

**FACULDADE EVANGÉLICA DE RUBIATABA
CURSO DE DIREITO**

AEDY DE SOUSA ALVES SANTANA

**DA OBRIGAÇÃO DO ESTADO NO FORNECIMENTO DE
MEDICAMENTOS NÃO DISPONÍVEIS NO SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE**

**RUBIATABA/GO
2022**

ADEDY DE SOUSA ALVES SANTANA

**DA OBRIGAÇÃO DO ESTADO NO FORNECIMENTO DE
MEDICAMENTOS NÃO DISPONÍVEIS NO SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE**

Monografia apresentada como requisito parcial à conclusão do curso de Direito da Faculdade Evangélica de Rubiataba, sob orientação do professor especialista Edilson Rodrigues.

**RUBIATABA/GO
2022**

ADEDY DE SOUSA ALVES SANTANA

**DA OBRIGAÇÃO DO ESTADO NO FORNECIMENTO DE
MEDICAMENTOS NÃO DISPONÍVEIS NO SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE**

Monografia apresentada como requisito parcial à conclusão do curso de Direito da Faculdade Evangélica de Rubiataba, sob orientação do professor especialista Edilson Rodrigues.

MONOGRAFIA APROVADA PELA BANCA EXAMINADORA EM 13/04/2022

**Especialista em Ciências Penais, Edilson Rodrigues
Orientador
Professor da Faculdade Evangélica de Rubiataba**

**Especialista em Processo Civil, Lincoln Deivid Martins
Examinador
Professor da Faculdade Evangélica de Rubiataba**

**Mestra em Ciências Ambientais, Nalim Rodrigues Ribeiro Almeida da
Cunha Duvallier
Examinadora
Professora da Faculdade Evangélica de Rubiataba**

A minha família, razão de minha existência.

A Deus.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador pela paciência e grandes ensinamentos.

EPÍGRAFE

“E conhecereis a verdade, e a verdade vos libertará”
Bíblia, João 8:32

RESUMO

O objetivo desta monografia é verificar o cumprimento do Estado com sua obrigação em fornecer saúde e dignidade à pessoa, nos casos, em que o Sistema de Saúde Pública enfrenta falha nesse oferecimento, especificamente nos atos de requerimento de medicamentos ao Estado. Utilizando o método dedutivo e a metodologia de pesquisa bibliográfica em doutrinas, jurisprudências, leis, tratados, artigos científicos, etc. Busca analisar o sistema de saúde pública brasileiro, e os critérios de concessão de fármacos não disponíveis no sistema único de saúde, o objetivo geral desta monografia é verificar se o Estado é efetivo no tratamento e disponibilização de remédios para aqueles que necessitam da rede pública de saúde para tratamento de suas doenças assim como se existem limites ao direito à saúde considerando sua constitucionalidade. Com a conclusão da pesquisa pode-se observar que o estado atende a demanda de requisições de remédios, todavia, observados os critérios e limites regulados pelo sistema único de saúde.

Palavras-chave: Direito Fundamental. Medicamentos. Requisitos. Saúde.

ABSTRACT

The objective of this monograph is to verify the State's compliance with its obligation to provide health and dignity to the person, in cases where the Public Health System faces failure in this offer, specifically in the acts of requesting medication from the State. Using the deductive method and the methodology of bibliographic research in doctrines, jurisprudence, laws, treaties, scientific articles, etc. It seeks to analyze the Brazilian public health system, and the criteria for granting drugs not available in the unified health system, the general objective of this monograph is to verify if the State is effective in the treatment and availability of medicines for those who need the public health network. health for the treatment of their diseases as well as if there are limits to the right to health considering its constitutionality. With the conclusion of the research, it can be seen that the state meets the demand for drug requisitions, however, observing the criteria and limits regulated by the unified health system.

Keywords: High cost medication. Health. Fundamental right. Requirements.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Art.: Artigo;

BR:Brasil;

Cap.: Capítulo;

CRFB: Constituição da República Federativa do Brasil;

INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social;

n.: número;

p.: Página;

PT: Português;

STF: Supremo Tribunal Federal

STJ: Superior Tribunal de Justiça;

SUS: Sistema único de saúde;

TJ-GO: Tribunal de Justiça de Goiás.

LISTA DE SÍMBOLOS

§: Parágrafo;

§§: Parágrafos.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. SAÚDE E CONSTITUIÇÃO	16
2.1 Constituição Federal	16
2.2 - Dignidade da Pessoa Humana	18
2.3 Desigualdades sociais e o direito à saúde	20
3. DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E DAS NEGATIVAS DO ESTADO.....	25
3.1 Reserva do Possível - Conceito e Dimensões	25
3.2 Judicialização.....	28
3.2.1 Requisitos ao Fornecimento de medicamentos de Alto Custo pelos Tribunais Superiores.....	28
3.3 Audiência Pública nº 4	32
4. ANÁLISE DE JURISPRUDÊNCIA	37
4.1 Posicionamento STJ e STF.....	41
5. CONCLUSÃO	44
REFERÊNCIAS.....	46
ANEXO.....	52

1. INTRODUÇÃO

Considerando a importância da evolução da humanidade que se desenvolveu coletivamente, a saúde pública pode ser ponderada como uma base para um bom desenvolvimento social. Em virtude de que, tanto as relações sociais, linguísticas, científicas, entre outras, estarem concomitantemente relacionadas, e aqui inserimos a saúde pública, que foi possível ocorrer o grande avanço social, que nos encontramos hoje, já que, na ausência de saúde, e na presença de alguma doença, o ser humano se torna dependente de terceiros.

Assim, junto aos marcos evolutivo também temos os marcos da medicina na capacidade de cura e amparo. A saúde é considerada um direito humano, à vista disso, é uma obrigação do estado suprir com essa necessidade, de forma a cumprir com um direito individual e buscar o desenvolvimento social igualitário e responsável, garantindo a dignidade da pessoa humana.

No Brasil, é possível que se observe a tentativa de efetivação com essa obrigação a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que busca o cuidado com a população carente, que não possui condições para alcançar a saúde de outra maneira. No entanto, em alguns casos excepcionais, o sistema falha com o cumprimento desse amparo, e essas situações acabam por gerar a necessidade de judicialização, em busca do custeio pelo Estado de um tratamento.

Ao considerarmos que a saúde pública é um direito garantido constitucionalmente, esse trabalho tem como objetivo investigar as minúcias da saúde pública no cotidiano brasileiro. Surgindo a partir daí o questionamento em relação às doenças que geram alto custo em relação a medicamentos. Visto que, a população brasileira em grande número depende de forma direta do SUS, fazendo com que, em algumas situações atípicas, não tenham suas necessidades supridas, ocasionando assim, o desamparo destes pelo Estado.

A proposta aqui apresentada se faz importante, pois, apesar de ser uma situação que não pareça tão corriqueira, ainda assim, representa a realidade de uma porcentagem da população que se encontra desamparada e sem condições de tratamento, o que em alguns caso pode representar uma

sentença de morte ou uma queda drástica na sua qualidade de vida. Deve ainda ser considerado que, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2020)¹ menos de um terço da população no Brasil possui plano de saúde, sendo que quanto maior a instrução, maior a cobertura do plano de saúde, o que nos leva a considerar por dedução que quanto menor a instrução, menor a possibilidade de se ter um plano de saúde, ainda mais com alta cobertura, como exigiria a realidade aqui trabalhada. Sendo assim, é de suma importância a pesquisa e a análise relativa à cobertura estatal que está relacionada à saúde pública.

A partir da realidade exposta, o tema proposto é “Da Obrigação Do Estado No Fornecimento de Medicamentos não Disponíveis no SUS”. O objetivo geral desta monografia é verificar se o Estado é efetivo no tratamento e disponibilização de remédios para aqueles que necessitam da rede pública de saúde para tratamento de suas doenças. Os objetivos secundários são: i) apresentar o SUS do Brasil, ii) conhecer os requisitos para o custeamento do estado, referente aos tratamentos não disponíveis no SUS e iii) analisar a amplitude do amparo estatal no que diz respeito à saúde.

A problemática a ser respondida será: “O estado cumpre com seu dever constitucional de garantir saúde a todos, com acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, como disposto no art. 196 da CRFB?

Com o escopo de solucionar a problemática estabelecida, fez-se necessário a criação de algumas hipóteses para respondê-la. Nessa perspectiva, duas são as hipóteses: a primeira possibilidade é positiva, ou seja, que “o estado cumpre com seu dever constitucional de garantir a saúde a todos com acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, como disposto no art. 196 da CRFB.

A segunda hipótese é a negativa, ou seja, que “o estado não cumpre com seu dever constitucional de garantir a saúde a todos com acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, como disposto no art. 196 da CRFB.

¹ As informações estão disponíveis no site <https://www.correiobraziliense.com.br/brasil/2020/09/4873364-menos-de-um-terco-da-populacao-tem-plano-de-saude-revela-pns.html>.

O trabalho aqui apresentado possui objetivo exploratório de forma que busca conhecer e trazer respostas ao questionamento previamente apresentado sobre o assunto, e terá como fonte de pesquisa artigos, estudos e pesquisas encontradas sobre o tema, de forma a responder a problemática proposta, expondo a análise dos casos encontrados sobre o tema de forma qualitativa.

A reflexão e análise sobre as obrigações do Estado no fornecimento de medicamentos é importantíssima, considerando que desde a década de 90, pedidos judiciais referentes à saúde se tornaram cada vez mais comuns e diversificados, atentando a individualidade dos casos assim como a situação econômico-financeira. O que gerou, desde então, discussões jurídicas a respeito dos pesos e medidas cabíveis a essas obrigações, levando em consideração os limites do Estado.

Com o objetivo de entender e analisar os limites estabelecidos a esse direito, assim como o de compreender como essa discussão vem sendo tratada nos tribunais, esse trabalho irá trazer à luz o tema, analisando decisões e discutindo o direito à saúde e seus limites.

O método utilizado será o método dedutivo que parte da compreensão da regra geral para chegar à conclusão dos casos específicos, é um processo de análise de informações para nos levar a uma conclusão, desta forma, a inferência é usada para encontrar o resultado final e a verdade de uma proposição em decorrência de sua ligação com outras já reconhecidas como verdadeiras.

A metodologia de pesquisa sera bibliográfica com investigação em material teórico sobre o tema e análise de julgados.

A pesquisa aqui abordada se dividirá em três capítulos, o primeiro trará as obrigações constitucionais do estado em relação à saúde, assim como as legislações e tratados existentes sobre o tema, isto posto, teremos o objetivo de apresentar o SUS no Brasil.

O segundo capítulo terá o objetivo de tratar sobre as regras definidas até o momento no que diz respeito ao custeamento por parte do estado aos tratamentos de alto custo, ou seja, as justificativas propostas para essa negativa.

O terceiro capítulo irá estudar os casos concretos encontrados sobre o

assunto no Tribunal de Justiça do Estado de Goiás (TJGO), com o objetivo de responder a amplitude do amparo do estado nos casos específicos, em que, não se encontra tratamento público à saúde.

Desta forma, o trabalho se propõe a desenvolver o conhecimento sobre o tema detalhado, considerando a profundidade do direito fundamental à saúde, que se relaciona de forma direta com o direito à vida, bem estar social e a dignidade da pessoa humana. Destarte, buscamos elencar as justificativas do Estado ao estabelecer limites, assim como as prerrogativas para tais feito, já que à primeira vista, não parece possível ou justo uma denegação nesse sentido.

2. SAÚDE E CONSTITUIÇÃO

O capítulo aqui elaborado, tem o objetivo de esclarecer o direito à saúde no estado brasileiro, analisar os direitos constitucionais vigentes na constituição federal de 1988, assim como o que evidenciar os tratados internacionais em que o Brasil é signatário, e por fim pormenorizar o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana.

2.1 Constituição Federal

Os artigos a seguir trabalhados evidenciam a responsabilidade estatal sobre a saúde no Brasil e definem as regras do SUS, que é o sistema de saúde oferecido no país, em busca de contemplar as necessidades da população.

O art. 196 da CRFB de 1988 define:

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

Como demonstra excerto anterior, a saúde é um direito que se estende a todos os cidadãos do estado brasileiro, sem distinção. Ainda é aludido pela CRFB de 1988 em seu art. 197, que são de relevância pública as ações e serviços de saúde, de forma que é de responsabilidade do poder público tratar sua regulamentação, fiscalização e controle, podendo a execução ser direta ou por meio de terceiros que podem ser pessoa jurídica ou física. Aqui, se torna evidente a responsabilidade positiva do Estado no que diz respeito ao assunto, que determina a o comprometimento da prática ao direito estabelecido. Como também é definido no art. 198 e alíneas:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. [...] (BRASIL, 1988).

Aqui se observa a teoria da aplicação prática do que seria a distribuição de saúde pública, que busca abranger de forma integral a saúde pública no país. Os parágrafos seguintes seguem tratando sobre o financiamento e a hierarquia. Ainda no Art. 199. “A assistência à saúde é livre à iniciativa privada”, regulamentando em seguida a participação privada na saúde. Em seu Art. 200 define suas competências como sendo:

Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1988).

Neste sentido, ainda não será tratado de prática ou experiências práticas. O que se observa em análise crua da lei, é uma tentativa de cobertura abrangente por parte do estado sobre o assunto, e a tentativa de suprir as necessidades básicas da população. Já observado por Ricardo Soares (2009, p, 20) “O direito a saúde — além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas, representa consequência constitucional indissociável do direito à vida.” Sendo então indispensável como política social. O supramencionado autor observa ainda que os programas de distribuição de medicamentos gratuitos, “dão efetividade a preceitos fundamentais da Constituição da República (arts. 5º, *caput*, e 196) e representa, na concreção do seu alcance”

Solha (2014) define a estruturação do SUS como a principal porta de entrada aos serviços de saúde de atenção básica (AB). O SUS possui em seu funcionamento uma relação de medicamentos essenciais (RENAME), e aponta que a mesma é revisada de forma periódica de acordo com o adoecimento do

país.

A lista apresentada pela RENAME é organizada da seguinte forma: medicamento de componentes básicos, que como apontado por Solha (2014), são medicamentos “com foco no tratamento precoce das doenças mais comuns, como hipertensão arterial sistêmica”, medicamentos estratégicos, que seriam “medicamentos usados em programas específicos de saúde pública, voltados para doenças endêmicas ou de grande impacto na saúde da população e condições socioeconômicas do país”, medicamentos de componente especializado da Assistência Farmacêutica (AF), que seriam aqueles que “enfocam o acesso ao tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, de patologias cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), publicados pelo Ministério da Saúde (MS)”. Além desses, são utilizados insumos farmacêuticos e medicamentos de uso hospitalar.

2.2 Dignidade da Pessoa Humana

Aqui se busca definir o princípio da dignidade da pessoa humana e entender como ele se aplica socialmente como ideal, pois é um direito de todos e assim deveria ser seu alcance. A temática se agrega ao trabalho aqui desenvolvido pois é um dos argumentos usados na judicialização de ações contra o Estado em busca do financiamento de medicamentos de alto custo, não disponibilizados pelo SUS.

Segundo Barroso (2018) em uma pequena dissertação com objetivo de discussão futura, a “A dignidade da pessoa humana tornou-se, nas últimas décadas, um dos grandes consensos éticos do mundo ocidental”. Pois leva em consideração o quanto vem sendo relevante a nível internacional, as discussões geradas a partir desse conceito.

De acordo com Azevedo (2002) a expressão dignidade da pessoa humana é um termo recente no direito, que a um tempo apesar de ser entendido não era verbalizado, que foi expressão social notável. Termo este que foi definido de várias maneiras diferentes ao longo dos anos, nas constituições fundamentais ao redor do mundo.

Ainda, conforme aponta Junqueira (2002) ao ponto ontológico, a

concepção unilateral do homem é a dualidade: o homem e a natureza não se encontram, estão em níveis diferentes; sujeito e objeto respectivamente. A partir do ponto de vista observado, o que se tem é a realidade do quanto é complexo definir o conceito de dignidade de forma jurídica e filosófica, e que é definida em dicionário “qualidade moral que infunde respeito, consciência do próprio valor, honra, autoridade e nobreza”.

Neste sentido, o que se entende é que de maneira platônica, é que todos os seres humanos no Brasil, possuem o direito à qualidade moral do respeito, valor individual, e tudo ali definido, o que leva a inúmeras discussões como a que é trazida à problemática, visto que a saúde individual faz parte do que foi definido previamente como consciência do próprio valor, já que é inerente à vida.

Junqueira (2002) trabalha ainda com algumas definições da CRFB como pressupostos do princípio da dignidade da pessoa humana que seriam expostos a partir de cinco substantivos, que seriam, vida, segurança, propriedade, liberdade e igualdade.

Todos que podem refletir na discussão aqui trabalhada, o mesmo trata a vida como pressuposto, sendo os substantivos seguintes consequências subsequentes quase absolutas. Assim, em casos extraordinários de não alcance ou disposição de determinado medicamento o direito suposto a vida e a segurança durante este período ao seligarem a ideia de dignidade, em teoria, trariam garantia ao direito ao tratamento, a partir de que, apenas ele traria a expectativa do pressuposto à vida.

Ainda, seguindo o raciocínio de Junqueira (2002) a terceira consequência do princípio da dignidade é a consistente no respeito aos pressupostos mínimos de liberdade e convivência igualitária entre os homens (condições culturais). E aqui, passam a ser trabalhadas as consequências sociais e personalíssimas de personalidade já que passa a ser levado em consideração as consequências sociais da sua vivência como alguém digno. Que novamente pode ser associado ao tema quando é necessário saúde para o pleno convívio social. Contudo, conclui-se que existe uma confusão geral no que diz respeito ao princípio da dignidade da pessoa humana, que observa falhas nas definições científicas e filosóficas sobre o tema, e observa que:

A pessoa humana, na verdade, caracteriza-se por participar do magnífico fluxo vital da natureza (é seu gênero mais amplo), distinguindo-se de todos os demais seres vivos pela sua capacidade de reconhecimento do próximo, de dialogar, e, principalmente, pela sua capacidade de amar e sua abertura potencial para o absoluto (é sua diferença específica – concepção da pessoa humana fundada na vida e no amor) (AZEVEDO, 2002, p. 39).

O que se vê é a definição a partir do cotidiano e vivência natural, que seria aqui tanto familiar como social de forma ampla, assim como por sua diferenciação dos demais animais, como fala e empatia. Do ponto de vista antropológico, a definição jurídica seria definida como:

[...] intangibilidade da vida humana e dá origem, em sequência hierárquica, aos seguintes preceitos: 1) respeito à integridade física e psíquica das pessoas; 2) consideração pelos pressupostos materiais mínimos para o exercício da vida; e 3) respeito às condições mínimas de liberdade e convivência social igualitária (AZEVEDO, 2002, p. 39).

Aqui, é trabalhado o sentido da vida, e o que é definido para que isso seja mantido, quando se define integridade física e psíquica, exercício de vida e que seria considerado como mínimo ao exercício de vida, liberdade e convivência, o que acaba sendo inclusive algo filosófico no sentido de o que seria considerado mínimo ao exercício de vida. O que novamente quando confrontado ao tema em análise, acaba por ser considerado quase óbvio visto que se existe risco de vida, existe risco a integridade física individual, de forma automática a situação em que um indivíduo necessita de ajuda estatal, para manutenção de sua saúde, que de outra forma seria inalcançável, a negativa estaria ferindo mais de uma definição do que se tem como dignidade humana.

2.3 Desigualdades sociais e o direito à saúde

O subcapítulo a seguir busca tratar sobre os impactos da desigualdade social na saúde, e se faz importante ao considerar que a maior parte da população ao utilizar o sistema público de saúde são pessoas de baixa renda. Assim, se relacionam diretamente com o tema proposto, considerando a hipótese da falta de um medicamento não encontrado em

disposição do estado. Neste passo, será explorada a relação entre as condições individuais ao acesso à saúde.

O Brasil, segundo estudo feito por Neri e Soares (2002) é um país importante no estudo da desigualdade considerando seu território e potencial político em relação a tentativa de erradicação da fome. Em dissertação para um debate Amélia Cohn (2003) “A questão da pobreza vem sendo objeto frequente de estudos teórico-conceituais e empíricos por parte dos cientistas sociais”. Apesar de que a afirmação pareça um clichê, o fato se dá pela importância das estruturas sociais para as garantias constitucionais aqui já analisadas. A mesma em seguida afirma:

No entanto, definir e problematizar a questão da pobreza, a par da dificuldade de se ter clareza sobre os matizes ideológicos que ela traz sempre consigo, coloca em xeque toda uma série de preceitos e parâmetros tradicionais com os quais os cientistas sociais vêm se debruçando sobre a realidade social. O mais evidente, entre eles, diz respeito às diferenças hierárquicas e da condição social entre os indivíduos que compõem a sociedade: castas, estamentos e classes sociais, sobretudo no que se refere a esta última (COHN, 2003, p. XX).

A sociedade se divide e se estrutura sem que haja controle externo, sendo assim, a figura das ações e posicionamentos sociais surgem com a tentativa de amenizar esses impactos, e garantir os direitos individuais do indivíduo, que em algumas vezes são desrespeitadas já por essa estrutura. Ao passo de que em seguida, apesar das tentativas de reinserção, figuram como polo passivo das intervenções estatais, o que pode ou não gerar dependência, como observa Cohn (2003 “[...] passam a ser objeto de intervenção do Estado por meio de políticas públicas neles focalizadas.” Neste sentido, entende-se que apesar de que a possibilidade de acesso a “riqueza” não determina uma linha de pobreza, possui relação direta ao acesso de determinados bens e serviços. Separa ainda o que chama de matriz da pobreza e matriz da desigualdade social, tanto em relação a como pode ser analisada como em suas consequências. O que se observa é que apesar de parecerem muito próximas uma da outra, o que de fato são, não possuem a mesma base, ou reflexos. Como já visto, é tido por parte do estado a necessidade de amparo, assim Cohn (2003) ao analisar os estudos de Arato (1995, p. XX) observa:

Merecem destaque aqui três elementos apontados pelo autor: o caráter autônomo da organização da sociedade, a reconstrução de laços sociais fora do Estado, e uma esfera pública independente e separada de toda forma de comunicação oficial. Esses três elementos, sabidamente indissociáveis da totalidade à qual pertencem, permitem retomar um dos problemas centrais na relação entre esses novos sujeitos sociais em seus processos de criação de suas identidades e o Estado, qual seja, o lugar que ocupam hoje, que grupos sociais representam e qual a fonte de sua legitimidade, a definição de seus principais interlocutores, e a natureza de suas demandas (COHN, 2003).

Na prática, novamente o que se evidencia é que é uma discussão mais complexa, aqui vai ser notável ao decorrer dessa análise, já que não é apenas sobre a afirmação sobre ser ou não obrigação do estado, os custeios dessas medicações de alto custo, partindo do princípio de que a saúde é uma responsabilidade social ampla dentre tantas outras.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o exemplo prático de como o Estado lida com a responsabilidade social da saúde, que como apontado por Cohn (2003, p.56) “traz consigo uma nova institucionalidade da participação da sociedade no processo de tomada de decisões políticas através da constituição dos Conselhos de Saúde como instâncias deliberativas”.

Do outro lado da moeda, se encontra a figura da saúde como um direito público, que pode ser exigido por qualquer cidadão, aqui surge o objetivo de que se analise então as possibilidades dessa garantia, que como já observado é ampla. O modelo adotado no Brasil segundo Garbois, Vargas e Cunha (2006, p. 32) “centrado na figura do médico e na assistência individual curativa e privatista, que desconsidera os aspectos sociais que interferem na ocorrência do processo saúde/ doença”. Neste sentido, o sistema busca diagnosticar e oferecer uma possibilidade de tratamento, a doenças encontradas na sociedade. Como pode ser observado a seguir:

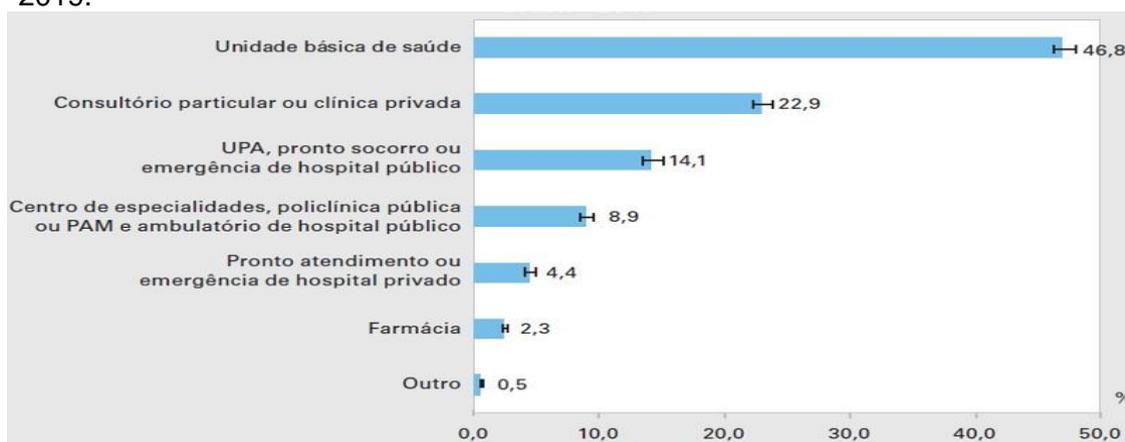
A saúde é concebida neste fórum como decorrente das condições de acesso à habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Um aspecto fundamental nesta formulação foi o fato de se ter chamado a atenção para a interdependência que existe entre esses elementos e sua condição sine qua non para alcançar a saúde (GARBOIS; VARGAS; CUNHA, 2006).

Aqui, é possível observar a ligação das desigualdades sociais ao acesso à saúde, considerando que, por exemplo, uma pessoa sem acesso ao saneamento básico automaticamente está em risco no que diz respeito a inúmeras doenças, exemplo que apesar de ligado a outro tema, exemplifica a amplitude e delicadeza da responsabilidade Estatal na saúde do indivíduo.

Neste sentido Garbois, Vargas e Cunha (2006), a pobreza seria um conceito absoluto, ou seja, diz respeito ao ganho e ao acesso social a bens e serviços enquanto a desigualdade social “é também a expressão de uma cultura altamente discriminatória, na qual se faz questão de tratar de forma diferenciada pessoas, instituições, regiões, privilegiando uns em detrimento de outros”. Ou seja, está ligada de forma mais ampla à estrutura e políticas públicas.

Segundo o site da Agência IBGE² em 2019 menos de um terço da população tem plano de saúde, 22,9% da população buscam consultas particulares, 14,1% buscam atendimento público de emergência enquanto 70% da população busca de forma geral o SUS, para atendimentos e consultas. Sobre isso observa-se o gráfico a seguir:

Gráfico I – Proporção de pessoas que costumam procurar o mesmo local, médico ou serviço de saúde quando precisam de atendimento de saúde, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo o local de procura de atendimento Brasil – 2019.



Fonte: IBGE (Brasil, 2019).

² As informações podem ser acessadas no site <https://www.ibge.gov.br/>.

No gráfico o que se observa é a fidelidade dessas consultas/procura, o que mostra na prática o impacto na prática das desigualdades sociais, assim se a maioria populacional é de baixa renda, de forma automática a maioria da população não possui acesso ao sistema particular de saúde, e em casos de necessidade, ao alcance de medicamentos de alto custo, gera então impasse direto, no que diz respeito a procura e condições. A pesquisa também aponta que a população carente tem maior dependência do SUS, o que igualmente se relaciona com o acesso a planos de saúde.

Em 2019, entre as 39 milhões de pessoas que procuraram algum atendimento de saúde nas duas semanas anteriores à entrevista, 86,1% conseguiram atendimento. Destes, 73,6% afirmaram ter conseguido atendimento na primeira vez em que procuraram - percentual abaixo do estimado em 2013 (95,3%). Das pessoas que conseguiram atendimento de saúde (exceto marcação de consulta), 60,9% tiveram algum medicamento receitado e destas, 85% conseguiram obter todos os medicamentos prescritos. Quando a referência de obtenção de pelo menos um medicamento é o serviço público, a proporção torna-se menor: 30,5% (ou 6,2 milhões de pessoas). Quanto menor a faixa de rendimento per capita, maior é a proporção de pessoas que obtiveram medicamento no serviço público: 42,3% para a faixa de até $\frac{1}{4}$ de salário mínimo e 7,1% para a classe de mais de cinco salários mínimos (IBGE, 2020).

Sobre o assunto, Ferraz Junior (2015) aponta que, “para reduzir a pobreza, é fundamental que as políticas públicas sejam eficazes, que as políticas públicas consigam assegurar condições mínimas de saúde”. O que leva a um paradoxo e a um reforço de responsabilidade do Estado no que diz respeito a amparos mínimos de dignidade.

Finalizando este capítulo, vê-se que as informações até aqui apresentadas se mostraram de suma importância para o alcance dos objetivos apresentados, bem como para resolução da problemática, dado que ficou evidenciado a obrigação legal e teórica do estado no que diz respeito à responsabilidade estatal com a saúde e bem estar dos cidadãos.

O capítulo seguinte, propõe-se a trabalhar as razões do estado nas negativas a pedidos de judicialização judicial, analisa o conceito de reserva do possível, e analisa os critérios para a concessão de pedidos relacionados à saúde, e como foram definidos.

3. DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E DAS NEGATIVAS DO ESTADO

Em continuidade ao presente trabalho monográfico, este segundo capítulo tenciona discutir e analisar as situações de judicialização da saúde, que se dá quando, apesar do que já foi analisado anteriormente em relação à obrigação estatal com a saúde, não há pelo SUS a disponibilização de determinado medicamento de alto custo. Assim, possuímos o objetivo de explorar os motivos dessa não disponibilização pelo sistema público de saúde, bem como as justificativas das negativas judiciais.

3.1 Reserva do Possível - Conceito e Dimensões

Em um trabalho realizado por Sarlet e Figueiredo, (2007) sobre o princípio da reserva do possível, o mesmo apresentaria três dimensões, que seriam:

a efetiva disponibilidade fática dos recursos para a efetivação dos direitos fundamentais; b) a disponibilidade jurídica dos recursos materiais e humanos, que guarda íntima conexão com a distribuição das receitas e competências tributárias, orçamentárias, legislativas e administrativas, entre outras, e que, além disso, reclama equacionamento, notadamente o caso do Brasil, no contexto do nosso sistema constitucional federativo; c) já na perspectiva (também) do eventual titular de um direito as prestações sociais, a reserva do possível envolve o problema da proporcionalidade da prestação, em especial no tocante à sua exigibilidade e, nesta quadra, também da sua razoabilidade (SARLET; FIGUEIREDO, 2007, p. 189).

O conceito de reserva do possível, surgiu na Alemanha segundo o estudioso Andras Kell (2002), quando a corte constitucional do país, que determinou que a concessão de direitos públicos está sujeita a condição e disponibilidade desses recursos. Inclusive, acreditando que isso se atrela ao que o indivíduo espera de maneira racional da sociedade, assim não se pode pedir ao estado, por exemplo, o custeio de um tratamento já disponibilizado, o que impõe um limite em relação às obrigações estatais e deixa claro que essas não são incondicionais.

Os autores tratam em suma da disponibilidade do estado para a

realização dos direitos fundamentais, considerando suas reais possibilidades. Assim, como dos recursos disponíveis a ele para essa realização, em todos os sentidos, desde suas possibilidades econômicas e jurídicas, considerando ainda o princípio da proporcionalidade e razoabilidade, já aplicado em outras áreas do direito. O que traz contrapeso às responsabilidades do estado. Como observado por Sarlet e Figueiredo (2007), a reserva do possível funciona como um limite imanente dos direitos fundamentais. Ligando, ainda, a crise de efetividade dos direitos fundamentais a escassez de recursos disponíveis ao atendimento das demandas de políticas sociais.

A autora Olsen (2006) em sua tese, traz inicialmente o conceito de exigência possível ao estado de maneira óbvia, citando o exemplo da exigência de um remédio que cure uma doença, para a qual não existe cura, o que seria de impossível por si só e remetendo à razoável forma óbvia, e demonstrando a necessidade de que seja um pedido plausível, certo e possível.

Logo, sobre as limitações nas concessões do estado no direito à saúde Ana Olsen (2006) coloca em perspectiva o fato de que se por exemplo é destinado determinado valor a saúde, e o estado se prende a isso e a essas especificações orçamentárias, de forma automática ter-se-ia uma limitação evidente ao fornecimento de saúde. Assim, como as políticas públicas voltadas a área, porque nessa perspectiva o Estado deixaria de investir na saúde, assim que encontrasse o teto orçamentário. Dentro desta possibilidade, como um fato, a exigência de um medicamento que fugisse desse orçamento, seria considerada impossível.

Esse apoderamento exposto pela supramencionada autora até aqui, é um exemplo de como seria a reserva do possível. Quando considerado de maneira literal, pensamentos que a mesma contradiz, quando observa que apesar de ser um limite inerente aos direitos fundamentais, é subjetivo e passível de análise e na prática é levado em consideração a realidade fática vivenciada, assim como a escassez. A ideia é definida pelo autor Jon Elster, como natural quando inevitável e artificial, e apesar de fruto do meio a possibilidade de intervenção e eficaz sobre aquela realidade. Sobre a escassez artificial Olsen (2006) defende que:

Dentro deste quadro, parece que a questão dos recursos financeiros disponíveis para a efetivação dos direitos fundamentais sociais revela-se mais propriamente como uma escassez mais artificial que natural. Os recursos econômicos se tornam escassos para um fim, porque houve uma decisão política que os manejou para outro. Não existiriam recursos suficientes para promover uniformemente todos os direitos: este é um dado de realidade do qual muitos autores partem como premissa básica e irrefutável para teorizar a reserva do possível (OLSEN, 2006, p. 2001).

Apontar a escassez do estado como artificial, traz à luz o paradoxo em relação à responsabilidade, se é algo passível de ser resolvido, por que não é resolvido. O que automaticamente elevariam os limites experienciados pela reserva do possível, visto que desse ângulo as falhas do estado no fornecimento a saúde seriam responsabilidade do mesmo, que gera necessidade de equilíbrio a realidade. Assim surgem posicionamentos diferentes como o de Bucci (2017), que enxerga como uma questão ainda mais complexa apenas a razão orçamentária, e dependeria de um melhor diagnóstico para o estabelecimento de limites, que não poderiam ser baseados apenas em questões financeiras.

A reserva do possível pode ser vista como restrição ao fornecimento de direitos, e a estudiosa Olsen (2006, p. 2004) aponta que apenas as reais circunstâncias poderão trazer uma real análise deste direito confrontado a pretensão jurídica pleiteada e reitera que “enquanto elemento externo, a reserva do possível poderia reduzir mais ou menos o âmbito normativo do direito, e essa redução estaria sujeita ao controle de constitucionalidade, especialmente a partir do exame da proporcionalidade”. Funcionando, então, como elemento de ponderação na realidade e não como um limite rígido como se percebe inicialmente.

A reserva do possível funciona como um contrapeso às obrigações do estado como um todo, de forma que apesar de ser um consenso sobre direito à saúde ser fundamental e indispensável, ainda assim, o que se pede ao Estado não é ilimitado.

É pacífico, por exemplo, que não se possa requerer medicamentos por marca ou um tratamento já disponível pelo sistema público de saúde, sendo

necessário que aquilo que se quer, seja uma real falha do estado, e a sua concessão será feita de acordo com os limites estabelecidos por ele.

3.2 Judicialização

3.2.1 Requisitos ao Fornecimento de medicamentos de Alto Custo pelos Tribunais Superiores

O subcapítulo aqui desenvolvido, possui o objetivo de elencar e esclarecer os requisitos estabelecidos pelos tribunais superiores para a concessão de medicamentos de alto custo, não previamente disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde. Considerando a necessidade de uniformizar as decisões e estabelecer requisitos de empoderamento em relação a essas decisões que versam sobre o direito à vida.

Primeiramente, é importante tornar claro o que vem a ser o termo judicialização da saúde, utilizado neste capítulo. Judicialização da saúde, se dá em situações em que o SUS não supre alguma necessidade relacionada à saúde, e a partir dessa lacuna no sistema, surge a necessidade de requerer de forma direta ao estado o cumprimento desse direito, o que é feito na maioria por via judicial.

O que traz ao judiciário a responsabilidade de decidir e buscar a melhor solução a esses casos. Segundo Gucci (2017) a judicialização da saúde é um fenômeno recente, apontando como marco os casos de (sida/AIDS) nos anos 1990. Resumindo a judicialização como “como uma forma de concretizar o atendimento as necessidades de saúde por meio de decisões judiciais, que ordenam que uma instituição pública ou privada atenda ao direito subjetivo postulado pelo autor da ação judicial” (GUCCI, 2017). Sendo então, uma determinação jurídica a essa cobertura de direitos.

Em estudo feito sobre os requisitos estabelecidos pelos tribunais superiores, para a concessão de medicamentos de alto custo, por meio da judicialização, feito pelo professor Sarlet (2007) ficou evidenciado que em síntese, são estabelecidos como critério de forma cumulativa, que primeiramente, seja empiricamente comprovada que o uso do medicamento pleiteado seja imprescindível a saúde do autor, a comprovação de insuficiência

financeira para o custeamento do medicamento pleiteado, que seja um medicamento registrado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Os requisitos aqui listados são norteados pela resolução nº 31 de 30 de março de 2010 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ).

Sobre a resolução, o Ministro Gilmar Mendes afirma em relatório durante a audiência pública nº 4, que a atuação do CNJ é um efeito da referida audiência, que a partir daí se cria o fórum de saúde no CNJ. Ao criar o fórum, há a autorização e incentivo a consulta a especialistas por parte dos juízes em busca de que os mesmos tomem decisões embasadas cientificamente e não apenas como um roteiro. A resolução aqui citada considerou, para que fosse determinada:

O grande número de demandas envolvendo a assistência à saúde em tramitação no Poder Judiciário brasileiro e o representativo dispêndio de recursos públicos decorrente desses processos judiciais; A relevância dessa matéria para a garantia de uma vida digna à população brasileira; O que ficou constatada na Audiência Pública nº 4 [...]. Que os medicamentos e tratamentos utilizados no Brasil dependem de prévia aprovação pela ANVISA, na forma do art. 12 da Lei 6.360/76 c/c a Lei 9.782/99 [...]. As reiteradas reivindicações dos gestores para que sejam ouvidos antes da concessão de provimentos judiciais de urgência e a necessidade de prestigiar sua capacidade gerencial, as políticas públicas existentes e a organização do sistema público de saúde; A menção, realizada na audiência pública nº 04, à prática de alguns laboratórios no sentido de não assistir os pacientes envolvidos em pesquisas experimentais, depois de finalizada a experiência, bem como a vedação do item III.3, "p", da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde;

Que, na mesma audiência, diversas autoridades e especialistas, tanto da área médica quanto da jurídica, manifestaram-se acerca de decisões judiciais que versam sobre políticas públicas existentes, assim como a necessidade de assegurar a sustentabilidade e gerenciamento do SUS; Finalmente, indicação formulada pelo grupo de trabalho designado, através da Portaria nº 650, de 20 de novembro de 2009 [...]. A decisão plenária da 101ª Sessão Ordinária do dia 23 de março de 2010 deste E (Conselho Nacional de Justiça, exarada nos autos do Ato nº 0001954-62.2010.2.00.0000).

A resolução acima, recomenda a adoção de medidas em busca de melhor subsidiar os magistrados e operadores do direito, que em suma, indica orientações como instrução das decisões possam ocorrer a partir de relatórios médicos. Estabelece que se evite, ou seja, não é uma determinação absoluta que se evite a concessão de medicamentos, ainda não aprovados pela Anvisa.

O fato de não ser uma definição absoluta, se justifica em casos excepcionais e de emergência, em que fica pré-estabelecido que sejam ouvidos gestores, assim como a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Em casos em que são requeridos tratamentos, foram definidos alguns critérios de avaliação, como: onde já existem programas sociais em que o requerente se encaixe, o cuidado de já o inserir. Em seguida, traz orientação para expandir o conhecimento do magistrado em relação a saúde pública e condições sanitárias no país.

O que se observa é que de antemão, o estado se preocupe em orientar decisões em lides que tenham como foco a saúde, não se retendo apenas a orientação em decisões, como também a busca pela conscientização dos magistrados, no que diz respeito a ambientação na saúde.

Apesar de se mostrar como orientação, as decisões que envolvam medicamentos de alto custo, o registro do medicamento pela ANVISA acaba por ser relativizado em alguns casos. O que demonstra que as decisões tomadas, no que diz respeito à saúde, não seguem à risca um padrão pré-determinado, apesar de previamente orientado.

Em estudo realizado sobre o assunto pelos estudiosos Maas e Bosa (2020) entre os anos de 2010 e 2015, evidencia-se que foi gasto pelo estado cerca de R\$ 1,49 bilhões com os medicamentos: Elaprase, idursulfase; Naglazyme, galsulfase; e Soliris, eculizumabe. No entanto, o medicamento Soliris, só veio a possuir registro pela ANVISA no ano de 2017. O que demonstra clara relativização da orientação já citada. Apontando inclusive que:

os medicamentos mais novos, lançados há cerca de 5 anos, tiveram uma incorporação de apenas 13 produtos, demonstrando que o sistema de saúde brasileiro não tem acompanhado a evolução dos medicamentos, fazendo com que os sujeitos de direito busquem, através do Judiciário, tratamentos mais modernos dos que estão disponíveis nos programas de saúde do Estado (INTERFARMA, 2016)

O que se observa é que a adoção por tratamentos clássicos pelo SUS, e não modernização do sistema, pode gerar impacto nas judicialização do direito à saúde, tendo ainda como fato, segundo Helena e Carlos (2020) que de 199 pedidos de incorporação a novos tratamentos requeridos entre os anos de 2012 e 2015 mais de 50% foram negados. Considerando que os pedidos se

referiam a modernização, pode realmente refletir na realidade prática, concebendo que uma pessoa doente tende a buscar o tratamento que melhor se adequa a seu caso e suas condições, o que gera maior demanda judicial em busca da aprovação de tratamentos inovadores e mais tecnológicos.

No ano de 2009 com a grande abrangência nos pedidos de judicialização da saúde, que não mais se prendiam a pedidos relacionados apenas a AIDS/HIV, foi convocada e realizada uma audiência pública de saúde, que é segundo Alves (2014, p. 11) um “mecanismo garantido pela Constituição de 1988 que permite a participação de outros atores na atividade dos órgãos que as convocam.” É a oportunidade de que o juiz ouça especialistas no assunto discutido, em busca de formular decisões mais completas e científicas a assuntos relevantes, na audiência pública em questão, por exemplo, foram ouvidos 50 especialistas entre os dias 27 a 29 de abril e 4 a 7 de maio.

Estudando o assunto, Alves (2014, p. 12) tratar sobre a judicialização da saúde, defendendo que, a respostas vão além de um “sim” e “não”, em relação a procedência de uma ação sobre judicialização. Um pedido por um medicamento que pode definir a vida de uma pessoa envolve muito mais, pois exige provas e análises dos tratamentos disponíveis. Assim, as decisões nesses casos não buscam apenas concessões, e sim qual a melhor solução para aquele caso individual, partindo de como resolver cada questão. O que justifica algumas relativizações, principalmente em relação a aprovação na ANVISA, como as exceções em conceder medicamentos sem registro.

Conclui-se que, sobre a judicialização da saúde, que ela foi a via encontrada para cobrar o estado sobre brechas deixadas no que um indivíduo entende como lacuna no cumprimento em sua obrigação em oferecer saúde como um direito fundamental. E assim, a partir disso exigir judicialmente o que entende como uma função do estado em seu bem estar.

Em contrapartida, o estado em sua posição absoluta, apesar de clareza sobre suas obrigações, não é uma figura onipotente estando sujeito a falhas e a limites estruturais, o que faz com que falhas aconteçam e façam parte do sistema.

3.3 Audiência Pública nº 4

Durante a audiência pública nº 4, foram analisados dez casos individuais em busca de um melhor parâmetro para as decisões relacionadas à saúde. Aqui, vamos estudar os casos relacionados ao custeamento de medicamentos de alto custo, com o objetivo de acompanhar os progressos nessas decisões, e melhor entender os requisitos elencados pelo judiciário para deferir pedidos de medicamentos de alto custo não disponíveis no sistema público de saúde pública do país.

Dos pedidos relacionados a custeamento de medicamentos, foi requerimento analisado com pedido de custeamento de medicação do estado de Alagoas com análise de caso individual, em que o medicamento pleiteado era MABTHERA (Rituximabe) para o tratamento de Leucemia linfocítica crônica (STA 278). Outros medicamentos postulados foram ENBREL (Etanercepte) para o tratamento de Espondilose, pelo estado de Pernambuco (SS 2361), Citrato de Sildenafil (presente no Viagra) pelo Estado da Paraíba (SS 2944), Forteo (teriparatida) para o tratamento de Diabetes Tipo 1 pelo estado do Rio Grande do Norte (SS 3345) e Clopidogrel el 75mg para evitar rejeição de stents implantados por angioplastia coronária pelo estado do Rio Grande do Norte (SS 3355).

O pedido STA 278, foi feito pelo Estado de Alagoas contra a decisão que deferiu fornecimento de medicamento contra a Leucemia Linfocítica Crônica, o pedido foi julgado pelo ministro Gilmar Mendes que o indeferiu. O pedido SS 2361, foi julgado junto a outros agravos, e tratava de pedido do estado de Pernambuco que pedia a suspensão da decisão que determinava o fornecimento de medicamento, pedido que foi indeferido. O pedido SS 2944, se referia ao pedido semelhante feito pelo estado da Paraíba, que também foi indeferido. O pedido foi realizado pelo estado do Rio Grande do Norte ES 3345, que também fazia referência ao pedido de suspensão de liminar que fornecia medicamento para doença degenerativa, também foi indeferido sob as seguintes justificativas.

A ministra fundamenta sua decisão nas seguintes questões: a hipossuficiência econômica da impetrante, a enfermidade em questão e sua comprovação, a ineficácia de outros tratamentos

já ministrados, a urgência na utilização do medicamento, e o registro na ANVISA. Por isso, acredita existir perigo de dano inverso já que o deferimento do pedido pode ocasionar danos graves à saúde e à vida do paciente (ALVES, 2014, p. 72).

Os argumentos utilizados pela ministra Ellen Grace, observados acima, são exemplos de parâmetros utilizados nas decisões relacionadas ao assunto. O pedido SS 3355, também pedia a suspensão da liminar que fornecia o medicamento, e foi igualmente indeferido. Após o julgamento dos pedidos aqui citados, entre outros, surgiu a necessidade de padronizar os critérios relacionados à saúde, e algumas coisas foram definidas, como observa a estudiosa Alves (2014), que já de início o que se observa é que o problema não é bem a judicialização da saúde, mas a necessidade de intervenção estatal para sua concretização.

Inicialmente o que se decidiu foi a necessidade de observar a existência ou não de política estatal que gerasse amparo à prestação de saúde pleiteada, e daí surge também a regra pelo CNJ, de que caso exista, seja então o requerente imediatamente inserido. Caso não exista fica considerado segundo Alves (2014, p. 72) que “deve-se considerar se essa não prestação está determinada pois, (i) há decisão administrativa de não a fornecer ou (ii) há vedação legal a essa dispensação ou (iii) há omissão legislativa ou administrativa”. Em casos assim, também fica determinada a análise de possibilidades de tratamentos fornecidos pelo SUS, que deverá ser priorizado.

Havendo ainda a possibilidade da indicação de determinado tratamento pelo SUS, desde que haja razões específicas para a determinação. Ficando definido ainda na audiência pelo Ministro Gilmar Mendes:

Há necessidade de revisão periódica dos protocolos existentes e de elaboração de novos protocolos. Assim não se pode afirmar que os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do SUS são inquestionáveis, o que permite sua contestação judicial (STF, Rel. Ministro Gilmar Mendes).

De acordo com os estudos de Alves (2014), nos casos em que não houver disponibilização em redes públicas de tratamento, novas considerações serão feitas, se são tratamentos experimentais, por exemplo, o estado não pode fornecê-los pois são regidos pelas normas de pesquisas médicas. Sobre os novos tratamentos, o que foi determinado pelo Ministro Gilmar Mendes, “que a inexistência de Protocolo Clínico no SUS não pode ser motivo para violação da integralidade do sistema ou para diferença entre opções acessíveis aos usuários da rede pública e da rede privada” (ALVES, 2014, p. 76). A partir desse ponto, passa a ser questionável as omissões administrativas.

Em seguida, na audiência pública aqui analisada, fica vedado em relatório do Ministro Gilmar Mendes, o fornecimento de fármacos sem prévio registro na ANVISA. Em análise Alves (2014, p. 77) “Ele afirma que o registro de medicamento, como ressaltado pelo Procurador-Geral da República na audiência pública, é uma garantia à saúde pública.” O que também é ressaltado pelo presidente da ANVISA. Ainda se faz necessário a ressalva da Lei nº 6.360/76, que dispõe sobre vigilância sanitária a que se sujeitam os fármacos, e determina em seu art. 12 “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.”

Considerando essa determinação, aquilo que for considerado como excepcional, exige que seja pautado em provas, considerando a impossibilidade de casos genéricos nessas questões, como relatado pelo Ministro Gilmar Mendes. De forma simplificada, em análise ao que já foi observado por Alves (2014), fica estabelecido que caso não haja registro na ANVISA não há obrigação de fornecer pelo Estado. Nos casos em que há registro, se o mesmo já estiver incorporado pelo SUS, há obrigatoriedade. Caso não seja, deve ser considerado se há outros tratamentos adequados, visto que, caso existam, deixam de existir obrigatoriedade no fornecimento. Em casos em que existam também essas falhas, será ainda analisada a disponibilidade de fornecimento a longo prazo pela rede privada, assim, em caso positivo não há obrigatoriedade no fornecimento, já em caso negativo há.

Como observa Maas e Bosa (2020) sobre as políticas de tratamentos adotados pelo SUS, o que reforça a necessidade de revisão periódica nos tratamentos:

O SUS adota a teoria da “Medicina com base em evidências”. Nesse sentido, aplica-se o que é chamado de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, definindo-se em um contexto de critérios que possibilitam identificar o diagnóstico de doenças e o seu devido tratamento com os medicamentos oferecidos pelos SUS e suas respectivas doses (MAAS; BOSA, 2020, p. 355-356).

Assim, fica clara a necessidade de estudo e reavaliação contínua, em busca de adequação aos tratamentos, o que inclusive pode ter como resultado a diminuição de judicialização da saúde. Visto que, parte dos casos busca modernidade nos tratamentos.

Como observa Alves (2014), da audiência pública houveram resultados, materiais diretos e simbólicos indiretos. Sendo efeito material direto, o aproveitamento da audiência pública sobre os agravos regimentais que eram casos de referências. Desenvolvimento de câmaras extrajudiciais, para solução de conflitos, cooperação entre as esferas de poder na resolução de conflitos. A movimentação no conselho nacional de justiça. Como efeitos indiretos cita, a relevância do tema no meio do direito e no meio judiciário.

O que fica claro neste capítulo é a tentativa de equilíbrio do estado, no que diz respeito ao direito constitucional à saúde no Brasil, visto que é um direito fundamental que se liga diretamente à dignidade da pessoa humana, podendo ser considerado um direito base. Observável o fato de que mesmo as negativas no judiciário não se embasam na falta de um direito, e sim nas possibilidades e limites de concessão para o mesmo. Dentro dessas justificativas, o que se observa é a tentativa de melhor delimitar os limites às concessões do estado e aqui surgem os parâmetros como de possibilidade financeira, tratamentos já oferecidos e registro na ANVISA. Assim, as negativas passam a ir além dos limites orçamentários do estado quando se passa a discutir também o contexto social e científico desses pedidos.

Assim, finalizando este capítulo, restou evidenciar que apesar da importância do direito à saúde, os pedidos feitos ao Estado nessa área são

limitados pela reserva do possível, que nada mais é do que a possibilidade do Estado em realizar aquele pedido.

Deste modo, a demanda de judicialização da saúde aumentando com o passar do tempo, foi necessário que juridicamente fossem estabelecidos parâmetros e requisitos para situações de judicialização, de forma a ajudar a manter o mais próximo de uniformização a essas decisões. O que demonstra a problemática analisada a tentativa de responsabilização por parte do Estado em situações de lacuna.

No capítulo seguinte, serão observados casos práticos de pedidos de judicialização da saúde, em busca de analisar os reais posicionamentos do Estado nas situações em que lhe são apontadas falhas a serem sanadas em relação a suas obrigações.

4 ANÁLISE DE JURISPRUDÊNCIA

O presente capítulo objetiva analisar a aplicabilidade dos requisitos estudados até aqui, em busca de compreender a realidade prática, da judicialização da saúde no Brasil, em especial as respostas dos pedidos de custeamento de medicamentos de alto custo pelo estado.

Em busca de analisar os resultados práticos desses parâmetros, em contrapartida com a individualidade de cada caso concreto. Os estudos referentes às pesquisas serão realizados do STF, STJ e TJGO. No tribunal de justiça de Goiás foram analisadas dez situações distintas que serão a seguir discutidas, com o objetivo de observar as adequações do TJGO aos parâmetros já estabelecidos.

O primeiro caso a ser discutido é um mandado de segurança N. 5608968-24.2021.8.09.0000 5ª CAMARA CIVEL, a pedido do estado em busca de tratamento para um menor de 16 anos, que possui dermatite atópica moderada, desde seu nascimento e necessita fazer uso do medicamento, Dupilumabe 300mg, de uso contínuo, sendo 1 (uma) ampola a cada 14 (quatorze) dias. Alega não possuir condições financeiras para o uso do remédio. O estado alega a não obrigatoriedade no fornecimento de medicamentos de alto custo não disponíveis no SUS. É requerida análise do apoio técnico judiciário, que confirma a necessidade do remédio. É ainda apontado pelo relator:

É salutar dizer que, a omissão do Poder Público, em fornecer o tratamento médico ao adolescente/substituído (medicamento Dupilumabe 300mg), pessoa enferma e carente, configura-se ofensa ao direito líquido e certo, pois, a saúde é um direito fundamental, que sobrepõe a qualquer outro. Logo, não poderá ocorrer óbices, tampouco gerar impedimento ao cumprimento de eventual decisão liminar (mov. 8) nesse sentido.

No caso em tela, o que se observa é a determinação do fornecimento, o que não é surpreendente considerando que apesar de não ser fornecido pelo sistema público de saúde, não fugia dos parâmetros para liberação. Tendo inclusive sido esses os argumentos utilizados para o deferimento.

O segundo caso em tela MANDADO DE SEGURANÇA Nº 5051539.93.2020.8.09.0000, pedia o fornecimento dos medicamentos Variflux,

Vartaz e Gamax 30mg, por prescrição médica. As razões elencadas pelo estado para a negativa é a inadequação da via eleita, junto à falta de elementos comprobatórios concretos, apontando a falta de relatório médico, e comprovação da inefetividade do tratamento oferecido pelo SUS, assim como a necessidade do medicamento. Novamente foi desqualificada a inadequação da via eleita.

Fica reconhecida a demonstração de omissão por parte do estado no fornecimento do medicamento impetrado. Entretanto, fica determinada a concessão dos fármacos pela insuficiência de provas, como fica apontado pelo relator:

Dessa forma, ausente provas da imprescindibilidade dos medicamentos requeridos, tampouco a demonstração de tentativa de utilização de outras medicações fornecidas pelo SUS que foram ineficazes, não se apresenta razoável reconhecer o direito líquido e certo da impetrante e a necessidade de compelir o ente estadual a fornecer-lhe as substâncias medicamentosas solicitadas. Destarte, não demonstrado o preenchimento dos requisitos necessários para a dispensação dos fármacos solicitados na inicial, a denegação da segurança é a medida que se impõe. Ante o exposto, com apoio no art. 6º, §4º, da Lei nº 12.016/09, DENEGO A SEGURANÇA pleiteada.

Nesse caso, apesar de cumprir com os requisitos básicos para a concessão de medicamentos, enfrentou falha na demonstração dessa necessidade, se mantendo o cumprimento dos requisitos estabelecidos para esse tipo de demanda.

O judiciário aqui reconhece a obrigação do Estado com a saúde, assim como fica reconhecida a omissão do estado na figura do secretário de saúde. No entanto, faz a observação de que os exames acostados aos autos não estão atualizados, falhando na comprovação da necessidade e imprescritibilidade do medicamento para o tratamento, assim como a ineficácia do tratamento oferecido.

O terceiro caso em análise no TJGO é o mandado de segurança Nº 5575726-11.2020.8.09.0000, que imperava os medicamentos Venlaxin 75 mg 1x ao dia, Duolexetina 60 mg 2x e Pregabalina 75 mg 2x com prescrição médica, e comprovação dos demais requisitos como incapacidade financeira, comprovação por meio de laudos médicos e o registro do medicamento na

ANVISA, de Forma a que foi o mandado de segurança concedido.

O mandado de segurança nº 5392057.26.2020.8.09.0138, é referente ao pedido de concessão do tratamento com Imunoglobina Humana IgH, considerando que a impetrante é portadora da Síndrome Guillain Barré (CID G 61.0), síndrome decorrente da infecção por Dengue. É importante ressaltar, nesse caso, a observação na decisão de que o tratamento pleiteado é indicado a síndrome na relação de doenças e agravos tratados. Assim, como foram juntados aos autos laudos médicos comprovando a necessidade do tratamento. Ficando nesse caso determinado o fornecimento do medicamento, que por não tem período de renovação para o tratamento, determinando que em caso de que não seja utilizado. E determinando ainda possibilidade de que em caso de descumprimento da obrigação seja aplicado bloqueio judicial de valores.

O mandado de segurança Nº 5298932-30.2020.8.09.0000, pleiteava o tratamento para a osteoporose grave CID- M80, requerendo o medicamento Aclasta (ácido zoledrônico) 5mg, de forma contínua por 5 anos. O pedido foi embasado em provas de sua necessidade, assim como da omissão da estatal. É citado pelo relator:

Constitui obrigação da administração pública fornecer tratamento de saúde a quem dele necessitar, de modo integral, por ser direito constitucionalmente assegurado, sendo que a sua omissão viola direito líquido e certo a ser reparado pela via mandamental.

No caso em análise há comprovação acostada em relação à carência do medicamento pleiteado como justifica o relator; “Com efeito, resta evidenciada a presença dos pressupostos autorizadores da segurança pretendida: a liquidez e a certeza do direito invocado.”, apontando ainda que o alto custo do medicamento não pode ser impedimento de sua disponibilização.

O Agravo de instrumento Nº 5470342-59.2020.8.09.0000, interposto pelo município de Inhumas-GO, contra decisão que determinou o fornecimento do medicamento DUPILUMABE 300mg, no prazo de três dias sob pena de multa diária. Com as alegações de que o fármaco de alto custo deveria ser fornecido pelo estado de Goiás ou pela união, argumenta também, que o medicamento não é disposto pelo sistema único de saúde, por isso excederia o orçamento público. Alega ainda que, a requerente questiona a multa diária, apontando como descabida. Considerando que a finalidade do agravo de

instrumento não se atém ao mérito, o agravo apesar de reconhecido, tem negado seu provimento, não sendo apontada nenhuma irregularidade na decisão de primeiro grau.

Em mandado de segurança Nº 5599244-30.2020.8.09.0000, em prol dos medicamentos Duolexetina 60 mg 2 caixas por mês, Celoxibe 200 mg, 2 caixas, Pregabalina 75 mg, 3 caixas, Vitamina E, 1 caixa e Alprazolam 2 mg, 1 caixa por mês, tendo em vista o seu diagnóstico clínico de CID 10 R52.1 – dor crônica intratável. Entre as alegações do estado estavam a inadequação do medicamento à patologia e a falta de comprovação da ineficácia do tratamento oferecido pelo SUS, e ausência de direito a produto indicado por marca.

Fica decidido pelo relator, sobre o direito à obtenção do medicamento. Fica determinado que o mandado de segurança cumpre os requisitos da via eleita, que a medicação pleiteada apesar de não fazer parte da lista oficial do sistema público de saúde, possui registro na ANVISA. Estando demonstrada ainda a imprescritibilidade da medicação, assim como, a insuficiência financeira da requerente. Ficando determinado: Nesse delinear, a negativa em fornecer o medicamento prescrito à Impetrante, necessário ao tratamento da doença [CID 10 R52.1 – dor crônica intratável (portadora de Leucemia Mieloide Aguda e CID 10 R92.1 – Menstruação excessiva e frequente com ciclo irregular], que a acomete, consubstancia-se em ato omissivo do Secretário de Saúde do Estado de Goiás, lesivo ao direito líquido e certo do mesmo de obter assistência integral e especial à sua saúde. Portanto, não resta dúvida de que a omissão no fornecimento do aludido fármaco fere direito do cidadão garantido constitucionalmente, devendo o Estado cumprir o seu mister.

Assim, foi determinado o cumprimento do dever do estado, que aqui apesar de não fazer parte da lista de registro de medicamentos do SUS, constando, no entanto, a ressalva da não obrigatoriedade com a marca, desde que seja fornecido medicamento de compostos idênticos. Sendo concedido de forma contínua, porém com a necessidade de renovação dos relatórios médicos, sendo o receituário renovado a cada seis meses.

Em estudo do mandado de segurança nº 5450455-89.2020.8.09.0000, requer o pedido de medicamentos a uma criança de doze anos com déficit de atenção e hiperatividade (CID F 900), transtorno de ansiedade (CID F41),

transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem (CID F80) e transtorno específico de leitura (CID F 81.0). Que requer por meio de representação o medicamento (VENVANSE 30MG), pedido embasado com receita e relatórios médicos.

Assim, fica reconhecida a omissão do estado em relação ao amparo à saúde, sendo concedida a liminar de concessão do fármaco, estando ressaltado pelo relator a necessidade de cumprimento integral no que diz respeito ao direito à saúde, que não se resume apenas à assistência médica, apontando a responsabilidade com a integralidade do tratamento.

Ficaram claros os cumprimentos dos requisitos à concessão do medicamento, sendo acostado aos autos relatórios médicos atualizados e o medicamento pleiteado possui registro na ANVISA. Fica determinada no caso a concessão do medicamento, e definida a renovação do receituário e relatório médico de forma periódica a cada seis meses.

O que se observa da análise jurisprudencial do TJGO é que o estado de Goiás se atém aos requisitos estabelecidos previamente nas concessões de medicamentos de alto custo. Respeitando a necessidade do cumprimento de obrigações por parte do estado, e os limites a esses consentimentos, exigindo que seja embasado em relatórios médicos e receituário e respeitando a exigência de registro na ANVISA.

4.1 Posicionamento do STJ e STF

O subcapítulo aqui desenvolvido possui o objetivo de apresentar algumas decisões do STJ sobre o tema até agora estudado, frente a individualidade de cada caso judicializado.

É a importância da hierarquia das decisões no sistema judiciário brasileiro, por isso será feito um estudo dos temas de repercussão geral, relativos à obrigatoriedade do estado no fornecimento de medicamentos.

O STJ, além de seguir as condutas já determinadas como foi possível observar durante esse estudo, traz determinações em seu tema 106 do STJ, que foi definida no acórdão dos embargos de declaração publicado DJe 21/09/2018 que determina os requisitos aos pedidos de medicamentos não incorporados aos atos normativos do SUS, sendo cumulativos.

- i) Comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS;
- ii) incapacidade financeira de arcar com o custo do medicamento prescrito;
- iii) existência de registro do medicamento na ANVISA, observados os usos autorizados pela agência.

O objetivo alcançado com a determinação desses requisitos é a padronização das solicitações de forma a também uniformizar as decisões apesar da individualidade de cada caso. O que se observa dessa determinação é que, não foge ao já estudado e traz a clareza da possibilidade da concessão de medicamentos, mesmo que estes não estejam listados nos atos normativos do SUS.

É possível que se observe essa tentativa de uniformização no tema 6 do STF – Sobre a obrigação do Estado em fornecer medicamentos de alto a portador de doença grave sem condições financeiras. Assim, como no Tema 1161/STF – sobre a obrigação do estado de medicamentos que apesar de não possuir registro na ANVISA, tem sua importação autorizada pela vigilância sanitária. No tema de repercussão geral 6 do STF, fixa após os votos os seguintes requisitos em relação ao fornecimento de medicamentos ao portador de doenças grave:

- (i) a incapacidade financeira de arcar com o custo correspondente; (ii) a demonstração de que a não incorporação do medicamento não resultou de decisão expressa dos órgãos competentes; (iii) a inexistência de substituto terapêutico incorporado pelo SUS; (iv) a comprovação de eficácia do medicamento pleiteado à luz da medicina baseada em evidências; e (v) a propositura da demanda necessariamente em face da União, que é a entidade estatal competente para a incorporação de novos medicamentos ao sistema.

É necessário que se observe a possibilidade de inserção do tratamento requerido judicialmente ao SUS antes de decidir pelo custeio individual do tratamento incentivando a interação dos poderes, de forma a respeitar e se adequar às necessidades individuais. Porém, priorizando o coletivo, considerando que ao ser agregado ao sistema público de saúde pode alcançar e ajudar pessoas com o mesmo problema. E fica também, definida uma obrigação relativa, já que depende do cumprimento e comprovação de

requisitos específicos para que gere essa obrigação de concessão individual.

No que diz respeito a liberação ao fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA, o julgamento do tema 1161 do STF, também como o objetivo de padronizar as decisões nesses casos, que configuram em sua maioria situações emergenciais, o que junto ao desespero de quem é afetado toma certa comoção. Assim, durante o julgamento do tema repetitivo sobre o “Dever do Estado de fornecer medicamento que, embora não possua registro na ANVISA, tem a sua importação autorizada pela agência de vigilância sanitária.” ficou definido como tese que:

Cabe ao Estado fornecer, em termos excepcionais, medicamento que, embora não possua registro na ANVISA, tem a sua importação autorizada pela agência de vigilância sanitária, desde que comprovada a incapacidade econômica do paciente, a imprescindibilidade clínica do tratamento, e a impossibilidade de substituição por outro similar constante das listas oficiais de dispensação de medicamentos e os protocolos de intervenção terapêutica do SUS. Novamente, é possível que se veja o estado reconhecendo as exceções de casos excepcionais, e reconhecendo a necessidade de análise caso a caso e estendendo os limites que ele próprio estabeleceu. Então, apesar de parecer que as regras e determinações anteriormente observadas são rigorosas. O que se nota é uma busca do estado em guiar as decisões relativas ao direito integral à saúde de forma democrática, respeitando e reconhecendo o direito à dignidade da pessoa humana e a saúde que engloba essa dignidade, estabelecendo limites a esse fornecimento por parte do estado, que não pode ocorrer de forma discricionária, estabelecendo limites no deferimento de pedidos ao estado mesmo os relativos à saúde.

5 CONCLUSÃO

O direito à saúde é reconhecido constitucionalmente e intrinsecamente ligado ao princípio da dignidade da pessoa humana e ao direito à vida. Isto posto, torna-se um tema de grande relevância social, já que em teoria platônica, o estado deveria cumprir com sua obrigação integral no que diz respeito à saúde e bem estar. Acontece que, a realidade não consegue contemplar o ideal visto que o contexto social de amplas realidades do estado impõe limites naturais a essas concessões, surgindo o paradigma do dever e possibilidade. Ou seja, é um consenso a obrigação do estado no fornecimento amplo à saúde, mas até isso vai de encontro a possibilidade real de amplitude em relação à saúde do cidadão.

É um tema de relevante valor social, considerando ser imprescritível o posicionamento estatal, no que diz respeito a sua falha em relação ao direito individual à vida e à saúde. O que acaba por gerar a necessidade de intervenção do judiciário, resultando em inúmeras judicialização em busca do alcance do direito à saúde, aqui especificamente medicamentos de alto custo. O que leva obrigatoriamente a uma resposta do estado em relação a essas lacunas, que são sempre individuais e específicas apesar de possuírem um tema em comum. Por isso, surgem limites por parte do estado como a comprovada insuficiência financeira e um amplo embasamento em provas de forma, o que deixa claro que apesar de um direito constitucional não é irrestrito. Assim, o tema aqui em análise contribui para o melhor entendimento dos direitos fundamentais e seus limites.

O presente estudo buscou explorar o tema através de livros e artigos científicos, assim como fez a análise de casos práticos a partir da jurisprudência do TJGO e análises do tema tratado pelo STJ e STF em decisões de repercussão geral. Em busca de compreender a aplicação prática dos limites e requisitos já delimitados pelo estado ao longo dos anos, desde que passou a lidar com pedidos de judicialização da saúde.

O que se pode refletir no que tange a obrigação do estado ao seu cumprimento em relação ao fornecimento de medicamentos não disponibilizados pelo SUS, é que o estado busca exercer com sua obrigação,

dentro dos limites da razoabilidade, estabelecendo requisitos para esse cumprimento, de forma a respeitar e tentar abranger a individualidade de cada caso.

Em relação às hipóteses já discutidas sobre o cumprimento do dever do estado relativo à saúde, é difícil que se responda com um sonoro "sim" ou "não". Visto que, ficam observados limites que servem de contrapeso a essa obrigação que não é ilimitada, como se pode observar. Possui limites razoáveis de adequação para essa concessão. Inclusive, buscando melhor adequação ao sistema público de saúde, de forma a tentar adequá-lo às necessidades pleiteadas.

Assim, a hipótese encontrada como correta é a positiva, de que o estado cumpre com seu dever constitucional de garantir a saúde a todos com acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, como disposto no art. 196 da CRFB. Em situações em que surgem lacunas no sistema de saúde, e esse direito é pleiteado através do sistema judiciário, o estado estabelece requisitos a esse cumprimento de forma, que não nega essa obrigação sem fundamentação. Fica também observado que o direito à saúde cria argumentos como a reserva do possível em relação a limite orçamentário, sendo os motivos de indeferimento de pedidos embasado no não cumprimento dos requisitos apresentados para a concessão desses medicamentos.

Em pesquisas futuras é preciso que se observem pontos dos gastos do estado em relação às obrigações geradas pelo judiciário, que considera e dá peso à necessidade do cidadão em busca do seu direito e pouco discute a possibilidade de fornecer aquilo que lhe é requisitado. De forma a analisar os contrapesos do estado e possíveis problemas enfrentados através das obrigações geradas pelo sistema judiciário.

REFERÊNCIAS

AGENCIA IBGE NOTÍCIAS (Brasil). **sete em cada dez pessoas que procuram o mesmo serviço de saúde vão à rede pública**. 04 set. 2020. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28793-pns-2019-sete-em-cada-dez-pessoas-que-procuram-o-mesmo-servico-de-saude-vaio-a-rede-publica>.

Acesso em: 29 jan. 2022.

ALVES, Isabela Scarabelot Castro. **Judicialização do Direito à Saúde ou Saudicialização do Judiciário: uma análise da audiência pública nº 4 do STF. 2014**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito Público) – Sociedade Brasileira em Direito Público, São Paulo. Disponível em: <https://sbdp.org.br/publication/judicializacao-do-direito-a-saude-ou-saudicializacao-do-judiciario-uma-analise-da-audiencia-publica-no-4-do-stf/>.

Acesso em: 17 mar 2022.

BRASIL, Lei Nº 6.360, DE 23 DE SETEMBRO DE 1976. Dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os Medicamentos, as Drogas, os Insumos Farmacêuticos e Correlatos, Cosméticos, Saneantes e Outros Produtos, e dá outras Providências. Brasília, 23 de setembro de 1976; 155º da Independência e 88º da República. Acesso em: chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcgclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Faeap.org.br%2Fwp-content%2Fuploads%2F2019%2F10%2Flei_federal_6360_de_23_de_setembro_de_1976.pdf&clen=99572&chunk=true. Disponível em: 15 dez. 2021.

_____. Superior Tribunal de Justiça (STJ). Tema Repetitivo 106. **Obrigatoriedade do poder público de fornecer medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS**. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/repetitivos/temas_repetitivos/pesquisa.jsp?novaConsulta=true&tipo_pesquisa=T&cod_tema_inicial=106&cod_tema_final=106.

Acesso em: 21 dez. 2021.

_____. Superior Tribunal de Justiça (STJ). Tema Repetitivo 6. **Dever do Estado de fornecer medicamento de alto custo a portador de doença grave que não possui condições financeiras para comprá-lo.** Disponível em: <https://modeloInicial.com.br/lei/130535/tema-6-stf/num-6>. Acesso em: 25 jan. 2022.

_____. Superior Tribunal Federal (STF). Tema Repetitivo 1161. **Dever do Estado fornecer medicamento que, embora não possua registro na ANVISA, tem a sua importação autorizada pela agência de vigilância sanitária.** Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/quentes/347331/stf-define-regras-para-fornecimento-de-remedio-sem-registro-na-anvisa>. Acesso em: 06 dez. 2021.

_____. Supremo Tribunal Federal (5. Região). Ação cível nº 2004.8308.000505-0-PE. 17 de mar. 1997. Lex: jurisprudência do STJ e Tribunais Regionais Federais, Brasília, mar. 2010.

_____. Tribunal de Justiça do Estado de Goiás (TJGO 2º Câmara Civil). **MANDADO DE SEGURANÇA Nº 5051539.93.2020.8.09.0000.** Impetrante: Divina Carvalho de Souza. Impetrado: Secretário de Saúde do Estado de Goiás. Relator: Desembargador José Carlos de Oliveira. Goiás, 01 mar. de 2021. Disponível em: <https://tj-go.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/937556746/mandado-de-seguranca-ms-4948524220118090000-goiania/inteiro-teor-937556748>. Acesso em: 06 dez. 2021

_____. Tribunal de Justiça do Estado de Goiás (TJGO). **MANDADO DE SEGURANÇA Nº 5421651.14.2020.8.09.0000.** Impetrante: José Pereira Da Costa. 1º Impetrado: Secretário De Saúde Do Estado De Goiás 2º Impetrado: Diretor Da Central De Medicamentos Alto Custo Juarez Barbosa Relator: Des. Alan Sebastião De Sena Conceição. Goiás, 08 fev. 2021.

_____. Tribunal de Justiça do Estado de Goiás (TJGO). **AGRAVO DE INSTRUMENTO Nº 5470342-59.2020.8.09.0000.** Agravante: Município De Inhumas Agravada: Ana Clara Polo Costa Relator: Desembargador Gerson Santana Cintra. Goiás, 08 fev. 2021. Disponível em: <https://tj->

go.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/940988702/agravo-de-instrumento-cpc-ai-3167750820208090000-goiania/inteiro-teor-940988741. Acesso em: 15 jan. 2022

_____. Tribunal de Justiça do Estado de Goiás (TJGO). **MANDADO DE SEGURANÇA Nº 5575726-11.2020.8.09.0000**. Impetrante: Keila Resende Silva Souza. Impetrados: Secretário De Estado Da Saúde Do Estado De Goiás E Outro Relator: Des. Leobino Valente Chaves. Goiás, 01 mar. 2021. Disponível em: <https://tj-go.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/1175498017/mandado-de-seguranca-civel-5757261120208090000-goiania/inteiro-teor-1175498031>. Acesso em: 16 jan. 2022.

_____. Tribunal de Justiça do Estado de Goiás (TJGO). **MANDADO DE SEGURANÇA Nº 5392057.26.2020.8.09.0138**. Impetrante: Celi Antonow Pommer. Impetrado: Secretário De Saúde Do Estado De Goiás Litis.Passivo: Estado De Goiás. Relator: Desembargador Orloff Neves Rocha. Goiás, 23 fev. 2021.

_____. Tribunal de Justiça do Estado de Goiás (TJGO). **MANDADO DE SEGURANÇA Nº 5298932-30.2020.8.09.0000**. Impetrante: Ministério Público Do Estado De Goiás. Impetrado: Secretário Estadual De Saúde Do Estado De Goiás Litis.: Estado De Goiás. Relatora: Des^a. Maria Das Graças Carneiro Requi. Goiás, 23 fev. 2021. Disponível em: <https://tj-go.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/936683286/mandado-de-seguranca-ms-2581929620128090000-goiania/inteiro-teor-936683290>. Acesso em: 16 jan. 2022.

_____. Tribunal de Justiça do Estado de Goiás (TJGO). **MANDADO DE SEGURANÇA Nº 5599244-30.2020.8.09.0000**. Impetrante: Mirelly Lima Campos. Impetrado: Secretário De Saúde Do Estado De Goiás E Diretor(A) Geral Da Central De Medicamentos De Alto Custo – Farmácia Juarez Barbosa Litisconsorte Passivo: Estado De Goiás. Relator Des. Marcus Da Costa Ferreira. Goiás, 08 fev. 2021. Disponível em: <https://tj-go.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/1167015452/>. Acesso em: 03 jan. 2022.

_____. Tribunal de Justiça do Estado de Goiás (TJGO). **MANDADO DE SEGURANÇA Nº 5450455-89.2020.8.09.0000**. Impetrante: Ministério Público Do Estado De Goiás. Impetrado: Secretaria Estadual Da Saúde Do Estado De Goiás Litis. Pass. Nec.: Estado De Goiás Relator: Dr. Maurício Porfírio Rosa. Goiás, 02 de fevereiro de 2021. Disponível em: <https://tj-go.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/1172256331/>. Acesso em: 06 jan. 2022.

BUZAR, Kátia. Encontro internacional discute alternativas para baixar preços de medicamentos. **Agência Brasil**, p. 1, 4 nov. 2008. Disponível em: <https://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2008-11-05/encontro-internacional-discute-alternativas-para-baixar-precos-de-medicamentos>. Acesso em: 20 jan. 2022.

CARVALHO, Salo. **Penas e Medidas de Segurança no Direito Penal Brasileiro**. Editora Saraiva, São Paulo, 2020. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555592122/>. Acesso em: 30 jan. 2022.

FERRAZ JUNIOR, Tercio Sampaio *et al.* **Poder econômico: direito, pobreza, violência, corrupção**. Editora Manole: São Paulo, 2015.

GARCIA, Leila Posenato *et al.* **Dimensões do acesso a medicamentos no Brasil: perfil e desigualdades dos gastos das famílias, segundo as pesquisas de orçamentos familiares 2002-2003 e 2008-2009**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada: Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfindmkaj/viewer.html?pdfurl=http%3A%2F%2Frepositorio.ipea.gov.br%2Fbitstream%2F11058%2F1278%2F1%2FTD_1839.pdf&clen=1080604. Acesso em: 10 jan. 2022.

KELBERT, Fabiana Okchstein. **Reserva do possível e a efetividade dos direitos sociais no direito brasileiro**. 2009. 13 f. Dissertação (Mestrado em Direito) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. Disponível em: <https://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/4081>. Acesso em: 11 jan. 2022.

MAAS, Rosana Helena; BOSA, Anderson Carlos. O fornecimento de medicamentos sem registro na Anvisa: uma análise frente aos critérios estabelecidos pelo STF. **Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas** (UNIFAFIBE), v. 8, n. 2, p. 340-370, 2020. Disponível em: <https://unifafibe.com.br/revista/index.php/direitos-sociais-politicas-pub/article/view/532>. Acesso em: 08 jan. 2022.

MÂNICA, Fernando Borges. Teoria da reserva do possível: direitos fundamentais a prestações e a intervenção do Poder Judiciário na implementação de políticas públicas. **Boletim de Direito Administrativo**. São Paulo, v. 24, n. 10, p. 1123-1134, out. 2008. Disponível em: <https://dspace.almg.gov.br/xmlui/handle/11037/7250>. Acesso em: 28 jan. 2022.

MENDES, Soraia da R. MARTÍNEZ, Ana Maria. **Pacote Anticrime: Comentários Críticos à Lei 13.964/2019**: Editora Atlas: São Paulo, 2020. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788597025002/>. Acesso em: 30 jan. 2022.

MOREIRA, Alinie da Matta. As restrições em torno da reserva do possível: uma análise crítica. 2009. 233 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo: São Paulo, 2009. Disponível em: <https://tede.pucsp.br/handle/handle/8789>. Acesso em: 25/01/2022.

OLSEN, Ana Carolina Lopes. **A eficácia dos direitos fundamentais sociais frente à reserva do possível**. 2006. 390 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Federal do Paraná: Curitiba, 2006. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=http%3A%2F%2Fdominiopublico.mec.gov.br%2Fdownload%2Fteste%2Farqs%2Fcp007711.pdf&clen=1498662&chunk=true>. Acesso em: 25 jan. 2022.

PISCOPO, Marcos Roberto; AQUINO, Simone; NOVARETTI, Márcia Cristina Zago. Medicamentos Antineoplásicos e a ANVISA: o caso Lenalidomida. **RAHIS-Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 10, n. 3, 2013, p. 44-60. Disponível em:

<https://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/issue/view/175>. Acesso em: 11 dez. 2021.

RECH, Luciana Cremonese; MAAS, Rosana Helena. A experiência do supremo tribunal federal brasileiro na audiência pública da saúde—espécie de intervenção do instituto do AMICUS CURIAE e de abertura da jurisdição constitucional. **Seminário Internacional de Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea**, n. 11, 2014. Universidade, 2007. p. 171-213.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde. **Revista Brasileira De Direitos Fundamentais & Justiça**. v. 1, nº 1, 2007. p. 171-213. Disponível em: <http://dfj.emnuvens.com.br/dfj/article/view/590/73>. Acesso em: 10 dez. 2021.

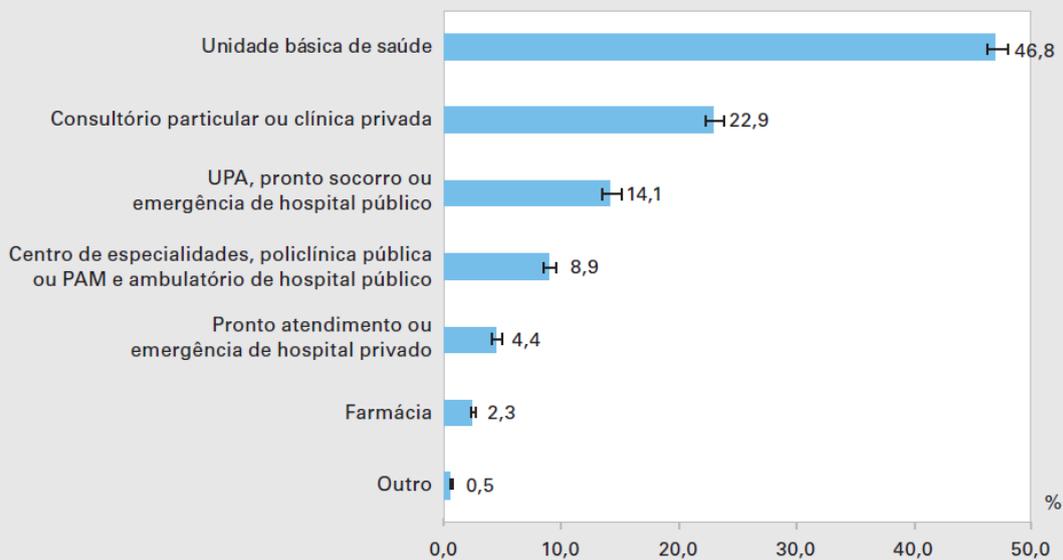
SOARES, Ricardo Maurício Freire. **O Princípio Constitucional da Dignidade da Pessoa Humana**, Editora Saraiva: São Paulo, 2009. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788502139459/>. Acesso em: 31 jan. 2022.

SOLHA, Raphaela Karla de Toledo. **Sistema Único de Saúde - Componentes, Diretrizes e Políticas Públicas**. Editora Saraiva: São Paulo, 2014. Acesso em: 23 dez. 2021.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Evolução do gasto com medicamentos do Sistema Único de Saúde no período de 2010 a 2016**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Rio de Janeiro, IPEA, 2018. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=32195. Acesso em: 22 dez. 2021.

ANEXO

Gráfico 20 - Proporção de pessoas que costumavam procurar o mesmo local, médico ou serviço de saúde quando precisavam de atendimento de saúde, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo o local de procura de atendimento Brasil - 2019



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: Nas duas últimas semanas anteriores à data da entrevista.