção judiciária do Piauí, bem como através do sítio eletrônico do Tribunal Regional Federal da 1ª Região (<http://processual.trf1.gov.br/>), constatou-se, no período de janeiro de 2007 a julho de 2010, um total de 160 (cento e sessenta) processos com demanda por prestações de serviço de saúde, incluindo 70 (setenta) com pedidos específicos por medicamentos, tendo como um dos réus (além de, pelo menos, um dos seguintes entes federativos: União, Estado do Piauí, Município de Teresina) o Hospital São Marcos, este último em razão de ser o Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) da Região.

O filtro utilizado na pesquisa foi escolher o Hospital São Marcos, o mais estruturado do Estado do Piauí para realizar procedimentos de alta resolutividade, especialmente em oncologia, com os tratamentos mais dispendiosos, principalmente, através de medicamentos

quimioterápicos, o que revela uma noção clara de como ocorre a judicialização da saúde, com demandas por cirurgias, internações, tratamentos diversos, repercutindo, ainda, na política de assistência farmacêutica.

Verificou-se que as demandas por medicamentos possuíam os mesmos fundamentos já analisados no caso paradigmático do Supremo Tribunal Federal (o processo STA 175, em tramitação no STF). Dos 160 processos, cento e vinte e um foram ajuizados contra os três entes federativos (União, Estado do Piauí, Município de Teresina) e mais o hospital São Marcos. Nos demais, percebe-se o ingresso contra, pelo menos, um dos três entes federativos, bem como registra-se a presença do Estado do Maranhão, como réu, em alguns processos.

Para demonstrar toda complexidade da discussão desenvolvida, analisar-se-ão dois casos. O Processo Nº 6223-17.2009.4.01.4000¹⁶, da 5ª Vara da seção judiciária da Justiça Federal do Piauí, foi escolhido por ser paradigmático e possibilitar a verificação de todas as teorias e circunstâncias abordadas neste trabalho, bem como por retratar da realidade local. Já o processo Nº 253-70.2008.4.01.4000¹⁷, também em tramitação na 5ª Vara da seção judiciária da Justiça Federal do Piauí, por possuir sentença prolatada em 12 de maio de 2010.

4.2.1 Argumentos da demandante

Por respeito aos direitos à intimidade, à honra e à imagem, a identidade da parte autora não será revelada. Agora, é necessário informar que esta é portadora de neoplasia (câncer) de mama direita (CID 10: C 50.3) estágio IIIA.

Conforme relatório médico acostado ao processo, trata-se, pois, de quadro clínico que exige o uso do medicamento HERCEPTIN 440MG por um ano, 1º dose de 552 MG e dose subsequente de 414 mg a cada vinte e um dias, com imunohistoquímica revelando receptor estrogênio focalmente positivo, receptor progesterona negativo e HER 2 NEU positivo score 3+.

Contudo, a medicação vindicada (HERCEPTIN) possui valor unitário de R\$ 8.553,78 (oito mil e quinhentos e trinta e três reais e setenta e oito centavos). Considerando que foram prescritas um total de 13 (treze) aplicações por ano, somam-se R\$ 110.939,14 (cento e dez mil reais, novecentos e trinta e nove reais e quatorze centavos), um valor alto e impossível de ser

¹⁶ BRASIL. Tribunal Regional Federal da 1ª Região. Seção judiciária da Justiça Federal do Piauí. 5ª Vara. Processo nº 6223-17.2009.4.01.4000. Decisão publicada no Diário de Justiça de 30/07/2010.

¹⁷ BRASIL. Tribunal Regional Federal da 1ª Região. Seção judiciária da Justiça Federal do Piauí. 5ª Vara. Processo nº 253-70.2008.4.01.4000. Decisão publicada no Diário de Justiça de 12/05/2010.

arcado pela autora, posto possuir recursos financeiros insuficientes, de acordo com a exposição feita na petição inicial.

Por outro lado, o sobredito medicamento não consta na tabela do sistema único de saúde (SUS) para o tratamento do câncer de mama, não sendo, portanto, fornecido de forma gratuita pelos entes estatais, nem pelo Hospital São Marcos.

Quanto à serventia do medicamento prescrito, ressalta-se que seu uso foi prescrito por médico oncologista, com base em estudos clínicos que confirmam que o HERCEPTIN proporciona ao paciente o aumento da sobrevida global, a diminuição do risco de recidiva em 52% a 53%, a diminuição do risco de metástases e a redução em 33% da mortalidade, quando utilizado após tratamento quimioterápico adjuvante. Então, além de incrementar a chance de sobrevida do paciente, o medicamento em questão é essencial para que esta aconteça com dignidade.

Assim, a autora recorreu ao Poder Judiciário a fim de que obrigue os demandados (União federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos) a fornecerem o mencionado medicamento, considerado necessário e vital para a saúde da demandante.

O ingresso da ação em face dos três entes federativos baseia-se no artigo 198 da Constituição Federal, que determina que as ações e serviços de saúde integrem uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes estabelecidas constitucionalmente. Assim, a unidade do sistema de saúde, a ser fomentada e efetivada pela União, Estados-Membros da Federação e Municípios, torna todos igualmente responsáveis perante a população para a prestação de serviços de saúde.

Argumentou-se, ainda, que a descentralização do sistema não pode, a despeito de seus fins, ser um obstáculo ao acesso à saúde. Tal entendimento subverte a proteção que se quer conferir a todos, já que antes significa a aproximação do assistido com o ente prestador dos serviços, para uma melhor assistência, sem fragilizar a responsabilidade, que permanece una, entre União, Estados-Membros e Municípios, acerca do direito à saúde.

A descentralização das ações de saúde tem como pressuposto uma só responsabilidade, solidária, entre todos os entes federados, para com a preservação das condições de saúde de todos os administrados.

Portanto, a competência para o processamento e julgamento do processo referente a assistência farmacêutica será da Justiça Federal, pela participação da União federal no pólo passivo da relação processual.

Além de demonstrar a responsabilidade solidária, o fundamento do pedido da demanda está nos arts. 196 ao 202, da Constituição Federal, no status de direito fundamental, uma vez

que é expressão da inviolabilidade do direito à vida (art. 5º, caput, CF) além de convergir para o princípio da dignidade humana (art. 1º, III, CF).

Uma das medidas positivas que se filia aos esforços de efetivação do direito à saúde é o fornecimento gratuito de medicamentos ao menos favorecidos. Assim, se o SUS, por intermédio do hospital, deixar de lhe repassar a medicação, a demandante será impedida de realizar o tratamento adequado, afinal, ela não tem meios de arcar com os custos do tratamento com recursos próprios.

A demandante esforça-se para demonstrar que o objeto da demanda não é um deleite ou capricho, mas uma medida indispensável para assegurar à autora a dignidade constante como fundamento no art. 1º, III, da CF/88 e, por conseqüência, a vida, assegurada no direito no art. 5º, também do texto constitucional.

Portanto, a autora defende o direito ao fornecimento de medicamentos gratuitos por parte do Estado *latu senso*, sem qualquer embaraço, tendo em vista que estão demonstrados os requisitos para tanto, quais sejam, a necessidade do tratamento em virtude de doença, a impossibilidade da postulante em arcar com tal despesa em face das dificuldades financeiras, bem como a obrigação do Estado de garantir o direito à saúde dos administrados.

Não obstante a proteção constitucional, a já citada Lei nº 8.080/90 (que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes) estabelece, logo no art. 2º "que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício". Em seu art. 6º, I, "d", a lei, regula o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelece que os entes da administração direta deverão "executar ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica".

Na administração descentralizada do SUS, cada ente possui sua atribuição, devido à forma de Estado que temos: a União em políticas de âmbito nacional, o Estado em políticas de âmbito estadual, etc. Mas a responsabilidade de gerir e implementar os recursos do SUS na saúde é de obrigação de todos, pois a responsabilidade é solidária, já que o sistema é único, e que o sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, da Constituição, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Os demandados do processo (União federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos) não podem olvidar que a Constituição Federal e a legislação infraconstitucional os ordenaram cuidar da saúde das pessoas, não se tratando de mera recomendação. Dessa forma, para que não cometam ilegalidade, todos devem tutelar pela

saúde da autora, e depois, entre eles, questionarem regressivamente eventual descaso de um ou de outro, mas isto não pode ser oposto contra a demandante, vez que todos estão obrigados para com esta.

Ainda, observe-se que um dos princípios norteadores do direito à saúde é a integridade da assistência. Integral quer dizer completa, não se pode negar a uma cidadã pobre o direito a uma vida digna, principalmente, quando o meio para que se alcance a dignidade é o auxílio necessário para o tratamento de saúde, que é um dever do Estado.

Passa-se a verificar, a partir deste momento, os argumentos de defesa da União, do Estado do Piauí, do Município de Teresina e do Hospital São Marcos.

4.2.2 Argumentos dos demandados (União federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos)

Em sua defesa, a União federal alegou, preliminarmente, ilegitimidade passiva para figurar no pólo passivo da ação. Aduz que é o Hospital São Marcos (considerado um Centro de Alta Complexidade em Oncologia – CACON) quem possui a atribuição de realizar o tratamento oncológico de qualquer pessoa no Estado do Piauí.

A União argumenta que o Sistema Único de Saúde (SUS) foi formulado para funcionar de forma descentralizada. Por conta disso, cada ente que compõe o SUS possui um conjunto específico de atribuições, visando o funcionamento harmônico do sistema. Nesse contexto, a União exerce, predominantemente, o papel de ente financiador.

Alega, ainda, que o fato de todos os entes da federação serem responsáveis por questões de saúde pública não significa que todos são responsáveis simultaneamente por exatamente as mesmas questões. Competiria à União tão-somente a formulação de programas e normas gerais concernentes à assistência de saúde, restando a execução dos programas aos Estados e Municípios.

Assim, de acordo com a defesa da União, determinações judiciais impondo à União o custeio de procedimentos cuja atribuição é de outros entes da Federação não só desrespeita o princípio federativo e a legislação em vigor, como também colaboram para que o doente continue a não receber o tratamento devido pelas Secretarias de Saúde, que recebem verba específica para tal fim.

No mérito, e seguindo a linha argumentativa preliminar, a União aborda que o art.7º, da lei nº 8.080/90, determina que todos os medicamentos para tratamento de câncer fossem

fornecidos pelos Centros de Alta Complexidade em Oncologia – CACON. Tais centros podem pertencer à rede pública ou ser de caráter privado conveniado ao SUS, cadastrados e habilitados no sistema de acordo com critérios de capacidade técnica, devendo prestar atendimento completo aos pacientes neoplásicos.

Dessa forma, caberia aos CACONS, inclusive, fornecer medicamento oncológico aos pacientes do SUS no Piauí, mormente pelo fato destes terem sido prescritos pelos profissionais do próprio nosocômio. Ao Ministério da Saúde incumbe o repasse dos recursos para o custeio desses procedimentos através das APAC/ONCO – Autorização para Procedimentos de Alta Complexidade em Oncologia. Aos Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACONS) resta a responsabilidade de administrar os repasses de acordo com as necessidades de cada paciente, inclusive no fornecimento de medicação.

A defesa da União elenca os passos necessários para que um paciente obtenha medicamentos para tratamento de câncer, através do SUS:

- 1º) o paciente é atendido por hospital ou serviço isolado de quimioterapia cadastrada no SUS;
- 2º) o médico avalia e prescreve o tratamento indicado, conforme as condutas adotadas no hospital;
- 3º) o paciente é submetido ao tratamento indicado, inclusive recebe do hospital ou serviço isolado os quimioterápicos que irá fazer uso;
- 4º) o médico preenche o laudo de solicitação de autorização para cobrança do procedimento do SUS e o encaminha ao gestor local (em Teresina, a Fundação Municipal de Saúde);
- 5º) o gestor autoriza a cobrança conforme as normas vigentes do Ministério da Saúde e fornece ao hospital ou serviço isolado um número de APAC/ONCO – Autorização para Procedimentos de Alta Complexidade em Oncologia;
- 6º) o hospital ou serviço isolado de quimioterapia cobra do SUS no final do mês o valor mensal do respectivo tratamento;
- 7º) o SUS paga ao hospital ou serviço isolado de quimioterapia o valor relativo ao procedimento.¹⁸

Outra linha argumentativa da União aborda a idéia da reserva do possível, que procura identificar o fenômeno econômico da limitação dos recursos disponíveis diante das necessidades quase sempre infinitas a serem por ele supridas. Assim, há um limite de possibilidades materiais disponíveis não podendo o Judiciário determinar concretamente o fornecimento da prestação de saúde, sob pena de criar uma situação anti-isonômica.

Assim, a utilização de verbas para a concessão de medicamentos, vacinas e tratamentos

¹⁸ BRASIL. Tribunal Regional Federal da 1ª Região. Seção judiciária da Justiça Federal do Piauí. 5ª Vara. Processo nº 6223-17.2009.4.01.4000. Decisão publicada no Diário de Justiça de 30/07/2010.

não disponíveis na rede pública de saúde, com ampliação das políticas públicas já adotadas (estas sim, economicamente viáveis e socialmente sérias, comprometidas com a garantia de um mínimo existencial da população), terá utilidade e alcance populacional muito menor do que o custeio de tratamentos e medicamentos a um número infinito de usuários.

Ademais, as escolhas feitas pelo administrador, quando se trata da área de saúde, são trágicas exatamente porque baseiam-se em restrições de ordem financeira. Diante dessa limitação, há a necessidade de estabelecer critérios de alocação de recursos, de distribuição destes para cada área específica, de critérios de inclusão e exclusão para realização de determinado tratamento ou concessão de medicamento.

A União, ainda, questiona a eficácia de medicamentos, presumidamente não comprovada, excluídos da lista oficial do SUS e que possuem um custo excessivamente elevado. O Judiciário deveria optar pelo medicamento genérico, de menor custo.

Em sua defesa, o Estado do Piauí alegou, preliminarmente, ilegitimidade passiva para figurar no pólo passivo da ação, com base na Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002, do Ministério da Saúde, que aprovou a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002, pormenorizada em seu anexo. O item I.5 dessa norma estabelece a política de atenção de alta complexidade/custo no âmbito do SUS. Nele, observa-se que a União tomou para si a responsabilidade pelo financiamento das ações correspondentes:

I.5 Da Política de Atenção de Alta Complexidade/Custo no SUS

23. A responsabilidade do Ministério da Saúde sobre a política de alta complexidade/custo se traduz nas seguintes atribuições:

- a - definição de normas nacionais;
- b - controle do cadastro nacional de prestadores de serviços;
- c - vistoria de serviços, quando lhe couber, de acordo com as normas de cadastramento estabelecidas pelo próprio Ministério da Saúde;
- d - definição de incorporação dos procedimentos a serem ofertados à população pelo SUS;
- e - definição do elenco de procedimentos de alta complexidade;
- f - estabelecimento de estratégias que possibilitem o acesso mais equânime diminuindo as diferenças regionais na alocação dos serviços;
- g - definição de mecanismos de garantia de acesso para as referências interestaduais, através da Central Nacional de Regulação para Procedimentos de Alta Complexidade;
- h - formulação de mecanismos voltados à melhoria da qualidade dos serviços prestados;
- i - financiamento das ações.

23.1. A garantia de acesso aos procedimentos de alta complexidade é de responsabilidade solidária entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal.¹⁹

¹⁹ BRASIL. Tribunal Regional Federal da 1ª Região. Seção judiciária da Justiça Federal do Piauí. 5ª Vara.

Ao Estado caberia apenas a alocação de tais recursos federais e a definição de sua distribuição territorial:

24. O gestor estadual é responsável pela gestão da política de alta complexidade/custo no âmbito do estado, mantendo vinculação com a política nacional, sendo consideradas intransferíveis as funções de definição de prioridades assistenciais e programação da alta complexidade, incluindo:
- a - a macroalocação de recursos orçamentários do Limite Financeiro da Assistência do estado para cada área de alta complexidade;
 - b - a definição de prioridades de investimentos para garantir o acesso da população a serviços de boa qualidade, o que pode, dependendo das características do estado, requerer desconcentração ou concentração para a otimização da oferta de serviços, tendo em vista a melhor utilização dos recursos disponíveis, a garantia de economia de escala e melhor qualidade;
 - c - a delimitação da área de abrangência dos serviços de alta complexidade;
 - d - a coordenação do processo de garantia de acesso para a população de referência entre municípios;
 - e- a definição de limites financeiros municipais para a alta complexidade, com explicitação da parcela correspondente ao atendimento da população do município onde está localizado o serviço e da parcela correspondente às referências de outros municípios;
 - f - a coordenação dos processos de remanejamentos necessários na programação da alta complexidade, inclusive com mudanças nos limites financeiros municipais;
 - g - os processos de vistoria para inclusão de novos serviços no que lhe couber, em conformidade com as normas de cadastramento do MS;
 - h - a coordenação da implementação de mecanismos de regulação da assistência em alta complexidade (centrais de regulação, implementação de protocolos clínicos, entre outros);
 - i - o controle e a avaliação do sistema, quanto à sua resolubilidade e acessibilidade;
 - j - a otimização da oferta de serviços, tendo em vista a otimização dos recursos disponíveis, a garantia de economia de escala e melhor qualidade.
- 24.1 A regulação da referência intermunicipal de alta complexidade será sempre efetuada pelo gestor estadual.²⁰

Mesmo as regras do financiamento das ações de alta complexidade são impostas pelo Ministério da Saúde: as ações de alta complexidade e as ações estratégicas serão financiadas de acordo com Portaria do Ministério da Saúde. A Portaria nº 2.439/GM, de 08 de dezembro de 2005, instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica. Tal regulamento define o tratamento de câncer como ação de alta complexidade:

Processo nº 6223-17.2009.4.01.4000. Decisão publicada no Diário de Justiça de 30/07/2010.

²⁰ BRASIL. Tribunal Regional Federal da 1ª Região. Seção judiciária da Justiça Federal do Piauí. 5ª Vara. Processo nº 6223-17.2009.4.01.4000. Decisão publicada no Diário de Justiça de 30/07/2010.

Art. 3º. Definir que a Política Nacional de Atenção Oncológica seja constituída a partir dos seguintes componentes fundamentais:

I - promoção e vigilância em saúde: elaborar políticas, estratégias e ações que ampliem os modos de viver mais favoráveis à saúde e à qualidade de vida e que superem a fragmentação das ações de saúde, mediante articulação intersetorial em busca de uma maior efetividade e eficiência;

II - As ações de vigilância da saúde devem utilizar:

a) estratégias para estimular a alimentação saudável e a prática da atividade física em consonância com a Estratégia Global proposta pela Organização Mundial da Saúde;

b) proporcionar a redução e o controle de fatores de risco para as neoplasias, como o tabagismo;

c) desencadear ações que propiciem a preservação do meio ambiente e a promoção de entornos e ambientes mais seguros e saudáveis, incluindo o ambiente de trabalho dos cidadãos e coletividades;

d) implantar estratégias de vigilância e monitoramento dos fatores de risco e da morbimortalidade relativos ao câncer e às demais doenças e agravos não transmissíveis; e

e) desenvolver mecanismos e parâmetros de avaliação do impacto em curto, médio e longo prazos das ações e serviços prestados em todos os níveis da atenção à saúde;

III - atenção básica: realizar, na Rede de Serviços Básicos de saúde (Unidade Básicas de Saúde e Equipes da Saúde da Família), ações de caráter individual e coletivo, voltadas para a promoção da saúde e prevenção do câncer, bem como ao diagnóstico precoce e apoio à terapêutica de tumores, aos cuidados paliativos e às ações clínicas para o seguimento de doentes tratados;

IV - média complexidade: realizar assistência diagnóstica e terapêutica especializada, inclusive cuidados paliativos, garantida a partir do processo de referência e contra-referência dos pacientes, ações essas que devem ser organizadas segundo o planejamento de cada unidade federada e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde;

V - alta complexidade: garantir o acesso dos doentes com diagnóstico clínico ou com diagnóstico definitivo de câncer a esse nível de atenção, determinar a extensão da neoplasia (estadiamento), tratar, cuidar e assegurar qualidade de acordo com rotinas e condutas estabelecidas, assistência essa que se dará por meio de Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON);

VI - Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia: são aqueles CACONs designados para exercer o papel auxiliar, de caráter técnico, ao gestor do SUS nas políticas de atenção oncológica;

VII - Plano de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco do Câncer do Colo do Útero e da Mama: deve fazer parte integrante dos Planos Municipais e Estaduais de Saúde.

VIII - regulamentação suplementar e complementar por parte dos estados e dos municípios, com o objetivo de regular a Atenção Oncológica;

IX - regulação, fiscalização, controle e avaliação das ações da Atenção Oncológica de competência das três esferas de governo;

X - sistema de informação que possa oferecer ao gestor subsídios para tomada de decisão no processo de planejamento, regulação, avaliação e controle e promover a disseminação da informação;

XI - diretrizes nacionais para a atenção oncológica em todos os níveis de atenção, que permitam o aprimoramento da atenção, regulação, avaliação e controle;

XII - avaliação tecnológica: oferecer subsídios para tomada de decisão no processo de incorporação de novas tecnologias, articulando as diversas esferas do Ministério da Saúde;

XIII - educação permanente e capacitação das equipes de saúde em todos os âmbitos da atenção, considerando o enfoque estratégico da promoção e envolvendo todos os profissionais de nível superior e os de nível técnico, de acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos Pólos de Educação Permanente em Saúde; e

XIV - pesquisa sobre o câncer: incentivar pesquisas nas diversas áreas da atenção oncológica.

Art. 4º. Estabelecer que o Instituto Nacional de Câncer seja o Centro de Referência de Alta Complexidade do Ministério da Saúde, em conformidade com a Portaria nº 2.123/GM, de 7 de outubro de 2004, para auxiliar na formulação e na execução da Política Nacional de Atenção Oncológica.²¹

Assim, verifica-se que o Estado do Piauí alega que a responsabilidade pelo dispêndio correspondente à aquisição do medicamento vindicado, requerido pela parte demandante, é da União, como determina o Ministério da Saúde, pois é ela a única entidade da federação responsável pela execução e pelo financiamento das doenças de alta complexidade, pelo que deve ser excluído do pólo passivo da presente lide.

No mérito, o Estado afirma que não é obrigado a fornecer medicamento estranho à listagem do Ministério da Saúde. Aduz que o medicamento solicitado não consta da Portaria nº 2.577/06, do Ministério da Saúde, e o seu deferimento prejudica a ordem, a economia e a saúde pública, além de representar clara ingerência indevida do Judiciário no Executivo, a quem compete, constitucionalmente, a adoção das políticas públicas necessárias ao atendimento das carências da população.

Uma vez fornecido medicamento caríssimo, não constante da lista de medicamentos excepcionais financiados pelo SUS, estaria caracterizado o dano irreversível ao erário e à população como um todo, diante da ausência de condições financeiras da autora para ressarcir os valores gastos.

Convém registrar que os Estados estão vinculados ao fornecimento dos medicamentos constantes de Portaria do Ministério da Saúde. No que tange ao assunto, cabe assinalar que o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 3.916/GM, de 30.11.98, definiu a Política Nacional de Medicamentos, com diretrizes e normas a serem executadas concernentes à assistência farmacêutica. Em consonância com a citada portaria, encontra-se em vigor a Portaria do Ministério da Saúde nº 2.577/GM, de 27.10.06, que aprovou a relação dos medicamentos a serem entregues gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde - SUS e os procedimentos para a

²¹ BRASIL. Tribunal Regional Federal da 1ª Região. Seção judiciária da Justiça Federal do Piauí. 5ª Vara. Processo nº 6223-17.2009.4.01.4000. Decisão publicada no Diário de Justiça de 30/07/2010.

dispensação destes medicamentos aos que deles necessitam.

Dessa forma, o Estado do Piauí defende-se sob argumento de que a pretensão deduzida provoca grave lesão à ordem pública, considerada em termos de ordem administrativa, dado que a determinação de fornecimento de medicamento de alto custo financeiro, por não integrar a Portaria GM nº 2.577/2006 do Ministério da Saúde, encontra-se à margem do programa estatal de fornecimento de medicamentos e, por conseguinte, da própria programação orçamentária do Poder Público, comprometendo a racionalização do sistema para o fornecimento de medicamentos básicos à população.

O Estado do Piauí, também, preocupa-se com o denominado “efeito multiplicador”, já verificado pelo incremento do número de demandas judiciais de mesma natureza.

Agora, a defesa principal revela-se na reserva do possível, argumentando-se que o direito à saúde, embora fundamental, não é absoluto, e para a sua efetivação deve ser conciliado com outros princípios e normas igualmente previstos na Carta Magna.

Por pertinente, cabe observar que não se pode esquecer que o princípio da separação dos Poderes (artigo 2º, da CF/88) é tão cláusula pétrea quanto qualquer direito fundamental. Não pode, desse modo, o Judiciário, para fazer cumprir um direito fundamental, violar o princípio da separação dos Poderes, usurpando as competências constitucionais do Poder Executivo e do Poder Legislativo.

Outrossim, o Estado argumenta que não se pode imaginar que todos os direitos sociais (direitos a prestações) assegurados na Constituição sejam efetivados apenas por que a Constituição assim determinou. Essa efetivação vai ser sempre feita dentro do possível, dos recursos existentes, já que a Constituição não muda os fatos e a disponibilidades de recursos apenas com a sua promulgação.

Diante dos chamados “direitos originários a prestações” é que se torna mais aguda a questão da efetividade da Constituição, uma vez que esses direitos reclamam prestações positivas a serem efetivadas sempre com gastos que encontram natural e insuplantável limite nas disposições econômicas. Aqui entra a questão da reserva do possível.

Como direito a prestações que é, o direito à saúde é limitado pelas disposições financeiras do Estado, pela reserva do possível. Nesse sentido, citou-se Gilmar Ferreira Mendes, em obra escrita em co-autoria com Paulo Gustavo Gonet Branco e Inocência Mártires Coelho:

Observa-se que, embora tais decisões estejam vinculadas juridicamente, é certo que a sua efetivação está submetida, dentre outras condicionantes, à

reserva do financeiramente possível ('Vorbehalt des finanziell Möglichen'). Nesse sentido, reconheceu a Corte Constitucional alemã, na famosa decisão sobre 'numerus clausus' de vagas nas Universidades ('numerus-clausus Entscheidung'), que pretensões destinadas a criar os pressupostos fáticos necessários para o exercício de determinado direito estão submetidas à 'reserva do possível' ('Vorbehalt Möglichen')²².

O fornecimento de medicamentos, enquanto prestação material, é direito dependente da existência de uma dada situação econômica favorável à sua efetivação. Tais direitos prestacionais são satisfeitos segundo as conjunturas econômicas, segundo as disponibilidades do momento, na forma prevista pelo legislador infraconstitucional. Diz-se que estão submetidos à reserva do possível. A noção de reserva do possível não é mera construção teórica, é, antes de qualquer coisa, decorrência da própria realidade, da finitude dos recursos públicos.

Tratando do princípio da reserva do possível, o Estado do Piauí levanta o argumento de que, dentro das limitações orçamentárias do Poder Executivo, não é passível de solução mediante ordem judicial deferida em sede de ação judicial, sob pena de infração ao Princípio da Separação de Poderes e às normas constitucionais que dispõem acerca de finanças públicas.

O Município de Teresina, também, alegou, preliminarmente, ilegitimidade passiva para figurar no pólo passivo da ação. Aduz que é a Fundação Municipal de Saúde, dotada de personalidade jurídica própria (é uma autarquia), quem possui competência pela execução das diretrizes da política de saúde.

No mérito, o Município de Teresina defende que os recursos públicos, especialmente os destinados ao serviço público de saúde, são limitados e devem fazer frente à necessidade coletiva, de modo que a particularização de política pública de atendimento de saúde pode tornar instável o equilíbrio financeiro-orçamentário. Tais recursos são previstos nas leis orçamentárias, sendo vedado qualquer despesa que exceda os créditos orçamentários.

Como as defesas da União e do Estado do Piauí, aborda a reserva do possível, especialmente quando se trata de direito à saúde, direito prestacional que exige a disponibilidade de recursos financeiros por parte do Poder Público.

Ainda, ao gestor municipal, compete definir a relação municipal de medicamentos essenciais, com base na Relação Nacional de Medicamentos – RENAME, enquanto que à União e aos Estados competiriam o financiamento dos tratamentos de dispensação

²² MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet; COELHO, Inocêncio Mártires. *Hermenêutica Constitucional e Direitos Fundamentais*. Brasília: Brasília Jurídica, 2000. p. 205.

excepcional.

Como o medicamento HERCEPTIN não figura na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais e considerando que o referido medicamento é demasiadamente caro, inserindo-se no rol de medicamentos de “alto custo”, deve ser dispensado pelo SUS, por meio do Programa de Dispensação Excepcional, de responsabilidade dos governos estaduais e federal, com base na Portaria nº 2.577/2006, do Ministério da Saúde. O item 29 do anexo I da referida Portaria estabelece que o custeio destes medicamentos de dispensação excepcional é partilhado entre a União e o Estado-membro, sem a participação dos Municípios.

Assim, o Município de Teresina reivindica que somente é obrigado a disponibilizar os medicamentos constantes do RENAME. Os de alto custo e os de situações excepcionais são de responsabilidade da União e dos Estados, aos quais cabe a aquisição e a distribuição.

Por fim, o Município de Teresina, também argumenta que a atuação do Judiciário, dentro das limitações orçamentárias do Poder Executivo, viola o Princípio da Separação de Poderes.

O quarto demandado é o Hospital São Marcos que, para não fugir às argumentações pretéritas, aduz ilegitimidade passiva para responder à lide, sob o argumento de que não há nenhuma obrigação advinda de lei para o fornecimento de medicamentos gratuitos, já que se trata de instituição privada, sem fins lucrativos, não mantida pelo Poder Público.

A defesa do Hospital São Marcos alega que responde a dezenas de processos similares e que, sendo obrigado a fornecer medicamentos de “alto custo”, não suportaria financeiramente tão pesado ônus, até porque a demanda é crescente, especialmente por pessoas economicamente hipossuficientes.

O Hospital São Marcos é conveniado ao SUS, entretanto, somente fornece medicamentos constantes da listagem oficial, até porque só estes serão custeados pela Administração Pública.

Caso o hospital forneça medicamento excluído da lista fornecida pelo SUS para pacientes carentes, terá que fazê-lo com suas próprias verbas e, querendo, interpor uma ação regressiva contra a União (SUS), por exemplo, pois o SUS somente efetua ressarcimento com gastos feitos segundo protocolo definido administrativamente.

Ainda, em relação às consultas, os pacientes têm total liberdade no atendimento, pois todas as consultas são integralmente custeadas pelo SUS, sem qualquer restrição. Entretanto, quando se trata de pacientes que necessitam de fornecimento gratuito de medicamentos, em especial para tratamento quimioterápico, deve-se obedecer ao que estabelece o protocolo do Convênio firmado com o Hospital. Quando o hospital fornece medicamentos fora da lista, ou

com valores acima do mercado, o faz por sua inteira responsabilidade, não podendo pleitear o ressarcimento junto ao SUS.

A defesa do Hospital São Marcos afirma que o valor do procedimento, estipulado pela tabela do SUS para terapia similar a requerida no processo, é de apenas R\$ 571,50 (quinhentos e setenta e um reais e cinquenta centavos), ou seja, muito aquém dos R\$ 8.553,78 (oito mil, quinhentos e cinquenta e três reais e setenta e oito centavos) do medicamento HERCEPTIN.

Como o valor de uma ampola já é extremamente elevado, calcula-se que o tratamento de 12 meses terá um custo estimado de R\$ 102.405,36 (cento e dois mil, quatrocentos e cinco reais e trinta e seis centavos). Agora, ao final de um ano, o paciente é reavaliado podendo, inclusive, persistir com o tratamento, isto é, não há como formular previsões de quando o tratamento irá findar, pois a doença pode ou não regredir.

Dessa forma, caso o hospital seja obrigado a fornecer tal medicamento, todo o equilíbrio financeiro da entidade estará comprometido, pondo em risco os atendimentos realizados para as inúmeras pessoas que atende diariamente.

Assim, pode-se sintetizar os argumentos das defesas dos quatro réus da seguinte maneira:

Requeridos	Defesa preliminar	Defesa de mérito
União Federal	- ilegitimidade passiva (aduz que a responsabilidade é do Hospital São Marcos).	- reserva do possível; - questiona a eficácia do medicamento.
Estado do Piauí	- ilegitimidade passiva (alega que a competência é da União Federal).	- não é obrigado a fornecer medicamento não constante das listagens oficiais; - reserva do possível; - violação da separação de poderes.
Município de Teresina	- ilegitimidade passiva (alega que a competência é da Fundação Municipal de Saúde).	- não é obrigado a fornecer medicamento não constante das listagens oficiais; - reserva do possível; - violação da separação de

		poderes.
Hospital São Marcos	- ilegitimidade passiva (não há nenhuma obrigação advinda de lei para o fornecimento de medicamentos gratuitos, já que se trata de instituição privada, sem fins lucrativos).	- não é obrigado a fornecer medicamento não constante das listagens oficiais; - valor do medicamento superior ao da tabela utilizada pelo SUS.

Portanto, todos os réus do Processo supra buscam, preliminarmente, esquivar-se de sua responsabilidade na execução da política farmacêutica. No mérito, todos os entes políticos alegam a limitação da reserva do possível e o hospital defende-se pelo fato de não ser obrigado pela lei pertinente.

4.2.3 Decisões judiciais determinando a concessão de medicamento

Na decisão do pedido de antecipação dos efeitos da tutela, no Processo Nº 6223-17.2009.4.01.4000, realizado com base na razoabilidade do direito e no perigo da demora da demanda em juízo, foi deferido o pedido da demandante. A Juíza reconheceu a responsabilidade solidária dos três entes federativos (devendo figurar no pólo passivo da ação) e determinou o fornecimento do medicamento HERCEPTIN, conforme solicitado.

Houve reconhecimento de que o SUS possui mecanismos para fornecer ao paciente em tratamento de neoplasia de mama a medicação de que ele necessita, devendo no caso, tanto a União, o Estado do Piauí, o Município de Teresina/PI e a entidade privada credenciada, cada um dentro de suas esferas de atribuições, adotar as providências que lhe competem para que o medicamento chegue até ao paciente que dele necessita efetivamente.

Se a entidade credenciada diz que não pode fornecer o medicamento porque ele não se encontra na lista de medicamentos do SUS, deve a União, ou o Estado, ou o Município, na qualidade de gestores nos níveis federal, estadual e municipal, permitirem tal fornecimento, ainda que não esteja a droga em tal rol e às custas do Sistema, o qual tem por finalidade última, proteger e recuperar a saúde do cidadão. A decisão destacou que a receita do *HERCEPTIN* para a ora demandante foi expedida por profissional de entidade credenciada para atender pelo Sistema Único de Saúde, de modo que não se trata de indevida intromissão

do Poder Judiciário na opção de tratamento da doença, mas sim de necessidade de intervenção judicial para se dar exequibilidade à missão constitucional do Sistema Único de Saúde, no caso concreto de paciente portadora de doença grave, cujo estágio reclama pronto atendimento de suas necessidades.

Enfim, a decisão liminar (6223-17.2009.4.01.4000, da 5ª Vara da seção judiciária da Justiça Federal do Piauí) da Juíza Marina Rocha Cavalcanti Barros fora proferida no sentido de determinar

que a União, o Estado do Piauí e o Município de Teresina, enquanto gestores do SUS, e o Hospital São Marcos, como estabelecimento médico vinculado a tal Sistema, no prazo de 15 (quinze) dias, adotem as providências competentes a cada um, para que seja fornecido ao autor o medicamento *HERCEPTIN 440mg por 01 (um) ano, 1ª dose de 552mg e dose subseqüentes de 414mg a cada 21 (vinte e um) dias*, conforme proposta de tratamento apresentada nas fls. 20/22.²³

Percebe-se que a decisão reconheceu a responsabilidade solidária dos entes federativos na concessão de medicamentos e que é possível a efetivação do direito à saúde através de uma demanda judicial que reconhece o direito subjetivo à prestação do direito de saúde. Portanto, tanto precedentes nacionais como locais apontam para uma consolidação do papel do Judiciário na efetivação de uma política pública básica, como é a da saúde.

Decisão semelhante (sentença prolatada em 12 de maio de 2010) foi proferida no processo Nº 253-70.2008.4.01.4000, também em tramitação na 5ª Vara da seção judiciária da Justiça Federal do Piauí, ajuizada em face da União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina e Hospital São Marcos, objetivando o fornecimento à requerente do medicamento GLIVEC, de forma gratuita, mensal e contínua, na dosagem de 400mg ao dia, bem assim sejam fornecidos todos os outros remédios que se fizerem necessários durante o período de tratamento de sua doença.

Neste processo, a Autora, portadora de leucemia mielóide crônica (LMC) com necessidade de utilização da medicação GLIVEC, relata que estava recebendo essa medicação do Sistema Único de Saúde, sendo que em dezembro de 2007 recebeu o medicamento em quantidade inferior à necessária para o tratamento. Ressalta que esse tratamento é fundamental à manutenção de sua saúde, sendo imprescindível o uso da dosagem diária na forma prescrita pelo médico e que não possui condições financeiras para arcar com os custos

²³ BRASIL. Tribunal Regional Federal da 1ª Região. Seção judiciária da Justiça Federal do Piauí. 5ª Vara. Processo nº 6223-17.2009.4.01.4000. Decisão publicada no Diário de Justiça de 30/07/2010.

do medicamento.

Em suas contestações, todos os requeridos argüiram a preliminar de ilegitimidade passiva *ad causam*. No mérito, o Município de Teresina aduz que os recursos públicos são limitados, devendo fazer frente à necessidade coletiva de atendimento à saúde pública, de modo que a particularização de política pública de atendimento à saúde pode tornar inviável o equilíbrio financeiro-orçamentário. O Hospital São Marcos sustenta que a verba pública que lhe é destinada é insuficiente para cobrir o tratamento da requerente e que não dispõe de recursos próprios para arcar com essa despesa. Por sua vez, a União alega que as normas para aquisição de quaisquer bens de consumo ou permanentes na Administração Pública obrigam a previsão orçamentária, sob pena de desvio de finalidade e risco de lesão aos cofres públicos. Assim, percebe-se a identidade de argumentos entre os processos observados.

A sentença do processo Nº 253-70.2008.4.01.4000, decisão judicial mais importante na primeira instância, não acolheu a preliminar de ilegitimidade passiva arguida pelos requeridos, com fundamento nos arts. 196 e 198 da Constituição Federal, que estabeleceu a saúde como direito de todos e dever do Estado, do qual não pode se furtar em qualquer uma de suas esferas federativas, bem como na Lei nº 8.080/90 que define o SUS em seu art. 4º, *caput*, como o “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”. O art. 199 da Carta vigente em seu §1º prevê, ainda, a possibilidade de entidades privadas participarem de modo complementar no Sistema Único de Saúde, seguindo suas diretrizes e mediante contrato ou convênio.

Por tais razões, tanto a União como o Estado do Piauí e o Município de Teresina possuem legitimidade para figurar no pólo passivo pela sua missão constitucional (art. 196), da qual derivou sua participação solidária no Sistema (art. 9º da Lei nº 8.080/90). Em relação ao Hospital São Marcos, a Juíza considerou que o mesmo possui legitimidade para figurar como réu em razão de ser credenciado pelo Sistema Único de Saúde. Ademais, esse hospital já vinha fornecendo à autora a medicação vindicada, conforme informado em sua peça de defesa, embora as conseqüências financeiras não lhe possam ser imputadas.

Na decisão de mérito, a decisão baseou-se no art.196 do texto constitucional e na Lei nº 8.080/90 que, em seu art. 7º, estabelece como princípios norteadores das ações e serviços públicos de saúde, dentre outros, a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência e a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”.

O princípio da universalidade se configura na obrigação de atender a todos, de acordo

com suas necessidades, devendo ser oferecidos os recursos de saúde de acordo com a necessidade de cada um. Sendo a saúde estritamente vinculada à vida, bem maior do ser humano, sua efetivação é dever do Poder Público, configurando a inércia na sua concretização flagrante ofensa à dignidade da pessoa humana.

Confira-se a seguinte passagem da sentença do processo N° 253-70.2008.4.01.4000.

Numa perspectiva atual e democrática do Estado de Direito, não há mais que se falar em normas programáticas como vazias de efetivação jurídica. Nesta perspectiva, a Constituição elegeu o direito à saúde como um dos direitos fundamentais do ser humano, o que impõe o respeito das ações do Estado a tal determinação, ao mesmo tempo que permite ao cidadão que cobre da Administração essa postura. Este processo judicial é justamente a instrumentalização dessa concepção democrática e, por isso, as argumentações genéricas no sentido de indisponibilidade orçamentária não podem se constituir em óbice para a concretude do direito fundamental em questão.²⁴

Considerou-se, ainda, que o SUS possui mecanismos para fornecer à paciente a medicação de que ela necessita, devendo no caso, tanto a União, o Estado do Piauí, o Município de Teresina/PI e a entidade privada credenciada, cada um dentro de suas esferas de atribuições, adotarem as providências que lhe competem para que o medicamento chegue até ao paciente que dele necessita efetivamente.

Finalmente, a parte dispositiva da decisão determinou que a União, ou o Estado, ou o Município, na qualidade de gestores nos níveis federal, estadual e municipal, devem providenciar o repasse no valor correspondente à aquisição da medicação necessária ao tratamento da autora, caso a entidade credenciada não possa fornecer o medicamento porque não há o repasse de verba suficiente para sua aquisição. Importante destacar que a receita do GLIVEC, 400mg ao dia, fora prescrita por profissional de entidade credenciada para atender pelo Sistema Único de Saúde, de modo que não se configurou indevida intromissão do Poder Judiciário na opção de tratamento da doença, mas sim de necessidade de intervenção judicial para se dar exequibilidade à missão constitucional do Sistema Único de Saúde, no caso concreto de paciente portadora de doença grave, cujo estágio reclama pronto atendimento de suas necessidades.

Com o fim de assegurar a efetivação da determinação judicial, ficou estabelecida a multa diária de R\$ 500,00 (quinhentos reais), nos termos do art. 273, § 4º do Código de

²⁴ BRASIL. Tribunal Regional Federal da 1ª Região. Seção judiciária da Justiça Federal do Piauí. 5ª Vara. Processo n° 253-70.2008.4.01.4000. Decisão prolatada em 12 de maio de 2010.

Processo Civil, aos requeridos pelo descumprimento injustificado.

Nos casos estudados, provenientes da Justiça Federal da seção judiciária do Estado do Piauí, percebe-se que foi fundamental, para os Autores, a informação obtida junto ao hospital credenciado, um Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), pelo próprio SUS. Assim, pode-se dizer que não somente os ricos e a classe média conseguem um melhor resultado nas prestações de serviço de saúde, mas pessoas carentes que possuem acesso à informação técnica adequada. Outro papel importante está sendo desenvolvido pela Defensoria Pública da União que ajuíza tais demandas sempre que possuem esses subsídios técnicos.

Enfim, tanto no caso decido pelo STF, quanto pelos casos locais, percebe-se que o Judiciário vem tomando uma posição cada vez mais decisiva na concessão de prestações materiais, antes relegada aos ditames da política pública correspondente, embora não haja elementos para concluir ou não pelo entendimento daqueles que defendem que a apropriação dessas prestações é privilégio das classes média e rica (como Ricardo Lobo Torres), ou de poucos que conseguem suportar a demora da prestação jurisdicional (José Murilo de Carvalho). A existência de desigualdades na sociedade é fato, sua ampliação também, porém há exemplos, como os estudados, onde os indivíduos pleiteiam e conseguem um resultado efetivo do Poder Público.

5 CONCLUSÃO

O trabalho tem como ponto central a judicialização da política de assistência farmacêutica, partindo-se de estudo de casos em tramitação no Judiciário nacional, inclusive verificando a realidade regional do Estado do Piauí.

A estrutura da dissertação possui três capítulos básicos. O capítulo II aborda o direito à saúde como direito humano fundamental de defesa e prestacional por parte do Estado como concretização do denominado mínimo existencial, abordando os limites fáticos e jurídicos a essa concretização, especialmente, levando-se em consideração a escassez de recursos. O capítulo III explicita o desenho da política de assistência farmacêutica do SUS, a partir de sua previsão constitucional e infraconstitucional. No terceiro capítulo, analisa-se a distribuição de medicamentos, como concretização do direito à saúde, especialmente pela participação do Poder Judiciário na determinação de fornecimento de medicamentos não incluídos nas listagens oficiais do SUS, apresentando casos concretos que enfrentam a questão da competência constitucional para realização da política de medicamentos, bem como as teorias do mínimo existencial e da reserva do possível.

Assim, parte-se da premissa que o tratamento médico (que inclui a prevenção, o tratamento e o controle de enfermidades) depende do acesso a medicamentos. Este acesso constitui uma parte indispensável do direito de desfrutar do mais elevado nível possível de saúde.

A política de assistência farmacêutica está delineada na legislação infraconstitucional, a partir das competências descentralizadoras previstas na Constituição Federal.

A Lei nº 8.080/90 se fez acompanhar de vasta regulamentação, realizada através de portarias editadas pelo Ministério da Saúde. Além das NOBs: 01/91, 01/92, 01/93 e 01/96, foram editadas duas Normas de Assistência à Saúde (NOAS) números 01/2001 e 01/2002, como produto da necessidade de cooperação entre estes gestores, de modo a viabilizar a descentralização do Sistema.

A Lei nº 8.080/90 disciplina, ainda, a participação dos três entes no financiamento do sistema. Agora, o fato de um ente da Federação ser o responsável perante a população pelo fornecimento de determinado bem não significa que lhe caiba custeá-lo sozinho ou isoladamente.

A definição de critérios para a repartição de competências é esboçada em inúmeros atos administrativos federais, estaduais e municipais, sendo a principal referência deles a Portaria

nº 3.916/98, do Ministério da Saúde, considerada a matriz de toda a estrutura de fornecimento de medicamentos. De forma simplificada, os diferentes níveis federativos, em colaboração, elaboram listas de medicamentos que serão adquiridos e fornecidos à população. As regulamentações seguintes são baseadas em suas disposições, basicamente, atualizando-as, como a Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006; a Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007.

A Portaria nº204/2007, do Ministério da Saúde, atribui aos Municípios o fornecimento dos medicamentos essenciais, considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população; aos Estados, os medicamentos excepcionais (o art. 2º, da Portaria GM nº 2.981 de 26/11/2009, altera a denominação para Componente Especializado da Assistência Farmacêutica), utilizados em doenças raras, geralmente de custo elevado, cuja dispensação atende a casos específicos para tratamento de doenças mais complexas; e à União, os medicamentos estratégicos, aqueles utilizados para o tratamento de doenças de perfil endêmico, como a tuberculose, hanseníase, AIDS.

Além de atribuir a competência dos entes federativos, de acordo com o mandamento constitucional, as normas infraconstitucionais regulamentam o financiamento, as listas de medicamentos (com previsão de atualização periódica) e os mecanismos de dispensação.

Tal repartição de competências não possui eficácia plena no que tange à distribuição de medicamentos, especialmente os definidos como de dispensação especializada e os estratégicos, pois a questão é que tais listas não são atualizadas com a frequência devida. Os médicos passaram a prescrever medicamentos não constantes das mesmas. E com a recusa das instituições correspondentes em fornecê-los, até por não estar obrigado a fazê-lo, o cidadão passou a postular a concessão diretamente no Judiciário.

A partir desta necessidade, o trabalho discutiu as teorias que tratam da efetivação do direito à saúde, como a teoria da mínimo existencial, e as que analisam a repercussão, da concessão de providências materiais pelo Judiciário, levando-se em consideração a limitação de recursos, com a necessidade de realizar escolhas trágicas.

Foram identificados os argumentos principais das teorias que abordam a questão da efetivação dos direitos humanos pelo Poder Judiciário, em especial a assistência farmacêutica, bem como os que a analisam sob o aspecto econômico, apresentando os obstáculos à consecução da política de saúde, como os limites financeiros do orçamento público.

Foi demonstrado que o problema da eficácia social do direito à saúde deve-se mais às questões ligadas à implementação e manutenção das políticas públicas já existentes, como com a atualização mais frequente das listagens de medicamentos, do que à falta de legislação

específica. Entretanto, é inaceitável que a efetividade dos direitos fundamentais esteja a cargo exclusivo da Administração Pública e do Legislativo, descomprometendo o Poder Judiciário. A realização do Estado Social e Democrático de Direito com a concretização ou efetivação dos direitos fundamentais na sociedade é obrigação comum de todos os Poderes do Estado, indistintamente. Se algum dos Poderes estatais não desempenhar a contento seu mister constitucional, cumpre aos demais suprir tal deficiência, de modo que a sociedade usufrua de todos os direitos sociais (ou, pelo menos, do mínimo essencial) resultantes do texto constitucional. Deste modo, será construído um processo sólido de aperfeiçoamento democrático.

Os magistrados têm dificuldade em lidar com as previsões constantes nas regulamentações administrativas (são diversas normas administrativas que tratam da temática). Assim, os julgadores fundamentam a concessão, o acesso aos medicamentos, não previstos nestas normas, diretamente do mandamento contido no art.196 da Constituição Federal. Os juízes estão se baseando também na prescrição realizada por médico (credenciado pelo SUS), mas não prevista na política pública correspondente. As pessoas nem precisam recorrer, primeiro, ao SUS ou que obedeça aos protocolos administrativos de dispensação antes de ingressar no Judiciário.

Também fica evidenciada, na análise dos processos, que a intervenção judicial não importa em violação do princípio a separação dos poderes, além de ter sido reconhecida a responsabilidade solidária dos entes federativos na concretização dos direito à saúde.

Quanto ao impacto sócio-econômico que as demandas judiciais ocasionam nas políticas públicas de saúde (especificamente a de medicamentos), argüido pelos entes federativos demandados nos processos, há o reconhecimento de que, em uma colisão de princípios, utilizando-se de critérios com o da ponderação de valores, prevalece a compreensão de que os direitos devem ser efetivados. Ainda, o debate deve ser ampliado na sociedade (a discussão deve ser aprofundada), sob pena de a concessão individualizada de políticas públicas ampliar as desigualdades na medida em que pequena parcela da população tem acesso aos mecanismos de conquista de direitos, como através do Judiciário (deve-se evitar concessões individuais que tragam mais desigualdades sociais, como tratamentos experimentais no exterior, ou medicamentos sem o mínimo respaldo técnico).

Por um lado, os juízes decidem pela concessão de medicamentos, tomando por base um direito fundamental à saúde, o que pode abrir caminho para que demandas abusivas recebam mesmo tratamento. Some-se a isso uma ausência de discussão acerca da política propriamente dita, até pela necessidade imediata da providência.

Por outro, a limitação de recursos financeiros é uma realidade do Poder Público. Agora, a exceção da reserva do possível somente pode ser aceita se o direito/bem da vida negado não fizer parte do mínimo existencial, ou do piso mínimo vital, pois o Poder Público (num Estado Social e Democrático de Direito) não pode se escusar de fornecer o mínimo necessário para uma vida digna. A dignidade da pessoa humana não só é fundamento da nossa República, mas também é objetivo fundamental; logo deve haver busca constante e incessante pela garantia do mínimo existencial a todos os que aqui, no Brasil, vivem.

A reserva do possível escusa o Estado de fornecer bens supérfluos, mas jamais o mínimo existencial, por exemplo, escusa de fornecer prótese ortopédica de última geração, mas não de fornecer prótese ortopédica de custo médio e boa qualidade. Considera-se, ainda, que a gestão do SUS possui falhas.

Vale lembrar que quando o assunto é a dignidade da pessoa humana, direitos fundamentais (humanos), as melhores concepções já apontam no sentido de que sequer o interesse público pode ser alegação impeditiva de concessão. Ou seja, no embate interesse público versus direitos fundamentais prevalecem os direitos fundamentais.

A questão passa pela garantia de fornecimento de todos os bens da vida indispensáveis para a manutenção e o exercício do direito fundamental da dignidade da pessoa humana de forma mínima. Tal conceito varia no tempo e no espaço, já vindo inclusive o Judiciário a tutelar o direito a medicação apta a elidir os efeitos da impotência sexual. O tema é de constante debate nas Cortes Constitucionais e teve origem na Alemanha, devendo ser sempre adotado o critério da razoabilidade (proporcionalidade) no desafio da solução de controvérsias postas em juízo através da ponderação de valores entre os princípios colidentes na Ordem Constitucional.

O conjunto de bens e utilidades indispensáveis a uma vida digna (mínimo existencial) deve servir de metas prioritárias na elaboração orçamentária (reserva do possível). Assim, o estado propicia primeiramente o mínimo existencial para só depois discutir as outras receitas na proteção e promoção do núcleo axiológico da CF (dignidade da pessoa humana).

A partir de decisão apresentada do STF (processo STA 175), constata-se que o direito à saúde, porque não dizer os direitos sociais, perpassa por uma nova era. O cidadão possui um canal direto para tutelar seus interesses concretizando sua cidadania, o Poder Judiciário.

Um bom exemplo, também, de efetivação do direito à saúde (ao mínimo existencial) acontece na Justiça Federal, seção judiciária do Estado do Piauí, onde os cidadãos estão conseguindo, através de advogados particulares ou da Defensoria Pública da União, a concessão de medicamentos fora da listagem oficial com base em informações técnicas

conseguidas em hospital credenciado, Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON).

Constatou-se, no período de 2007 a julho de 2010, um total de 160 (cento e sessenta) processos com demanda por prestações de serviço de saúde tendo como um dos réus (além de, pelo menos, um dos seguintes entes federativos: União, Estado do Piauí, Município de Teresina) o Hospital São Marcos, em razão de ser o Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) da Região. Verificou-se que as 70 demandas por medicamentos possuíam os mesmos fundamentos do caso paradigmático do Supremo Tribunal Federal (o processo STA 175).

Enfim, o presente trabalho tem por escopo contribuir para uma ampliação do debate e para uma reflexão construtiva referente à concretização de direitos sociais pelo Poder Judiciário (Estado), atuando efetivamente na vida de muitos brasileiros dependentes de prestações materiais na área da saúde, especialmente, no que pertine ao fornecimento de medicamentos, tanto em uma perspectiva mais abrangente (nacional), quanto verificando a realidade regional (local).

REFERÊNCIAS

ALEXY, Robert. *Teoria dos Direitos Fundamentais*. Trad. Virgílio Afonso da Silva. São Paulo: Malheiros Editores, 2008.

AMARAL, Gustavo. *Direito, Escassez & Escolha*. Rio de Janeiro: Lúmen Juris, 2010.

ARRETCHE, Marta. Relações federativas nas políticas sociais. *Educação e Sociedade*. Campinas, SP: v. 23, n. 80, p. 25-48, setembro de 2002.

BARCELLOS, Ana Paula de. *A Eficácia Jurídica dos Princípios Constitucionais*. O princípio da dignidade da pessoa humana. Rio de Janeiro: Renovar, 2008.

BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: Direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. *Revista Jurídica UNIJUS*. Uberaba, v. 15, p. 13-38, nov. 2008.

BOBBIO, Norberto. *A era dos direitos*. Trad. Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BONAVIDES, Paulo. *Curso de Direito Constitucional*. 8. ed. São Paulo: Malheiros, 1999.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 44. ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

BRASIL. Lei n°8.080/90. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em 07 mar.2010.

BRASIL. Lei n°9.789/99. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19789.htm. Acesso em 07 mar.2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Política Nacional de Medicamentos 2001*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://www.opas.org.br/medicamentos/site/UploadArq/pnm.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2010).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Renam*. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Componente da Assistência Farmacêutica Básica*. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1462. Acesso em:

17 jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Medicamentos estratégicos*. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=29009&janela=2. Acesso em: 17 jun. 2010.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. RESP 820.674. Segunda Turma. Relatora Ministra Eliana Calmon, publicado no Diário de Justiça de 14/06/2006.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. ADPF-MC Nº 45. Relator Ministro Celso de Mello. Brasília, Distrito Federal, publicado no Diário de Justiça de 04/05/2004.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. AI-AgRg nº 597.182/RS. Segunda Turma. Relator: Min. Cezar Peluso. Brasília, Distrito Federal, publicado no Diário de Justiça de 06/11/2006.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. AgRg-RE nº 271.286/RS. Segunda Turma. Relator: Min. Celso de Mello. Brasília, Distrito Federal, publicado no Diário de Justiça de 24/11/2000.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. IF 492. Acórdão do Tribunal Pleno. Relator: Min. Gilmar Mendes. Brasília, Distrito Federal, publicado no Diário de Justiça de 01/08/2003.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. STA nº 175/CE. Tribunal Pleno. Relator: Min. Gilmar Mendes. Brasília, Distrito Federal, publicado no Diário de Justiça de 30/04/2010.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 1ª Região. Seção judiciária da Justiça Federal do Piauí. 5ª Vara. Processo nº 6223-17.2009.4.01.4000. Decisão publicada no Diário de Justiça de 30/07/2010.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 1ª Região. Seção judiciária da Justiça Federal do Piauí. 5ª Vara. Processo nº 253-70.2008.4.01.4000. Decisão prolatada em 12 de maio de 2010.

CARVALHO, José Murilo de. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. 6. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

COUTO, Berenice Rojas. *O Direito Social e a Assistência Social na sociedade brasileira: uma equação possível?* São Paulo: Cortez, 2004.

CUNHA JÚNIOR, Dirley da. *Curso de Direito Constitucional*. Salvador: JusPodivm, 2009.

FIGUEREIDO, Mariana Filchtiner. *Direito à saúde*. Leis nº8.080/90 e nº8.142/90. Salvador: JusPodivm, 2009.

GALDINO, Flávio. *Introdução à teoria dos custos dos direitos – Direitos não nascem em árvores*. Rio de Janeiro: Lúmem Juris, 2005.

HENRIQUES, Fátima Vieira. Direito prestacional à saúde e atuação jurisdicional. In: SOUZA NETO, Cláudio Pereira de; SARMENTO, Daniel (Coord.). *Direitos Sociais: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie*. Rio de Janeiro: Lúmen Juris, 2010. p.827-858.

HUNT, Paul. KHOSLA, Rajat. Acesso a medicamentos como um direito humano. In: *SUR: Revista Internacional de Direitos Humanos*. São Paulo, Prol editora gráfica, n. 8, p.101-121, jun. 2008.

MARMELSTEIN, George. *Curso de Direitos Fundamentais*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet; COELHO, Inocêncio Mártires. *Hermenêutica Constitucional e Direitos Fundamentais*. Brasília: Brasília Jurídica, 2000.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. *O desafio de construir e consolidar direitos no mundo globalizado*. São Paulo: Cortez, 2004.

RAWLS, John. *Justiça como equidade*. Trad. Cláudia Berliner. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

ROSANVALLON, Pierre. *A nova questão social: repensando o Estado Providência*. Trad. Sérgio Bath. Brasília: Instituto Teotônio Vilela, 1998.

SARLET, Ingo Wolfgang. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988. *Revista Interesse Público*. Porto Alegre, v. 12, p. 91-107, dez. 2001.

SOUZA, Celina. Governos locais e gestão de políticas sociais universais. *São Paulo em perspectiva*. São Paulo, v. 18, p. 27-41, jun. 2004.

TENDLER, Judith. *Bom governo nos trópicos: Uma visão crítica*. Trad. Maria Cristina Cupertino. Rio de Janeiro/Brasília, DF: Revan/ENAP, 1998.

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

APÊNDICE

**APÊNDICE A – PROCESSOS PESQUISADOS NO TRIBUNAL REGIONAL DA
1ª REGIÃO, SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DO PIAUÍ**

Foi realizada pesquisa documental realizada no âmbito da Justiça Federal, seção judiciária do Piauí, bem como através do sítio eletrônico do Tribunal Regional Federal da 1ª Região (<http://processual.trf1.gov.br/>). Constatou-se, no período de 2007 a julho de 2010, um total de 160 (cento e sessenta) processos com demanda por prestações de serviço de saúde, incluindo 70 (setenta) com pedidos específicos por medicamentos, tendo como um dos réus (além de, pelo menos, um dos seguintes entes federativos: União, Estado do Piauí, Município de Teresina) o Hospital São Marcos, este último em razão de ser o Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) da Região.

O filtro utilizado na pesquisa foi escolher o Hospital São Marcos, o mais estruturado do Estado do Piauí para realizar procedimentos de alta resolutividade, especialmente em oncologia, com os tratamentos mais dispendiosos, principalmente, através de medicamentos quimioterápicos, o que revela uma noção clara de como ocorre a judicialização da saúde, com demandas por cirurgias, internações, tratamentos diversos, repercutindo, ainda, na política de assistência farmacêutica.

Verificou-se que as demandas por medicamentos possuíam os mesmos fundamentos já analisados no caso paradigmático do Supremo Tribunal Federal (o processo STA 175, em tramitação no STF). Dos 160 processos, cento e vinte e um foram ajuizados contra os três entes federativos (União, Estado do Piauí, Município de Teresina) e mais o hospital São Marcos. Nos demais, percebe-se o ingresso contra, pelo menos, um dos três entes federativos, bem como registra-se a presença do Estado do Maranhão como réu em alguns processos.

	Nº Processo	Vara	Autor	Réu	Objeto Da Petição
01	1020-74.2009.4.01.4000	3ª Vara Federal	G. A. de S.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo
02	11064-21.2010.4.01.4000	1ª Vara Federal	M. M. de S.	Hospital São Marcos, União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços – Administrativo Observação: Tratamento Médico/Fornecimento de Medicamentos de Forma Gratuita e Continuada/Antecipação de Tutela
03	12577-58.2009.4.01.4000	6ª Vara JEF	F. A. de S.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação:

					Imediata Cirurgia / Fornecimento Todo Tratamento Médico/ Tutela Antecipada
04	12649-45.2009.4.01.4000	3ª Vara Federal	M. de L. S. M.	União Federal, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo
05	12941-93.2010.4.01.4000	1ª Vara Federal	M. F. C. S.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Sejam Disponibilizadas Sessões de Embolização/Financiamento Demais Despesas Médicas/Antecipação de Tutela
06	1376-69.2009.4.01.4000	1ª Vara Federal	M. das G. R. de A.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo
07	1384-12.2010.4.01.4000	5ª Vara Federal	E. F. da S.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo
08	13867-74.2010.4.01.4000	2ª Vara Federal	R. C. N. S.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Custeamento de Tratamento de Saúde/Antecipação de Tutela
09	1471-02.2009.4.01.4000	2ª Vara Federal	A. de S. A.	União Federal, Estado do Piauí, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo
10	1563-77.2009.4.01.4000	1ª Vara Federal	M. M. de S. F.	União Federal, Estado do Piauí, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo
11	1681-19.2010.4.01.4000	5ª Vara Federal	D. F. de A. B.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Tutela Antecipada/ Medicamento Herceptin 440 Mg
12	1732-64.2009.4.01.4000	1ª Vara Federal	R. L. O.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo
13	21-24.2009.4.01.4000	2ª Vara Federal	J. L. B. de O.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo
14	2224-22.2010.4.01.4000	3ª Vara Federal	M. E. R. De L.	União Federal, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Realizar Cirurgia / Tratamento Médico/ Tutela Antecipada
15	2262-68.2009.4.01.4000	2ª Vara Federal	A. N. de O.	União Federal, Estado do Piauí, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Realização de Exames Prévios e Cirurgia/Antecipação de

					Tutela
16	2265- 23.2009.4.01.4000	1ª Vara Federal	C. de M. B. da F. V. A.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marco	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços – Administrativo
17	2329- 96.2010.4.01.4000	1ª Vara Federal	W. J. R. S.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços – Administrativo Observação: Quimioterapia/Antecipação de Tutela
18	24953- 76.2009.4.01.4000	3ª Vara Federal	M. J. da S. C.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Custeamento Tratamento Saúde/Tutela Antecipada
19	251- 03.2008.4.01.4000	3ª Vara Federal	E. C. R.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Fornecimento de Medicamento/ Antecipação de Tutela
20	252- 85.2008.4.01.4000	2ª Vara Federal	E. de S. N.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Fornecimento de Medicamento/ Antecipação de Tutela
21	25379- 88.2009.4.01.4000	5ª Vara Federal	M. A. de S.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Tratamento Quimioterápico/ Custeamento Trat. Saúde/ Tutela Antecipada
22	25552- 15.2009.4.01.4000	5ª Vara Federal	R. L. S.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços – Administrativo Observação: Custeamento Trat. Saúde/ Tutu. Antecipada
23	25557- 37.2009.4.01.4000	5ª Vara Federal	M. das D. M. S.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Tratamento Quimioterápico/ Realiz./ Custeamento Tratamento/ Tutela. Antecipada
24	25682- 05.2009.4.01.4000	1ª Vara Federal	M. G. V.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Realização de Procedimento Cirúrgico/Antecipação de Tutela
25	25733- 16.2009.4.01.4000	3ª Vara Federal	A. D. da S.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Fornecimento de Medicamento/ Antecipação de Tutela
26	2621- 81.2010.4.01.4000	2ª Vara Federal	A. S. dos S. J.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Quimioterapia/Antecipação de Tutela
27	2695-	3ª Vara	T. de J.	União Federal,	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou

	38.2010.4.01.4000	Federal	F. M.	Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Quimioterapia/Antecipação de Tutela
28	284- 56.2009.4.01.4000	3ª Vara Federal	M. N. da S.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo
29	2940- 49.2010.4.01.4000	5ª Vara Federal	F. A. da S.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Quimioterapia/Antecipação de Tutela
30	3392- 30.2008.4.01.4000	1ª Vara Federal	M. das V. da S.	União Federal, Estado do Piauí, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Fornecimento de Medicamento e Tratamento da Enfermidade/ Antecipação de Tutela
31	3469- 05.2009.4.01.4000	2ª Vara Federal	F. C. da S. O.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo
32	3697- 14.2008.4.01.4000	5ª Vara Federal	M. das N. B.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Fornecimento de Medicamento e Tratamento/Antecipação de Tutela
33	39- 45.2009.4.01.4000	5ª Vara Federal	F. dos S. C	União Federal, Estado do Piauí, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo
34	409- 24.2009.4.01.4000	2ª Vara Federal	E. S. L.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo
35	4167- 74.2010.4.01.4000	2ª Vara Federal	I. G. S.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Custeamento Tratamento Saúde/ Tutela Antecipada
36	4326- 85.2008.4.01.4000	5ª Vara Federal	R. de D. S.	União Federal, Estado do Piauí, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Medicamento Tratamento da Enfermidade/Antecipação de Tutela
37	4721- 09.2010.4.01.4000	2ª Vara Federal	M. do N.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Quimioterapia/Antecipação de Tutela
38	4960- 13.2010.4.01.4000	2ª Vara Federal	A. M. de S.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Fornecimento Gratuito Medicamentos/ Tutela Antecipada

39	5012-09.2010.4.01.4000	5ª Vara Federal	I. R. da S.	União Federal, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Realização de Cirurgia/Antecipação De Tutela
40	5535-21.2010.4.01.4000	3ª Vara Federal	A. M. F. da C.	União Federal, Estado do Maranhão, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Quimioterapia/Antecipação de Tutela
41	5683-66.2009.4.01.4000	5ª Vara Federal	A. M. B. de S.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Fornecimento de Medicamentos/Antecipação de Tutela
42	5714-52.2010.4.01.4000	3ª Vara Federal	H. G. A. de S.	União Federal, Estado do Piauí, Estado de Roraima, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo
43	5726-03.2009.4.01.4000	1ª Vara Federal	M. das G. M. B.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Realização de Cirurgia C/Custeamento de Tratamento de Saúde/Antecipação de Tutela
44	5784-06.2009.4.01.4000	5ª Vara Federal	A. O. S.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Fornecimento de Medicamentos/Antecipação de Tutela
45	5823-03.2009.4.01.4000	3ª Vara Federal	M. dos S. P.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo
46	5836-65.2010.4.01.4000	2ª Vara Federal	R. C. F. do N.	União Federal, Estado do Maranhão, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo
47	5959-97.2009.4.01.4000	3ª Vara Federal	B. de S. B.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Tratamento Quimioterápico/Antecipação de Tutela
48	6015-67.2008.4.01.4000	3ª Vara Federal	M. das M. de S.	União Federal, Estado do Piauí, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo
49	607-27.2010.4.01.4000	5ª Vara Federal	L. B. M.	União Federal, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Realização de Cirurgia e Quimioterapia/Antec. de Tutela
50	6092-42.2009.4.01.4000	5ª Vara Federal	J. S. B.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão,	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo

				Município de Teresina, Hospital São Marcos	Observação: Realização de Procedimento Cirúrgico c/Custeamento de Tratamento de Saúde/Antecipação de Tutela
51	6110-63.2009.4.01.4000	3ª Vara Federal	M. dos S. P.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo
52	612-54.2007.4.01.4000	2ª Vara Federal	A. de S. da S.	União Federal, Estado do Piauí, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo
53	6218-92.2009.4.01.4000	1ª Vara Federal	M. J. da C. C.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Tratamento de Radioterapia/Antecipação de Tutela
54	6224-02.2009.4.01.4000	3ª Vara Federal	J. de S. J.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo
55	6306-33.2009.4.01.4000	5ª Vara Federal	F. V. S.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Fornecimento de Medicamentos /Antecipação de Tutela
56	6486-49.2009.4.01.4000	5ª Vara Federal	A. T. da R.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Realização de Cirurgia
57	6538-79.2008.4.01.4000	1ª Vara Federal	M. S. M.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Aquisição de Fornecimento de Medicamento/Tratamento/ Antecipação de Tutela
58	6551-10.2010.4.01.4000	1ª Vara Federal	A. C. de S.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo
59	6554-62.2010.4.01.4000	1ª Vara Federal	F. E. C.	União Federal, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo
60	6646-74.2009.4.01.4000	5ª Vara Federal	J. R. de S.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Fornecimento de Medicamento/Antecipação de Tutela
61	66-91.2010.4.01.4000	5ª Vara Federal	R. N. N. G.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Tratamento de Quimioterapia/Antecipação de Tutela
62	6734-15.2009.4.01.4000	1ª Vara Federal	E. B. L.	União Federal, Estado do Piauí,	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos -

				Município de Teresina, Hospital São Marcos	Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Fornecimento de Medicamento/ Antecipação de Tutela
63	677- 78.2009.4.01.4000	2ª Vara Federal	M. S. L.	União Federal, Estado do Piauí, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Realização de Cirurgia/ Tutela Antecipada
64	6850- 84.2010.4.01.4000	5ª Vara Federal	M. L. N.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Quimioterapia/Antecipação de Tutela
65	6914- 31.2009.4.01.4000	2ª Vara Federal	M. de J. F. L.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Tratamento Radioterapia Externa 28 Dias / Concomit. Quimioterapia Semanal / Tutela Antecipada
66	6986- 18.2009.4.01.4000	5ª Vara Federal	S. C. S.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Fornecimento de Medicamentos/ Antecipação De Tutela
67	7085- 85.2009.4.01.4000	3ª Vara Federal	T. de J. C. da S.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Fornecimento Medicamento Herceptin Forma Gratuita/ Periódica e Continuada/ Tutela Antecipada
68	7087- 55.2009.4.01.4000	5ª Vara Federal	R. N. B.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Acompanhamento e Trat. Sessões Radiot./Quimiot. Pré-Operatória / Tutela Antecipada
69	7232- 14.2009.4.01.4000	1ª Vara Federal	M. L. dos S.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Imediata Realização Cirurgia / Custeamento do Tratamento / Tutela Antecipada
70	7533- 58.2009.4.01.4000	2ª Vara Federal	M. das D. G. R.	União Federal, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Realização de Cirurgia/Tratamento/Antecipação de Tutela
71	7850- 22.2010.4.01.4000	2ª Vara Federal	F. M. da C. dos S.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Procedimento Cirúrgico/Antecipação de Tutela

72	7916- 36.2009.4.01.4000	5ª Vara Federal	L. L. F.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Tratamento Quimioterápico/ Antecipação de Tutela
73	798- 77.2007.4.01.4000	2ª Vara Federal	B. C.	União Federal, Estado do Piauí, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Realização de Cirurgia/Antecipação de Tutela
74	8203- 62.2010.4.01.4000	3ª Vara Federal	M. D. de S. S.	União Federal, Estado do Maranhão, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Quimioterapia/Antec de Tutela
75	8393- 25.2010.4.01.4000	1ª Vara Federal	R. V. da S.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo
76	8647- 95.2010.4.01.4000	1ª Vara Federal	M. D. da S. P. C.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Fornecimento de Medicamento de Forma Gratuita/Pedido de Antecipação de Tutela
77	931- 51.2009.4.01.4000	1ª Vara Federal	S. R. C.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo
78	9433- 42.2010.4.01.4000	5ª Vara Federal	L. K. C. S.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Fornecimento/Antecipação da Tutela
79	999- 64.2010.4.01.4000	2ª Vara Federal	V. F. M.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Custeamento Trat. Saúde/ Tut. Antecipada
80	10918- 77.2010.4.01.4000	1ª Vara Federal	P. A. S. dos P.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Para, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo
81	11524- 08.2010.4.01.4000	1ª Vara Federal	V. L. S. de O.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Quimioterapia/Antecipação de Tutela
82	12635- 61.2009.4.01.4000	3ª Vara Federal	P. A. F.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Procedimento Cirúrgico/ Tutela Antecipada
83	12826-	5ª Vara	R. de S.	União Federal,	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou

	72.2010.4.01.4000	Federal	S.	Hospital São Marcos	Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Atendimento Ambulatorial/ Quimioterapia/ Fornecimento de Medicamentos/Antec de Tutela
84	12944-48.2010.4.01.4000	2ª Vara Federal	M. das N. da S. O.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Quimioterapia/Antecipação de Tutela
85	1383-27.2010.4.01.4000	1ª Vara Federal	M. de F. F. S. G.	União Federal, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Quimioterapia/Antecipação de Tutela
86	1384-46.2009.4.01.4000	1ª Vara Federal	J. C. de S.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo
87	1430-35.2009.4.01.4000	1ª Vara Federal	M. B. A. da S.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo
88	15027-37.2010.4.01.4000	2ª Vara Federal	R. L. A. A.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Tratamento Médico-Hospitalar/ Fornecimento Gratuito de Medicamentos/Antecipação de Tutela
89	1563-77.2009.4.01.4000	1ª Vara Federal	M. M. de S. F.	União Federal, Estado do Piauí, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo
90	1681-19.2010.4.01.4000	5ª Vara Federal	D. F. de A. B.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Tutela Antecipada/ Medicamento Herceptin 440 Mg
91	1732-64.2009.4.01.4000	1ª Vara Federal	R. L. O.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo
92	21-24.2009.4.01.4000	2ª Vara Federal	J. L. B. de O.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo
93	2224-22.2010.4.01.4000	3ª Vara Federal	M. E. R. de L.	União Federal, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Realizar Cirurgia / Tratamento Médico/ Tutela Antecipada
94	2262-68.2009.4.01.4000	2ª Vara Federal	A. N. de O.	União Federal, Estado do Piauí, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Realização de Exames Prévios e Cirurgia

95	2265- 23.2009.4.01.4000	1ª Vara Federal	C. de M. B. da F. V. A.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo
96	2329- 96.2010.4.01.4000	1ª Vara Federal	W. J. R. S.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Quimioterapia/Antecipação de Tutela
97	24953- 76.2009.4.01.4000	3ª Vara Federal	M. J. da S. C.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Custeamento Tratamento Saúde/Tutela Antecipada
98	251- 03.2008.4.01.4000	3ª Vara Federal	E. C. R.	União Federal, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Fornecimento de Medicamento/ Antecipação de Tutela
99	252- 85.2008.4.01.4000	2ª Vara Federal	E. de S. N.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Fornecimento de Medicamento/ Antecipação de Tutela
100	25379- 88.2009.4.01.4000	5ª Vara Federal	M. A. de S.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Tratamento Quimioterápico/ Custeamento Trat. Saúde/ Tut. Antecipada
101	25552- 15.2009.4.01.4000	5ª Vara Federal	R. L. S.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Custeamento Trat. Saúde/ Tut. Antecipada
102	25557- 37.2009.4.01.4000	5ª Vara Federal	M. das D. M. S.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Tratamento Quimioterápico/ Realiz./ Custeamento Tratamento/ Tut. Antecipada
103	25683- 87.2009.4.01.4000	2ª Vara Federal	E. P. da S.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Tratamento de Radioterapia/ Antecipação de Tutela
104	25829- 31.2009.4.01.4000	3ª Vara Federal	M. das G. M.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Tratamento de Quimioterapia/ Antecipação de Tutela
105	2694-	3ª Vara	A. J. da	União Federal,	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou

	53.2010.4.01.4000	Federal	S.	Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Quimioterapia/Antecipação de Tutela
106	2734- 69.2009.4.01.4000	5ª Vara Federal	M. P. de S.	União Federal, Estado do Piauí, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo
107	2884- 16.2010.4.01.4000	5ª Vara Federal	R. G. da S.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Fornecimento Medicamento/ Antecipação de Tutela
108	3005- 78.2009.4.01.4000	2ª Vara Federal	M. G. de S.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo
109	3268- 13.2009.4.01.4000	2ª Vara Federal	D. E. da S.	União Federal, Estado do Maranhão, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo
110	34- 23.2009.4.01.4000	5ª Vara Federal	M. de L. S.	União Federal, Estado do Piauí, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo
111	3696- 29.2008.4.01.4000	2ª Vara Federal	M.A.P.	União Federal, Estado do Piauí, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Fornecimento de Medicamento e Tratamento/ Antecipação de Tutela
112	3857- 39.2008.4.01.4000	2ª Vara Federal	A. C. N. de A.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Fornecimento de Medicamentos/ Tutela Antecipada
113	399- 14.2008.4.01.4000	5ª Vara Federal	F. M. dos. S.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo
114	4145- 16.2010.4.01.4000	1ª Vara Federal	M. M. L.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Custeamento Tratamento de Saúde / Tutela Antecipada
115	4234- 44.2007.4.01.4000	3ª Vara Federal	M. A. da S. L.	União Federal, Estado do Piauí, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo
116	4406- 49.2008.4.01.4000	2ª Vara Federal	F. P. S.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo
117	4723- 76.2010.4.01.4000	5ª Vara Federal	I. C. F.	União Federal, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Radioterapia/ Antecipação de Tutela
118	5011- 24.2010.4.01.4000	2ª Vara Federal	E. de S. S.	União Federal, Estado do Maranhão,	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos -

				Hospital São Marcos	Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Realização de Cirurgia/Antecipação de Tutela
119	507- 72.2010.4.01.4000	1ª Vara Federal	N. de S. M.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Quimioterapia/Antecipação de Tutela
120	5312- 68.2010.4.01.4000	3ª Vara Federal	T. da S. R.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Tratamento Fissura Lábio Palatal/ Cirurgia / Menor / Tutela Antecipada
121	5536- 06.2010.4.01.4000	5ª Vara Federal	M. M. da S.	União Federal, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Quimioterapia e Radioterapia/ Antecipação de Tutela
122	5713- 67.2010.4.01.4000	5ª Vara Federal	M. da S. M.	União Federal, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Cirurgia/Antecipação de Tutela
123	5715- 37.2010.4.01.4000	5ª Vara Federal	I. B. da S.	União Federal, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo
124	5727- 85.2009.4.01.4000	3ª Vara Federal	E. A. de S.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Fornecimento de Medicamentos/ Antecipação de Tutela
125	5822- 18.2009.4.01.4000	1ª Vara Federal	N. F. da S.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Liberação do Tratamento Quimioterápico/ Antecipação de Tutela
126	5824- 85.2009.4.01.4000	1ª Vara Federal	M. do C. da S.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Fornecimento de Medicamentos/ Antecipação de Tutela
127	5847- 31.2009.4.01.4000	1ª Vara Federal	R. M. de F.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Realização de Cirurgia C/Custeamento de Tratamento de Saúde/Antec De Tutela
128	5960- 82.2009.4.01.4000	5ª Vara Federal	O. S. C.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Intervenção Cirúrgica/Antecipação de Tutela
129	6031-	1ª Vara	A. F.	União Federal,	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou

	21.2008.4.01.4000	Federal	da S.	Estado do Piauí, Fundação Municipal de Saúde Hospital São Marcos	Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Realização de Cirurgia/Antecipação de Tutela
130	6091- 57.2009.4.01.4000	3ª Vara Federal	F. E. da S.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Realização de Cirurgia/Antecipação de Tutela
131	6093- 27.2009.4.01.4000	5ª Vara Federal	W. E. L. A. S.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Realização de Procedimento Cirúrgico C/Custeamento de Tratamento de Saúde/Antecipação de Tutela
132	6118- 06.2010.4.01.4000	2ª Vara Federal	W. G. P.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Tratamento Quimioterápico/ Tutela Antecipada
133	619- 41.2010.4.01.4000	1ª Vara Federal	F. H. da S.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos - Saúde - Serviços - Administrativo Observação: Fornecimento de Medicamentos/ Antecipação de Tutela
134	6223- 17.2009.4.01.4000	5ª Vara Federal	M. C. P.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos - saúde - serviços – administrativo Observação: Fornecimento de medicamento Herceptin 440 Mg /antecipação de tutela
135	6293- 34.2009.4.01.4000	5ª Vara Federal	M. M. da C. M.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos - saúde - serviços - administrativo Observação: Realização de cirurgia/antecipação de tutela
136	6401- 63.2009.4.01.4000	2ª Vara Federal	F. C. S.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos - saúde - serviços - administrativo Observação: Realização de procedimento cirúrgico/antecipação de tutela
137	6510- 77.2009.4.01.4000	1ª Vara Federal	A. G. da S.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos - saúde - serviços - administrativo Observação: Realização de cirurgia c/custeamento de tratamento de saúde/antecipação de tutela
138	6539- 64.2008.4.01.4000	5ª Vara Federal	F. G. R.	União Federal, Estado do Piauí, Hospital São Marcos	Tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos - saúde - serviços - administrativo Observação: Fornecimento de medicamento/ tratamento da

					enfermidade/ antecipação de tutela
139	6552- 92.2010.4.01.4000	1ª Vara Federal	S. H. R. A.	União Federal, Hospital São Marcos	Tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos - saúde - serviços - administrativo Observação: Radioterapia/antecipação de tutela
140	6561- 59.2007.4.01.4000	3ª Vara Federal	G. de S. C.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos - saúde - serviços - administrativo Observação: Fornecimento de medicamentos/antecipação de tutela
141	6659- 39.2010.4.01.4000	2ª Vara Federal	J. V. da S.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos - saúde - serviços - administrativo Observação: Radioterapia/antecipação de tutela
142	6718- 95.2008.4.01.4000	3ª Vara Federal	M. de L. da S.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos - saúde - serviços - administrativo
143	6752- 02.2010.4.01.4000	1ª Vara Federal	I. S. F.	União Federal, Hospital São Marcos	Tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos - saúde - serviços - administrativo Observação: Cirurgia/antecipação de tutela
144	678- 63.2009.4.01.4000	3ª Vara Federal	M. C. O.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos - saúde - serviços - administrativo Observação: Fornecimento de medicamento/antec de tutela
145	6891- 51.2010.4.01.4000	5ª Vara Federal	M. A. B. de L.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos - saúde - serviços - administrativo
146	6984- 48.2009.4.01.4000	3ª Vara Federal	M. B. D. da S.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos - saúde - serviços - administrativo Observação: Realização de procedimento cirúrgico c/custeamento de tratamento de saúde/antecipação de tutela
147	7073- 71.2009.4.01.4000	3ª Vara Federal	J. de A. S.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos - saúde - serviços - administrativo Observação: Proceder imediata cirurgia / fornecimento de todo tratamento/ tutela antecipada
148	7086- 70.2009.4.01.4000	5ª Vara Federal	C. M. do M. C.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos - saúde - serviços - administrativo Observação: Tratamento radioterápico pélvico concomit quimioterapia/ tutela antecipada
149	7100- 54.2009.4.01.4000	2ª Vara Federal	E. M. da S. S.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos - saúde - serviços - administrativo Observação: Realização de procedimento cirúrgico c/custeamento de tratamento de saúde/tutela antecipada

150	7247- 17.2008.4.01.4000	1ª Vara Federal	Z. L. N.	União Federal, Estado do Piauí, Hospital São Marcos	Tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos - saúde - serviços - administrativo
151	7653- 67.2010.4.01.4000	5ª Vara Federal	P. H. N. de S.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos - saúde - serviços - administrativo Observação: Fornecimento gratuito de tratamento médico/antecipação de tutela
152	7859- 18.2009.4.01.4000	3ª Vara Federal	A.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos - saúde - serviços - administrativo Observação: Fornecimento de medicamentos/antecipação de tutela
153	7917- 21.2009.4.01.4000	1ª Vara Federal	A. B. da S.	União Federal, Hospital São Marcos	Tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos - saúde - serviços - administrativo Observação: Tratamento quimioterápico/tutela antecipada
154	8095- 67.2009.4.01.4000	5ª Vara Federal	R. de O. V.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos - saúde - serviços - administrativo Observação: Tratamento de radioterapia/antecipação de tutela
155	835- 36.2009.4.01.4000	1ª Vara Federal	A. A. dos S. L.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos - saúde - serviços - administrativo
156	8511- 35.2009.4.01.4000	1ª Vara Federal	D. G. S. S.	União Federal, Estado do Piauí, Estado do Maranhão, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos - saúde - serviços - administrativo Observação: Tratamento quimioterápico/antec de tutela
157	904- 68.2009.4.01.4000	2ª Vara Federal	D. C. da S.	União Federal, Estado do Piauí, Hospital São Marcos	Tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos - saúde - serviços - administrativo
158	932- 36.2009.4.01.4000	5ª Vara Federal	M. B. de S.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos - saúde - serviços - administrativo
159	9959- 09.2010.4.01.4000	2ª Vara Federal	C. G. de N. F.	União Federal, Hospital São Marcos	Tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos - saúde - serviços - administrativo Observação: Tratamento médico e fornecimento de remédios/antec de tutela
160	253- 70.2008.4.01.4000	5ª Vara Federal	V S. S. S.	União Federal, Estado do Piauí, Município de Teresina, Hospital São Marcos	Tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos - saúde - serviços - administrativo Observação: Tratamento médico e fornecimento de remédios/antec de tutela