



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PROFISSIONAL EM DIREITO

Eduardo Jonas Soares

Judicialização do direito à saúde: reflexos da atuação do núcleo de apoio técnico na qualificação das decisões e redução das demandas judiciais no estado de Santa Catarina

Florianópolis
2021

Eduardo Jonas Soares

Judicialização do direito à saúde: reflexos da atuação do núcleo de apoio técnico na qualificação das decisões e redução das demandas judiciais no estado de Santa Catarina

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação Profissional em Direito da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Mestre em Direito
Orientador: Prof. Francisco José Rodrigues de Oliveira Neto, Dr.

Florianópolis

2021

Ficha de identificação da obra

Soares, Eduardo Jonas

Judicialização do direito à saúde : reflexos da atuação do núcleo de apoio técnico na qualificação das decisões e redução das demandas judiciais no estado de Santa Catarina / Eduardo Jonas Soares ; orientador, Francisco José Rodrigues Oliveira Neto, 2021.

105 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências Jurídicas, Programa de Pós-Graduação em Direito, Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. Direito. 2. Direito à saúde. 3. Judicialização da saúde. 4. Núcleo de apoio técnico. I. Oliveira Neto, Francisco José Rodrigues. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Direito. III. Título.

Eduardo Jonas Soares

Judicialização do direito à saúde: reflexos da atuação do núcleo de apoio técnico na qualificação das decisões e na redução das demandas judiciais no estado de Santa Catarina.

O presente trabalho em nível de mestrado profissional foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Francisco José Rodrigues de Oliveira Neto, Dr.
Instituição UFSC

Prof. Antonio Marcos Gavazzoni, Dr.
Instituição UNOESC

Prof. Rudson Marcos, Dr.
Instituição UNIVALI

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de mestre em mestrado profissional em direito.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof. Francisco José Rodrigues de Oliveira Neto, Dr.
Orientador

Florianópolis, 2021

Para minha esposa Jullyana e para meu filho
Pedro, fontes de amor.

AGRADECIMENTOS

Ao sofrido povo brasileiro, por meio da Universidade Federal de Santa Catarina.

Aos professores do Centro de Ciências Jurídicas, na pessoa do meu orientador, Prof. Dr. Francisco José Rodrigues de Oliveira Neto.

Ao Tribunal de Justiça de Santa Catarina, em razão do fomento e do incentivo ao estudo.

Aos colegas do mestrado.

À minha família, alicerce de tudo.

RESUMO

O presente estudo de caso objetiva investigar a extensão da obrigação constitucional do Estado em dispensar medicamentos e outros tratamentos de saúde, avaliar a contribuição dos subsídios fornecidos pelo Núcleo de Apoio Técnico de Santa Catarina aos julgadores para diminuir os litígios, resolver as controvérsias, racionalizar o emprego de recursos públicos, e examinar a conveniência em ampliar as atribuições e disseminar esse modelo de apoio à formação do juízo de convencimento a outras comarcas do Poder Judiciário do Estado de Santa Catarina. A revisão bibliográfica, especialmente da doutrina especializada e dos precedentes dos Tribunais Superiores e do Tribunal de Justiça de Santa Catarina, buscou demonstrar a evolução no tratamento do direito social à saúde, desde a vedação à sindicabilidade judicial, amplo atendimento dos pleitos formulados até a construção de parâmetros rigorosos para apreciar as demandas atinentes às peculiaridades dos casos concretos e às melhores evidências científicas. Examinadas as bases teóricas e selecionadas demandas judiciais propostas no ano de 2019 com o objetivo de compelir o Estado de Santa Catarina à dispensação de medicamentos, 100 despidas da participação do Núcleo de Apoio Técnico de Santa Catarina e 100 que contaram com os pareceres técnicos, dirigidas ao exame individualizado da necessidade e da pertinência do medicamento postulado segundo a medicina baseada em evidências, promoveu-se a análise aprofundada e comparativa para atingir os objetivos propostos.

Palavras-chave: Direito à saúde. Judicialização da saúde. Núcleo de apoio técnico.

ABSTRACT

The present case study has the objective to investigate the extension of the State constitutional obligation in providing medication and other health treatments, evaluate the contribution of the subsidies provided by the Technical Support Hub of Santa Catarina to its judges to decrease legal proceedings, solve controversies, ration the use of public resources, and analyze the convenience in amplify attributions and propagate this model of support to formation of convincing judgement to other districts of Judicial Power in the State of Santa Catarina. Bibliographic review, in particular on the specialized and precedented doctrines of the Superior Court and the Judicial Court of Santa Catarina, aimed to demonstrate the evolution on the topic of social right to health, since its sealing on judicial sindicability, broad service of formulated pleas until the development of strict parameters to attend the pertaining demands to the peculiarities of real cases and the best scientific evidences. Upon examination of theoretical foundations and selected judicial proposed demands in the year of 2019 within the goal of compelling the State of Santa Catarina to provide medication, 100 independent from the participation of the Technical Support Hub of Santa Catarina and 100 from within technical reports, directed to the inspection of individual needs and adequacy on the postulated medication according to medicine based on evidence, a deep and comparative analysis was provided in order to achieve the proposed goals.

Key-words: Right to health. Judicialisation of health. Technical support hub.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Série histórica dos casos novos e processo baixados.....	43
Figura 2 – Evolução do número de demandas de saúde distribuídas por ano.....	44
Figura 3 – Número de processos relativos à saúde em Primeira Instância 2008 – 2017.....	45
Figura 4 – Número de processos relativos à saúde em Segunda Instância 2008 – 2017.....	45
Figura 5 – Distribuição dos processos estaduais por assunto em 2013 e 2014.....	46
Figura 6 – Distribuição dos processos estaduais por classe processual em 2013 e 2014.....	47
Figura 7 – Distribuição dos processos estaduais por representante em 2013 e 2014.....	48
Figura 8 – Medicamentos com maior impacto, por ano (em R\$ milhões e percentual do total gasto com judicialização da saúde).....	49
Figura 9 – Valores gastos pela Secretaria de Estado da Saúde por grupo dos 19 medicamentos mais impactantes e por ano (em R\$ milhões e percentual do total gasto com judicialização da saúde).....	50
Figura 10 – Percentual do gasto da Secretária de Estado da Saúde de Santa Catarina com medicamentos judicializados, por ano e categoria.....	50
Figura 11 – Gastos do Estado de Santa Catarina com medicamentos judicializados, por ano e categoria.....	51
Figura 12 – Menção nos acórdãos das relações de medicamentos.....	57
Figura 13 – Menção ao Conitec, aos Protocolos e NATs nos acórdãos.....	58
Figura 14 – Proporção de gastos com medicamentos devido a demandas judiciais.....	60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Medicamentos solicitados.....	75
Tabela 2 – Parecer técnico e decisão judicial.....	80

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Dinâmica de trabalho técnico do NAT/SC.....	67
Gráfico 2 – Terapêuticas analisadas pelo NAT/SC no ano de 2016.....	69
Gráfico 3 – Processos selecionados por comarca.....	72
Gráfico 4 – Processos selecionados por classe processual ou procedimento.....	73
Gráfico 5 – Processos selecionados por representação judicial ou procedimento.....	74
Gráfico 6 – Tipo de medicamento solicitado.....	78
Gráfico 7 – Decisão judicial adotada.....	79
Gráfico 8 – Menção ao parecer técnico do NAT/SC.....	80
Gráfico 9 – Congruência entre a decisão judicial e o parecer técnico.....	81

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	PAPEL DO ESTADO NA EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE	17
2.1	TITULARIDADE E EFICÁCIA DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS.....	19
2.2	DIREITO A PRESTAÇÕES ESTATAIS	20
2.3	A RESERVA DO POSSÍVEL E O MÍNIMO EXISTENCIAL	21
2.3	JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE	26
3	QUADRO DE JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE EM FACE DO ESTADO DE SANTA CATARINA E ALTERNATIVAS PARA RACIONALIZAÇÃO	42
3.1	A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL E NO ESTADO DE SANTA CATARINA	43
3.2	MEDIDAS ADMINISTRATIVAS ADOTADAS PARA A RACIONALIZAÇÃO	51
3.3	SOLUÇÕES ADMINISTRATIVAS DOS MUNICÍPIOS DE JOINVILLE/SC, ARAGUAÍNA/TO E BRASÍLIA/DF	59
4	REFLEXOS DA ATUAÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO TÉCNICO – NAT/SC NO ENFRENTAMENTO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE.....	62
4.1	NÚCLEO DE APOIO TÉCNICO – NAT/SC.....	65
4.2	DADOS COLETADOS	71
4.3	RESULTADOS ENCONTRADOS	72
	CONCLUSÃO.....	86
	REFERÊNCIAS.....	89
	APÊNDICE A – Dados com tratamento	96

ANEXO A – Nota técnica do NAT/SC	99
---	-----------

1 INTRODUÇÃO

O acesso aos serviços e aos insumos de saúde, que constitui “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”, nos termos do artigo 196 da Constituição Federal de 1988, enfrenta as vicissitudes e as dificuldades de um país carente e incapaz de concretizar a contento os direitos fundamentais, especialmente os de cunho prestacional. Diante desse quadro de sabida escassez e contestável aproveitamento dos recursos públicos, o qual contrasta com o rol de garantias prometidas pelo legislador constituinte originário, dotadas de aplicação imediata, a busca pelo Judiciário tem-se tornado alternativa legítima, muitas vezes única, para salvaguardar princípio fundamental da República Federativa do Brasil: a dignidade da pessoa humana. A judicialização do direito à saúde, fenômeno compartilhado por outros segmentos das políticas públicas, encontra espaço no texto constitucional, porquanto é indubitoso o dever do Estado de prestar atendimento médico e farmacêutico, bem como o direito de todos de persegui-lo perante o Poder Judiciário em caso de ameaça ou lesão – artigo 5º, XXXV¹, respectivamente.

A insatisfação com a eficácia das políticas públicas de promoção à saúde, tanto no atendimento e no fornecimento de insumos padronizados como no aperfeiçoamento das técnicas e dos tratamentos para debelar enfermidades, reflete no crescimento constante de demandas judiciais contra a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios.

A despeito da complexidade da questão e da diversidade dos fatores que contribuem para a evolução desse quadro caótico de litigiosidade, desde a falta de recursos a problemas de gestão, algumas das causas e dos efeitos podem ser mitigados por meio da qualificação do atendimento dos possíveis autores e das decisões judiciais.

Considerando as informações coletadas na Audiência Pública n. 4, promovida no âmbito do Supremo Tribunal Federal no ano de 2009 (2017), e a Recomendação n. 31/2010 do Conselho Nacional de Justiça (2010), o Tribunal de Justiça de Santa Catarina e o Estado de Santa Catarina celebraram o Convênio n. 174/2015, dando origem ao Núcleo de Apoio Técnico – NAT/SC, com o objetivo de fornecer subsídios técnicos aos magistrados nas ações oriundas das comarcas conveniadas que buscam compelir ao fornecimento de medicamentos e

¹ “Art. 5º, [...] XXXV – a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito”

componentes.

Apesar dos relatos informais positivos, não há notícias de que tenham sido coletados dados mais precisos ou realizados estudos aprofundados acerca do funcionamento do Núcleo de Apoio Técnico nas comarcas abrangidas, tampouco dos reflexos dessa atuação. Essa carência de informações obsta ao aprimoramento das atividades desempenhadas, à fiscalização das obrigações constantes do convênio e, mais relevante, à avaliação dos resultados e da conveniência de disseminá-lo para todo o Estado de Santa Catarina.

Nesse contexto, depois de examinadas as bases teóricas, as características e as consequências do tratamento jurisdicional dado à matéria, inclusive acerca da existência do dever do Estado, o presente estudo de caso investigou as contribuições do Núcleo de Apoio Técnico para a redução da litigiosidade e a qualificação das decisões judiciais voltadas à dispensação de medicamentos e de outros tratamentos de saúde no Judiciário Catarinense. Investigou se os subsídios fornecidos pelo Núcleo de Apoio Técnico aos julgadores nas ações propostas contra o Estado de Santa Catarina contribuíram para a prestação jurisdicional e para a efetivação do direito à saúde, por meio da racionalização do fornecimento de medicamentos e outros tratamentos, como também conduziram à diminuição da litigiosidade judicial.

Logo, o estudo teve como intento permitir às instituições envolvidas, especialmente ao Tribunal de Justiça de Santa Catarina e aos entes públicos responsáveis pela implementação das políticas públicas relativas à saúde, a avaliação acerca da conveniência de ampliação do alcance e das competências do Núcleo de Apoio Técnico.

O estudo de caso teve como objeto o Núcleo de Apoio Técnico e as unidades jurisdicionais de Primeiro Grau do Poder Judiciário de Santa Catarina. Foram investigados, por meio de consulta aos dados do Sistema Eproc e do Sistema de Automação da Justiça (SAJ), as características e os reflexos da atuação daquele nas demandas voltadas à dispensação de medicamentos pelo Estado de Santa Catarina.

Para tanto, selecionaram-se 100 (cem) processos em que houve a contribuição do Núcleo de Apoio Técnico e, para fins comparativos, 100 (cem) processos em que os magistrados não contaram com os pareceres técnicos, extraídos de variadas comarcas deste Estado, distribuídos no ano de 2019. Atribui-se o recorte temporal ao período de existência consolidada do Núcleo de Apoio Técnico, que iniciou as atividades no final de 2014 e, ao longo dos anos seguintes, expandiu-se para novas comarcas, e à pretensão de captar dados mais atualizados.

Na sequência, como método de procedimento, promoveu-se o tratamento dos dados coletados a partir da base teórica, a fim de que se alcançassem os objetivos alinhavados,

especialmente para traçar um panorama das atividades desenvolvidas e dos resultados das atividades do Núcleo de Apoio Técnico nas demandas voltadas à concretização do direito à saúde, bem como avaliar a conveniência e a necessidade de sua expansão e seu aperfeiçoamento, com a inclusão de novas comarcas no convênio e a ampliação de competências.

Do cotejo dos dados e das informações coletadas, identificaram-se e avaliaram-se o perfil das ações (natureza, parte ativa e medicamentos postulados), a atuação do Núcleo de Apoio Técnico (procedimento adotado e tempo despendido), as decisões judiciais (concessão dos pedidos de urgência, fundamentação adotada, menção e convergência ao parecer do Núcleo de Apoio Técnico).

Com o objetivo de investigar as hipóteses formuladas – (a) a Constituição Federal, ao prever o direito social à saúde, impõe ao Estado a dispensação de medicamentos e outros tratamentos de saúde; (b) os subsídios fornecidos pelo Núcleo de Apoio Técnico aos julgadores contribuem para a diminuição dos litígios, a resolução das controvérsias e a racionalidade do emprego dos recursos públicos na dispensação de medicamentos e outros tratamentos de saúde; e (c) as contribuições do Núcleo de Apoio Técnico para a resolução das demandas na área da saúde justificam a expansão dos trabalhos que são desenvolvidos, bem como desse modelo de suporte à tomada de decisão para todas as comarcas do Estado de Santa Catarina –, a pesquisa foi estruturada em três partes.

No primeiro capítulo, em revisão bibliográfica, avaliou-se a evolução no tratamento da matéria, essencialmente do papel do Estado na concretização do direito à saúde por meio da concessão de medicamentos. Examinou-se a previsão constitucional e legislativa, bem como a interpretação que lhes tem conferido os Tribunais Superiores e o Tribunal de Justiça de Santa Catarina.

No segundo capítulo, depois de traçado um panorama da judicialização do direito à saúde no país e, principalmente, no Estado de Santa Catarina, foram investigadas as políticas públicas e os instrumentos adotados para enfrentar o problema da multiplicação de demandas judiciais e do aumento dos gastos com a dispensação de medicamentos.

Por derradeiro, no terceiro capítulo, aprofundou-se a descrição das atividades desempenhadas pelo Núcleo de Apoio Técnico de Santa Catarina, como mecanismo auxiliar para a resolução de conflitos levados ao Poder Judiciário, e passou-se à aferição dos dados coletados e à investigação da contribuição dos pareceres técnicos emitidos para a qualificação das decisões judiciais, diminuição de litígios e do emprego de recursos públicos.

2 PAPEL DO ESTADO NA EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

A Constituição Federal de 1988, depois de um longo e sofrível período de exceção, para esquecer as mazelas do passado e evitar que novamente aconteçam, trouxe ao texto político maior diversos direitos e garantias. Além de tentar escapar das sombras do passado, atendeu ao movimento internacional de positivação desses pressupostos fundamentais da convivência humana e da sua relação com o Estado.

A Declaração de Direitos do Homem e do Cidadão, adotada pela Assembleia Constituinte francesa de 1789, sob a influências da Declaração de Virgínia e, principalmente, do pensamento político, moral e social de todo o século XVIII, expressado por Locke, Rousseau e Montesquieu, por exemplo, proclamou os princípios da liberdade, da igualdade, da propriedade e da legalidade, ainda presentes nas declarações contemporâneas (SILVA, 2016). Em seu artigo 16², ressaltou a importância da organização do Estado e da distribuição do poder, como também da consolidação desses direitos, afirmando que a sociedade em que não esteja assegurada a garantia dos direitos nem estabelecida a separação dos poderes não tem uma Constituição. (JELLINEK, 2015).

Aprovada pela Assembleia-Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) em 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos reconheceu solenemente a dignidade da pessoa humana, como base da liberdade, da justiça e da paz; o ideal democrático, o direito de resistência à opressão e a concepção comum desses direitos (SILVA, 2016), como reflexo do ideal comum a ser alcançado por todos os povos. Dentre os 30 artigos, consagrou que toda a pessoa tem direito de acesso a instrumento jurisdicional efetivo contra os atos que violem os direitos fundamentais reconhecidos pela Constituição ou pela Lei (LEITE, 2014).

Nesse contexto, segundo Barroso, a dignidade da pessoa humana está na origem dos direitos materialmente fundamentais e representa o núcleo essencial de cada um deles (2011). A propósito, enfatiza que

o Estado constitucional de direito gravita em torno da dignidade da pessoa humana e da centralidade dos direitos fundamentais. A dignidade da pessoa humana é o centro de irradiação dos direitos fundamentais, sendo freqüentemente identificada como o núcleo essencial de tais direitos. Os direitos fundamentais incluem: a) a liberdade, isto é, a autonomia da vontade,

² “Art. 16.º A sociedade em que não esteja assegurada a garantia dos direitos nem estabelecida a separação dos poderes não tem Constituição”.

o direito de cada um eleger seus projetos existenciais; b) a igualdade, que é o direito de ser tratado com a mesma dignidade que todas as pessoas, sem discriminações arbitrárias e exclusões evitáveis; c) o mínimo existencial, que corresponde às condições elementares de educação, saúde e renda que permitam, em uma determinada sociedade, o acesso aos valores civilizatórios e a participação esclarecida no processo político e no debate público. Os três Poderes – Legislativo, Executivo e Judiciário – têm o dever de realizar os direitos fundamentais, na maior extensão possível, tendo como limite mínimo o núcleo essencial desses direitos (2009, p. 21).

Os direitos fundamentais, sejam eles os individuais ou sociais, são de outro lado os guardiões da dignidade humana. A Constituição Federal de 1988 teve como mérito resgatar os direitos sociais do campo econômico ou meramente voltados à regulação social. Consagrou-se, assim, instrumentos de promoção da dignidade e de redução das disparidades, visando à igualdade material. Além de proclamar que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza (artigo 5º, *caput*³), assentou o acesso à educação, à saúde, à alimentação, ao trabalho, à moradia, ao transporte, ao lazer, à segurança, à previdência social, à proteção à maternidade e à infância, à assistência aos desamparados (artigo 6º⁴).

A propósito, Streck acentua,

assim, se no paradigma liberal o Direito tinha a função meramente ordenadora, estando na legislação o ponto de tensão nas relações entre Estado-Sociedade, no Estado Social sua função passa a ser promovedora, estando apontadas as baterias para o Poder Executivo, pela exata razão da necessidade da realização das políticas do *Welfare State*. Já no Estado Democrático de Direito, fórmula constitucionalidade nos textos magnos das principais democracias, a função do Direito passa a ser transformadora, onde o pólo de tensão, em determinadas circunstâncias previstas nos textos constitucionais, passa para o Poder Judiciário ou os Tribunais Constitucionais (2003, p. 266).

Como bem pontua Ciarlini,

[...] a objetivação desses direitos sociais na Constituição de 1988 teve por escopo levar adiante um projeto de universalização de políticas de implementação de direitos sociais no Brasil, em um momento permeado por dúvidas e incertezas de todas as ordens, na seara econômica e financeira, no âmbito interno e externo, sem falar nas crises políticas crônicas que há muito se sucedem no Brasil (2013, p. 29).

³ “Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes”.

⁴ “Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”.

O acesso aos cuidados de saúde, em uma terminologia mais rigorosa, enquadra-se nessa vertente, como verdadeiro direito fundamental social, porquanto decorre e confere concretude à dignidade da pessoa humana, traduzindo a ideia de que toda pessoa tem direito a um estado físico e mental que lhe proporcione uma vida digna.

2.1 TITULARIDADE E EFICÁCIA DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 5º, dispõe que são titulares dos direitos e das garantias fundamentais os brasileiros e os estrangeiros residentes no país. No entanto, consoante alerta Sarlet (2008), a doutrina e a jurisprudência consagraram que o direito brasileiro adotou o princípio da universalidade, a qual pode ser alargada ou restringida de acordo com a postura do legislador constituinte, porém sempre com respeito ao núcleo essencial de direitos fundamentais.

Quanto à tutela dos direitos sociais, em que pese a dimensão comunitária, destaca Sarlet (2008) que a observância das necessidades individuais e das peculiaridades de cada caso constitui condição precípua de respeito à dignidade da pessoa humana, até porque o conteúdo do mínimo existencial implica a necessária contextualização, motivo pelo qual não pode ser dissolvido em uma dimensão coletiva, tampouco afastada a titularidade individual. Tratamento diferente não merece o direito à saúde:

a letra explícita do texto constitucional desde logo aponta o caráter de universalidade do direito à saúde (e do próprio SUS), como direito de todos e de cada um, na esteira do disposto no artigo 5º, *caput*, da CF. Vigente, pois, o princípio da universalidade, no sentido de que o direito à saúde é reconhecido a todos pelo fato de serem pessoas, o que também não impede que haja diferenciações na aplicação prática da norma, especialmente quando sopesada com o princípio da igualdade – o que é o bastante para demonstrar que, embora correlacionados, tais princípios não se confundem (SARLET; FIGUEIREDO, 2008, p. 9).

Logo, os direitos sociais, considerada a acepção universal conferida, devem ser garantidos a todos, de acordo com o contexto político e econômico do país, e sempre com a missão de garantir a contento pelo menos a tutela ao mínimo existencial, revelado pela manutenção ou pelo restabelecimento da integridade psíquica e corporal necessária para a vida digna.

As normas constitucionais, assim como as demais normas jurídicas, comportam como atributo a imperatividade. Por muito tempo, entretanto, justamente aquelas alçadas ao texto

constitucional que circundam o núcleo essencial da dignidade da pessoa humana foram categorizadas como programáticas ou relegadas a mero protocolo de intenções do constituinte. Recentemente, a despeito do descompasso do rol de garantias com a realidade brasileira, ganhou força a doutrina da efetividade.

A propósito, Ferrajoli pondera que “[...] devemos reconhecer que a Constituição é um projeto normativo em grande parte não realizado; e que é da mais plena concretização, sempre parcial e imperfeita, da sua normatividade que depende o futuro da democracia” (2015, p. 79). De acordo com Barroso (2008), o movimento pela efetividade promoveu três mudanças de paradigma: (a) no plano jurídico, atribuiu normatividade plena à Constituição, que passou a ter aplicabilidade direta e imediata, como fonte de direitos e obrigações; (b) do ponto de vista científico ou dogmático, reconheceu ao direito constitucional um objeto próprio e autônomo, e (c) sob o aspecto institucional, contribuiu para a ascensão do Poder Judiciário Brasileiro, destacando-o no papel da concretização dos valores e dos direitos constitucionais.

Vale notar que o próprio artigo 5º, § 1º, da Carta Magna estabelece que “as normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata” (1988). Nessa linha, o Supremo Tribunal Federal, em julgamento afeto à sistemática da repercussão geral, consolidou o entendimento de que os preceitos constitucionais têm eficácia plena e aplicabilidade imediata, motivo pelo qual é admitida a intervenção judicial para preservar o valor fundamental da pessoa humana (2015).

2.2 DIREITO A PRESTAÇÕES ESTATAIS

Como o direito à saúde é universal e imperativo, dada à efetividade conferida aos direitos sociais, todo sujeito titular desse verdadeiro direito subjetivo pode reivindicá-lo perante o Poder Judiciário, a fim de que, constatada a inércia ou incapacidade dos executores das políticas públicas, seja promovida a necessária intervenção e restabelecida a ordem constitucional.

De acordo com a sistematização conferida por Robert Alexy, Danielli (2017) elucida que, ao se falar em direito subjetivo, pode-se cogitar a existência tanto de direitos a algo como de liberdade e competências. Os direitos a algo, manifestados pela relação triádica estabelecida entre o titular, o destinatário e o objeto, dividem-se em direitos ao não embaraço de ações, direitos a não afetação de características ou situações e direitos a não eliminação de posições jurídicas.

Classificados como direitos a prestações estatais negativas ou direitos de defesa,

Danielli (2017) explica que os direitos ao não embaraço de ações apontam para uma obrigação de o Estado não criar empecilho que impeça ou dificulte as ações dos titulares do direito subjetivo, como o exercício da livre manifestação do pensamento. Já os direitos a não afetação de características ou situações impõem uma obrigação negativa ao Estado, uma abstenção para que não sejam afetadas determinadas características ou situações do titular do direito fundamental, a exemplo da inviolabilidade de domicílio. Por último, o direito a não eliminação de posições jurídicas traduz a ideia de que, havendo determinada norma válida que lhe é correspondente, não pode o Estado derogá-la.

Nesse ponto, a despeito da natureza predominante dos direitos fundamentais sociais, é possível dizer que existe um direito de abstenção para salvaguardar o direito à saúde, consistente na impossibilidade de o Estado vulnerar as garantias constitucionalmente asseguradas.

Em paralelo, continua Danielli (2017), situam-se os direitos a prestações estatais positivas ou direitos prestacionais, cujo titular é o cidadão e o destinatário, o Estado. Compreendem as ações fáticas, que se expressam por algum meio jurídico apto à satisfação de determinado direito fundamental, como a busca do mínimo existencial, e as ações normativas, atinentes ao direito em face do Estado de que este crie uma norma apta à promoção plena do direito fundamental.

Danielli explica que, segundo a teoria de Alexy, o conceito jurídico de liberdade pode ser traduzido como alternativa de ação (liberdade negativa), a exemplo da liberdade de fazer ou não fazer algo, de ser livre para expressar ou não seu pensamento. As competências, por sua vez, contemplam a gama de posições jurídicas designadas como direitos, que revelam uma proibição endereçada ao legislador contra a eliminação de certo instituto jurídico garantidor.

Em arremate ao tema, Danielli (2017) salienta que, além da dimensão subjetiva, emerge dessa construção importante dimensão objetiva dos direitos fundamentais que é capaz de explicar a eficácia imediata. Nesse contexto, independentemente da posição jurídica conferida ao seu titular, não se pode negar a vinculação dos poderes constituídos às normas jusfundamentais, nas quais se incluem o direito à saúde.

2.3 A RESERVA DO POSSÍVEL E O MÍNIMO EXISTENCIAL

Enquanto os direitos a prestações estatais negativas exigem do Estado nenhum ou proporcionalmente diminuto comprometimento de recursos, os direitos a prestações estatais positivas, notadamente em sua acepção fática, pressupõem um agir qualificado, seja

desenvolvendo uma política pública, seja dando concretude à promessa do legislador ordinário, que demanda investimentos.

Com efeito, em um país carente e marcado pela perpetuação da crise econômica, a suposta impossibilidade fática de atender às prestações positivas representa motivo iterativo para a não execução plena de políticas públicas e, também, para obstaculizar o reconhecimento pelo Poder Judiciário de falhas do ordenador das despesas.

Como bem observa Paulo Bonavides:

Contemporaneamente, os direitos sociais básicos, uma vez desatendidos, se tornam os grandes desestabilizadores das Constituições. Tal acontece sobretudo nos países de economia frágil, sempre em crise. Volvidos para o desenvolvimento e o aperfeiçoamento da ordem social, esses direitos se inserem numa esfera de luta, controvérsia, mobilidade, fazendo sempre precária a obtenção de um consenso sobre o sistema, o governo e o regime. Alojados na própria Constituição concorrem materialmente para fazê-la dinâmica, sujeitando-a ao mesmo passo a graves e periódicas crises de instabilidade, que afetam o Estado, o governo, a cidadania e as instituições (2010, p. 380).

Segundo Gilmar Ferreira Mendes e Paulo Gustavo Gonet Branco (2018), a reserva do possível está ligada à decisão do Tribunal Constitucional Federal alemão, quando cuidou da insuficiência do número de vagas nas universidades do país e conseqüente prejuízo à liberdade de escolha de profissão. A Corte assentou que pretensões destinadas a criar os pressupostos fáticos necessários para o exercício de determinado direito estão submetidas à reserva do possível. Assim, à luz desse instituto, fixou-se a compreensão de que inexistia o direito subjetivo à criação de vagas, porquanto não seria possível o oferecimento universal, motivo pelo qual tão somente uma limitação desproporcional ou a oferta diminuta de vagas justificariam o direito à prestação positiva do Estado e à intervenção do juízo constitucional.

Ocorre que, conforme adverte Macedo (2017), a definição conferida pelo Tribunal Constitucional Federal alemão, atrelada àquilo que o indivíduo pode razoavelmente exigir da sociedade, acabou internalizada por parte da doutrina brasileira como mera referência aos custos dos direitos, os quais seriam suficientes para, aprioristicamente, excluir uma prestação positiva subjetiva do âmbito normativo de um direito fundamental social. Com efeito, a mera comprovação da inexistência de dotação orçamentária específica constituiria óbice intransponível à procedência de pretensão veiculada à Administração Pública ou postulada em juízo.

Macedo (2017) sintetiza que a teoria acerca da oponibilidade da reserva do possível à concretização de direitos fundamentais sociais contempla três posicionamentos. Para Andreas

Krell, a reserva do possível seria apenas uma falácia argumentativa, decorrente de transposição equivocada de instituto alienígena, motivo pelo qual a solução da controvérsia acerca da implementação do direito fundamentação à saúde postulado deve ser promovida, ainda que mediante a realocação de recursos. Já para Sarlet, a incidência da reserva do possível encontraria limite no mínimo existencial, entendido como as condições indispensáveis para a concretização de uma vida digna. Fora do núcleo essencial à dignidade da pessoa humana, a incidência do postulado decorrida da ponderação dos princípios colidentes. Por último, para Gustavo Amaral e Flávio Galdino, os limites orçamentários devem ser considerados e eventual incapacidade de o Estado arcar com a implementação do direito postulado poderia autorizar a negativa.

A compreensão de que as sociedades democráticas e o Estado Constitucional de Direito se reúnem para promover a dignidade da pessoa humana, princípio primordial e alicerce de todos os demais direitos fundamentais, conduz à compreensão da existência de um núcleo mínimo a ser garantido, ainda que por intermédio da necessária ponderação de interesses e adoção de escolhas faticamente trágicas.

Como se viu, a Declaração Universal dos Direitos Humanos já contemplava o direito de todos a um padrão mínimo para a garantia de uma vida digna. Da mesma forma, além de enumerar a dignidade da pessoa humana como fundamento, a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 170⁵, prevê que (até mesmo) a ordem econômica tem por fim assegurar a todos a existência digna, conforme os ditames da justiça social.

Sobre o tema, Alvaro Luis Ciarlini apregoa que

as diretrizes normativas constitucionais, portanto, afirmam prerrogativas dos sujeitos de direito, e, nessa medida, convém indagar se os dados fáticos concernentes ao mundo da vida, que contingenciam a efetiva observância dos direitos subjetivos constitucionais, poderiam ser vistos como referências deontológicas limitativas a essas prerrogativas dos cidadãos.

Ora, a resposta deve ser negativa, pois considerar tais limitações, que concernem ao plano fático, portanto, ao mundo do ser, como autênticas restrições à eficácia normativa, sabidamente pertencente ao mundo do dever ser, consistiria em um duro golpe contra a pre- tensão de normatividade da Constituição, reacendendo antigas e já superadas discussões acerca dessa normatividade frente aos fatores reais de poder, ou seja, resultaria no sucumbimento da Constituição jurídica diante da imagem de uma Constituição política (2013, p. 35).

O Supremo Tribunal Federal, ao julgar o Agravo Regimental no Recurso

⁵ “Art. 170. A ordem econômica, fundada na valorização do trabalho humano e na livre iniciativa, tem por fim assegurar a todos existência digna, conforme os ditames da justiça social, observados os seguintes princípios”.

Extraordinário com Agravo n. 639.337/SP, de relatoria do Ministro Celso de Mello, em sessão da Segunda Turma realizada no dia 23/8/2011, que tratava da falta de vaga em creche e pré-escola, promoveu um cotejo entre a reserva do possível e o mínimo existencial no âmbito da realização de políticas públicas para a concretização de direitos sociais, ocasião em que pontuou em destaque:

O Poder Público - quando se abstém de cumprir, total ou parcialmente, o dever de implementar políticas públicas definidas no próprio texto constitucional - transgredir, com esse comportamento negativo, a própria integridade da Lei Fundamental, estimulando, no âmbito do Estado, o preocupante fenômeno da erosão da consciência constitucional.

[...]

A destinação de recursos públicos, sempre tão dramaticamente escassos, faz instaurar situações de conflito, quer com a execução de políticas públicas definidas no texto constitucional, quer, também, com a própria implementação de direitos sociais assegurados pela Constituição da República, daí resultando contextos de antagonismo que impõem, ao Estado, o encargo de superá-los mediante opções por determinados valores, em detrimento de outros igualmente relevantes, compelindo, o Poder Público, em face dessa relação dilemática, causada pela insuficiência de disponibilidade financeira e orçamentária, a proceder a verdadeiras “escolhas trágicas”, em decisão governamental cujo parâmetro, fundado na dignidade da pessoa humana, deverá ter em perspectiva a intangibilidade do mínimo existencial, em ordem a conferir real efetividade às normas programáticas positivadas na própria Lei Fundamental. Magistério da doutrina.

A cláusula da reserva do possível – que não pode ser invocada, pelo Poder Público, com o propósito de fraudar, de frustrar e de inviabilizar a implementação de políticas públicas definidas na própria Constituição - encontra insuperável limitação na garantia constitucional do mínimo existencial, que representa, no contexto de nosso ordenamento positivo, emanção direta do postulado da essencial dignidade da pessoa humana. Doutrina. Precedentes.

A noção de “mínimo existencial”, que resulta, por implicitude, de determinados preceitos constitucionais (CF, art. 1º, III, e art. 3º, III), compreende um complexo de prerrogativas cuja concretização revela-se capaz de garantir condições adequadas de existência digna, em ordem a assegurar, à pessoa, acesso efetivo ao direito geral de liberdade e, também, a prestações positivas originárias do Estado, viabilizadoras da plena fruição de direitos sociais básicos, tais como o direito à educação, o direito à proteção integral da criança e do adolescente, o direito à saúde, o direito à assistência social, o direito à moradia, o direito à alimentação e o direito à segurança. Declaração Universal dos Direitos da Pessoa Humana, de 1948 (Artigo XXV) (2011).

Aliás, Gilmar Ferreira Mendes e Paulo Gustavo Gonet Branco (2018) destacam, no âmbito dos direitos sociais, o prestígio conferido ao princípio da proibição do retrocesso, segundo o qual não seria possível extinguir direitos sociais já implementados, o que representaria verdadeiro retrocesso ou limitação tamanha que atinja seu núcleo essencial.

Na mencionada decisão prolatada pelo Supremo Tribunal Federal, consignou-se que

o princípio da proibição do retrocesso impede, em tema de direitos fundamentais de caráter social, que sejam desconstituídas as conquistas já alcançadas pelo cidadão ou pela formação social em que ele vive.

A cláusula que veda o retrocesso em matéria de direitos a prestações positivas do Estado (como o direito à educação, o direito à saúde ou o direito à segurança pública, v. g.) traduz, no processo de efetivação desses direitos fundamentais individuais ou coletivos, obstáculo a que os níveis de concretização de tais prerrogativas, uma vez atingidos, venham a ser ulteriormente reduzidos ou suprimidos pelo Estado. Doutrina. Em consequência desse princípio, o Estado, após haver reconhecido os direitos prestacionais, assume o dever não só de torná-los efetivos, mas, também, se obriga, sob pena de transgressão ao texto constitucional, a preservá-los, abstendo-se de frustrar – mediante supressão total ou parcial – os direitos sociais já concretizados (2011).

Danielli (2017), ao tratar da recepção pela doutrina e jurisprudência brasileira do reserva do possível, salienta a importância da distinção entre pretensões versando sobre a garantia de direito ligado ao mínimo existencial, assecuratórias da dignidade da pessoa humana, daquelas voltadas à implementação do máximo prometido pelo legislador. Existe um direito subjetivo de exigir prestações do Estado para a efetivação do mínimo existencial, contra a qual não pode a reserva do possível ser invocada. No entanto, esta cláusula é pertinente e destina-se à modulação das políticas públicas na concretização do máximo possível.

Em síntese dos postulados, diferencia o autor:

No extremo compreendido pelo mínimo existencial (ligado à dignidade humana e liberdade fática ou quando houver patente desrespeito a uma política pública já instituída), afirma-se haver um direito subjetivo a uma prestação positiva do Estado, nesse caso fática, de modo que a intervenção judicial pode e deve se dar de forma contundente, aplicando-se o direito à saúde na base do tudo ou nada (como regra).

[...]

Em vértice oposto, tratando-se de pretensão voltada à implementação do máximo desejável, deve-se interpretar o direito à saúde como um mandamento de otimização a ser concretizado por políticas públicas na maior medida possível, de modo que, para a atuação judicial, se recomenda prudência, aplicando-se a metodologia sugerida por Alexy, ou seja, a ponderação entre os demais princípios jurídicos colidentes (como, por exemplo, a igualdade), além das circunstâncias fáticas relevantes (a exemplo da cláusula da reserva do possível) (2017, p. 34).

Dessa feita, ainda que a cláusula da reserva do possível encontre espaço no ordenamento e na realidade brasileira (e não exclusivamente nela), dada a profusão de direitos assegurados, inclusive prestacionais, e a escassez de recursos para efetivá-los em sua integridade, salvo se houver justo e extraordinário motivo, não pode ser invocada pelo Estado para eximir-se do cumprimento de suas obrigações constitucionais quando representar prejuízo

ao núcleo do direito fundamental perseguido.

2.3 JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

O direito à saúde compõe a seguridade social, que compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurá-los, como também a previdência e a assistência social, nos termos do artigo 194 da Constituição Federal 1988⁶. Obrigação, deve ser ressaltado, do Estado como também de toda a sociedade, consoante torna ainda mais claro o artigo 2º da Lei n. 8.080/90.

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade (BRASIL, 1990).

Conforme exposto alhures, a Constituição Federal consagrou, no seu artigo 196, que a saúde é direito de todos e dever do Estado, cujo acesso às ações e aos serviços para promoção, proteção e recuperação é universal e igualitário. Buscou o legislador constituinte atender ao disposto na Declaração Universal dos Direitos Humanos, segundo a qual todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à família saúde, bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis e direito à segurança em caso de desemprego, doença invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle (LEITE, 2014).

A competência legislativa, a teor dos artigos 24⁷ e 30⁸ da Constituição Federal, é concorrente à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, que possuem também,

⁶ “Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”.

⁷ “Art. 24. Compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre: XII - previdência social, proteção e defesa da saúde”.

⁸ “Art. 30. Compete aos Municípios: I - legislar sobre assuntos de interesse local; II - suplementar a legislação federal e a estadual no que couber; VII - prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população”.

no aspecto administrativo traçado pelo artigo 23⁹, competência comum para formular e executar políticas de saúde.

No artigo 198, a Constituição Federal de 1988 consagrou o Sistema Único de Saúde (SUS) como instrumento das ações e dos serviços públicos de saúde, promovidos de forma regionalizada e hierarquizada, mediante as diretrizes de descentralização, atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, e a participação da sociedade. Financiado por toda a sociedade, de forma direta e indireta, com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, observados os patamares mínimos, e do recolhimento de contribuições sociais (Brasil, 1988).

A Lei n. 8.080/90, que disciplina as condições para a promoção, para a proteção e para a recuperação da saúde, além da organização e do funcionamento dos serviços correspondentes, contempla a estrutura do Sistema Único de Saúde, fixa as suas atribuições, estabelece os seus princípios e distribui as responsabilidades aos entes federativos, adotando o princípio da descentralização. Consagra que a prestação direta dos serviços públicos de saúde será executada por instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde, bem como pela iniciativa privada, em caráter complementar (artigo 4^{o10}) (BRASIL, 1990).

Os artigos 15, 16, 17 e 18 da Lei n. 8.080/90 dispõem sobre as competências e as atribuições comuns e individuais de cada ente federativo. Conforme o Manual de Direito Sanitário com enfoque na Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde,

tendo em vista a profusão de atribuições e o fato de que se deve racionalizar a distribuição das ações e dos serviços públicos de saúde para o atendimento dos princípios da equidade e da regionalização, bem como das diretrizes de integralidade, participação da comunidade e da descentralização, os entes federativos organizaram-se por meio de instrumentos normativos pactuados entre eles e editados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2006).

Nesse contexto de colaboração entre os entes federativos, destacam-se as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite, que foram previstas no artigo 14-A da Lei n. 8.080/90, com

⁹ “Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência”.

¹⁰ “Art. 4º 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, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS)”.

a redação que lhe deu a Lei n. 12.466/11, instituídas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde.

Ao cuidar da assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, de que trata o seu artigo 6º, I, “d”, o artigo 19-M da Lei n. 8.080/90 estabelece que compreende a dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, com base nas relações de medicamentos instituídas no âmbito de cada ente, de forma suplementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, cuja responsabilidade será pactuada pela Comissão Intergestores Tripartite, Bipartite e pelo Conselho Municipal de Saúde, respectivamente (Brasil, 1990).

No que concerne à distribuição de medicamentos, Barroso (2008, p. 28) explica que “[...] ao gestor federal caberá a formulação da Política Nacional de Medicamentos, o que envolve, além do auxílio aos gestores estaduais e municipais, a elaboração da Relação Nacional de Medicamento (Rename). Ao Município, por seu turno, cabe definir a relação municipal de medicamentos essenciais, com base na Rename, e executar a assistência farmacêutica”. Aos primeiros, o autor complementa, compete o fornecimento dos fármacos excepcionais, que são aqueles 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 (2008).

Atualmente, de acordo com a Portaria n. 204/07 do Ministério da Saúde e suas atualizações (BRASIL, 2007), que regulamentam o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, o bloco de financiamento da assistência farmacêutica é constituído de três componentes: componente básico, componente estratégico; e componente especializado.

Consoante a Portaria n. 1.555/13 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), o componente básico da assistência farmacêutica destina-se à aquisição de medicamentos e insumos, incluindo-se aqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, no âmbito da Atenção Básica à Saúde, competindo aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios a aquisição, a seleção, o armazenamento, o controle de estoque e os prazos de validade, além da distribuição e da dispensação dos medicamentos.

O componente estratégico da assistência farmacêutica, segundo a Portaria n. 204/07 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), destina-se ao financiamento de programas de saúde estratégicos no cuidado da saúde, concentrados no controle de endemias, tais como a tuberculose, a hanseníase, a malária, a leishmaniose, a doença de chagas e outras doenças

endêmicas de abrangência nacional ou regional, antirretrovirais do programa DST/Aids, sangue e hemoderivados e imunobiológicos. A aquisição dos medicamentos é de responsabilidade do Ministério da Saúde, enquanto cabe aos estados promoverem a distribuição aos municípios.

Já o componente especializado da assistência farmacêutica, a teor da Portaria n. 1.554/13, congrega estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizada pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, estando as linhas de cuidado definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde. Os mencionados protocolos definem as linhas de cuidado para cada condição clínica apresentada e os medicamentos estão divididos em três grupos conforme características, responsabilidades e formas de organização distintas.

O Grupo 1, composto por medicamentos sob responsabilidade de financiamento pelo Ministério da Saúde, segundo critérios de maior complexidade do tratamento da doença, refratariedade ou intolerância à primeira e/ou à segunda linha de tratamento e ao alto custo, congrega (1A) medicamentos de aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde e fornecidos às secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal, (1B) medicamentos financiados pelo Ministério da Saúde mediante transferência de recursos para aquisição pelas secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal.

Já o Grupo 2, definido em consonância com a menor complexidade do tratamento da enfermidade com relação ao anterior e a refratariedade ou a intolerância à primeira linha de tratamento, é composto por medicamentos financiados e adquiridos pelas secretarias de saúde dos Estados e do Distrito Federal. Por derradeiro, no Grupo 3 estão incluídos os medicamentos do componente básico da assistência farmacêutica e indicados pelos protocolos clínicos e pelas diretrizes terapêuticas como a primeira linha de cuidado para o tratamento das doenças do componente especializado da assistência farmacêutica, sob responsabilidade das secretarias de saúde do Distrito Federal e dos Municípios.

Os medicamentos que compõem cada grupo estão elencados no Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), que compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de cada doença ou agravos no âmbito do Sistema Único de Saúde, de acordo com as responsabilidades de financiamento da assistência farmacêutica distribuídas entre os entes federativos, nos termos do Decreto n. 7.508/11, que regulamenta a Lei n. 8.080/90, e da Resolução n. 1/12 da Comissão de Intergestores Tripartite (BRASIL, 2019).

A Rename serve como orientação para os estados e para os municípios elaborarem as suas relações de medicamentos, denominadas de Relação Estadual de Medicamentos (Resme)

e Relação Municipal de Medicamentos (Remume), considerando o perfil epidemiológico da respectiva população e as peculiaridades locais.

Malgrado a controvérsia que comumente acompanha a matéria acerca da repartição da responsabilidade pela dispensação de medicamentos, o Supremo Tribunal Federal decidiu, em repercussão geral (Tema 793), que o “tratamento médico adequado aos necessitados se insere no rol dos deveres do Estado, porquanto responsabilidade solidária dos entes federados”, motivo pelo qual o polo passivo de eventual demanda pode ser composto por qualquer um deles, isolada ou conjuntamente (2015), salvo na hipótese das ações que demandem fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA, que devem ser propostas em face da União.

Colhe-se da emenda:

RECURSO EXTRAORDINÁRIO. CONSTITUCIONAL E ADMINISTRATIVO. DIREITO À SAÚDE. TRATAMENTO MÉDICO. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERADOS. REPERCUSSÃO GERAL RECONHECIDA. REAFIRMAÇÃO DE JURISPRUDÊNCIA.

O tratamento médico adequado aos necessitados se insere no rol dos deveres do Estado, porquanto responsabilidade solidária dos entes federados. O polo passivo pode ser composto por qualquer um deles, isoladamente, ou conjuntamente (2015).

Vale retomar que a efetivação do direito social à saúde, assim como os demais direitos prestacionais, envolve custos públicos, o que faz surgir discussões sobre a existência (ou não) de limites para as pretensões destinadas a criar os pressupostos fáticos indispensáveis para o exercício de determinado direito constitucionalmente garantido. Cuida-se, por excelência, do mencionado cotejo entre a reserva do possível e o mínimo existencial.

A propósito, Joaquim José Gomes Canotilho adverte que

os direitos econômicos, sociais e culturais e respectiva proteção andam estreitamente associados a um conjunto de condições – econômicas, sociais e culturais – que a moderna doutrina dos direitos fundamentais designa por pressupostos de direitos fundamentais. Considera-se pressupostos de direitos fundamentais a multiplicidade de factores – capacidade econômica do Estado, clima espiritual da sociedade, estilo de vida, distribuição de bens, nível de ensino, desenvolvimento econômico, criatividade cultural, convenções sociais, ética filosófica ou religiosa – que condicionam, de forma positiva e negativa, a existência e proteção dos direitos econômicos, sociais e culturais. Esses pressupostos são pressupostos de todos os direitos fundamentais. Alguns deles, porém, como os da distribuição dos bens e da riqueza, o desenvolvimento econômico e o nível de ensino, têm aqui particular relevância. Mais do que noutros domínios, os Realien (os dados reais) condicionam decisivamente o regime jurídico constitucional do estatuto positivo dos cidadãos (1998, p. 43).

Gilmar Ferreira Mendes e Paulo Gustavo Gonet Branco asseveram que, em virtude da inexistência de suportes financeiros suficientes para a satisfação de todas as necessidades sociais, torna-se necessária a realização de escolhas alocativas, as quais, seguindo critérios de justiça distributiva, pressupõe escolhas trágicas (macrojustiça). Para alguns, lecionam os autores, seria válida a invocação das restrições financeiras e inoportuna a reiterada intervenção do Poder Judiciário, que ao deliberar acerca do caso concreto (microjustiça) não teria condições de analisar as consequências globais da destinação dos recursos públicos. Para outros, pautados na intangibilidade do mínimo existencial, em que pese a realidade da escassez de recursos, seria possível estabelecer prioridades, “[...] racionalizando a sua utilização, a partir da ideia de que determinados gastos, de menor premência social, podem ser diferidos, em favor de outros, reputados indispensáveis e urgentes, quando mais não seja por força do princípio da dignidade da pessoa humana, que, sendo valor-fonte, dos demais valores, está acima de quaisquer outros, acaso positivados nos textos constitucionais” (2017, p. 676-678).

Quando a solução administrativa e consensual dos conflitos é deficiente, impulsiona-se a procura ao Judiciário, como forma de garantir a distribuição mais acertada, conforme as prioridades constitucionais, e equânime do dinheiro comum arrecadado pelo Estado, como também corrigir distorções pontuais que levam o particular à contenda contra determinado ente público.

Os Tribunais têm atuado na correção de desvios, sempre na linha tênue entre a promoção de ajustes necessários, constitucionalmente autorizados, e a afronta à separação dos poderes, a qual se confere o rótulo de ativismo jurídico.

Importa assentar, conforme o escólio de Barroso, que a judicialização e o ativismo judicial não se confundem, apesar da proximidade. Como foi ponderado anteriormente, a judicialização decorre do modelo constitucional brasileiro e não de um exercício deliberado de vontade política. O Judiciário é chamado a decidir e não pode deixar de fazê-lo, implicação da inafastabilidade da jurisdição. O ativismo judicial, de outro lado, é uma atitude, a escolha de um modo específico e proativo de interpretar a Constituição, expandindo o seu sentido e o seu alcance, seja com

(a) a aplicação direta da Constituição a situações não expressamente contempladas em seu texto e independentemente de manifestação do legislador ordinário; (b) a declaração de inconstitucionalidade de atos normativos emanados do legislador, com base em critérios menos rígidos que os de patente e ostensiva violação da Constituição; (c) a imposição de condutas ou de abstenções ao Poder Público, notadamente em matéria de políticas públicas” (BARROSO, 2012, p. 25-26).

Continua Barroso (2012) que o ativismo normalmente resulta da diminuição do prestígio dos Poderes Executivo e Legislativo, representado pela constatação de que são incapazes de atender às demandas sociais de maneira efetiva. Embora seja comumente empregado de forma depreciativa, representa também instrumento de (re)equilíbrio. “O binômio ativismo-autocontenção judicial está presente na maior parte dos países que adotam o modelo de supremas cortes ou tribunais constitucionais com competência para exercer o controle de constitucionalidade de leis e atos do Poder Público” (2012, p. 27).

Diante desse panorama, na solução das demandas individuais, normalmente movidas por pacientes, pelo Ministério Público ou pela Defensoria Pública em desfavor da união, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, os juízes se deparam com casos concretos, muitas vezes não solucionados administrativamente, em que aqueles perseguem a satisfação da obrigação (constitucional) de garantir o direito à saúde, mediante a dispensação de medicamentos.

Nessas circunstâncias, o julgador deve estar atento ao mínimo existencial e salvaguardar a dignidade da pessoa humana na tentativa de promover a recomposição das partes. As dificuldades são incontáveis, porquanto não se cuida da simples reparação em virtude de um dano patrimonial ou anímico, senão averiguar a extensão da responsabilidade estatal em custear determinado tratamento médico, sua necessidade efetiva no caso concreto, sem descuidar os reflexos dessa decisão para os envolvidos e para toda a sociedade que compartilha do orçamento público, como determinam os artigos 21 e 22 da Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro¹¹.

As conhecidas disfuncionalidades e as carências do Sistema Único de Saúde, a falta de alternativa da grande maioria da população brasileira, associada à efetividade dos direitos fundamentais, ao anseio pela moralização do exercício dos mandatos dos representantes e pelo retorno em serviços públicos da esmagadora carga tributária, além de um plexo de outros fatores, eventualmente, colaborativos, contribuem para o fenômeno da judicialização do direito à saúde.

Calha lembrar que uma das garantias basilares para a efetivação dos direitos

¹¹ “Art. 21. A decisão que, nas esferas administrativa, controladora ou judicial, decretar a invalidação de ato, contrato, ajuste, processo ou norma administrativa deverá indicar de modo expresso suas consequências jurídicas e administrativas. Parágrafo único. A decisão a que se refere o caput deste artigo deverá, quando for o caso, indicar as condições para que a regularização ocorra de modo proporcional e equânime e sem prejuízo aos interesses gerais, não se podendo impor aos sujeitos atingidos ônus ou perdas que, em função das peculiaridades do caso, sejam anormais ou excessivos” e “Art. 22. Na interpretação de normas sobre gestão pública, serão considerados os obstáculos e as dificuldades reais do gestor e as exigências das políticas públicas a seu cargo, sem prejuízo dos direitos dos administrados”.

fundamentais é o princípio da inafastabilidade da jurisdição, insculpido no artigo 5º, XXXV, de Constituição Federal, segundo o qual “a lei não subtrairá à apreciação do poder judiciário qualquer lesão ou ameaça de lesão a direito” (1988).

Chamado a suprir as omissões e os equívocos dos gestores públicos, o Poder Judiciário enfrenta a tênue barreira entre o seu papel de intérprete e de defensor da Constituição e as decisões administrativas conferidas ao Poder Executivo e previstas na lei pelo Poder Legislativo, em atenção ao princípio da separação dos poderes. Assim, reiteradamente os juízes e os tribunais têm-se deparado com a problemática que envolve o direito individual à vida e ao direito social à saúde, traçados pelos arts. 5º, 6º e 196, todos da Constituição Federal, além da competência e da capacidade financeira do Estado, por meio da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, de tutelá-los.

Ornelas (2018) descreve que as primeiras ações atinentes à concretização do direito à saúde alçaram os Tribunais Superiores em meados da década de 90 e, a partir dos anos 2000, observou-se o aumento exponencial de demandas dessa espécie e a evolução da jurisprudência do Supremo Tribunal Federal e do Superior Tribunal de Justiça.

O entendimento então prevalecente conferia às normas vindicadas caráter tipicamente programático. Ao apreciar o Recurso em Mandado de Segurança n. 6564/RS, em 23 de maio de 1996, o Superior Tribunal de Justiça consignou que as “[...] normas constitucionais meramente programáticas - *ad exemplum*, o direito à saúde - protegem um interesse geral, todavia, não conferem aos beneficiários desse interesse o poder de exigir sua satisfação - pela via do *mandamus* - eis que não delimitado o seu objeto, nem fixada a sua extensão, antes que o legislador exerça o *munus* de completá-las através da legislação integrativa” (BRASIL, 1996).

Vale extrair da ementa do aresto:

CONSTITUCIONAL. ADMINISTRATIVO. MANDADO DE SEGURANÇA. DIREITO LÍQUIDO E CERTO. INEXISTÊNCIA. DIREITO LÍQUIDO E CERTO, PARA EFEITO DE CONCESSÃO DE SEGURANÇA, E AQUELE RECONHECÍVEL DE PLANO E DECORRENTE DE LEI EXPRESSA OU DE PRECEITO CONSTITUCIONAL, QUE ATRIBUA, AO IMPETRANTE, UM DIREITO SUBJETIVO PRÓPRIO. NORMAS CONSTITUCIONAIS MERAMENTE PROGRAMÁTICAS – *AD EXEMPLUM*, O DIREITO À SAÚDE – PROTEGEM UM INTERESSE GERAL, TODAVIA, NÃO CONFEREM, AOS BENEFICIÁRIOS DESSE INTERESSE, O PODER DE EXIGIR SUA SATISFAÇÃO – PELA VIA DO *MANDAMUS* – EIS QUE NÃO DELIMITADO O SEU OBJETO, NEM FIXADA A SUA EXTENSÃO, ANTES QUE O LEGISLADOR EXERÇA O *MUNUS* DE COMPLETÁ-LAS ATRAVÉS DA LEGISLAÇÃO INTEGRATIVA. ESSAS NORMAS (ARTS. 195, 196, 204 E 227 DA CF) SÃO DE EFICÁCIA LIMITADA OU, EM OUTRAS PALAVRAS, NÃO TÊM FORÇA SUFICIENTE PARA

DESENVOLVER-SE INTEGRALMENTE, ‘OU NÃO DISPÕEM DE EFICÁCIA PLENA’, POSTO QUE DEPENDEM, PARA TER INCIDÊNCIA SOBRE OS INTERESSES TUTELADOS, DE LEGISLAÇÃO COMPLEMENTAR. NA REGRA JURÍDICO-CONSTITUCIONAL QUE DISPÕE “TODOS TÊM DIREITO E O ESTADO O DEVER” – DEVER DE SAÚDE – COMO AFIANÇAM OS CONSTITUCIONALISTAS, “NA REALIDADE TODOS NÃO TÊM DIREITO, PORQUE A RELAÇÃO JURÍDICA ENTRE O CIDADÃO E O ESTADO DEVEDOR NÃO SE FUNDAMENTA EM *VINCULUM JURIS* GERADOR DE OBRIGAÇÕES, PELO QUE FALTA AO CIDADÃO O DIREITO SUBJETIVO PÚBLICO, O PONÍVEL AO ESTADO, DE EXIGIR EM JUÍZO, AS PRESTAÇÕES PROMETIDAS A QUE O ESTADO SE OBRIGA POR PROPOSIÇÃO INEFICAZ DOS CONSTITUINTES”. NO SISTEMA JURÍDICO PATRIO, A NENHUM ÓRGÃO OU AUTORIDADE É PERMITIDO REALIZAR DESPESAS SEM A DEVIDA PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA, SOB PENA DE INCORRER NO DESVIO DE VERBAS. RECURSO A QUE SE NEGA PROVIMENTO. DECISÃO INDISCREPANTE.

Danielli explica que a mudança interpretativa conferida pelos Tribunais se inicia com as demandas formuladas pelos pacientes contaminados com o vírus da imunodeficiência humana (HIV). Acrescenta que “o tratamento jurídico de tal enfermidade insere-se perfeitamente no paradigma constitucional da fraternidade, sobretudo porque, além do perecimento fisiológico do paciente, há ainda o preconceito social, fruto do estigma decorrente da contaminação pelo vírus, vulnerando a própria dignidade da pessoa doente” (2017, p. 54).

Ocorre que o insucesso de muitos pacientes de encontrarem na via administrativa a solução desejada, mesmo depois do advento de avançada legislação específica para a dispensação de medicamentos ao tratamento da enfermidade, motivou a procura pelo Judiciário.

Narra Ornelas que, a partir de então, o posicionamento dos Tribunais Superiores se alterou substancialmente, com a prolação de decisões alicerçadas na fundamentalidade do direito à saúde e da superação de várias teses da Fazenda Pública, como a inaplicabilidade direta do artigo 196 da Constituição Federal de 1988 e a suposta impossibilidade de interferência do Poder Judiciário no orçamento público. No entanto, nesse momento inicial, não havia nenhuma ponderação sobre as circunstâncias fáticas e jurídicas ou mesmo sobre o interesse coletivo. Alerta a autora (2018) que, com isso, o direito à saúde perdeu o viés meramente programático e passou a ser compreendido como um direito subjetivo a uma prestação positiva do Estado, dando abrigo a toda sorte de pretensões individuais formuladas pelos usuários do Sistema Único de Saúde.

Para ilustrar, como precedentes representativos da mencionada superação total do entendimento anteriormente pacificado, pinça-se do escólio do Supremo Tribunal Federal, no julgamento do Agravo Regimental no Agravo de Instrumento n. 238.328/RS, da relatoria do

Ministro Marco Aurélio, de 16/11/1999:

COMPETÊNCIA - AGRAVO DE INSTRUMENTO - TRÂNSITO DO EXTRAORDINÁRIO.

A teor do disposto no § 2º do artigo 544 do Código de Processo Civil, cabe ao relator proferir decisão em agravo de instrumento interposto com a finalidade de alcançar o processamento do extraordinário. O crivo do Colegiado ocorre uma vez acionada a norma do artigo 545, também do Código de Processo Civil, no que previsto agravo inominado contra a decisão prolatada.

SAÚDE - PROMOÇÃO - MEDICAMENTOS.

O preceito do artigo 196 da Constituição Federal assegura aos necessitados o fornecimento, pelo Estado, dos medicamentos indispensáveis ao restabelecimento da saúde, especialmente quando em jogo doença contagiosa como é a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (BRASIL, 1999).

Na mesma toada, ao apreciar o Agravo Regimental no Recurso Extraordinário n. 271.286/RS, da relatoria do Ministro Celso de Mello, de 12/9/2000, o Supremo Tribunal Federal decidiu que

PACIENTE COM HIV/AIDS - PESSOA DESTITUÍDA DE RECURSOS FINANCEIROS - DIREITO À VIDA E À SAÚDE - FORNECIMENTO GRATUITO DE MEDICAMENTOS - DEVER CONSTITUCIONAL DO PODER PÚBLICO (CF, ARTS. 5º, CAPUT, E 196) - PRECEDENTES (STF) - RECURSO DE AGRAVO IMPROVIDO. O DIREITO À SAÚDE REPRESENTA CONSEQÜÊNCIA CONSTITUCIONAL INDISSOCIÁVEL DO DIREITO À VIDA.

- O direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República (art. 196). Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular - e implementar - políticas sociais e econômicas idôneas que visem a garantir, aos cidadãos, inclusive àqueles portadores do vírus HIV, o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica e médico-hospitalar.

- O direito à saúde - além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas - representa conseqüência constitucional indissociável do direito à vida. O Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional.

A INTERPRETAÇÃO DA NORMA PROGRAMÁTICA NÃO PODE TRANSFORMÁ-LA EM PROMESSA CONSTITUCIONAL INCONSEQÜENTE.

- O caráter programático da regra inscrita no art. 196 da Carta Política - que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado brasileiro - não pode converter-se em promessa constitucional inconseqüente, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever, por um gesto irresponsável de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado.

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA DE MEDICAMENTOS A PESSOAS CARENTES.

- O reconhecimento judicial da validade jurídica de programas de distribuição gratuita de medicamentos a pessoas carentes, inclusive àquelas portadoras do vírus HIV/AIDS, dá efetividade a preceitos fundamentais da Constituição da República (arts. 5º, caput, e 196) e representa, na concreção do seu alcance, um gesto reverente e solidário de apreço à vida e à saúde das pessoas, especialmente daquelas que nada têm e nada possuem, a não ser a consciência de sua própria humanidade e de sua essencial dignidade. Precedentes do STF (BRASIL, 2000).

A despeito da efetividade conferida, como bem salienta Danielli (2017), passou-se corretamente à compreensão de que o direito à saúde configura um direito subjetivo concreto e, assim, exigível do Estado, mas também se adotou equivocadamente a premissa de que a solução daqueles casos difíceis partiria da ponderação entre o direito fundamental à saúde e as questões orçamentárias, burocráticas, obviamente de somenos importância quando sopesadas com o direito à vida ou à dignidade do paciente postulante.

O novo panorama conferido pelos tribunais contribuiu para que, ao longo dos anos seguintes, a procura pelo Poder Judiciário para a satisfação de pretensões voltadas à concretização do direito à saúde aumentasse exponencialmente. Assim, explica Ornelas que, em meados da década de 2000, os Tribunais Superiores superaram a compreensão de que o direito à saúde como princípio absoluto, passando a sopesar as peculiaridades dos casos concretos e as evidências técnicas acerca da eficácia dos tratamentos perseguidos e da estrutura do Sistema Único de Saúde.

Igualmente na Audiência Pública n. 04, no ano de 2009, Barroso tratou da problemática:

Desenvolveu-se certo senso comum, que é preciso enfrentar, de que o Judiciário, no caso de judicialização, pondera o direito à vida e à saúde de uns e, de outro lado, pondera princípios orçamentários, separação de Poderes. Infelizmente, esta não é a verdade. O que o Judiciário verdadeiramente pondera é direito à vida e à saúde de uns contra o direito à vida e à saúde de outros. Portanto, não há solução juridicamente fácil nem moralmente simples nesta matéria (2009, p. 2).

Representativos dessa nova compreensão, colhem-se os seguintes julgados do Supremo Tribunal Federal (Agravo Regimental na Tutela Antecipada n. 175/CE, da relatoria do Ministro Gilmar Mendes, de 17/3/2000) e do Superior Tribunal de Justiça (Mandado de Segurança n. 8.895/DF, da relatoria da Ministra Eliana Calmon, de 22/10/2003), respectivamente:

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 pública. Possibilidade de ocorrência de dano inverso. Agravo regimental a que se nega provimento. (BRASIL, 2010).

E

ADMINISTRATIVO. SERVIÇO DE SAÚDE. TRATAMENTO NO EXTERIOR. RETINOSE PIGMENTAR.

1. Parecer técnico do Conselho Brasileiro de Oftalmologia desaconselha o tratamento da "retinose pigmentar" no Centro Internacional de Retinose Pigmentária em Cuba, o que levou o Ministro da Saúde a baixar a Portaria 763, proibindo o financiamento do tratamento no exterior pelo SUS.
2. Legalidade da proibição, pautada em critérios técnicos e científicos.
3. A Medicina social não pode desperdiçar recursos com tratamentos alternativos, sem constatação quanto ao sucesso nos resultados.
4. Mandado de segurança denegado (BRASIL, 2013).

Da mesma forma, era iterativo o entendimento no Tribunal de Justiça de Santa Catarina de que, estando demonstrada a necessidade de medicamentos específicos, promovido o embate entre o direito à vida e o interesse financeiro do ente público, deveria ser atendida a pretensão.

Posteriormente, conforme se observa do julgamento da Apelação Cível n. 0004680-09.2013.8.24.0073, da relatoria do Desembargador Jorge Luiz de Borba, de 20/3/2018, o Tribunal de Justiça de Santa Catarina passou a adotar a compreensão mais restritiva:

DIREITO À SAÚDE. AÇÃO DE FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS. PACIENTE PORTADORA DE CARDIOPATIA ISQUÊMICA (CID 10 I25.5). PRESCRIÇÃO DE TRATAMENTO COM OS FÁRMACOS BRILINTA 90 MG, NEBIVOLON 5 MG E VASTAREL, OS QUAIS NÃO SÃO DISPONIBILIZADOS NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE. PERÍCIA QUE APONTOU A POSSIBILIDADE DE SUBSTITUIÇÃO DAS MEDICAÇÕES POR ALTERNATIVAS TERAPÊUTICAS PADRONIZADAS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS. RECURSO CONHECIDO E DESPROVIDO.

"A substituição do medicamento requerido por fármaco da mesma eficácia disponibilizado pelo SUS é cabível uma vez "comprovada essa situação por meio da perícia judicial, o direito à saúde do cidadão não restou abalado" (TJSC, Agravo em Apelação Cível n. 2008.017972-5/0001.00, da Capital, de minha lavra, j. 17-12-2008)' (AC n. 2011.005664-7, de Lages, rel. Des. Vanderlei Romer, p. 7-7-2011)" (AC n. 2014.086033-7, de São João Batista, rel. Des. Paulo Henrique Moritz Martins da Silva, j. 22-3-2016) (2018).

Desse modo, ainda que reasentadas as balizas para a solução das controvérsias, ao deparar-se com situações excepcionais de descumprimento dos protocolos instituídos ou de

omissão ou demora na incorporação de novas tecnologias, com vistas a salvaguardar o mínimo existencial, o Supremo Tribunal Federal, assim como as demais Cortes de Justiça, não tem se furtado de sua missão constitucional, reiteradamente assentando que “é firme o entendimento deste Tribunal de que o Poder Judiciário pode, sem que fique configurada violação ao princípio da separação dos Poderes, determinar a implementação de políticas públicas nas questões relativas ao direito constitucional à saúde” (BRASIL, 2016).

Para conferir mais segurança jurídica e racionalidade ao tratamento da matéria, o Supremo Tribunal Federal reconheceu a existência de repercussão geral de duas controvérsias relacionadas – obrigatoriedade de o Poder Público fornecer medicamento de alto custo (Tema 6 – Recurso Extraordinário n. 566.471 RG/RN, relator Ministro Marco Aurélio, decisão de 15/11/2007) e não registrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa (Tema 500 – Recurso Extraordinário n. 657.718 RG/MG, relator Ministro Marco Aurélio, decisão de 17/11/2011).

No dia 22/5/2019, o Supremo Tribunal Federal apreciou o mencionado Tema 500 da Repercussão Geral, deu parcial provimento ao Recurso Extraordinário, nos termos do voto do Ministro Roberto Barroso, redator para o acórdão, vencidos os Ministros Marco Aurélio e Dias Toffoli, e por maioria fixou a seguinte tese:

1. O Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos experimentais.
2. A ausência de registro na ANVISA impede, como regra geral, o fornecimento de medicamento por decisão judicial.
3. É possível, excepcionalmente, a concessão judicial de medicamento sem registro sanitário, em caso de mora irrazoável da ANVISA em apreciar o pedido (prazo superior ao previsto na Lei nº 13.411/2016), quando preenchidos três requisitos: (i) a existência de pedido de registro do medicamento no Brasil (salvo no caso de medicamentos órfãos para doenças raras e ultrarraras);(ii) a existência de registro do medicamento em renomadas agências de regulação no exterior; e (iii) a inexistência de substituto terapêutico com registro no Brasil.
4. As ações que demandem fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA deverão necessariamente ser propostas em face da União (2019).

Na sequência, em compatibilização com a tese firmada no Tema 793 – o tratamento médico adequado aos necessitados se insere no rol dos deveres do Estado, sendo responsabilidade solidária dos entes federados, podendo figurar no polo passivo qualquer um deles em conjunto ou isoladamente –, o Supremo Tribunal Federal julgou os Embargos de Declaração no Recurso Extraordinário n. 855.178/SE, da relatoria do Ministro designado Edson Fachin, de 23/5/2019, ocasião em que reafirmou a solidariedade dos entes federados, porém assentou que, “a fim de otimizar a compensação entre os entes federados, compete à autoridade

judicial, diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, direcionar, caso a caso, o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro” (BRASIL, 2019).

Apesar de ainda persistir fundada controvérsia acerca da matéria, parece predominar o entendimento de que, com o advento desses julgados, o Supremo Tribunal Federal passou a decidir no sentido de que, em se tratando de medicamentos não padronizados, é necessária a citação da União, haja vista que lhe compete a inclusão dos medicamentos no rol de políticas públicas do Estado.

Foi esse o posicionamento adotado no recente julgamento do Agravo Interno no Recurso Extraordinário n. 1.301.670/PR, da relatoria do Ministro Alexandre de Moraes, de 13/4/2021:

AGRAVO INTERNO. RECURSO EXTRAORDINÁRIO. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO NÃO ADOTADO NO REGULAMENTO DO SUS. INCLUSÃO DA UNIÃO DO POLO PASSIVO. TEMA 793 DA REPERCUSSÃO GERAL.

1. O SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, no julgamento do RE 855.178 (Rel. Min. LUIZ FUX, Tema 793), examinou a repercussão geral da questão constitucional debatida nestes autos e reafirmou a jurisprudência desta CORTE no sentido da responsabilidade solidária dos entes federados do dever de prestar assistência à saúde.

2. Posteriormente, ao rejeitar os embargos de declaração opostos em face deste acórdão, o SUPREMO fixou a seguinte tese: "Os entes da federação, em decorrência da competência comum, são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais na área da saúde, e diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, compete à autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro".

3. No caso concreto, ao determinar a inclusão da União no polo passivo da demanda, com a consequente remessa dos autos à Justiça Federal, o Tribunal de origem seguiu a tese de repercussão geral.

4. Agravo Interno a que se nega provimento (2021).

Já o Superior Tribunal de Justiça, no rito de julgamento de recursos especiais repetitivos (Tema 106), consolidou que a disponibilização de fármacos não incorporados em atos normativos do Sistema Único de Saúde – SUS está condicionada à reunião dos seguintes requisitos:

- (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 na ANVISA do medicamento, observados os usos autorizados pela agência (BRASIL, 2018).

O Tribunal de Justiça de Santa Catarina, por sua vez, discutiu no Incidente de Resolução de Demandas Repetitivas n. 0302355-11.2014.8.24.0054, julgado em 9/11/2016, a questão da necessidade de comprovação de hipossuficiência do autor do pleito de dispensação de medicamento ou terapia no âmbito da assistência à saúde, oportunidade em que firmou as seguintes teses:

1.1 Para a concessão judicial de remédio ou tratamento constante do rol do SUS, devem ser conjugados os seguintes requisitos: (1) a necessidade do fármaco perseguido e adequação à enfermidade apresentada, atestada por médico; (2) a demonstração, por qualquer modo, de impossibilidade ou empecilho à obtenção pela via administrativa (Tema 350 do STF).

1.2 Para a concessão judicial de fármaco ou procedimento não padronizado pelo SUS, são requisitos imprescindíveis: (1) a efetiva demonstração de hipossuficiência financeira; (2) ausência de política pública destinada à enfermidade em questão ou sua ineficiência, somada à prova da necessidade do fármaco buscado por todos os meios, inclusive mediante perícia médica; (3) nas demandas voltadas aos cuidados elementares à saúde e à vida, ligando-se à noção de dignidade humana (mínimo existencial), dispensam-se outras digressões; (4) nas demandas claramente voltadas à concretização do máximo desejável, faz-se necessária a aplicação da metodologia da ponderação dos valores jusfundamentais, sopesando-se eventual colisão de princípios antagônicos (proporcionalidade em sentido estrito) e circunstâncias fáticas do caso concreto (necessidade e adequação), além da cláusula da reserva do possível (SANTA CATARIAN, 2016).

Como se denota, diante da multiplicidade e do crescente número de ações, tanto individuais como coletivas, os tribunais têm empreendido esforços para trazer uniformidade e presteza aos julgamentos e ao atendimento dos pleitos na área da saúde, utilizando, inclusive, dos instrumentos de formação de precedentes vinculantes lançados nas últimas reformas da legislação processual. No entanto, assim como o Conselho Nacional de Justiça, já perceberam que existem e são necessárias muitas outras adaptações à nova realidade social e de demanda processual. A corrida ao Judiciário e o proporcional acréscimo do comprometimento das verbas públicas impõem a qualificação das decisões, como também a implementação de iniciativas que reduzam a litigiosidade, especialmente com o atendimento administrativo e a autocomposição das controvérsias.

Nesse contexto, o Núcleo de Apoio Técnico, incumbido em Santa Catarina de prestar informações especializadas aos magistrados para subsidiar a tomada de decisão, contempla da potencialidade de contribuir para o combate ao problema enfrentado, trazendo maior racionalidade à prestação jurisdicional. Além disso, conforme experiências de outros Estados, pode agir antecipada e administrativamente, prevenindo a judicialização e o desperdício dos

escassos recursos públicos.

3 QUADRO DE JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE EM FACE DO ESTADO DE SANTA CATARINA E ALTERNATIVAS PARA RACIONALIZAÇÃO

A judicialização condensa a procura dos jurisdicionados pela satisfação de uma pretensão que não pôde ser atendida pelo consenso, seja na sociedade em geral, seja perante a Administração Pública. Embora o termo transpareça uma qualificação negativa de determinado fenômeno social, revela a presença do Estado, por meio do Poder Judiciário, na resolução dos conflitos (artigo 5º, XXXV, de Constituição Federal), bem como a existência de vias de acesso à justiça.

Barroso, durante a mencionada Audiência Pública n. 04, no ano de 2009, asseverou que

A judicialização no Brasil decorre do modelo constitucional brasileiro e, portanto, em alguma medida ela é inevitável. Constitucionalizar é tirar uma matéria da política e trazê-la para dentro do Direito. E, portanto, existem prestações que o Judiciário não pode se negar a apreciar - e é muito bom que seja assim. Porém, a judicialização tem uma óbvia faceta negativa. É que, na medida em que uma matéria precise ser resolvida mediante uma demanda judicial, é sinal que ela não pôde ser atendida administrativamente; é sinal que ela não pôde ser atendida pelo modo natural de atendimento das demandas, que é, por via de soluções legislativas, soluções administrativas e soluções negociadas. A faceta positiva é que, quando alguém tem um direito fundamental e esse direito não foi observado, é muito bom poder ir ao Poder Judiciário e merecer esta tutela (2009, p. 2).

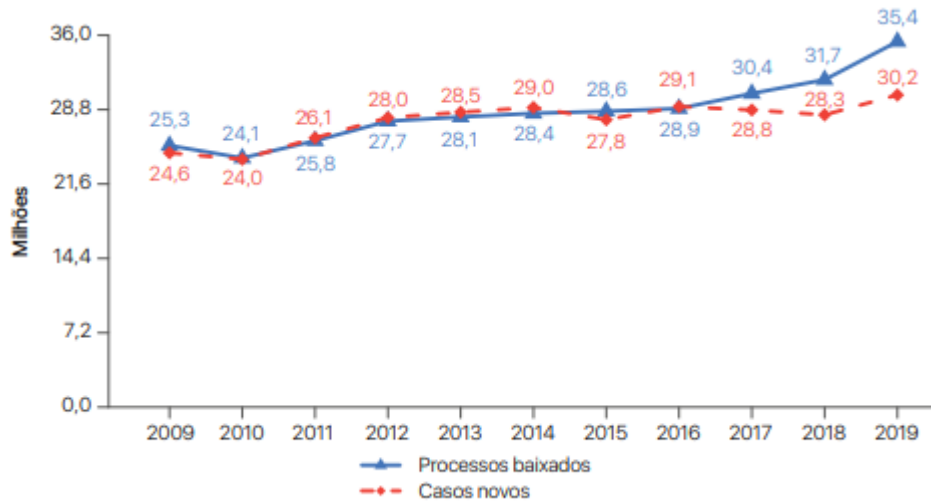
Cappelletti e Garth (1988) destacam a importância do direito ao acesso efetivo aos mecanismos para assegurar o gozo dos direitos sociais básicos, sob pena de tornar-se sem sentido a titularidade. Nesse contexto, apregoam que cabe ao sistema jurídico permitir ao indivíduo reivindicar seus direitos e/ou resolver seus litígios sob os auspícios do Estado. Para isso, deve ser acessível universalmente e produzir resultados que sejam individual e, socialmente, justos.

De outro lado, conforme salientou o Ministro Barroso, a corrida em larga escala ao Judiciário em ações movidas contra o Estado estampa o insucesso ou pelo menos a insatisfação com as políticas públicas adotadas e a insuficiência dos meios alternativos de auto ou heterocomposição, normalmente mais céleres e menos dispendiosos.

3.1 A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL E NO ESTADO DE SANTA CATARINA

Segundo o último relatório Justiça em Números do Conselho Nacional de Justiça, publicado em 2020, o Poder Judiciário finalizou 2019 com 77,1 milhões de processos em tramitação. No mesmo ano, ingressaram 30,2 milhões de processos e foram baixados 35,4 milhões, representando um crescimento dos casos novos de 6,8% e aumento dos solucionados de 11,6%, conforme pode ser observado na Figura 1 (BRASIL, 2020).

Figura 1 – Série histórica dos casos novos e processo baixados



Fonte: Conselho Nacional de Justiça (2020)

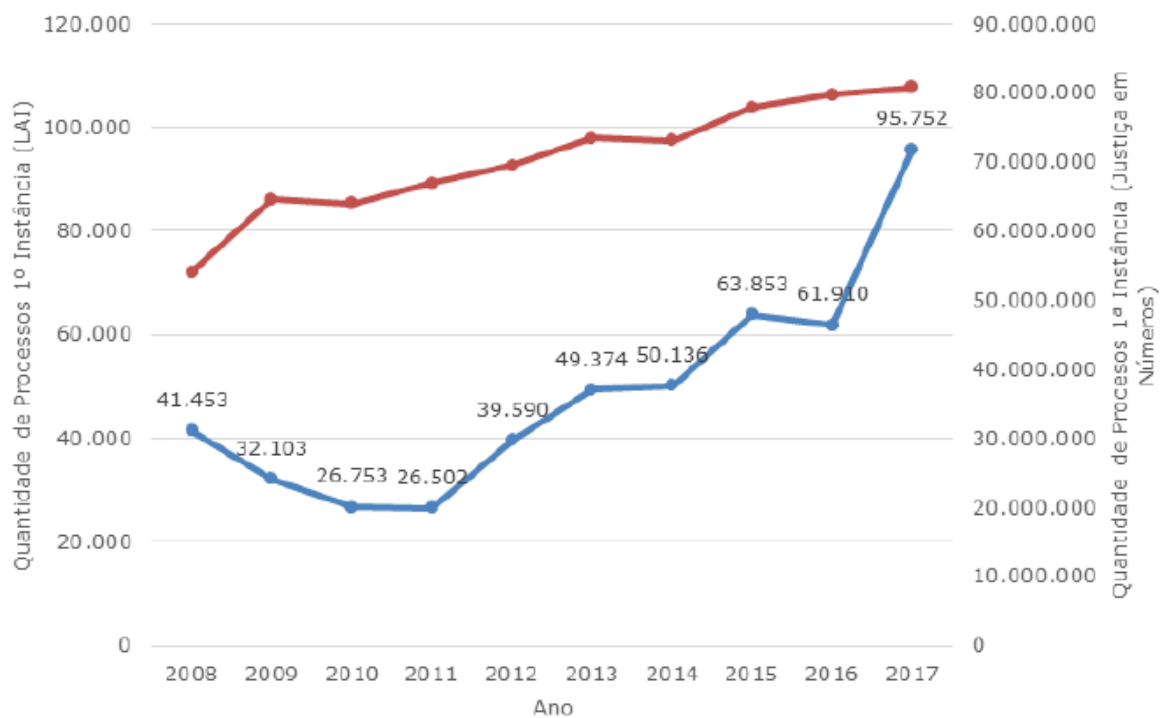
Em média, identificou a pesquisa, a cada grupo de 100.000 habitantes, 12.211 ingressaram com uma ação judicial no ano de 2019, estando incluídos nesse cálculo apenas processos de conhecimento e de execução de títulos extrajudiciais (BRASIL, 2020).

Na área da saúde, marcada pela escassez de recursos, urgência dos reclamos e complexidade das demandas, a intervenção do Poder Judiciário representa pontual oxigenação do sistema e, de outro lado, rompimento de uma pretensa racionalidade sistêmica na alocação dos recursos públicos disponíveis.

No relatório da pesquisa Judicialização da Saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução, elaborado pelo Instituto de Ensino e Pesquisa para o Conselho Nacional de Justiça, destacou-se que, “considerando que a prestação de saúde envolve a distribuição de recursos escassos em uma sociedade complexa, com padrões epidemiológicos que aproximam o Brasil ao mesmo tempo de países desenvolvidos e subdesenvolvidos,

determinar o que é prioritário e quem deve ser o foco dessas prioridades, é um tema que envolve necessariamente disputas” (2019, p. 13). Os dados coletados demonstraram a complexidade, como também o tamanho do problema a ser enfrentado. A Figura 2, que representa a quantidade de demandas judiciais relativas à saúde distribuída na Primeira Instância ao longo dos anos, obtidos por meio da Lei de Acesso à Informação e dos bancos de gestão processual dos Tribunais, revela um aumento de 130% entre 2008 e 2017, ao passo que o número total de processos foi acrescido em 50%.

Figura 2 – Evolução do número de demandas de saúde distribuídas por ano



Fonte: Conselho Nacional de Justiça (2019)

O relatório revelou que, de acordo com os números de processos coletados, na segunda instância o quadro não foi diferente. No ano de 2008 foi notificada a existência de 2.969 processos, enquanto para os anos seguintes passou-se de vinte mil (BRASIL, 2020). Em Santa Catarina, o aumento de demandas foi alarmante. Conforme a Figura 3, o número de processos em Primeira Instância aumentou nos estados selecionados, porém em Santa Catarina representou um acréscimo de 6.659%. Já a Figura 4 evidencia que, em Segunda Instância, a quantidade de processos recebidos pelo Tribunal de Justiça de Santa Catarina no período subiu de cinco para 3.067.

Figura 3 – Número de processos relativos à saúde em Primeira Instância 2008 - 2017

TJ	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL
TJAC	0	0	3	9	44	116	217	175	257	266	1.087
TJAL	2	441	1.197	1.103	1.929	1.169	640	1.623	2.935	2.871	13.910
TJCE	159	954	906	1.353	2.410	4.086	4.654	14.759	5.843	28.025	63.149
TJDFT	0	0	1	3	10	26	44	136	585	2.663	3.468
TJES	3	3	8	9	10	31	24	31	46	67	232
TJMA	555	2.244	4.106	4.154	3.438	2.355	2.589	2.186	2.238	2.411	26.276
TJMG	36	376	627	762	1.159	1.836	1.998	2.268	3.625	5.546	18.233
TJMS	39	53	701	1.188	1.986	2.908	4.046	3.940	5.684	5.825	26.370
TJMT	452	2.006	2.362	1.995	2.262	2.151	2.677	1.508	1.495	1.123	18.031
TJPE	529	2.241	2.474	3.245	8.228	12.206	5.531	5.041	6.011	6.261	51.767
TJPI	0	7	7	7	12	23	40	67	41	61	265
TJRJ	36.908	18.390	3.954	23	15	41	115	182	122	173	59.923
TJRN	266	1.406	2.106	2.519	2.484	2.514	2.811	2.483	2.698	4.092	23.379
TJRO	0	0	180	226	579	1.231	308	455	3	0	2.982
TJSC	182	235	388	485	899	1.970	4.561	7.010	8.387	12.303	36.420
TJSP	2.317	3.746	7.729	9.379	14.022	16.531	19.627	21.518	21.356	23.465	139.690
TJTO	5	1	4	42	103	180	254	471	584	600	2.244
TOTAL	41.453	32.103	26.753	26.502	39.590	49.374	50.136	63.853	61.910	95.752	487.426

Fonte: Conselho Nacional de Justiça (2019)

Figura 4 – Número de processos relativos à saúde em Segunda Instância 2008 - 2017

TJ	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL
TJAC	1	0	12	45	17	45	140	70	112	207	649
TJAL	2	12	443	1.387	1.510	855	904	393	222	624	6.352
TJCE	488	5.172	4.322	5.749	4.535	3.405	2.678	3.709	4.791	5.092	39.941
TJES	0	1	2	6	54	184	155	157	194	188	941
TJMA	0	0	0	96	232	373	656	678	606	509	3.150
TJMG	647	2.439	3.235	4.265	6.537	6.445	7.404	8.612	9.453	10.397	59.434
TJMS	13	93	966	1.186	1.209	1.967	2.381	2.067	2.685	2.950	15.517
TJMT	198	2.207	2.813	2.555	0	0	0	0	146	558	8.477
TJPE	307	1.828	2.206	2.412	2.546	1.820	2.618	3.707	4.349	3.810	25.603
TJPI	0	1	0	20	5	35	62	41	70	88	322
TJRJ	1.293	9.139	7.780	8.873	9.434	10.326	11.423	11.840	10.454	12.517	93.079
TJRN	0	0	0	0	0	0	39	197	322	397	955
TJRO	15	38	73	52	76	44	14	26	27	25	390
TJSC	5	1.081	1.101	838	954	1.034	1.110	1.946	3.191	3.067	14.327
TJTO	0	0	0	1	25	45	64	135	185	229	684
TOTAL	2.969	22.011	22.953	27.485	27.134	26.578	29.648	33.578	36.807	40.658	269.821

Fonte: Conselho Nacional de Justiça (2019)

O Tribunal de Contas da União publicou, no ano de 2017, o relatório de auditoria operacional sobre judicialização da saúde, a qual foi realizada com o objetivo de identificar o

perfil, o volume e o impacto das ações judiciais na área da saúde, bem como investigar a atuação do Ministério da Saúde e de outros órgãos e entidades para mitigar os efeitos negativos da judicialização.

Os dados foram secundados pelo próprios Tribunais de Justiça participantes, dentre eles o Tribunal de Justiça de Santa Catarina e referem-se aos anos de 2013, 2014 e ao primeiro semestre de 2015. Apesar do período relativamente distante, estampam um panorama da judicialização constatada naquele período que permite análises comparativas com os achados na coleção de dados deste estudo, como também que seja cotejada a realidade de Santa Catarina com outros Estados.

De acordo com a pesquisa, nas nove Cortes da Justiça Estadual analisadas (Tribunais de Justiça do Amapá, Distrito Federal e Territórios, Mato Grosso, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo), mais de 85% das demandas judiciais relativas à saúde pública concentraram-se no fornecimento de medicamentos e tratamento médico-hospitalar. Em Santa Catarina, essas categorias representavam 84% dos processos (BRASIL, 2017), como ilustra a Figura 5.

Figura 5 – Distribuição dos processos estaduais por assunto em 2013 e 2014

Assunto	TJAP	TJDFT	TJMG	TJMT	TJPR	TJRJ	TJRS	TJSC	TJSP
Saúde (10064)	55%	8%	6,6%	9,95%	1,86%	28,7%	7%	1%	5,3%
Tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos (10069)	-	-	0,5%	15,41%	0,07%	-	91%	20%	33,3%
Tratamento médico-hospitalar (11883)	13%	46%	9,2%	53,49%	14,06%	20,9%	-	5%	10,1%
Fornecimento de medicamentos (11884)	9%	14%	66,8%	8,47%	83,71%	40,8%	-	74%	48%
Outros assuntos	23%	32%	16,9%	12,68%	0,3%	9,6%	2%	0%	3,3%

Fonte: Tribunal de Contas da União (2017)

No relatório da auditoria operacional TC 016.757/2015-7, igualmente elaborado pelo Tribunal de Contas da União com os dados fornecidos pelos Tribunais de Justiça, com foco no Estado de Santa Catarina, constatou-se que, no primeiro semestre de 2015, 96% das ações judiciais na área da saúde se referem ao fornecimento de medicamentos (BRASIL, 2016).

Já o exame das classes processuais mais empregadas revelou a predominância no Estado

de Santa Catarina do acesso por meio do procedimento comum ordinário, concentrando mais de 60% dos processos, se desconsideradas as cartas precatórias (BRASIL, 2017), como bem demonstra a Figura 6, igualmente extraída do relatório do Tribunal de Contas da União.

Figura 6 – Distribuição dos processos estaduais por classe processual em 2013 e 2014

Classe processual	TJDFT	TJMG	TJMT	TJPR	TJRJ	TJRS	TJSC	TJSP
Procedimento ordinário (comum)	96,53%	25,77%	57,4%	15%	62%	94,9%	45,81%	43%
Procedimento do juizado especial (cível e fazenda pública)	-	29,72%	0%	17%	3%	0,7%	8,76%	21%
Ação civil pública	0,03%	14,44%	22,9%	54%	4%	2,4%	16,25%	5%
Carta precatória	-	0,18%	1,1%	4%	-	-	27,93%	3%
Mandado de segurança	0,40%	6,21%	1,1%	4%	2%	0,0%	0,32%	26%
Procedimento sumário	0,07%	0,42%	7%	1%	18%	-	0,02%	1%
Outras	2,97%	23,26%	10,5%	5%	11%	2%	0,91%	1%

Fonte: Tribunal de Contas da União (2017)

Esse achado, segundo o Tribunal de Contas da União, evidencia o ínfimo índice de ações coletivas, dada a formulação quase que exclusiva de pedidos individuais por intermédio dos procedimentos ordinário comum e dos Juizados Especiais. Mesmo no Estado do Paraná, que destoa dos demais pela prevalescência de ações civis públicas, o panorama não é diferente, porquanto se identificou que se trata de pleitos individuais erigidos pelo Ministério Público em favor de crianças, adolescentes ou idosos.

Quanto à representação processual, os dados colhidos na auditoria demonstraram que a maioria das ações foram propostas pela advocacia privada e pela Defensoria Pública. Em Santa Catarina, em um momento em que a Defensoria Pública ainda era incipiente, além do protagonismo dos advogados constituídos e dativos (49%), sobressaiu-se a presença do Ministério Público (44,8%). Assim ilustra a Figura 7:

Figura 7 – Distribuição dos processos estaduais por representante em 2013 e 2014

Tribunal	Grau	1 (Adv.)	2 (DP)	3 (MP)	4 (Ind.)	5 (Outros)	6 (Proc.)
TJDFT	1º grau	9,24%	90,60%	0,13%	-	-	0,03%
	2º grau	23%	71%	-	1%	-	5%
TJMT	2º grau	45,1%	44%	9%	1,6%	0,3%	-
TJPR	1º grau	-	-	54%	-	46%	-
TJRJ	1º grau	23%	70%	1%	-	-	6%
	2º grau	41,6%	18,5%	0,1%	-	39,8%	-
TJRS	1º grau	29%	67%	3%	1%	-	-
TJSC	1º grau	49,0%	6,1%	44,8%	-	-	0,1%
TJSP	1º e 2º graus	68,57%	10,9%	0,86%	13,26%	6,36%	0,06%

Fonte: Tribunal de Contas da União (2017)

Com esses parâmetros, concluiu-se que, naquele período, havia uma tendência de aumento gradual do número de processos individuais relativos à saúde pública no Brasil, majoritariamente na justiça estadual, com foco no fornecimento de medicamentos e no tratamento médico-hospitalar, mediante a predominante representação processual da advocacia privada e da Defensoria Pública, a depender do Estado (BRASIL, 2017).

As Figuras 8 e 9, confeccionadas pelo Tribunal de Contas da União com dados da Secretaria do Estado da Saúde, contemplam achados valiosos sobre a judicialização da saúde enfrentada pelo Estado de Santa Catarina, uma vez que identificam os medicamentos com mais impacto nas contas públicas e classifica-os de acordo com a inclusão nas políticas públicas.

Figura 8 – Medicamentos com maior impacto, por ano (em R\$ milhões e percentual do total gasto com judicialização da saúde)

Medicamento	2013		2014		2013		2014	
	2013	%	2014	%	2013	%	2014	%
eculizumabe	1,760	1,37%	2,579	1,64%	39,025	10,45%	40,352	10,23%
adalimumabe	11,153	8,67%	10,369	6,61%	18,813	5,04%	17,334	4,39%
infiximabe	5,732	4,45%	6,193	3,95%	14,927	4,00%	14,969	3,79%
galsulfase	-	-	-	-	18,422	4,93%	20,120	5,10%
etanercepte (25 e 50mg)	6,039	4,69%	6,268	3,99%	12,750	3,41%	11,385	2,89%
idursulfase	0,732	0,57%	0,952	0,61%	15,700	4,20%	17,979	4,56%
rituximabe	7,745	6,02%	9,635	6,14%	7,123	1,91%	7,002	1,78%
telaprevir	4,191	3,26%	1,646	1,05%	19,906	5,33%	3,478	0,88%
insulina glargina	2,882	2,24%	3,814	2,43%	10,221	2,74%	11,449	2,90%
boceprevir	3,743	2,91%	1,546	0,98%	17,913	4,80%	4,473	1,13%
ranibizumabe	3,496	2,72%	4,169	2,66%	5,757	1,54%	7,587	1,92%
laronidase	1,064	0,83%	1,621	1,03%	6,847	1,83%	8,122	2,06%
alfa-alglicosidase	2,442	1,90%	2,743	1,75%	5,309	1,42%	6,844	1,73%
abiraterona	1,264	0,98%	3,523	2,24%	2,624	0,70%	5,822	1,48%
cloridato de fingolimode	0,176	0,14%	0,775	0,49%	3,349	0,90%	8,662	2,20%
omalizumabe	1,510	1,17%	2,204	1,40%	3,655	0,98%	5,130	1,30%
trastuzumabe	0,346	0,27%	0,936	0,60%	5,043	1,35%	5,139	1,30%
beta-agalsidase	0,457	0,35%	0,628	0,40%	2,947	0,79%	5,306	1,34%
cloridato de cinacalcete	0,103	0,08%	0,362	0,23%	2,799	0,75%	5,017	1,27%
Soma	54,835	42,61%	59,961	38,20%	213,129	57,06%	206,170	52,27%

Fonte: Tribunal de Contas da União (2017)

Figura 9 – Valores gastos pela Secretaria de Estado da Saúde por grupo dos 19 medicamentos mais impactantes e por ano (em R\$ milhões e percentual do total gasto com judicialização da saúde)

Grupos de medicamento	SC			
	2013	%	2014	%
Incorporados ao SUS	38,779	30,14%	36,431	23,21%
Incorporação não recomendada pela Conitec	8,338	6,48%	11,485	7,32%
Não analisados pela Conitec, com registro na Anvisa	5,958	4,63%	9,466	6,03%
Sem registro na Anvisa	1,760	1,37%	2,579	1,64%
Soma	54,835	42,61%	59,961	38,20%
Total com judicialização	128,681	100%	156,958	100%

Fonte: Tribunal de Contas da União (2017)

Denota-se que, naqueles anos, entre os dezenove medicamentos que mais impactaram os gastos com itens judicializados, os incorporados ao Sistema Único de Saúde foram responsáveis pela maior parte deles em Santa Catarina, embora tenha sido também expressiva a presença de medicamentos não incorporados e sem registro na Anvisa (BRASIL, 2017). De outro lado, considerados os gastos com todos os medicamentos judicializados, as informações secundadas pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina à auditoria TC 016.757/2015-7 esclarecem que aqueles não pertencentes às relações do SUS representaram mais de 50% do total em 2013, mais de 67% em 2014 e 75% em 2015, como demonstram as Figuras 10 e 11:

Figura 10 – Percentual do gasto da Secretária de Estado da Saúde de Santa Catarina com demandas judiciais, por ano e categoria

Tipo de Atendimento	2013	%	2014	%	2015	%
Básica	1.491.222,58	1,2%	1.611.574,23	1,0%	723.471,71	0,8%
CEAF	52.984.964,51	41,2%	49.344.939,15	31,4%	23.029.200,52	24,6%
Estratégico	864.326,83	0,7%	123.632,01	0,1%	56.512,91	0,1%
Fora da lista SUS *	73.340.976,49	57,0%	105.877.618,81	67,5%	69.941.346,50	74,6%
Totais	128.681.490,41		156.957.764,20		93.750.531,64	
Diferença % sobre o ano anterior				+22%		+2% **
Importados ***	3.710.393,81	2,9%	7.826.972,36	5,0%	10.482.510,30	11,2%
Oncológicos	40.216.834,67	31,3%	59.980.266,86	38,2%	31.108.526,53	33,2%
Alimentos/Suplem. alimentares	5.491.370,04	4,3%	5.394.748,77	3,4%	3.841.237,54	4,1%
Insumos de enfermagem/cirurgia	3.279.696,40	2,5%	4.063.193,71	2,6%	2.320.734,28	2,5%
Fraldas	160.722,79	0,1%	256.257,02	0,2%	161.296,98	0,2%

Fonte: Tribunal de Contas da União (2016)

Figura 11 – Gastos do Estado de Santa Catarina com medicamentos judicializados, por ano e por categoria

Tipo de Atendimento	2013	%	2014	%	2015	%
Básica	599.255,02	0,5%	677.179,41	0,5%	286.646,78	0,3%
CEAF	52.981.766,99	44,2%	49.343.290,32	33,5%	23.026.091,04	26,3%
Estratégico	826.290,84	0,7%	57.170,36	0,0%	18.073,38	0,0%
Fora da lista do SUS *	65.334.663,43	54,6%	97.161.622,73	66,0%	64.096.451,64	73,3%
Totais	119.743.989,28		147.241.276,82		87.429.277,84	
Diferença % sobre o ano anterior				+23%		+2% **
Importados ***	3.705.577,64	3,1%	7.822.953,36	5,3%	10.479.923,65	12,0%
Oncológicos	40.216.834,67	33,6%	59.980.266,86	40,7%	31.108.526,53	35,6%

Fonte: Tribunal de Contas da União (2016)

Importante notar que os gastos com o componente especializado reduziram sensivelmente. Isso porque fora instituído pelo Ministério da Saúde programa para o fornecimento de medicamentos de alto custo. De outro lado, o dispêndio com fármacos não pertencentes às listas do Sistema Único de Saúde, representa parcela cada vez mais significativa. Segundo o Tribunal de Contas da União, isso denotaria que a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina tem conseguido, gradativamente, atender administrativamente aos pleitos de concessão de medicamentos constantes das listas padronizadas.

Conhecer a judicialização da saúde, com a identificação das instituições envolvidas, dos procedimentos adotados e da categoria de medicamentos postulados, permite a adoção mais adequada de medidas para a diminuição da litigiosidade e do dispêndio de recursos públicos.

3.2 MEDIDAS ADMINISTRATIVAS ADOTADAS PARA A RACIONALIZAÇÃO

Constatada a multiplicação de ações para o fornecimento de medicamentos e o comprometimento de parcela significativa dos recursos destinados às políticas públicas de saúde, o país vivenciou nos últimos anos, além da mencionada evolução jurisprudencial, a implementação e o fomento a diversos mecanismos tanto para evitar a judicialização como

conferir parâmetros seguros para a análise do mérito das controvérsias.

Durante os dias 27, 28 e 29 de abril e 4, 6 e 7 de maio de 2009, o Supremo Tribunal Federal promoveu a Audiência Pública n. 4, que teve por objetivo, conforme convocação do então Presidente Ministro Gilmar Mendes:

[...] ouvir o depoimento de pessoas com experiência e autoridade em matéria de Sistema Único de Saúde, objetivando esclarecer as questões técnicas, científicas, administrativas, políticas, econômicas e jurídicas relativas às ações de prestação de saúde, tais como:

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

Foram chamados ao evento os demais ministros da Corte Constitucional, o Presidente do Congresso Nacional, o Procurador-Geral da República, o Presidente da Ordem dos Advogados do Brasil, o Ministro de Estado do Ministério da Saúde, Advogado-Geral da União, bem como representantes de órgãos e das entidades ligados à administração da saúde, como Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e Conselho Federal de Medicina (CFM). Cerca de cinquenta especialistas debateram a judicialização do direito à saúde, buscando encontrar consenso nos temas propostos e redirecionar o tratamento jurídico e administrativo da matéria.

Na ocasião, o Ministro Gilmar Mendes deu a tônica, destacando que não poderiam ser admitidas posições radicais, seja na negativa de acesso e de interferência do Poder Judiciário, seja na defesa da existência de um direito subjetivo a toda e qualquer prestação de saúde. Destacou que deve ser cunhada uma posição equilibrada, capaz de analisar todas as implicações das decisões judiciais, sem comprometer os direitos fundamentais dos cidadãos e, em especial, o direito à saúde (BRASIL, 2009).

As reflexões da audiência pública parecem ter contribuído para a referida mudança no posicionamento do Supremo Tribunal Federal, corporificado pelo julgamento do Agravo

Regimental na Tutela Antecipada n. 175/CE, da relatoria do Ministro Gilmar Mendes, de 17/3/2000.

O Conselho Nacional de Justiça, por sua vez, instituiu um grupo de trabalho que culminou na elaboração e na aprovação da Recomendação n. 31/2010, que orientou os Tribunais para a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar mais eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde.

Da norma, vale destacar a recomendação aos Tribunais de Justiça e aos Tribunais Regionais Federais de que

- a) até dezembro de 2010 celebrem convênios que objetivem disponibilizar apoio técnico composto por médicos e farmacêuticos para auxiliar os magistrados na formação de um juízo de valor quanto à apreciação das questões clínicas apresentadas pelas partes das ações relativas à saúde, observadas as peculiaridades regionais;
- b) orientem, através das suas corregedorias, aos magistrados vinculados, que:
 - b.1) procurem instruir as ações, tanto quanto possível, com relatórios médicos, com descrição da doença, inclusive CID, contendo prescrição de medicamentos, com denominação genérica ou princípio ativo, produtos, órteses, próteses e insumos em geral, com posologia exata;
 - b.2) evitem autorizar o fornecimento de medicamentos ainda não registrados pela ANVISA, ou em fase experimental, ressalvadas as exceções expressamente previstas em lei;
 - b.3) ouçam, quando possível, preferencialmente por meio eletrônico, os gestores, antes da apreciação de medidas de urgência;
 - b.4) verifiquem, junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisas (CONEP), se os requerentes fazem parte de programas de pesquisa experimental dos laboratórios, caso em que estes devem assumir a continuidade do tratamento;
 - b.5) determinem, no momento da concessão de medida abrangida por política pública existente, a inscrição do beneficiário nos respectivos programas;
- c) incluam a legislação relativa ao direito sanitário como matéria individualizada no programa de direito administrativo dos respectivos concursos para ingresso na carreira da magistratura, de acordo com a relação mínima de disciplinas estabelecida pela Resolução 75/2009 do Conselho Nacional de Justiça;
- d) promovam, para fins de conhecimento prático de funcionamento, visitas dos magistrados aos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, bem como às unidades de saúde pública ou conveniadas ao SUS, dispensários de medicamentos e a hospitais habilitados em Oncologia como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - UNACON ou Centro de

Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – CACON (BRASIL, 2010).

No mesmo ano de 2010, com o advento da Resolução n. 107/2010 do Conselho Nacional de Justiça, foi criado o Fórum Nacional do Judiciário, direcionado ao monitoramento e à resolução das demandas de assistência à saúde, com a atribuição de elaborar estudos e propor medidas concretas e normativas para o aperfeiçoamento de procedimentos, o reforço à efetividade dos processos judiciais e a prevenção de novos conflitos (BRASIL, 2010).

Na mesma direção, o Conselho Nacional de Justiça tem realizado jornadas de direito da saúde, com o objetivo de produzir, aprovar, publicar e divulgar enunciados interpretativos sobre o direito à saúde, identificar e compilar interpretações já consolidadas sobre a matéria e auxiliar a comunidade jurídica na interpretação de questões não pacificadas sobre a matéria. Na I Jornada de Direito da Saúde, realizada no dia 15 de maio de 2014, foram aprovados 45 enunciados sobre saúde pública, saúde suplementar e biodireito. Nos anos de 2015 e 2019, foram promovidas a segunda e a terceira jornadas, nas quais a matéria foi novamente estudada e revisada, com a consolidação de 103 enunciados (BRASIL, 2019).

No âmbito legislativo, a Lei n. 12.401/11, que tratou da assistência terapêutica e da incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, inseriu na Lei n. 8.080/90 capítulo próprio acerca da assistência terapêutica e incorporação de tecnologia em saúde, no qual definiu no que consiste a assistência terapêutica integral – artigo 19-M, I - dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no artigo 19-P [relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS ou, de forma suplementar, pelos gestores estaduais e municipais].

Afora isso, estabeleceu que, nos termos do artigo 19-Q, “a incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS”.

Segundo a norma, o Conitec, composto por um representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde e de um representante, especialista na área, indicado pelo Conselho Federal de Medicina, deve analisar os medicamentos de acordo com as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso, bem como a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos

custos em relação às tecnologias já incorporadas (BRASIL, 2011).

Já em 2012, foi criado o Comitê Estadual de Monitoramento e Resolução das Demandas de Assistência da Saúde de Santa Catarina (Comesc), com o intento de elaborar estudos e propor medidas concretas e normativas para o aperfeiçoamento dos procedimentos, o reforço à efetividade dos processos judiciais e à prevenção de novos conflitos na área da saúde.

Integrado por representantes da Justiça Federal e Estadual, Ministério Público Federal e Estadual, Ordem dos Advogados do Brasil, Tribunal de Contas do Estado, Secretarias de Saúde do Estado e de Florianópolis, Conselho de Secretarias Municipais de Saúde, Defensoria Pública da União e do Estado, Federação Catarinense de Municípios, Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, Conselhos Regionais de Classe e outros segmentos do poder público, da sociedade civil e de comunidades interessadas, o Comesc busca soluções para conflitos na área da saúde, aprova enunciados e recomendações para orientar a solução de controvérsias.

A Recomendação n. 43, de 20 de agosto de 2013, do Conselho Nacional de Justiça recomendou aos Tribunais estaduais e federais a especialização de varas para processar e julgar ações que tenham por objeto o direito à saúde pública e a priorização de demandas relativas à saúde suplementar (BRASIL, 2013).

Em consonância com as discussões havidas na Audiência Pública n. 4 do Supremo Tribunal Federal e a Recomendação n. 31/2010, no ano de 2015 foi criado em Santa Catarina o Núcleo de Apoio Técnico/SC – NAT/SC, objeto do presente estudo, que será estudado posteriormente.

Em 6 de setembro de 2016, adveio a Resolução n. 238 do Conselho Nacional de Justiça (posteriormente ampliada pela Resolução n. 388/2021), que dispõe sobre a criação obrigatória e a manutenção, pelos Tribunais de Justiça e Tribunais Regionais Federais, de Comitês Estaduais da Saúde, bem como a especialização de vara em comarcas com mais de uma vara de fazenda Pública. Entre as atribuições dos comitês, destaca-se a missão de “[...] auxiliar os tribunais na criação de Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário (NAT-JUS), constituído de profissionais da Saúde, para elaborar pareceres acerca da medicina baseada em evidências, observando-se na sua criação o disposto no parágrafo segundo do artigo 156 do Código de Processo Civil Brasileiro” (BRASIL, 2016).

Já no mês de novembro de 2017, com o objetivo de capacitar os profissionais da área médica que compõem os Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário, o Conselho Nacional de Justiça e o Ministério da Saúde celebraram o Termo de Cooperação n. 21/2016, que criou o projeto Banco Nacional de Pareceres – Sistema E-NATJUS. No final do ano de 2018, foi firmado o segundo termo de cooperação, com o intento de proporcionar às assessorias dos

Tribunais, por meio de consultoria à distância, suporte técnico na área da saúde para a avaliação das demandas judiciais com pedido de tutela antecipada sob a alegação de urgência médica, denominado NAT-JUS Nacional.

O Provimento n. 84/2019 da Corregedoria Nacional de Justiça disciplinou o funcionamento do E-NATJUS, disponibilizando-o a todos os magistrados com competência para processar e julgar ações que tenham por objeto o direito à saúde, ainda que durante o plantão judicial, quando levados a decidirem sobre a concessão de determinado medicamento, procedimento ou produto. O sistema, quando o Tribunal local já dispuser de apoio técnico próprio, deve ser alimentado com as respectivas notas técnicas e poderá ser também consultado, por meio de decisão, para a análise de pedido de tutela antecipada sob a alegação de urgência.

Em 2018, considerando deliberação 77º Encontro do Colégio Permanente de Corregedores-Gerais dos Tribunais de Justiça, por meio do Provimento n. 14/2018 da Corregedoria-Geral de Justiça, o Tribunal de Justiça de Santa Catarina instituiu o Núcleo Monitoramento de Perfil de Demandas e Estatística (Numopede), voltado à coleta e análise de dados estatísticos sobre processos em trâmite que permitam a tomada de decisões com relação às ações de massa, a fim de, notadamente, planejar estratégias para a otimização do gerenciamento do estoque processual e de novas entradas, bem como impedir ou eliminar eventual uso predatório da jurisdição. Segundo o termo de abertura do projeto de criação do Numopede, uma primeira frente de atividade a ser desempenhada correspondia exatamente à análise de volumetria das classes e assuntos processuais de maior incidência, com destaque para a judicialização da saúde (SANTA CATARINA, 2018).

Apesar de todo o esforço das instituições públicas na última década, os indicadores de contínuo aumento da litigiosidade demonstram que ainda há muito a ser feito, inclusive para a popularização dos instrumentos já existentes. As Figuras 12 e 13, que retratam dados de 2019 constantes do estudo Judicialização da Saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução, do Conselho Nacional de Justiça, estampam o desconhecimento ou a pequena relevância dada pelos Tribunais às listas dos medicamentos padronizados e aos órgãos e mecanismos de apoio (NATs, Conitec e Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas).

Figura 12 – Menção às relações de medicamentos nos acórdãos

TRIBUNAL	RENAME	RENASES	REMUME
TJAC	4,167%	0,000%	0,000%
TJAL	4,411%	0,000%	0,000%
TJAM	4,598%	0,000%	0,000%
TJBA	3,371%	0,000%	0,562%
TJCE	0,471%	0,000%	0,000%
TJDF	1,190%	0,000%	0,000%
TJES	0,794%	0,000%	0,000%
TJMG	16,295%	0,000%	0,172%
TJMS	1,080%	0,000%	0,000%
TJMT	0,251%	0,000%	0,000%
TJPA	6,159%	0,242%	0,000%
TJPB	0,980%	0,000%	0,000%
TJPI	0,000%	0,000%	0,000%
TJPR	0,772%	0,000%	0,000%
TJRJ	5,035%	0,000%	0,000%
TJRN	4,569%	0,000%	0,000%
TJRO	50,000%	0,000%	0,000%
TJRR	0,000%	0,000%	0,000%
TJRS	5,699%	0,006%	0,006%
TJSC	6,715%	0,000%	0,000%
TJSP	2,739%	0,005%	0,005%
TRF1	0,000%	0,000%	0,000%
TRF4	10,324%	0,763%	0,000%
TRF5	0,000%	0,000%	0,000%
Total	4,065%	0,079%	0,005%

Fonte: Conselho Nacional de Justiça (2019)

Figura 13 – Menção ao Conitec, aos Protocolos e NATs nos acórdãos

TRIBUNAL	CONITEC	NAT	PROTOCOLOS
TJAC	0,00%	8,30%	3,40%
TJAL	0,00%	52,00%	0,00%
TJAM	0,00%	19,20%	2,30%
TJBA	1,40%	20,50%	3,70%
TJCE	0,00%	3,10%	0,50%
TJDF	0,00%	64,10%	5,90%
TJES	0,00%	3,20%	0,00%
TJMG	0,00%	21,80%	3,30%
TJMS	0,00%	16,20%	0,50%
TJMT	0,50%	48,90%	100,00%
TJPA	0,50%	19,30%	4,20%
TJPB	0,00%	11,40%	1,30%
TJPI	0,00%	6,10%	9,10%
TJPR	0,10%	7,50%	0,80%
TJRJ	0,30%	20,20%	2,10%
TJRN	0,00%	32,90%	2,60%
TJRO	11,40%	54,50%	6,80%
TJRR	0,00%	14,30%	0,00%
TJRS	1,90%	9,50%	10,80%
TJSC	0,00%	32,70%	3,80%
TJSP	0,10%	14,50%	5,00%
TRF1	0,00%	0,00%	0,00%
TRF4	2,30%	3,50%	13,40%
TRF5	0,00%	0,00%	0,00%
Total	0,70%	13,90%	6,60%

Fonte: Conselho Nacional de Justiça (2020)

Os números apresentados revelam que os Tribunais, ao decidirem os pleitos relativos à dispensação de medicamentos e aos outros insumos de saúde, quase não utilizam como parâmetros ou empregam como fundamentos os mecanismos existentes para o combate à judicialização e à racionalização do comprometimento de recursos públicos, a denotar a necessidade de aprimoramento e de divulgação, bem como capacitação do público-alvo.

3.3 SOLUÇÕES ADMINISTRATIVAS DOS MUNICÍPIOS DE JOINVILLE/SC, ARAGUAÍNA/TO E BRASÍLIA/DF

As dificuldades enfrentadas para conter o crescimento da judicialização do direito à saúde reclamam, além da disseminação dos instrumentos existentes, a adoção também de novas estratégias e campos de ação, notadamente na via administrativa. Nesse sentido, como modelos de êxito, foram trazidas as experiências desenvolvidas nos municípios de Joinville/SC, Araguaína/TO e Brasília/DF.

Em paralelo às medidas adotadas pelo União e pelo Estado de Santa Catarina, o município de Joinville, sensível ao crescente comprometimento das verbas públicas com o fornecimento de fármacos devido a demandas judiciais, instituiu no ano de 2016, por meio do Decreto n. 26.981/16, posteriormente alterado pelo Decreto n. 30.043/17, o Núcleo de Apoio Técnico (NAT-Jus).

Composto por médicos, farmacêuticos, advogado e servidores de apoio administrativo, além de outros colaboradores cadastrados, como médicos especialistas, nutricionistas e demais profissionais de saúde, o NAT do município de Joinville auxilia na prevenção e resolução administrativa de litígios, bem como oferece subsídios aos órgãos componentes do sistema de justiça.

Com efeito, além de dar apoio técnico aos magistrados, ao Ministério Público, à Defensoria Pública e aos advogados nas ações judiciais que envolvam o Sistema Único de Saúde das regiões Norte e Nordeste do estado de Santa Catarina, atua de forma preventiva, por meio do denominado Sistema de Prevenção e Resolução Administrativa de Litígios na Saúde.

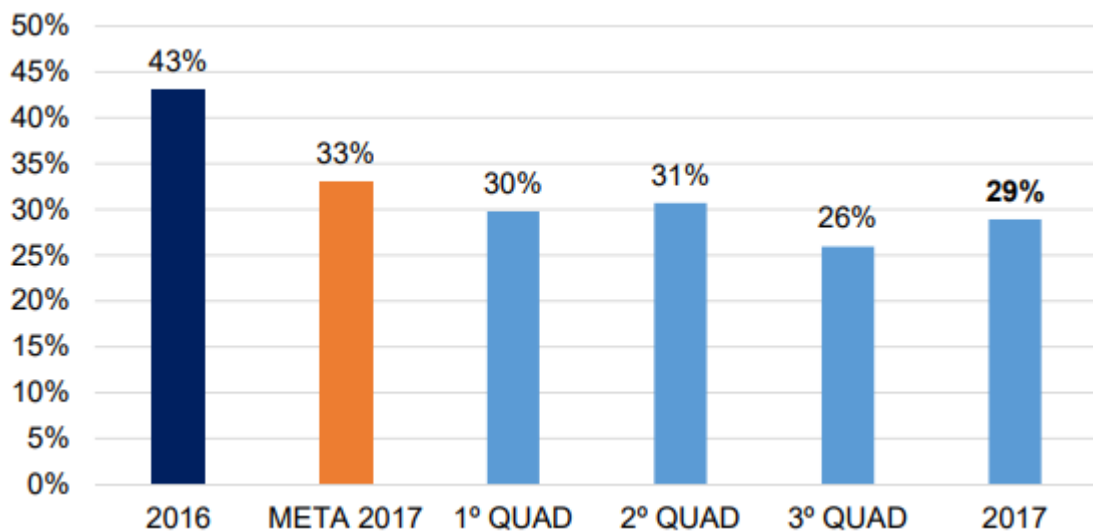
Conforme explica Ornelas (2018), juíza de direito que atuou na comarca de Joinville e desenvolveu estudo sobre o tema, no fluxo administrativo, o Ministério Público do Estado de Santa Catarina, a Defensoria Pública do Estado de Santa Catarina, o Ministério Público Federal, a Defensoria Pública da União, os Núcleos de Prática Jurídica das Faculdades de Direito, os advogados de usuários e as diversas unidades ou serviços componentes do Sistema Único de Saúde em Joinville podem formular requerimentos administrativos para o fornecimento de medicamentos e outros insumos.

Continua a autora (2018) afirmando que, instruído o pedido, a equipe técnica do NAT elabora parecer e, por fim, é proferida a decisão administrativa, que pode ser pelo deferimento, deferimento parcial, indeferimento, arquivamento ou encaminhamento do requerente ao ente público responsável pelo atendimento do pleito, caso não seja o município de Joinville. Se

constata a existência de alternativas terapêuticas, diagnósticas ou procedimentais, disponibilizadas pelo Sistema Único de Saúde, com relação custo-efetividade igual ou superior à apresentada pelo item solicitado, pode ser designada conciliação para viabilizar a resolução consensual do pedido.

Dessa forma, segundo o Relatório Anual de Monitoramento da Judicialização – 2017 da Secretaria Municipal de Saúde, no ano de 2017, o número de novas ações judiciais relativas à concessão de insumos de saúde foi reduzido em 23% com relação ao ano anterior e, considerados os anos de 2015, 2016 e 2017, a diminuição alcançou 31,63%. Durante o ano de 2017, os requerimentos administrativos corresponderam a 54,5% das demandas excepcionais recebidas pela Secretaria Municipal da Saúde de Joinville. Em 2016, correspondiam a 20,97. (JOINVILLE, 2017). A redução do número de ações judiciais conduziu ao menor comprometimento de recursos públicos, conforme estampa a Figura 14.

Figura 14 – Proporção de gastos com medicamentos devido a demandas judiciais



Fonte: Secretaria da Saúde de Joinville (2017)

Com a adoção de solução semelhante, o município de Araguaína tem apresentado números expressos de diminuição da judicialização por intermédio da atuação administrativa do seu Núcleo de Apoio Técnico.

Composto por equipe multidisciplinar, o NAT oferece subsídios técnicos à formação do juízo de convencimento dos magistrados e também atua de forma pré-processual como canal para a resolução administrativa das controvérsias, evitando a propositura da ação judicial.

Segundo relatórios comparativos, o município vivenciou nos últimos anos (dados de

2015 a 2017) redução no número de demandas judiciais. Sopesados os anos de 2016 e 2017, a quantidade de requerimento administrativos aumentou 14,92% e de processos judicializados diminuiu 25,83% (ARAGUAÍNA, 2017)

Já em Brasília, no mês de fevereiro de 2013 foi instituída a Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde (Camedis), por meio de portaria conjunta da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e Defensoria Pública do Distrito Federal, com o objetivo de buscar solução às demandas por serviços e produtos de saúde, evitando ações judiciais ou propor soluções para aquelas em trâmite.

Conforme explica Paim, Marqueto e Lopes, que desenvolveram pesquisa para avaliar a eficácia da mediação na resolução de conflitos entre a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e os usuários do Sistema Único de Saúde (2015), as demandas sanitárias, em sua grande maioria, são encaminhadas a Camedis que decidirá pelo atendimento da demanda em sua integralidade, atendimento parcial, consistente no oferecimento de alternativa terapêutica, ou não atendimento da demanda. Desde a instalação até a coleta dos dados, as pesquisadoras contataram índice de 85% de acordos e redução de 20% de ações judiciais.

4 REFLEXOS DA ATUAÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO TÉCNICO – NAT/SC NO ENFRENTAMENTO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

Os núcleos de apoio técnico, conforme exposto anteriormente, inserem-se entre os variados instrumentos de política pública destinados ao aprimoramento da prestação jurisdicional, notadamente ao enfrentamento da nítida multiplicação das demandas judiciais para a concessão de medicamentos e de outros insumos de saúde e da carência de parâmetros seguros para a salvaguardar todos os direitos fundamentais envolvidos.

Das atividades desenvolvidas pelos diversos núcleos existentes, destaca-se a função precípua, constante da Recomendação n. 31/2010 do Conselho Nacional de Justiça (2010), de disponibilizar apoio técnico, mediante a manutenção de equipe especializada na área da saúde e da assistência farmacêutica, para auxiliar os julgadores na formação de um juízo de valor quanto à apreciação das questões clínicas que lhes forem submetidas.

Apesar da interferência na solução das causas, os núcleos desempenham papel exclusivo de apoio técnico ao magistrado, de natureza meramente consultiva e não vinculativa. Dessa feita, ainda que os subsídios apresentados possam ser considerados suficientes pelo julgador, notadamente para a análise da medida de urgência, não substituem a perícia de que tratam os arts. 156 e 464 do Código de Processo Civil, tampouco se submetem aos seus pressupostos e procedimentos.

Em suma, nos processos judiciais voltados à concessão pelo Estado de insumo ou tratamento de saúde, após a distribuição da ação judicial, o respectivo núcleo de apoio técnico é instado por decisão ou, automaticamente, a oferecer parecer, manifestando-se, por exemplo, sobre o registro do medicamento na Anvisa, a inclusão nas listas públicas, a eficiência, a eficácia e o custo-efetividade e a existência de alternativa de menor custo ou padronizada.

Importa dizer que a adoção do instituto também desperta críticas e suspeitas. Comumente, os núcleos de apoio técnico são compostos por servidores do próprio Estado, destacados da respectiva Secretaria da Saúde, motivo pelo qual se questiona a isenção na formulação de pareceres que podem influenciar decisões judiciais e diminuir a probabilidade de êxito do postulante em reverter decisão administrativa.

Carneiro (2020) destaca, ainda, que o núcleo não acompanha o tratamento do paciente, desconhece seu histórico e sua avaliação clínica, não possuindo elementos suficientes para contrapor a prescrição do médico assistente, o que configura, aliás, infração ao artigo 52 do Código de Ética Médica - “Desrespeitar a prescrição ou o tratamento de paciente, determinados por outro médico, mesmo quando em função de chefia ou de auditoria, salvo em situação de

indiscutível benefício para o paciente, devendo comunicar imediatamente o fato ao médico responsável” (BRASÍLIA, 2010).

Ocorre que, além de inexistir desrespeito ao tratamento indicado pelo médico assistente, porquanto a manifestação dos núcleos objetiva auxiliar a análise do dever de o Estado fornecer o medicamento ou insumo pleiteado, os pareceres decorrerem de estudos técnicos.

Schulze (2019) pondera ser comum encontrar magistrados que conferem valor absoluto à prescrição médica, ao fundamento de que não possuem formação na área da saúde e que por isso não poderia negar uma liminar de um pedido formulado com base em uma receita médica.

Em consonância com assertiva do Ministro Villas Boas Cueva, lançada em evento sobre Judicialização de Saúde Suplementar promovido no Superior Tribunal de Justiça, o autor destaca que prescrição médica não é título executivo extrajudicial, motivo pelo qual não se deve conferir verdade absoluta quando se tratar de tecnologias ainda não incorporadas, sob pena de desequilíbrio no planejamento, na organização e nas políticas de saúde, até porque:

- a) os títulos extrajudiciais (cheque, nota promissória, duplicata, etc) dependem de lei, o que não se verifica no caso da prescrição médica;
- b) é alto o índice de prescrições médicas inadequadas. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS): “As estimativas apontam para que, a nível global, mais de metade de todos os medicamentos sejam prescritos, dispensados ou vendidos inapropriadamente e metade de todos os doentes não tomem a sua medicação como prescrito”;
- c) se o documento – prescrição médica – pode ser facilmente contestado, não se mostra razoável conferir ao mesmo instrumento exigibilidade imediata;
- d) a Lei 8080/90, no art. 19-Q, § 2º, incisos I e II, exige que a tecnologia em saúde tenha “evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança”, bem como exista “avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas”;
- e) o Superior Tribunal de Justiça fixou requisitos mais rigorosos no julgamento do Recurso Especial 1.657.156 (com recurso repetitivo) (2019, p. 166-167).

Ainda mais relevante, consoante estabelecem os mencionados artigos 19-M e 19-Q, ambos da Lei n. 8.080/90, e determinam as decisões prolatadas pelos Tribunais Superiores no julgamento das demandas repetitivas, a concessão de fármaco está condicionada, em regra, à conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado, bem como à demonstração de evidência científicas da sua pertinência, como a existência de registro na Anvisa para o uso postulado ou, excepcionalmente, em renomadas agências de regulação no exterior.

Como não deve haver campo para incertezas e discricionariedade, destaca-se o emprego da Medicina Baseada em Evidências, que “consiste numa técnica específica para atestar com o maior grau de certeza a eficiência, efetividades e segurança de produtos, tratamentos, medicamentos e exames que foram objeto de diversos estudos científicos, de modo que os verdadeiros progressos das pesquisas médicas sejam transpostos para a prática” (NETO; SCHULZE, 2015, p. 218).

Faria, Oliveira-Lima e Almeida-Filho descrevem que a expressão “baseada em evidências” se aplica à utilização de pesquisas na tentativa de ampliar o conhecimento médico e diminuir incertezas no processo clínico, por meio da permanente consulta às informações produzidas e validadas em pesquisas de epidemiologia clínica. Assim, “esse novo paradigma assistencial e pedagógico avalia a qualidade científica das informações nas áreas da saúde e representa a integração da experiência clínica, os valores do paciente e as evidências disponíveis ao processo decisório relacionado aos cuidados de saúde dos pacientes” (2021, p. 69).

Nesse contexto, Schulze e Gebran Neto (2015) explicam que, em conformidade com a medicina baseada em evidência, os níveis de evidência científica podem ser distribuídos em:

a) Nível 1 – Revisão sistemática e metanálise, promovida mediante a análise de artigos científicos de qualidade;

b) Nível 2 – Ensaio Clínico Randomizado Mega Trial, constituído por estudos comparativos entre dois grandes grupos de pacientes, distribuídos aleatoriamente, submetidos a diferentes tratamentos para a mesma moléstia;

c) Nível 3 – Ensaio Clínico Randomizado, composto pela avaliação de reduzido número de pacientes com pelo menos um ensaio clínico randomizado;

d) Nível 4 – Estudos Observacionais de Coorte, formado pelo estudo observacional de pacientes que possuem características, divididos em grupos segundo sua maior ou menor exposição a determinados fenômenos, com acompanhamento do prolongado período;

e) Nível 5 – Estudo de Caso Controle, composto pelo estudo comparativo de pacientes que possuem determinado desfecho e outras sem o mesmo desfecho, com o propósito de determinar fatores que possam ter causado a diferença entre os grupos;

f) Nível 6 – Estudo de Série de Casos ou Consecutivos, constituído por relatos de diversos casos envolvendo vários pacientes, com o intuito de informar um aspecto novo ou não amplamente conhecido de uma doença ou terapia; e

g) Nível 7 – Opinião de especialistas, fundado apenas na avaliação de um especialista.

Nesse contexto, pautada a atuação dos núcleos de apoio técnico na melhor ciência, com

a emissão de pareceres de acordo com as evidências científicas disponíveis, podem contribuir (de forma não vinculativa) para a decisão judicial, ainda que contrastem com a prescrição do médico assistente.

4.1 NÚCLEO DE APOIO TÉCNICO – NAT/SC

Inspirado pelas discussões havidas na Audiência n. 4 do Supremo Tribunal Federal e na Recomendação n. 31/2010 do Conselho Nacional de Justiça, o Estado de Santa Catarina e o Tribunal de Justiça de Santa Catarina celebraram o Convênio n. 174/2015, dando origem ao Núcleo de Apoio Técnico – NAT/SC, com o objetivo de fornecer subsídios técnicos aos magistrados nas ações oriundas das comarcas conveniadas que busquem compelir o primeiro ao fornecimento de medicamentos e de componentes.

Assim, o núcleo atua como mecanismo de caráter consultivo, vinculado à Consultoria Jurídica da Secretaria de Estado da Saúde, para a elaboração de documentos técnicos, de acordo com o caso concreto submetido ao Juízo e as evidências científicas aplicáveis.

Inicialmente, o convênio previa a atuação nas ações oriundas das comarcas da capital e da Grande Florianópolis, com início em São José e Palhoça, com a promessa de extensão a outras comarcas de forma gradativa e de acordo com a disponibilidade do NAT/SC. Depois do advento de quatro termos aditivos, o convênio abrange atualmente as comarcas de São José, Palhoça, Pomerode, Fraiburgo, Urubici, Gaspar, Itapema, Xanxerê, Jaraguá do Sul, Porto Belo, Sombrio e Blumenau (SANTA CATARINA, 2015).

Consoante a Cláusula terceira do ajuste, são atribuições da Secretaria de Estado da Saúde responder à solicitação formulada pelo Tribunal de Justiça, em meio eletrônico, na forma de parecer a ser elaborado de forma individualizada, com base no caso concreto, composto das seguintes informações:

- a) Apresentação da linha terapêutica padronizada no SUS para a patologia correspondente à Classificação Internacional de Doenças (CID) do paciente, com base na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde (MS), na Relação Estadual de Medicamentos (REME) e nas Relações Municipais de Medicamentos Essenciais (REMUMEs), as quais elencam medicamentos disponíveis no âmbito municipal.
- b) Situação do pedido de análise ou parecer da solicitação de incorporação do medicamento pleiteado, junto à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS (CONITEC), assistida pelo Departamento de Gestão e

Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS), que tem por objetivo assessorar o Ministério da Saúde.

c) Pesquisa de registro do medicamento na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde.

d) Manifestação sobre o reconhecimento do medicamento pleiteado pela comunidade científica mundial, com base em pesquisa técnico-científica em bancos de dados de consulta de literatura biomédica relevante para a prática clínica.

e) Apresentação, sempre que possível, de um estudo comparativo de eficácia, efetividade e segurança, além da comodidade de uso e outros fatores, com as tecnologias já padronizadas no SUS, para a patologia (CID) apresentada, baseado em dados obtidos em literatura técnico-científica especializada e órgão oficiais.

f) Análise técnica da documentação relacionada à patologia (CD) apresentada, tais como exames que comprovem a patologia, laudos/relatos médicos, receituário, termo de consentimento/esclarecimento e tudo o que esteja envolvido com a patologia e medicamento solicitado.

g) Análise técnica sobre o decurso da doença, tempo de tratamento, dose prescrita, com base nas características clínicas do paciente, características farmacológicas do medicamento, fundamentado em informações técnicas específicas disponíveis em literatura confiável.

h) Análise sobre a prescrição que subsidiou o pedido de liminar, observando se ela utilizou a legislação vigente para os medicamentos genéricos e se existe possibilidade de substituição (SANTA CATARINA, 2015).

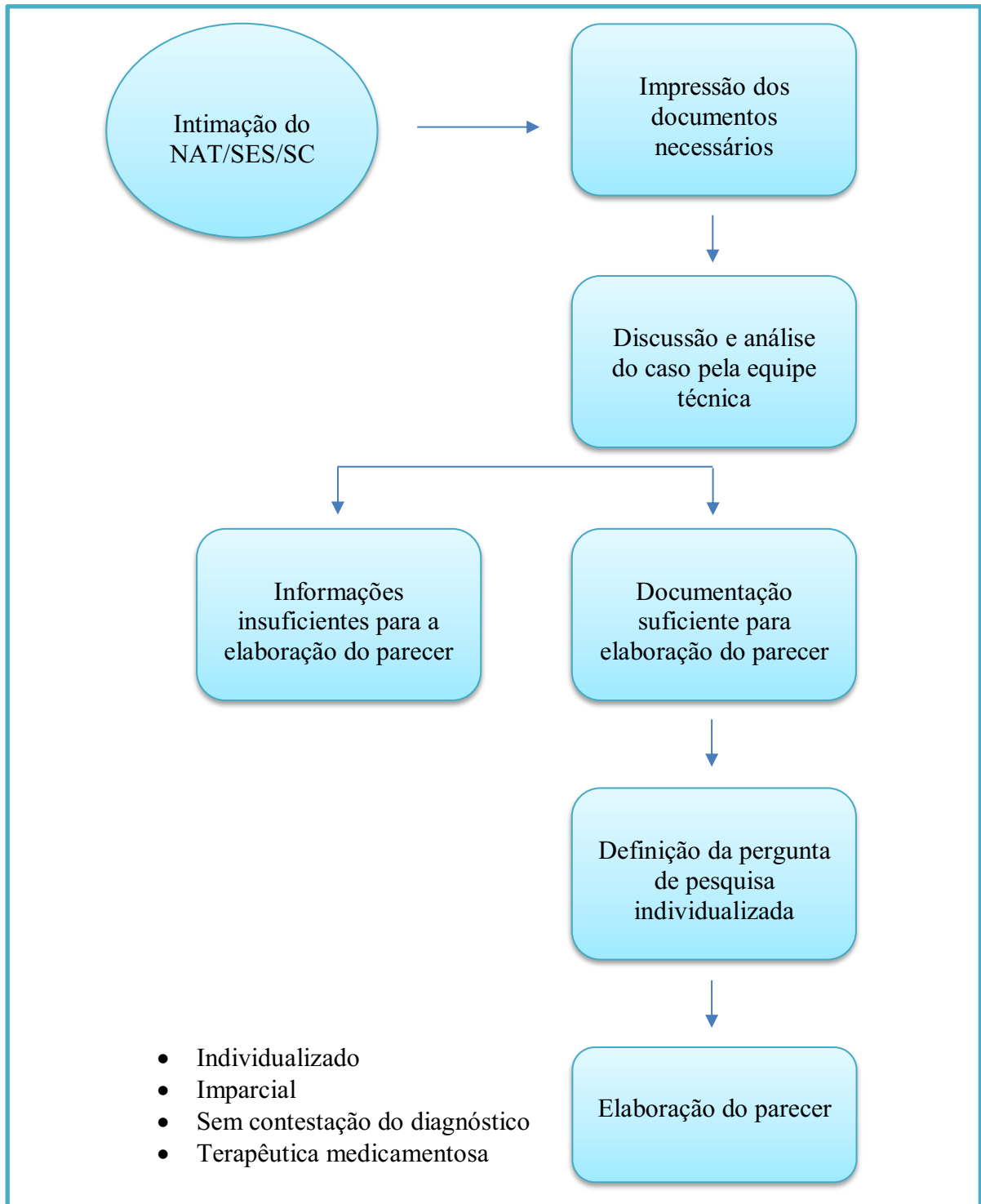
Afora a elaboração de pareceres técnico-científicos individualizados, cabe ao NAT/SC a coordenação e a alimentação da plataforma digital CEOS, que congrega informações técnicas para orientar operadores do direito e integrantes das regionais de saúde do Estado de Santa Catarina, elabora notas técnicas de caráter informativo e promove a capacitação dos atores envolvidos nos pleitos administrativos e judiciais voltados às demandas de saúde.

O Convênio estabelece ainda que as solicitações encaminhadas ao NAT/SC devem ser respondidas no prazo de 72h, podendo ser dilatado em razão da complexidade do caso concreto, contados da abertura da agenda eletrônica compartilhada, que tem início às 13h e encerramento às 16h dos dias em que houver expediente. A duração inicial de 60 meses do ajuste foi prorrogada até o dia 19 de novembro de 2025.

Conforme noticiou a Rede NATjus (2020), em outubro de 2020, o NAT/SC contava com treze farmacêuticos, cinco médicos e um técnico-administrativo, todos servidores públicos estaduais da Secretaria de Estado da Saúde. São confeccionados, em média, 115 pareceres técnicos ao mês, notadamente para instrumentalizar ações judiciais em que a parte autora objetiva o fornecimento de fármacos das especialidades da oncologia, da endocrinologia e da oftalmologia.

De acordo com as informações constantes do Processo Administrativo SEI n. 7837/2017, secundadas pela equipe técnica farmacêutica do NAT/SC, a dinâmica de trabalho pode ser resumida no seguinte fluxograma:

Gráfico 1 – Dinâmica de trabalho técnico do NAT/SC

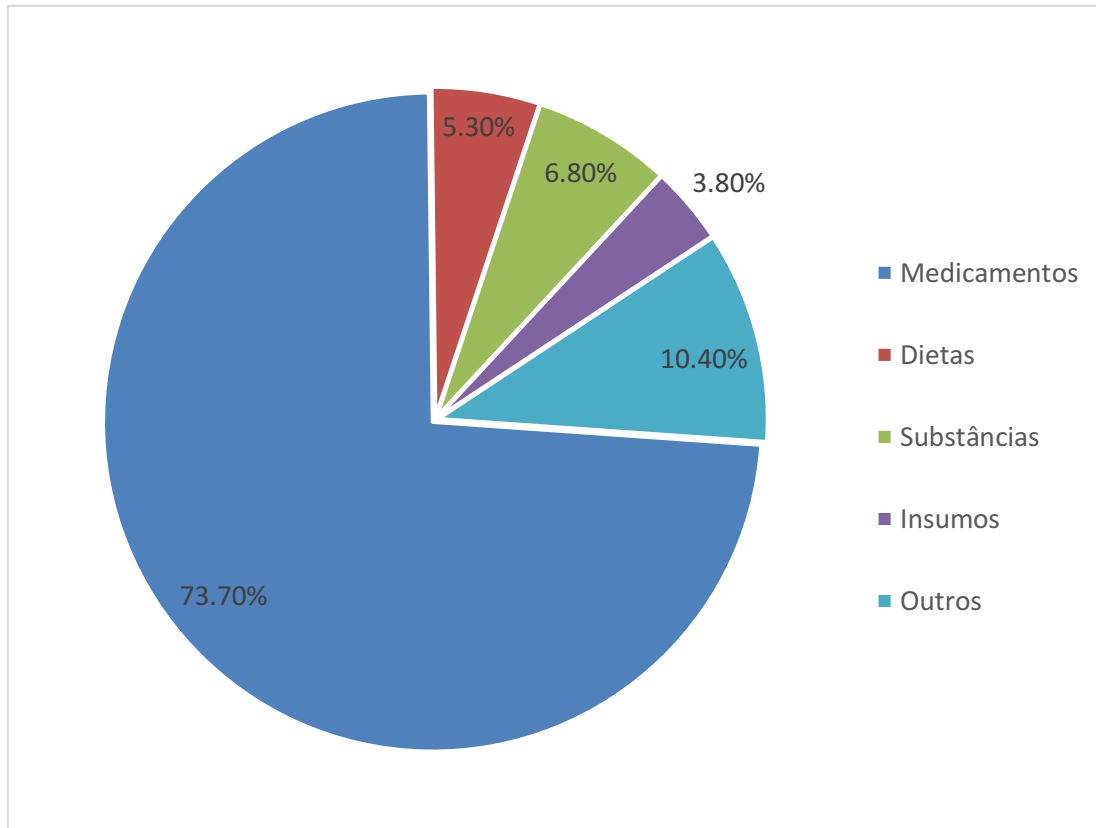


Fonte: Processo administrativo do TJSC n. 7837/2017

A elaboração dos pareceres demanda a consulta a diversas fontes administrativas e, principalmente, científicas de informação. Segundo a equipe técnica farmacêutica (2017), o NAT/SC principia com a consulta ao registro e às indicações terapêuticas (Anvisa e agências regulatórias de outros países), seguida da definição da estratégia de busca no Sistema On-line de Busca e a Análise de Literatura Médica (Medline) (base de dados bibliográficos da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos), seleção das melhores evidências científicas com base na pergunta de pesquisa individualizada, consulta a sociedades médicas, literatura especializada e UptoDate (base de dados com informações médicas), tanto nacionais como internacionais, consulta às relações oficiais de medicamentos padronizados (Rename, Remune e PCDT), consulta aos sistemas de gerenciamento da Secretaria de Estado da Saúde, por meio dos sistemas Medjud e Sismedex, consulta às agências recomendatórias (Conitec e agências de outros países) e consulta aos alertas sanitários, colhidos da Anvisa e de outras instituições similares situadas em outros países, como Canadá, Austrália, Inglaterra, Estados Unidos e Comunidade Europeia.

Consoante a base de dados do NAT/SC, que instruiu o Processo Administrativo SEI n. 7837/2017, quase 75% das solicitações de informações técnicas no ano 2016 trataram do fornecimento de medicamentos (133 pareceres), como ilustra o Gráfico 2:

Gráfico 2 – Terapêuticas analisadas pelo NAT/SC no ano de 2016



Fonte: Processo administrativo do TJSC n. 7837/2017

Durante a tramitação do Processo Administrativo SEI n. 7837/2017, que avaliava a ampliação das comarcas incluídas no convênio, a Corregedoria-Geral da Justiça do Estado de Santa Catarina colheu relatos das assessorias das unidades jurisdicionais atendidas, os quais dão conta da contribuição dos serviços prestados. Vale pinçar (2017):

Sombrio, 1ª Vara: a assessoria relatou que o auxílio do NAT superou as expectativas e vem apresentando um trabalho técnico bem elaborado; relatou que o auxílio é eficaz e atende os prazos previstos no Convênio n. 174/2015, destacando-se que os pareceres do núcleo possuem alto conteúdo teórico eliminando tempo significativo de estudos para a resolução do caso; acrescentou não haver ponto desabonador ao trabalho desenvolvido.

Porto Belo, 2ª Vara: o apoio facilita o processo preliminar de estudos e elimina liminares desnecessárias; os prazos previstos para a resposta são cumpridos; a juíza da unidade emitiu portaria elencando os requisitos necessários para a instrução do processo, fazendo com que muitas das remessas ao NAT não sejam necessárias; o único ponto desabonador fica por conta da prática que vem sendo adotada pelo núcleo de solicitar esclarecimentos ao médico do autor quando existente, fato que acaba impactando na celeridade do processo.

Jaraguá do Sul, Vara da Fazenda Pública: segundo relatado pela

assessoria, o aporte dado pelo Núcleo Técnico merece reconhecimento e ampliação, sobretudo porque há deficit de peritos que atuam nessa área; os pareceres vêm suprindo a carência de dados técnicos inerentes às ações com essa característica; relatou que há número considerável de laudos inconclusivos, sugerindo-se melhorias nesse ponto.

Xanxerê, 2ª Vara Cível: como pontos positivos, destacam-se a operação eficiente, a redução considerável de ações e a imparcialidade dos pareceres técnicos. Os laudos são boas fontes de pesquisa e de apoio ao magistrado; os prazos são cumpridos na íntegra, sem objeções. Como curiosidade, houve questionamento pela unidade da permanência do programa, já que este vem sendo muito proveitoso para a comarca.

Itapema, 2ª Cível: a unidade ressaltou que o apoio é muito importante no desenvolvimento do processo; os pareceres são extremamente fundamentados, o que auxiliam na análise mais detalhada dos pedidos; relata redução considerável de entrada de processos, mas ainda não sabe informar se isso decorre do trabalho que vem sendo feito; um ponto que merece melhoria é o quesito cumprimento de prazos, pois há atrasos no envio dos pareceres pelo NAT, o que, em certos casos, demanda análise pelo magistrado sem a manifestação preliminar do núcleo.

Gaspar, 2ª Vara: a unidade indicou que o programa vem atendendo bem a demanda da vara, não havendo melhorias a sugerir.

Urubici, Vara Única: de acordo com a assessoria o auxílio vem sendo prestado de forma rápida e satisfatória; o acesso é feito por meio de correio eletrônico, o que facilita a rápida comunicação entre os envolvidos; os prazos vêm sendo cumpridos conforme regras ditadas no convênio; para a unidade, o NAT apresenta pareceres elucidativos, dando a segurança necessária para ações dessa natureza.

Fraiburgo, 2ª Vara: o apoio vem sendo prestado convincentemente e eventuais melhorias cairiam na questão da observância do prazo de resposta exigido, ressaltando-se, contudo, que este não é um fator desabonador da ótima atuação do núcleo técnico.

Com efeito, quanto instado pelo Juízo, nas comarcas participantes do convênio, o NAT/SC estuda individualmente o caso concreto, que geralmente cuida da dispensação pelo Estado de medicamento negado administrativamente, e, com base nas melhores evidências científicas e na estrutura do Sistema Único de Saúde, confecciona parecer técnico que compreende a apresentação da linha terapêutica padronizada, a situação do pedido de incorporação do medicamento eventualmente pretendido, a existência de registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), o reconhecimento do fármaco pleiteado pela comunidade científica mundial e estudo comparativo de eficácia, comodidade de uso e custo orçamentário com as tecnologias padronizadas, entre outras informações para contribuir com a prolação da decisão mais acertada, como pode ser constatado do modelo figurativo de nota técnica inserido no Anexo A.

4.2 DADOS COLETADOS

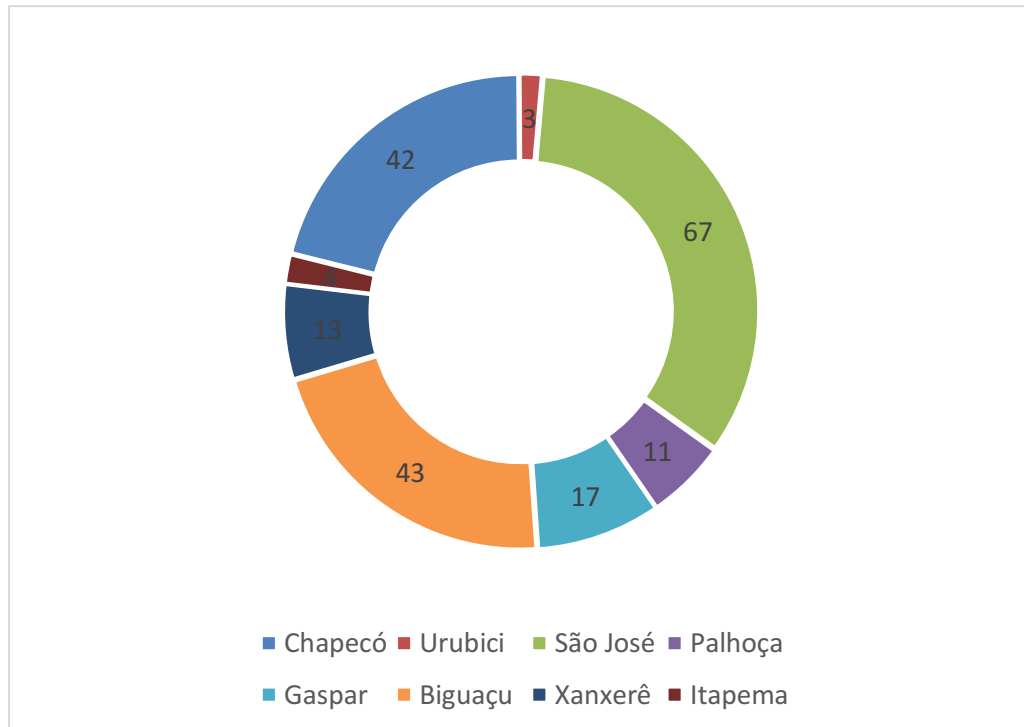
Conforme ressaltado alhures, o estudo de caso dedicou-se ao NAT/SC e às demandas judiciais em tramitação ou que tramitaram em unidades jurisdicionais de Primeiro Grau do Poder Judiciário de Santa Catarina. Por meio de consulta aos dados do Sistema Eproc e do Sistema de Automação da Justiça (SAJ), foram extraídos elementos para avaliar as características e os reflexos da atuação do NAT/SC nas demandas voltadas à dispensação de medicamentos pelo Estado de Santa Catarina.

Para a composição do banco de dados, por intermédio da Corregedoria-Geral da Justiça do Estado de Santa Catarina, foi extraído dos sistemas informatizados relatório composto pelas ações distribuídas entre os anos de 2015 a 2019, nas comarcas de Biguaçu, Chapecó, Gaspar, Itapema, Palhoça, São José, Urubici e Xanxerê, classificadas pelos assuntos, de acordo com a padronização do Conselho Nacional de Justiça, tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos (Prescrição por médico não vinculado ao SUS e Medicamento/Tratamento/Cirurgia de eficácia não comprovada) e fornecimento de medicamentos, bem como contavam com o Estado de Santa Catarina no polo passivo, como parte principal ou litisconsorte, e não figuravam em segredo de justiça.

Organizados em ordem decrescente de distribuição, foram selecionados, dentre as comarcas participantes da seleção, 100 (cem) processos em que houve a contribuição do Núcleo de Apoio Técnico e, para fins comparativos, 100 (cem) processos em que os magistrados não contaram com os pareceres técnicos. A amostra alcançou o número necessário e acabou composta por processos distribuídos apenas no ano de 2019, estampado no Apêndice A.

A quantidade de ações pertencentes a cada comarca participante pode ser visualizada no Gráfico 3:

Gráfico 3 – Processos selecionados por comarca



Fonte: Elaborado pelo autor

Das unidades jurisdicionais selecionadas, propositadamente espelhadas pelo Estado de Santa Catarina, Biguaçu e Chapecó ainda não figuram no convênio para o atendimento pelo NAT/SC. As demais, Gaspar, Itapema, Palhoça, São José, Urubici e Xanxerê fazem parte do programa, ainda que eventualmente algumas demandas judiciais examinadas não tenham contado com o auxílio técnico por motivos extraordinários e peculiaridades do respectivo caso concreto.

Por meio do exame individualizado dos processos selecionados, foram tabulados os seguintes dados: comarca de origem, vara, data da distribuição, classe processual, parte ativa, medicamento solicitado, tipo de medicamento, existência de parecer técnico, tempo transcorrido para o atendimento da solicitação pelo NAT/SC, decisão judicial proferida, congruência do decido com a manifestação técnica e menção do parecer na decisão judicial, conforme pode ser observado no Apêndice A.

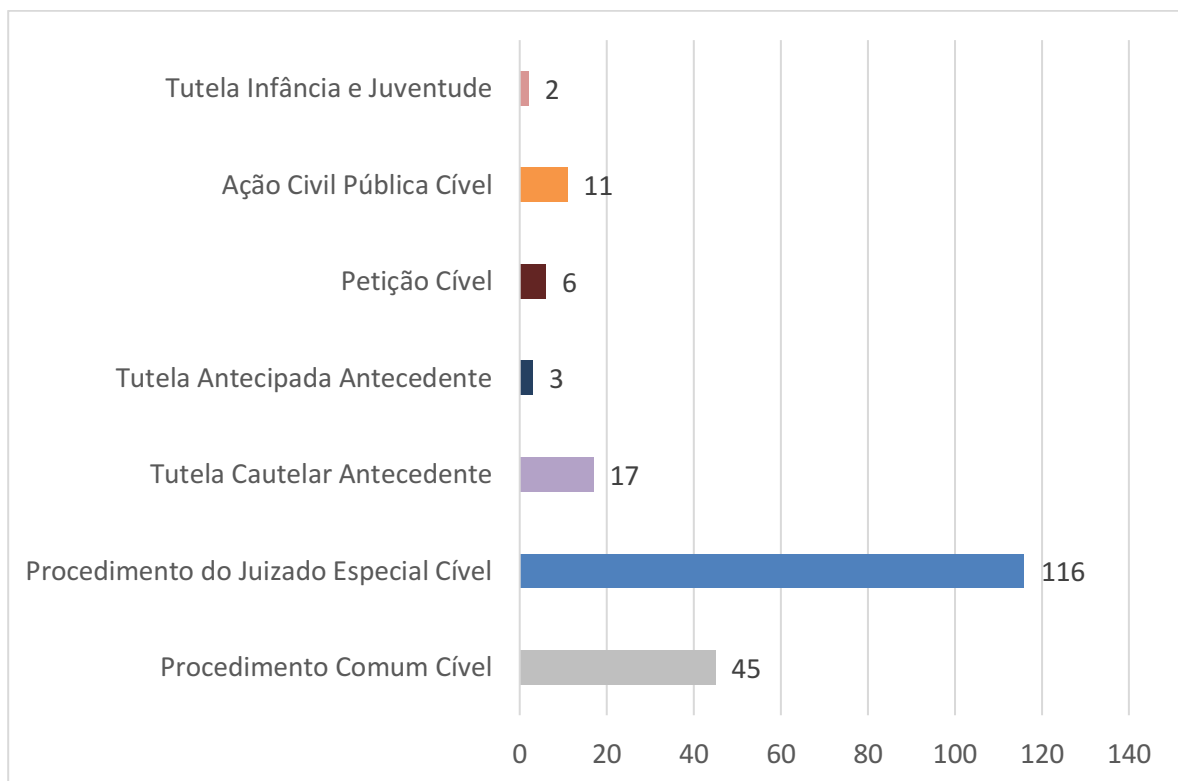
4.3 RESULTADOS ENCONTRADOS

Com a análise dos dados coletados, foi possível identificar o perfil das demandas selecionadas, a atuação do NAT/SC e como os pareceres técnicos influenciaram a tramitação processual e a solução conferida ao caso concreto.

Conhecer as características das demandas, como a natureza do medicamento postulado e a qualidade da representação processual, permite às Instituições Públicas interessadas, notadamente ao Poder Executivo e ao Poder Judiciário, definir estratégias para racionalizar a judicialização do direito à saúde, tanto na prevenção, mediante a alocação de recursos e o estudo e a padronização de tecnologias, como na solução dos litígios.

A classe processual ou o procedimento adotado pela parte para propositura da ação judicial pode ser visualizada no Gráfico 4, que demonstra a ampla preferência da tramitação de processos no âmbito dos juizados especiais, com 58% das ocorrências. A predominância dessa porta de acesso à justiça sugere que a maior parcela dos fármacos postulados se ajusta aos limites legais de valor para a tramitação nos juizados especiais, cíveis e da fazenda pública, previstos nos arts. 2º da Lei n. 12.153/09.

Gráfico 4 – Processos selecionados por classe processual ou procedimento



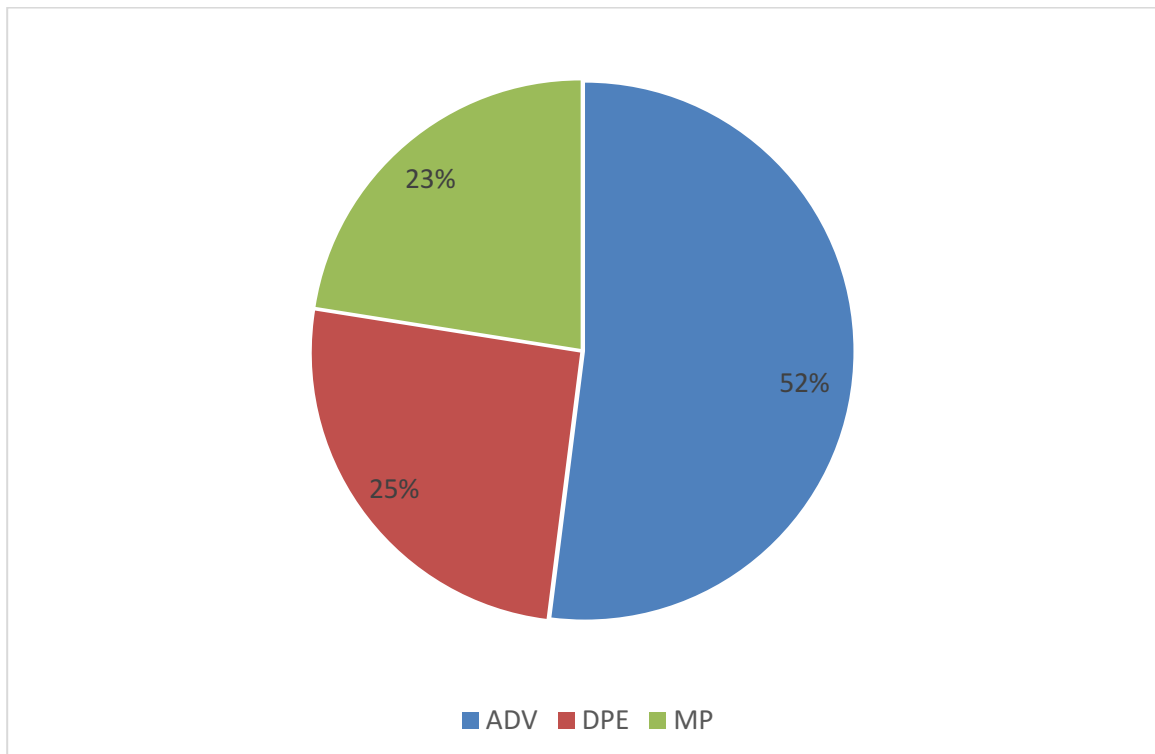
Fonte: Elaborado pelo autor

Esse achado transparece uma aparente mudança no perfil das demandas identificado pelo Conselho Nacional de Justiça, com dados referentes aos anos de 2013 e de 2014, na mencionada auditoria operacional TC 016.757/2015-7 (Figura 6), no qual prevalecia a adoção do procedimento comum ordinário, embora o Estado de Santa Catarina já se destacasse pela utilização do rito sumaríssimo.

A maior quantidade de processos tramitando nos juizados especiais não permite a conclusão, no entanto, de que de lá provêm o maior dispêndio de recursos públicos. Como bem demonstrou a Figura 8, extraída da auditoria do Tribunal de Contas da União, os dezenove medicamentos mais demandados nos anos de 2013, 2014 e 2015 representaram cerca de metade dos gastos públicos.

O Gráfico 5 estampa, de acordo com demandas judiciais analisadas, quais foram as Instituições que representaram a parte postulante e, assim, impulsionaram a judicialização da saúde em face do Estado de Santa Catarina.

Gráfico 5 – Processos selecionados por representação judicial ou procedimento



Fonte: Elaborado pelo autor

Os achados sobre a natureza da representação processual, especialmente associados aos que tratam da via de acesso, revelam a ampla incidência de pedidos individuais, formulados por ou em benefício de apenas uma ou poucas pessoas identificadas, em detrimento das ações

coletivas, a despeito da destacada atuação do Ministério Público, responsável por quase um quarto das demandas.

A participação da Defensoria Pública do Estado de Santa Catarina, ainda pouco relevante nos anos de 2013 e 2014, segundo dados coletados pelo Tribunal de Contas da União (Figura 7), dada a recente criação por meio da Emenda Constitucional Estadual n. 62/2012 e da Lei Complementar Estadual n. 575/2012, saltou de 6,1% para os 25% expostos no Gráfico 4.

A fatia impulsionada pela Defensoria Pública do Estado permite, também, avaliar o perfil dos representados nas ações judiciais, porquanto a assistência gratuita destina-se aos necessitados, que comprovarem insuficiência de recursos (arts. 5º, LXXIV, e 134, ambos da Constituição Federal), assim considerados aqueles que, em regra, possuam renda familiar mensal não superior a três salários-mínimos, não sejam proprietários de titulares de bens móveis, imóveis ou direitos com valores acima de 150 salários-mínimos ou aplicações financeiras superiores a 12 salários-mínimos (Resolução n. 15/2014, do Conselho da Defensoria Pública do Estado de Santa Catarina).

Os advogados constituídos e dativos, não integrantes de instituições públicas, representaram, aproximadamente, metade das partes que foram ao Poder Judiciário para compelir o Estado de Santa Catarina à dispensação de medicamentos. Interessante destacar que, dos 45 processos que tramitaram no procedimento comum ordinário, desconsiderados para controle aqueles que receberam as classes de petição cível, tutelas cautelar e antecipada antecedente, 39 contaram com a atuação da advocacia privada. De outro lado, em manifesto contraste, 83% das ações judiciais patrocinadas pela Defensoria Pública, mantidos os parâmetros, seguiram o procedimento dos juizados especiais.

A Tabela 1, que contempla os medicamentos solicitados, destaca a incidência de alguns deles, como as insulinas, bem como demonstra uma grande dispersão.

Tabela 1 – Medicamentos solicitados

Medicamento	Qtd	Medicamento	Qtd	Medicamento	Qtd
Ranibizumabe	18	Abiraterona	1	Linagliptina	1
Aflibercepte	12	Ácido zoledrônico	1	Lixdexanfetamina	1
Enoxaparina	12	Adalimumabe	1	Lixiana	1
Insulina (Glargina,	12	Amytril	1	Lurasidona	1

Degludeca, Lispro)					
Adalimumabe	6	Aristab	1	Macrogol	1
Micofenolato de Mofetila	6	Azacitidina	1	Mirtazapina	1
Risperidona	6	Azatioprina	1	Naltrexona	1
Omalizumabe	5	Baclofeno	1	Nebivolol	1
Oxcarbazepina	5	Beclometasona	1	Nivolumab	1
Pembrolizumabe	5	Bendamustina	1	Olanzapina	1
Pregabalina	5	Benralizumabe	1	Oscal	1
Rituximabe	5	Bisoprolol	1	Palbociclibe	1
Teriparatida	5	Brentuximabe	1	Panitumumab	1
Apixabana	4	Calcitriol	1	Pertuzumabe	1
Brometo de tiotrópio	4	Canabidiol	1	Pregabalina	1
Rivaroxabana	4	Carbolitium	1	Ribavirina	1
Solifenacina	4	Celija	1	Ribociclibe	1
Bevacizumabe	3	Ciclosporina	1	Rosuvastatina	1
Esilato de nintedanibe	3	Cloridrato de duloxetina	1	Sacubitril	1
Glicopirrônio	3	Codeína	1	Sandrema	1
Levetiracetam	3	Condroitina	1	Savile	1
Quetiapina	3	Daclastavir	1	Sofosbuvir	1
Bortezomibe	2	Desvenlafaxina	1	Somatropina	1
Dabigatrana	2	Dexametasona	1	Succinato de Solifenacina	1
Denosumabe	2	Diosmina	1	Termozolamida	1
Glicazida	2	Eltrombopag	1	Ticagrelor	1
Latuda	2	Empaglifozina	1	Tolterodina	1
Micofenolato de sódio	2	Escitalopram	1	Tolvaptam	1
Ribociclib	2	Glicosamina	1	Topiramato	1
Roflumilaste	2	Hepa-Merz	1	Tracolimo	1
Secuquinumabe	2	Hesperidina	1	Trimebutina	1
Tegretol	2	Iloprostá	1	Umeclidinio	1
Tracolimo	2	Imbruvica	1	Ustecinumab	1

Umeclidíneo	2	Indacaterol	1	Valganciclovir	1
XigDuo	2	Infliximabe	1	Valsartana	1
Zolpidem	2	Lactulose	1	Vandetanibe	1
Vatis	1	Venlafaxina	1	Ziprosidona	1

Fonte: Elaborado pelo autor

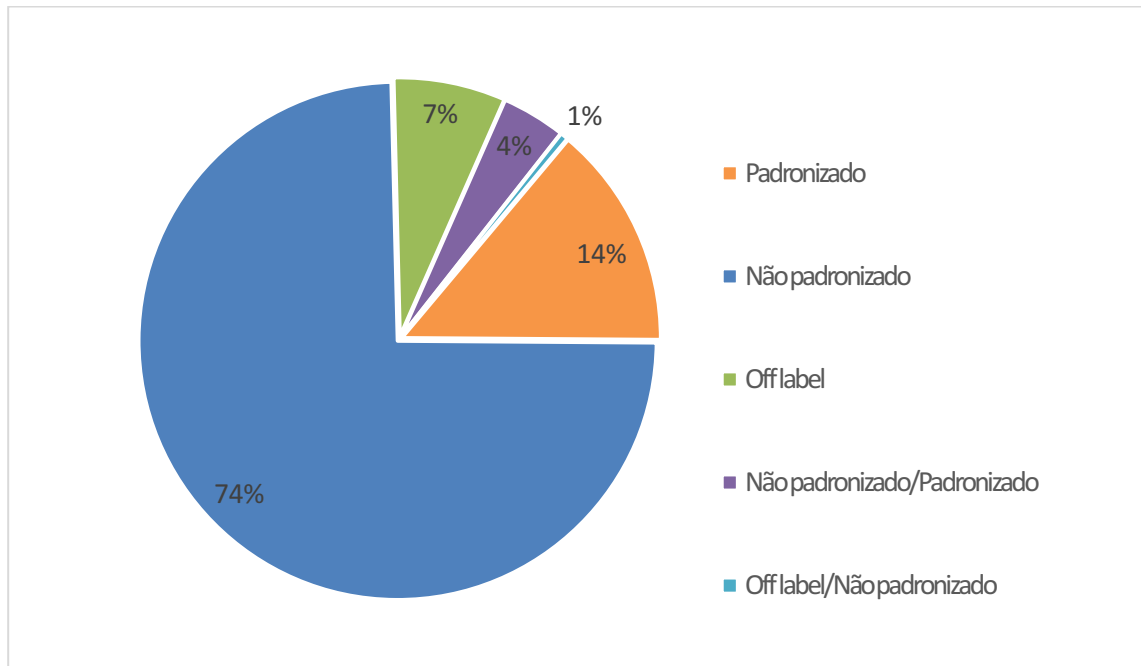
A diversidade de fármacos pleiteados pela via judicial constitui um agravante do quadro caótico de litigiosidade, haja vista que, precedente a demanda, a Administração Pública é compelida à aquisição, por intermédio de procedimento licitatório de sucesso duvidoso, de única unidade ou pequena quantidade de determinado produto. Além do gasto administrativo decorrente da multiplicidade de certames e procedimentos de compra, os valores alcançados podem não ser os mais atrativos. O quadro piora quando a determinação judicial especifica a marca do medicamento.

A incorporação da tecnologia ao Sistema Único de Saúde, passando o medicamento a constar na lista dos medicamentos do ente público, é decisiva para o atendimento dos pedidos dos pacientes, seja na esfera administrativa, seja na via judicial. Como se viu, de acordo com os critérios cunhados pelos Tribunais Superiores, a informação acerca da padronização do fármaco postulado importa para a definição das partes, da competência e dos pressupostos para o sucesso da pretensão levada a Juízo. Se o medicamento ainda não figura como política pública prometida pelo Estado, a União deve ser incluída no polo passivo da demanda, com a consequente remessa dos autos à Justiça Federal, e a concessão pressupõe prova da hipossuficiência financeira de arcar com os custos do tratamento.

Denota-se, do Gráfico 6, que cuida do tipo de medicamento solicitado, a predominância dos medicamentos não padronizados, que constituem o objeto de quase 75% das demandas judiciais examinadas. Além disso, a esse número expressivo, podem ser somados os medicamentos para uso *off label*, que totalizaram 7% das ocorrências, assim classificados aqueles que foram postulados para uso diverso daquele constante do registro na Anvisa ou para o qual acabaram padronizados.

Por outro lado, a judicialização de itens padronizados revela a não ineficiência ou a lentidão do Estado em incorporar nova tecnologia, senão a existência de falhas na gestão das ações e dos serviços de saúde prometidos.

Gráfico 6 – Tipo de medicamento solicitado



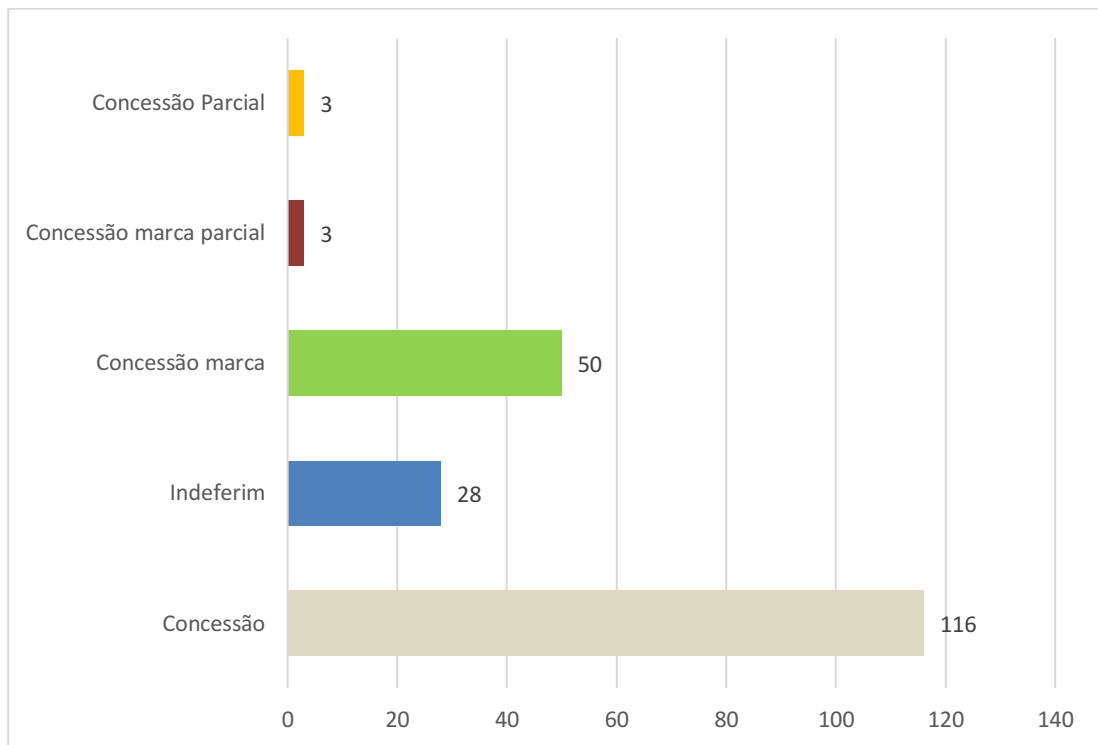
Fonte: Elaborado pelo autor

Explica-se que a qualificação dos medicamentos apresentados, divididos conforme a incorporação da tecnologia, reflete o momento da propositura da ação judicial e, principalmente, da análise do pleito de urgência pela autoridade judiciária, a qual foi promovida nos processos selecionados ao longo do ano de 2019.

Essa advertência é relevante para a fidedignidade dos dados coletados, porquanto a Comissão Nacional de Incorporação de Novas Tecnologias em Saúde no SUS (Conitec) desenvolve trabalho contínuo para a avaliação de novas drogas e para a atualização das listas e dos serviços padronizados. Por exemplo, os dois medicamentos mais postulados nas demandas estudadas, os antiangiogênicos Aflibercepte e Ranibizumabe, foram incorporados neste ano de 2021, conforme a Portaria n. 18, publicada no Diário Oficial da União do dia 10/5/2021, da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde do Ministério da Saúde, para o tratamento de Degeneração Macular Relacionada à Idade (DMRI) neovascular em pacientes acima de 60 anos.

Examinadas as 200 demandas judiciais selecionadas, confirmou-se a constatação do Conselho Nacional de Justiça (Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução) e do Tribunal de Contas da União (Auditoria Operacional TC 016.757/2015-7), exposta nos estudos mencionados, do alto índice de sucesso dos postulantes na concessão das liminares.

Gráfico 7 – Decisão judicial adotada



Fonte: Elaborado pelo autor

Os dados coletados demonstram que, em apenas 14 % dos casos, a medida de urgência, consistente na pronta dispensação do fármaco perseguido, foi indeferida pelo Juízo de Primeiro Grau. A providência foi concedida integralmente em 83% dos processos estudados e parcialmente em outros 6%.

Em 25% dos casos, concedeu-se a liminar e especificada a marca do medicamento. Reprisa-se que a ordem de dispensação do medicamento pela marca aumenta o gasto público, pois torna mais difícil e onerosa a aquisição, com a necessidade de mais procedimentos públicos para a compra de determinado princípio ativo, menor competitividade e, comumente, maior preço. Nem sempre, no entanto, a prática é relevante, uma vez que alguns medicamentos possuem produtor único. Quanto cotejados os dados sobre a decisão judicial adotada e a participação do NAT/SC, constata-se que o índice de concessão da providência de urgência é igualmente alto, porém se acentua quando os julgadores não contam com as informações do parecer técnico.

Consoante a Tabela 2, a liminar foi concedida em 91% dos casos em que não houve a manifestação do NAT/SC, enquanto esse total caiu para 75%, quando a decisão foi precedida do exame técnico.

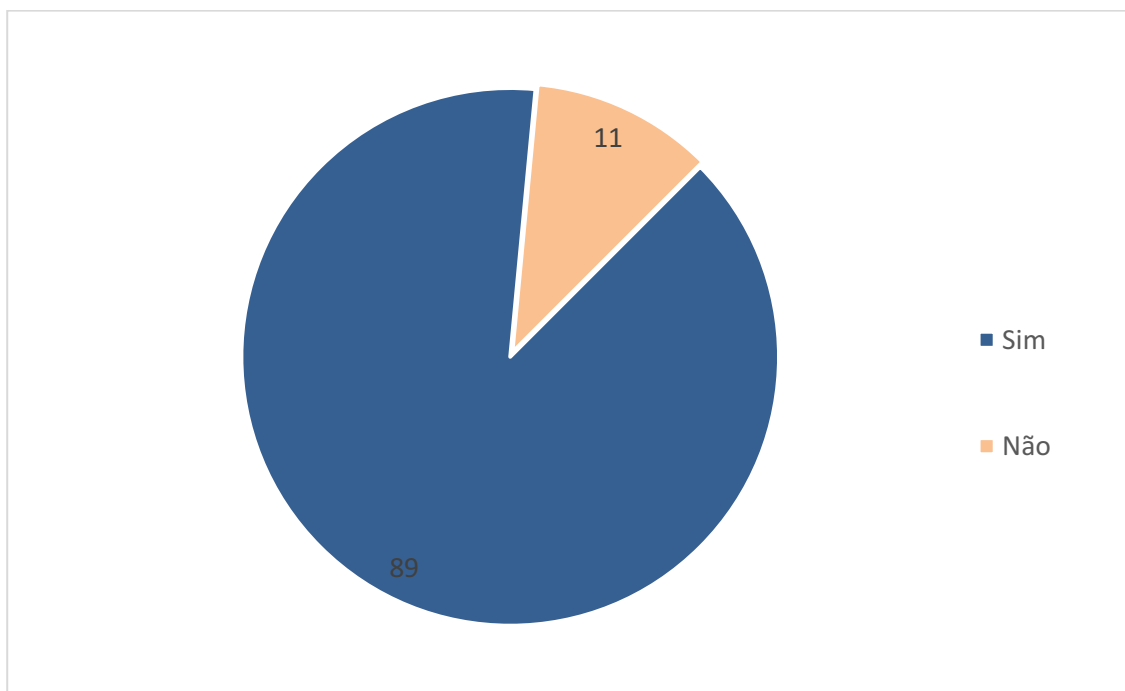
Tabela 2 – Parecer técnico e decisão judicial

Parecer x Decisão	Qtd
Sem parecer e concessão da liminar	91
Sem parecer e indeferimento da liminar	8
Sem parecer e concessão parcial da liminar	1
Com parecer e concessão da liminar	75
Com parecer e indeferimento da liminar	20
Com parecer e concessão parcial da liminar	5

Fonte: Elaborado pelo autor

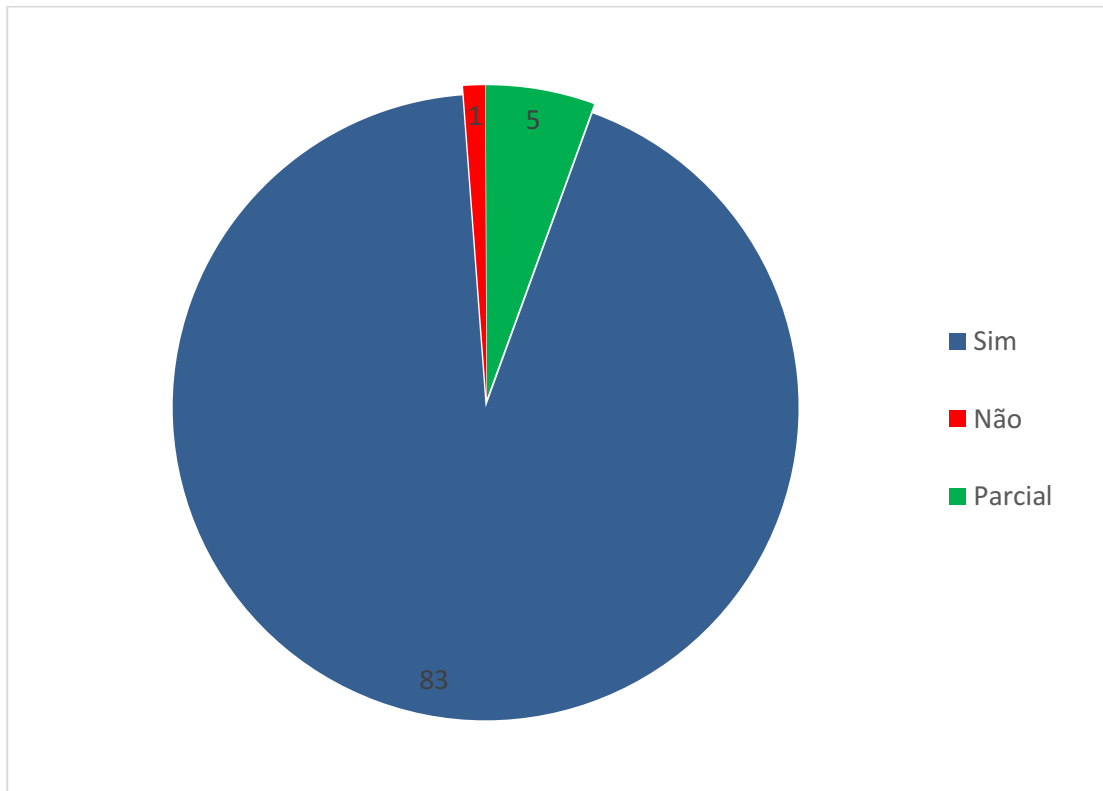
Quanto ao valor conferido pelos magistrados às informações secundadas pelas NAT/SC e a influência que exercem na formação do juízo de convencimento, os Gráficos 8 e 9 demonstram, respectivamente, a quantidade de casos em que o parecer técnico foi mencionado e em quantas decisões judiciais a solução foi com ele convergente.

Gráfico 8 – Menção ao parecer técnico do NAT/SC



Fonte: Elaborado pelo autor

Gráfico 9 – Congruência entre a decisão judicial e o parecer técnico



Fonte: Elaborado pelo autor

Os dados colhidos evidenciam que, na quase totalidade das demandas em que o NAT/SC foi chamado, os subsídios técnicos apresentados foram sopesados pelos julgadores, mencionados nas decisões e ajustaram-se à solução conferida ao caso concreto.

Por derradeiro, avaliou-se o tempo médio para o oferecimento do parecer técnico pelo NAT/SC e como a participação do NAT/SC influencia na tramitação do processo até a análise do pedido de urgência. No que concerne à duração processual, nos 100 casos selecionados que não contaram com a atuação do NAT/SC, verificou-se que o pedido de concessão da tutela de urgência foi analisado em média em 31,64 dias. Já nas outras 100 demandas judiciais, o parecer técnico foi oferecido depois de transcorridos, em média, 9,87 dias, enquanto a decisão foi prolatada no prazo médio de 48,89 dias.

Vale dizer que o reiterado descumprimento do interstício assinalado no convênio para o atendimento do pedido formulado pelo Juízo é apenas aparente. Na grande maioria dos casos, a dilação do prazo tanto para o oferecimento do parecer técnico como da prolação da decisão perseguida decorreu da necessidade de emenda da inicial, com a intimação da parte autora para suprir alguma falha processual ou a falta de alguma informação imprescindível para aquilatar a pretensão, geralmente, no último caso, indicada pelo NAT/SC.

Como se viu, depois de um período de atendimento amplo dos pleitos submetidos à jurisdição, nos quais prevaleceu o caráter absoluto do direito à saúde, os Tribunais passaram a moldar os entendimentos adotados, reinterpretando o alcance constitucional do direito em discussão e sua sindicabilidade judicial, por meio da eleição de critérios rigorosos, atinentes às peculiaridades dos casos concretos e às evidências técnicas, para a análise dos pedidos deduzidos.

Consoante assentado pelo Supremo Tribunal Federal no mencionado Agravo Regimental na Tutela Antecipada n. 175/CE, exemplar da nova conformação pretoriana, passou-se a sopesar o âmbito de proteção das normas constitucionais invocadas, tendo em vista a necessidade de compatibilização entre os conceitos de mínimo existencial e reserva do possível, dado o impacto que a judicialização ocasiona na elaboração e na execução das políticas públicas, comumente permeadas pela escassez de recursos. Constatou-se que esse quadro de conflito somente pode ser resolvido por meio da ponderação dos diversos fatores envolvidos e da hermenêutica constitucional, para concluir que não pode ser negada a força normativa do direito à saúde, consagrado pelo artigo 196 como direito de todos, assegurado mediante políticas sociais e econômicas.

Cuida-se de direito público e subjetivo acerca de políticas públicas que promovam, protejam e recuperem a saúde do postulante, garantindo-lhe o núcleo mínimo da dignidade humana. Muitas vezes, a interferência judicial não traduz a criação ou a implementação de uma política pública, senão a determinação do efetivo cumprimento de uma já existente. Logo, o primeiro passo para a solução da controvérsia consiste em saber da existência de ação estatal que contemple a prestação perseguida. Mesmo que a resposta seja negativa, não deve ser necessariamente indeferida a pretensão, sendo afastada a possibilidade de intervenção judicial, porém se torna imprescindível distinguir se houve uma omissão legislativa ou administrativa, uma decisão administrativa pela não concessão ou se há vedação legal à dispensação do tratamento de saúde.

Nessa última hipótese, que pode ser exemplificada pelo pleito de fornecimento de fármacos não padronizados, os Tribunais cunharam parâmetros, inclusive por meio de precedentes vinculantes, deixando clara a possibilidade de atendimento do pleito, mas de forma condicionada, não mais absoluta, devendo ser considerada principalmente a ausência ou a ineficácia do tratamento oferecido pelo Sistema Único de Saúde, porquanto consagrada a atenção à medicina com base em evidências, concretizada no âmbito administrativo pela atuação do Comissão Nacional de Incorporação de Novas Tecnologias em Saúde no SUS (Conitec) e adoção dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT).

Denota-se, de acordo com os dados acerca do perfil das demandas examinadas, que a judicialização da saúde em face do Estado de Santa Catarina concentra a busca por medicamentos, com relativa dispersão dos tipos e das destinações, não padronizados, por meio da propositura de ações individuais perante os juizados especiais, propostas por advogados privados, com diminuta referência às ações e aos mecanismos implementados para racionalização (Audiência Pública n. 4 do Supremo Tribunal Federal, Resoluções do Conselho Nacional de Justiça, Enunciados, Listas de Medicamentos e Núcleos de Apoio Técnico) e alto índice de sucesso na concessão do pleito de urgência.

O estudo da interferência do NAT/SC nas ações judiciais selecionadas evidenciou um prolongamento do tempo de tramitação processual até o exame da medida de urgência. De outro lado, demonstrou altíssimos índices de menção aos pareceres técnicos e à congruência com a decisão adotada pelo Juízo, como também a redução do número de liminares e tutelas concedidas.

A investigação sobre o quadro atual de litigiosidade do direito à saúde no Brasil e em Santa Catarina e as atividades desenvolvidas pela NAT/SC destacou também a importância dos subsídios técnicos para a resolução das controvérsias judiciais.

Para que sejam observados os parâmetros legais e definidos pela jurisprudência, o julgador deve estar munido de informações técnicas bastantes para definir, exemplificadamente, (a) se o medicamento postulado pela parte possui registro na Anvisa ou existe pedido de registro no Brasil para o uso perseguido, se é medicamento órfão para doença rara e ultrarrara, se há registro em renomadas agências de regulação no exterior ou existe de substituto terapêutico com registro no Brasil, (b) se o medicamento é padronizado, (c) se é necessário e adequado à enfermidade do postulante, (d) se existe política pública já implementada e sua eficácia.

Esses dados nem sempre são fornecidos pelo médico assistente que prescreveu determinada tecnologia de saúde ao paciente/autor da demanda judicial. Além disso, dada a multiplicidade dos interesses em jogo, inclusive econômico da indústria farmacêutica, a contribuição de um terceiro imparcial, que atue em consonância com as melhores evidências científicas, contribui para a solução mais acertada ao caso concreto.

Conforme os dados apresentados, ainda que observados os prazos exíguos do convênio, a participação do NAT/SC aumentou o número de dias para a análise do pedido de urgência, geralmente em virtude da necessidade de complementação das informações fornecidas pelo autor ou pelo médico assistente.

Não foi possível perceber como o NAT/SC, por intermédio de suas atividades voltadas ao contencioso judicial, pode contribuir diretamente para a diminuição de litígios. As experiências dirigidas à solução administrativa e consensual dos conflitos na área da saúde, a exemplo daquelas demonstradas anteriormente, parecem possuir mais capacidade de equalizar os interesses e evitar a propositura das demandas. Imagina-se, no entanto, que a construção de uma jurisprudência consolidada, com precedentes formados mediante à implementação de critérios objetivos e cientificamente orientados, tente a dissuadir aventuras jurídicas e, desse modo, reduzir a judicialização do direito à saúde.

Já os benefícios para a resolução das controvérsias e a racionalidade do emprego dos recursos públicos na dispensação de medicamentos ficaram evidentes. Além disso, os números apresentados revelaram que, apesar de igualmente alto o índice de sucesso, os pareceres técnicos do NAT/SC ensejaram a diminuição do percentual de tutelas de urgência concedidas e o aumento dos casos em que o acolhimento foi apenas parcial.

A frustração do pleito do autor não constitui objetivo do órgão, tampouco significa isoladamente medida de êxito do instrumento proposto pelo Conselho Nacional de Justiça. No entanto, observadas as decisões judiciais, podem ser traçados sinais característicos da judicialização do direito à saúde, ou seja, a ausência de subsídios técnicos e/ou a existência apenas daqueles fornecidos pelo médico assistente do paciente normalmente conduzem ao acolhimento liminar da pretensão, tendo em vista o *periculum in mora* latente; de outro lado, o indeferimento do pleito geralmente decorre de algum critério técnico, de cunho médico-científico ou administrativo, não satisfeito pela parte.

Dessa feita, sem descurar dos benefícios quantitativos, é na seara qualitativa, atinente à qualificação das decisões judiciais, que os reflexos da atuação do NAT/SC tornaram-se mais destacados e relevantes. Munidos de informações mais aprofundadas do caso concreto, ainda que comumente premidos pelo perigo que a demora representa para a vida do paciente, inclusive de agravamento da moléstia, julgadores são colocados em posição privilegiada para avaliar, de acordo com conhecimentos técnicos e específicos de outra área do conhecimento humano, a necessidade e a adequação do medicamento indicado pelo médico assistente, bem como a ineficácia daquele padronizado pelo Sistema Único de Saúde.

Os resultados encontrados revelam, em caráter propositivo, que o trabalho desenvolvido pelo NAT/SC deve ser disseminado para outras comarcas do Estado de Santa Catarina, porquanto as informações constantes dos pareceres técnicos são fundamentais para a análise judicial dos pedidos de dispensação de medicamentos e outros insumos de saúde.

Vale dizer que a existência de outros mecanismos e de outras fontes de conhecimento contribuem para a solução das demandas e são importantes ferramentas complementares, como o portal E-NATjus e os bancos de pareceres técnicos. No entanto, o NAT/SC oferece subsídios técnicos sobre a tecnologia postulada e, ainda, avalia as especificidades do caso concreto, trazendo informações individualizadas da enfermidade e do tratamento mais adequado.

A expansão geográfica do NAT/SC na Justiça Estadual deve considerar, de outro tanto, a predominância de ações judiciais voltadas ao fornecimento de fármacos não padronizados e o entendimento jurisprudencial cada vez mais consolidado de que, nessa hipótese, a União deve compor o polo passivo e ser reconhecida a competência da Justiça Federal.

Quanto às atividades desenvolvidas, a despeito da elogiável contribuição para a solução das demandas intentadas contra o Estado de Santa Catarina, poderia o NAT/SC se espelhar em outros núcleos de apoio ou órgãos congêneres para agir na fase pré-processual, combatendo mais diretamente a propositura de novas ações.

CONCLUSÃO

A judicialização, como fenômeno da contemporaneidade, reflete a consagração da efetividade dos direitos fundamentais, inclusive prestacionais, e o papel do Poder Judiciário no desenvolvimento das políticas públicas, como garantidor das promessas do constituinte e do legislador ordinário, no exercício que lhe foi imposto de preservar o equilíbrio dos interesses envolvidos pelas partes em litígio. Apesar de resguardar a inafastabilidade da jurisdição, de modo a possibilitar que todo aquele que entenda violado um direito pelo Estado possa instá-lo a novamente decidir, a procura pela Jurisdição Estatal traduz a incapacidade da Administração de resolver satisfatoriamente as controvérsias.

Quando essa busca é massificada, faceta mais negativa da judicialização, evidencia-se a proporcional insatisfação dos destinatários e, na maioria das vezes, a incapacidade de atendimento à prestação pública. Nessa hipótese, constatada a predominância da procedência das demandas submetidas ao Poder Judiciário, a solução para a judicialização perpassa a correção dos rumos e das deficiências do serviço oferecido pelo Estado e/ou dos parâmetros e da compreensão conferida pelos Tribunais. Normalmente, como problemas extremamente complexos não são solucionados isolada ou facilmente, ambos os ajustes (administrativos e judiciais) são necessários a fim de equacioná-los.

Nesse contexto, o presente estudo de caso foi composto pela análise bibliográfica da matéria, notadamente acerca da titularidade e da eficácia dos direitos fundamentais, como fonte para compreender a extensão do direito à saúde e, assim, elucidar a obrigação constitucional de o Estado fornecer medicamentos e outros tratamentos de saúde.

Com foco em um dos instrumentos adotados para a solução do impasse, foi avaliada a atuação do Núcleo de Apoio Técnico de Santa Catarina (NAT/SC), para aquilatar se os subsídios fornecidos aos julgadores contribuem para a diminuição dos litígios, a resolução das controvérsias e a racionalidade do emprego dos recursos públicos na dispensação de medicamentos.

Com aqueles elementos, extraídos da investigação de ações judiciais intentadas contra o estado de Santa Catarina, buscou-se compilar dados para examinar se as contribuições do NAT/SC justificam a expansão dos trabalhos que são desenvolvidos, bem como a disseminação desse modelo de suporte à tomada de decisão para todas as comarcas do Poder Judiciário de Santa Catarina.

Percebeu-se que, sem descurar que a realização dos direitos de segunda geração depende das possibilidades orçamentárias, o Estado não pode eximir-se, mediante a invocação

do princípio da reserva do possível, por exemplo, do cumprimento de suas obrigações constitucionais, especialmente quando redundar na nulificação ou na aniquilação do direito, atingindo seu núcleo fundamental.

A solução racional das demandas judiciais pressupõe, no entanto, a observância aos parâmetros legislativos e cunhados pela jurisprudência, carecedores de informações específicas dos casos concretos e do conhecimento técnico-científico, muitas vezes, não trazidos pelos autores e ausentes na formação do julgador.

O NAT/SC, mediante a emissão dos pareceres, contribui para sanar eventuais deficiências e, no limiar da tramitação do processo, antes da realização de perícia, fornece subsídios técnicos indispensáveis para a análise mais adequada do pedido de urgência. Logo, constitui instrumento de combate à judicialização e ao desperdício de recursos públicos que deve ser disseminado.

O fato de a maioria das manifestações ofertadas pelo NAT/SC recomendarem a concessão do medicamento postulado, em contraste com a negativa administrativa, evidencia o descompasso das políticas públicas estabelecidas com a realidade médica e processual. Cabe, assim, ao Ministério da Saúde, por intermédio do Conitec, e à Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina examinarem as tecnologias perseguidas e complementarem as listagens de medicamentos padronizados, a exemplo dos fármacos Aflibercepte e Ranibizumabe, que figuraram entre os mais requeridos judicialmente neste estudo e foram incorporados no início de 2021.

Afora isso, como órgão multidisciplinar pertence à própria Secretaria de Estado da Saúde, o NAT/SC possui potencialmente condições de atuar também antecipadamente, evitando a propositura de novas ações.

O problema da judicialização crescente deve ser equacionado com a efetivação do direito à saúde, de modo a garantir o tratamento necessário ao restabelecimento da vida digna, mediante o cumprimento das políticas públicas instituídas, a célere e responsável análise e incorporação de novas tecnologias, a solução consensual das controvérsias e, subsidiariamente, a pronta intervenção judicial, sempre baseada em evidências científicas e nas particularidades do caso concreto, contando com as iniciativas para o apoio à formação do juízo de convencimento, a exemplo dos pareceres técnicos do NAT/SC.

A crise sanitária vivenciada pelo mundo a partir dos primeiros meses de 2020, que levou à declaração pública de situação de pandemia em relação ao novo coronavírus pela Organização Mundial da Saúde (OMS), da Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional da OMS, da Declaração de Emergência em Saúde Pública de

Importância Nacional (ESPIN) e do estado de calamidade pública por diversos entes públicos brasileiros, tem evidenciado a importância do Estado na condução das políticas de combate e controle da enfermidade, colmatando ações e interesses tanto públicos como privados. Da mesma forma, sempre que instado, o Poder Judiciário tem atuado para garantir a preservação das normas constitucionais mesmo durante o período de excepcionalidade, bem como a observância pela iniciativa privada e pelos gestores públicos de seus deveres, direitos, prerrogativas.

REFERÊNCIAS

ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. E-book. Blue Editora, 2018, ISBN – 978-85-8386-219-2.

ARAGUAÍNA. Núcleo de apoio técnico municipal. Relatório comparativo 2016/2017. Disponível em < http://wwa.tjto.jus.br/saude/images/nat_araguaina/Relatorio_comparativo-Jan-Dez-2016-2017.pdf > Acesso em 12 maio. 2021.

BARROSO, Luís Roberto. **Curso de direito constitucional contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

_____. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: **Direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial**. Revista de Direito Social, Porto Alegre, v. 9, n. 34, p. 11-43, abr./jun.2009.

_____. **Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática**. Disponível em < <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/synthesis/article/view/7428/5385> >. Acesso em 2 de mar. 2019.

_____. **Temas de direito constitucional**. v. 3. São Paulo: Renovar, 2008.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de direito constitucional**. 25. ed. São Paulo: Malheiros, 2010.

BRASIL. Constituição Federal (1988). Promulgada em 05 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoComplado.htm>. Acesso em: 20 set. 2016.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Lex**. Brasília, DF, 29 jun. 2015. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm >. Acesso em: 20 jun. 2018.

_____. Conselho Nacional de Justiça. Enunciados da I, III E III Jornadas de Direito da Saúde. Brasília, DF, 2019. Disponível em: < <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/03/e8661c101b2d80ec95593d03dc1f1d3e.pdf> >. Acesso em: 22 abr. 2021.

_____. Conselho Nacional de Justiça. Justiça em Números 2017: ano-base 2016. Brasília, DF, 2017. Disponível em: < <http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2017/12/b60a659e5d5cb79337945c1dd137496c.pdf> >. Acesso em: 22 jun. 2018.

_____. Conselho Nacional de Justiça. Justiça em Números 2020: ano-base 2019. Brasília, DF, 2020. Disponível em: < <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2020/08/WEB-V3-Justi%C3%A7a-em-N%C3%BAmeros-2020-atualizado-em-25-08-2020.pdf> >. Acesso em: 20 jan. 2021.

_____. Conselho Nacional de Justiça. Judicialização da saúde no Brasil: perfil das

demandas, causas e propostas de solução. Brasília, DF, 2019.

_____. Conselho Nacional de Justiça. Justiça em Números 2020: ano-base 2019. Brasília, DF, 2020. Disponível em: < <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2020/08/WEB-V3-Justi%C3%A7a-em-N%C3%BAmeros-2020-atualizado-em-25-08-2020.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2021.

_____. Conselho Nacional de Justiça. Recomendação nº 31, de 30 de março de 2010. Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde. **Recomendação**. Brasília, DF. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=1195>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

_____. Conselho Nacional de Justiça. Recomendação nº 43, de 20 de agosto de 2013. Recomenda aos Tribunais de Justiça e aos Tribunais Regionais Federais que promovam a especialização de Varas para processar e julgar ações que tenham por objeto o direito à saúde pública e para priorizar o julgamento dos processos relativos à saúde suplementar. **Recomendação**. Brasília, DF. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=1823>>. Acesso em: 22 jun. 2020.

_____. Conselho Nacional de Justiça. Resolução nº 107, de 6 de abril de 2010. Institui o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde. **Resolução**. Brasília, DF. Disponível em: < <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/173> >. Acesso em: 20 fev. 2021.

_____. Conselho Nacional de Justiça. Resolução nº 238, de 6 de setembro de 2016. Dispõe sobre a criação e manutenção, pelos Tribunais de Justiça e Regionais Federais de Comitês Estaduais da Saúde, bem como a especialização de vara em comarcas com mais de uma vara de fazenda Pública. **Resolução**. Brasília, DF. Disponível em: < <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/2339>>. Acesso em: 20 fev. 2021.

_____. Conselho Nacional de Justiça. Resolução nº 238, de 6 de setembro de 2016. Dispõe sobre a criação e manutenção, pelos Tribunais de Justiça e Regionais Federais de Comitês Estaduais da Saúde, bem como a especialização de vara em comarcas com mais de uma vara de fazenda Pública. **Resolução**. Brasília, DF. Disponível em: < <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/2339>>. Acesso em: 20 fev. 2021.

_____. Corregedoria Nacional de Justiça. Provimento nº 84, de 14 de agosto de 2019. Dispõe sobre o uso e o funcionamento do Sistema Nacional de Pareceres e Notas Técnicas (e-NatJus). **Provimento**. Brasília, DF. Disponível em: < https://atos.cnj.jus.br/files//provimento/provimento_84_14082019_22082019175759.pdf> Acesso em: 23 fev. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. 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. Disponível em: < http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007.html >. Acesso em: 10 fev. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.554, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as

regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1554_30_07_2013.html>. Acesso em: 10 fev. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013>. Acesso em: 10 fev. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de direito sanitário com enfoque na vigilância em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. **Relação nacional de medicamentos essenciais: Rename 2020**. Brasília, 2019. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_medicamentos_rename_2020.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2021.

_____. Superior Tribunal de Justiça. Embargos de Declaração no Recurso Especial nº 1.657.156. rel. Min. Benedito Gonçalves, julgado em 12/9/2018). Disponível em: <https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ATC&sequencial=87894339&num_registro=201700256297&data=20180921&tipo=5&formato=PDF>. Acesso em: 19 fev. 2019.

_____. Superior Tribunal de Justiça. Mandado de Segurança nº 8.895/DF. rela. Mina. Eliana Calmon, julgado em 22/10/2003). Disponível em: <https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=200300142650&dt_publicacao=07/06/2004>. Acesso em: 12 mar. 2021.

_____. Supremo Tribunal Federal. Agravo Regimental na Tutela Antecipada nº 175/CE. rel. Min. Gilmar Mendes, julgado em 17/3/2000. Disponível em: <<https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=610255>>. Acesso em: 12 mar. 2021.

_____. Supremo Tribunal Federal. Agravo Regimental no Agravo Interno nº 238.328. rel. Min. Marco Aurélio, julgado em 16/11/1999. Disponível em: <<https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=291210>>. Acesso em: 25 out. 2020.

_____. Supremo Tribunal Federal. Agravo Regimental no Recurso Extraordinário com Agravo nº 271.286. rel. Min. Celso de Mello, julgado em 12/9/2000. Disponível em: <<https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=335538>>. Acesso em: 25 out. 2020.

_____. Supremo Tribunal Federal. Agravo Regimental no Recurso Extraordinário com Agravo nº 639.337. rel. Min. Celso de Mello, julgado em 23/8/2011. Disponível em: <<https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=11804723>>. Acesso em: 12 jun. 2019.

_____. Supremo Tribunal Federal. Agravo Regimental no Recurso Extraordinário com Agravo nº 947.823. rel. Min. Edson Fachin, julgado em 28/6/2016. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=11804723>>. Acesso em: 25 jun. 2018.

_____. Supremo Tribunal Federal. Audiência Pública nº 04. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/audienciaPublica/audienciaPublica.asp?paginaAtual=2&tipo=realizada#>>. Acesso em: 30 jun. 2018.

_____. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário nº 592.581. rel. Min. Ricardo Lewandowski, julgado em 13/8/2015. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=10166964>>. Acesso em: 25 jun. 2018.

_____. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário nº 657.718. rel. Min. Luís Roberto Barroso, julgado em 22/5/2019. Disponível em: <<http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=4143144>>. Acesso em: 29 jun. 2019.

_____. Supremo Tribunal Federal. Repercussão Geral no Recurso Extraordinário com Agravo nº 855.178. rel. Min. Luiz Fux, julgado em 5/3/2015. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=8015671>>. Acesso em: 30 jun. 2018.

_____. Superior Tribunal de Justiça. Recurso em Mandado de Segurança n. 6.564/RS. rel. Min. Demócrito Reinaldo, julgado em 23/5/1996. Disponível em: <https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=199500687828&dt_publicacao=17/06/1996>. Acesso em: 30 jan. 2021.

_____. Tribunal de Contas da União. Auditoria operacional sobre judicialização da saúde. Brasília, 2017. Disponível em: <<https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/auditoria-operacional-sobre-judicializacao-da-saude.htm>>. Acesso em: 10 mar. 2021.

CANOTILHO, J. J. Gomes. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição**. 2. ed., Coimbra: Almedina, 1998;

CAPPELLETTI, Mauro; GARTH, Bryant. **Acesso à justiça**. Porto Alegre: Fabris, 2002.

CARNEIRO, Débora Lubke. **Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário**. Disponível em <<https://www.migalhas.com.br/depeso/321346/nucleo-de-apoio-tecnico-do-poder-judiciario>>. Acesso em 2 de maio. 2021.

CIARLINI, Alvaro Luis de A. S. **Direito à saúde: paradigmas procedimentais e substanciais da Constituição**. São Paulo: Saraiva, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de ética médica: resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010.

DANIELLI, Ronei. **A judicialização da saúde no Brasil: do viés individualista ao patamar**

de bem coletivo. Belo Horizonte: Fórum, 2017.

FARIA, Lina *et al.* Medicina baseada em evidências: breve aporte histórico sobre marcos conceituais e objetivos práticos do cuidado. **Revista História, Ciências, Saúde**. v. 28, n. 1, jan.-mar. 2021,.

GANDINI, João Agnaldo Donizeti *et al.* **A judicialização do direito à saúde**: a obtenção de atendimento médico, medicamentos e insumos terapêuticos por via judicial – critérios e experiências. Disponível em < http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?artigo_id=4182&n_link=revista_artigos_leitura>. Acesso em 30 de jun. 2018.

JELLINEK, Georg. **A Declaração dos direitos do homem e do cidadão**: contribuição para a história do direito constitucional moderno. Organização, estudo introdutório e tradução de Emerson Garcia. São Paulo: Atlas, 2015.

JOINVILLE. Relatório anual de gestão 2017. Disponível em < <https://www.joinville.sc.gov.br/wp-content/uploads/2017/06/Relat%C3%B3rio-de-Gest%C3%A3o-em-Sa%C3%BAde-do-Munic%C3%ADpio-de-Joinville-2017.pdf>> Acesso em 10 de maio. 2021.

LEITE, Carlos Henrique Bezerra. **Manual de direitos humanos**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2014.

MACEDO, Gladston Bethônico Bernardes Rocha. A reserva constitucionalmente possível: estudo sobre a concretização dos direitos fundamentais sociais. **Revista Âmbito Jurídico**, n. 164, set. 2017.

MENDES, Gilmar. **Curso de direito constitucional**. 13. ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

MENEZES, Vitor Hugo Mota de. **Direito à saúde e reserva do possível**. Curitiba: Juruá, 2015.

NATJUS SANTA CATARINA EM FOCO. **Rede NATjus**. 21 de outubro de 2020. Disponível em < <https://redenatjus.org.br/natjus-santa-catarina-em-foco>>. Acesso em 12 de fev. 2021.

NETO, João Pedro Gebran. SCHULZE, Clenio Jair. **Direito à Saúde**. Análise à luz da judicialização. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2015.

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

ORNELAS, Tháise Siqueira. A desjudicialização das Demandas por medicamentos: Uma análise sobre a efetividade do núcleo de apoio técnico – NAT após a sua instalação no município de Joinville. **Revista da Esmesc**, v. 25, n. 31, 2018.

PAIM, Patrícia. MARQUETO, Alessandra. LOPES, Ivaneide de Oliveira. Câmara permanente distrital de mediação em Saúde: experiência do Distrito Federal. **Revista Conassas** – para entender a gestão do SUS – 2015. Direito à saúde. Disponível em <

https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASS-DIREITO_A_SAUDE-ART_17B.pdf > Acesso em 12 maio. 2021.

SANTA CATARINA. Tribunal de Justiça de Santa Catarina. Apelação Cível n. 0004680-09.2013.8.24.0073 rel. Des. Jorge Luiz de Borba, julgado em 20/3/2018. Disponível em: < http://busca.tjsc.jus.br/jurisprudencia/html.do?q=&only_ementa=&frase=&id=AABAg7AAEAII8jAAE&categoria=acordao_5>. Acesso em: 22 jun. 2020.

_____. Tribunal de Justiça de Santa Catarina. Agravo de Instrumento n. 2010.062159-9. rel. Des. Jaime Ramos, julgado em 3/3/2011. Disponível em: < http://busca.tjsc.jus.br/jurisprudencia/html.do?q=&only_ementa=&frase=&id=AAAbmQAA BAACCQ5AAC&categoria=acordao_5>. Acesso em: 22 jun. 2020.

_____. Tribunal de Justiça de Santa Catarina. Convênio nº 174/2015. Disponível em: < <https://www.tjsc.jus.br/documents/10181/6257274/CONV%C3%80ANIO+174-2015.pdf/153b1479-c780-1647-8058-f3942041b958> >. Acesso em: 23 mar. 2018.

_____. Tribunal de Justiça de Santa Catarina. Corregedoria-Geral da Justiça. Termo de abertura do projeto: Núcleo de Monitoramento de Perfil de Demandas – Numopede. Disponível em: < <https://www.tjsc.jus.br/documents/728949/2352837/tap-numopede.pdf/f177b0ea-47d7-4318-b572-37e102237654> >. Acesso em: 22 jun. 2020.

_____. Tribunal de Justiça de Santa Catarina. Corregedoria-Geral da Justiça. Provimento nº 14, de 6 de agosto de 2018. **Provimento**. Disponível em: < <http://busca.tjsc.jus.br/buscatexual/integra.do?cdSistema=41&cdDocumento=172890&cdCategoria=103&q=&frase=&excluir=&qualquer=&prox1=&prox2=&prox3=>>. Acesso em: 22 jun. 2020.

_____. Tribunal de Justiça de Santa Catarina. Incidente de Resolução de Demandas Repetitivas nº 0302355-11.2014.8.24.0054. rel. Des. Ronei Danielli, julgado em 9/11/2016. Disponível em: < http://busca.tjsc.jus.br/jurisprudencia/html.do?q=&only_ementa=&frase=&id=AABAg7AADAAIoLwAAB&categoria=acordao_5>. Acesso em: 22 jun. 2018.

_____. Tribunal de Justiça de Santa Catarina. Processo Administrativo SEI n. 7837/2017. Disponível em: < https://sei.tjsc.jus.br/sei/controlador_externo.php?acao=usuario_externo_logar&id_orgao_acesso_externo=0 >. Acesso em: 10 jan. 2021.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUIREDO, Mariana Filchtiner. **Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde nos 20 anos da Constituição Federal de 1988**. Disponível em: < http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/O_direito_a_saude_nos_20_anos_da_CF_coletanea_TAnia_10_04_09.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2018.

SCHULZE, Clenio Jair. **Novos parâmetros para a judicialização da Saúde**: critérios para a teoria da decisão Judicial. Disponível em < <https://www.univali.br/Lists/TrabalhosDoutorado/Attachments/256/TESE%20->

%20CLENIO%20JAIR%20SCHULZE.pdf > Acesso em 12 maio. 2021.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 39. ed. São Paulo: Malheiros, 2016.

STRECK, Lenio Luiz. Jurisdição constitucional e hermenêutica: perspectivas e possibilidade de concretização dos direitos fundamentais sociais no Brasil. **Novos Estudos Jurídicos**, v. 8, n. 2, p. 266-267, maio/ago, 2003.

São José	0303404812019824006	08/04/2019	Procedimento do Juizado Es	DPE	Isiodiolex (canabi	Não padroniz	S		43	50		Indeferim	x	Não
São José	0303422052019824006	08/04/2019	Procedimento do Juizado Es	ADV	Aflibercepte	Não padroniz	S		15	96		Concessão	Sim	Sim
Biguaçu	0300903342019824000	01/04/2019	Procedimento do Juizado Es	ADV	Eylia (aflibercepte)	Não padroniz	N	x	4	4		Concessão	x	x
São José	0303126802019824006	01/04/2019	Tutela Cautelar Antecedent	ADV	Insulina Lispro e Gl	Não padroniz	S		66	78		Concessão	x	Não
Chapecó	0303084722019824001	29/03/2019	Procedimento Comum Cível	ADV	Jynarquet(tolvaptam	Não padroniz	N	x	6	6		Indeferim	x	x
Palhoça	0301828132019824004	28/03/2019	Procedimento Comum Cível	DPE	Ranibizumabe	Não padroniz	S		5	8		Concessão	Sim	Sim
São José	0303026282019824006	28/03/2019	Tutela Cautelar Antecedent	DPE	Cloridrato de duloxe	Não padroniz	S		8	26		Indeferim	Sim	Sim
São José	0303027132019824006	28/03/2019	Tutela Cautelar Antecedent	DPE	Teriparatida	Não padroniz	S		7	10		Concessão	Sim	Sim
Chapecó	0302717482019824001	21/03/2019	Procedimento do Juizado Es	DPE	Enoxaparina	Padronizado	N	x	4	4		Concessão	x	x
Biguaçu	0300747462019824000	20/03/2019	Procedimento Comum Cível	ADV	Stelara (Ustekinumab	Não padroniz	N	x	1	1		Concessão Marca	x	x
São José	0302514452019824006	18/03/2019	Procedimento do Juizado Es	DPE	LUCENTIS (ranibizum	Não padroniz	S		57	70		Concessão Marca	Sim	Sim
São José	0302299692019824006	13/03/2019	Procedimento Comum Cível	ADV	Eylia (Aflibercepte)	Não padroniz	S		2	15		Concessão marca	Sim	Sim
Gaspar	0300826682019824002	08/03/2019	Procedimento Comum Cível	ADV	Somatropina	Não padroniz	S		27	99		Concessão	Sim	Sim
Palhoça	0900076542019824004	07/03/2019	Ação Civil Pública Cível	MP	Iloprostá	Padronizado	S		24	75		Concessão	Sim	Sim
Palhoça	0301219302019824004	01/03/2019	Procedimento Comum Cível	DPE	Xolair (omalizumab	Não padroniz	S		7	24		Concessão	x	Não
Chapecó	0301972682019824001	28/02/2019	Procedimento do Juizado Es	DPE	Pradaxa (Dabigatrar	Não padroniz	N	x	1	1		Concessão	x	x
Chapecó	0301980452019824001	28/02/2019	Procedimento Comum Cível	DPE	Forteo (Teriparatida	Não padroniz	N	x	10	10		Indeferim	x	x
Chapecó	0301911132019824001	27/02/2019	Procedimento Comum Cível	ADV	Bortozomibe	Não padroniz	N	x	25	25		Indeferim	x	x
Chapecó	0301809882019824001	25/02/2019	Procedimento do Juizado Es	ADV	Vesicare (solifenac	Não padroniz	N	x	99	99		Concessão	x	x
Gaspar	0300664732019824002	24/02/2019	Procedimento Comum Cível	ADV	Brentuximabe Vedo	Não padroniz	N	x	12	12		Concessão	x	x
São José	0301554892019824006	22/02/2019	Procedimento do Juizado Es	DPE	Forteo (Teriparatida	Não padroniz	S		138	150		Concessão	Sim	Sim
São José	0301555742019824006	22/02/2019	Tutela Cautelar Antecedent	DPE	SPIRIVARESPIMAT(br	Não padroniz	S		6	13		Concessão	Sim	Sim
São José	0301556592019824006	22/02/2019	Tutela Cautelar Antecedent	ADV	Eylia (Aflibercepte)	Não padroniz	S		81	82		Concessão Marca p	Sim	Sim
São José	0302268752019824002	22/02/2019	Procedimento do Juizado Es	ADV	Eylia (Aflibercepte)	Não padroniz	N	x	37	37		Concessão marca	x	x
Palhoça	0300989852019824004	20/02/2019	Procedimento Comum Cível	ADV	Sofosbuvir, Daclasta	Padronizado	S		6	35		Concessão	x	Não
São José	0301229172019824006	14/02/2019	Procedimento do Juizado Es	ADV	XigDuoXR (dapagkif	Não padroniz	S		5	23		Concessão	Sim	Sim
São José	0301104492019824006	11/02/2019	Procedimento do Juizado Es	DPE	Teriparatida	Não padroniz	S		4	8		Concessão	Sim	Sim
São José	0301032622019824006	08/02/2019	Procedimento Comum Cível	ADV	Eylia (Aflibercepte)	Não padroniz	S		6	14		Concessão	Parcial	Sim
Palhoça	0300543822019824004	04/02/2019	Procedimento Comum Cível	ADV	Vandetanibe	Não padroniz	S		13	13		Concessão	x	Não
São José	0300723412019824006	30/01/2019	Procedimento do Juizado Es	DPE	Insulina Bazaglar (g	Não padroniz	S		5	29		Concessão marca P	Sim	Sim
Urubici	0300034552019824007	25/01/2019	Procedimento Comum Cível	ADV	Pembrolizumabe	Não padroniz	S		6	13		Concessão	Sim	Sim

Fonte: Elaborada pelo autor (2020).

ANEXO A – Nota técnica do NAT/SC



ESTADO DE SANTA CATARINA
NÚCLEO DE APOIO TÉCNICO DO PODER JUDICIÁRIO – NAT-Jus/SC

NOTA TÉCNICA nº 447/2018

Tecnologia: Ranibizumabe
Autor:
Processo nº:
Comarca/Subseção Judiciária:
Réu (s): Estado de Santa Catarina
Processo recebido em: 07/08/2018
Nota técnica emitida em:

CONSIDERAÇÕES SOBRE O CASO

Trata-se de paciente do sexo masculino, 59 anos, que segundo o médico assistente em relato no Formulário para Requerimento de Medicamento é portador de “*Retinopatia diabética (CID10 H36.0)*” caracterizada por “*edema macular diabético*” (fls. 31-32), sendo o edema macular de olho esquerdo atestado em Laudo de Tomografia de Coerência Óptica (fls 21). Além disso, o médico relata que “*não há*” opções de tratamento para esta doença no SUS e que a não utilização imediata do medicamento pleiteado importa em “*perda irreversível da visão*” (fls. 31-32). Ressalta-se, ainda, que o autor realiza “*tratamento clínico da diabete melítus*” (fls. 31-32). Em Formulário de solicitação de medicação de alto custo do Hospital Governador Celso Ramos o médico indica “*tratamento quimioterápico ocular com antiangiogênico Ranibizumabe (Lucentis 10 mg/mL – 3 ampolas), com intervalo mensal entre os tratamentos, em olho esquerdo devido edema macular pós oclusão venosa em paciente com Retinopatia Diabética. Apresenta acuidade visual de 20/25*” (fls. 33).

É importante ressaltar que esta Nota Técnica foi elaborada com base no caso concreto do (a) autor (a), considerando suas comorbidades, tratamentos prévios e medicamento pleiteado. A utilização desta Nota Técnica para casos semelhantes deve ser avaliada.

PERGUNTA DA PESQUISA (PICO) E FONTES DA LITERATURA

P - população/problema	Retinopatia diabética
I - intervenção	Ranibizumabe
C - controle	Fotocoagulação



**ESTADO DE SANTA CATARINA
NÚCLEO DE APOIO TÉCNICO DO PODER JUDICIÁRIO – NAT-Jus/SC**

- desfechos (*outcomes*) Melhora do edema macular

A busca eletrônica foi sistematizada e realizada na base de dados PubMed/MEDLINE, na data de 09 de agosto de 2018. Além da referida base de dados, *Uptodate*, *Dynamed* e *Diretrizes* foram analisadas, além da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde no SUS (CONITEC).

DESCRIÇÃO DA DOENÇA

Retinopatia diabética – CID10 H36.0

A retinopatia diabética representa a maior causa de morbidade em pacientes com diabetes dos tipos 1 e 2, sendo uma das causas mais importantes de perda visual em todo o mundo, e a principal causa de cegueira em indivíduos de meia idade^{1,4}. O edema macular diabético (EMD) ocorre devido ao inchaço da retina como resultado da acumulação de fluido extracelular e proteínas na mácula, devido a quebra da barreira sanguínea retiniana e ao aumento da permeabilidade vascular^{1,4}. A cada 10 pacientes com retinopatia diabética, um poderá apresentar EMD². A principal causa de baixa acuidade visual na retinopatia diabética é o desenvolvimento do EMD, o qual pode estar presente desde as fases iniciais da retinopatia até em casos graves³.

TECNOLOGIA SOLICITADA

DCB: ranibizumabe	Forma farmacêutica: solução injetável
Classe terapêutica: outros medicamentos com ação no aparelho visual	Concentração: 10 mg/mL
Tempo de tratamento: 3 meses	Posologia: aplicar 1 ampola por mês em olho esquerdo por 3 meses
Indicação em bula⁵: tratamento da degeneração macular neovascular (exsudativa ou neovascular) relacionada à idade (DMRI); do comprometimento visual devido à neovascularização coroidal (NVC);o tratamento de deficiência visual devido ao edema macular diabético (EMD); da deficiência visual devido ao edema macular secundário à oclusão de veia da retina (OVR).	
Registros: (X) ANVISA ⁶ (X) FDA ⁷ (X) EMA ⁸ (X) CANADÁ ⁹ (X) REINO UNIDO ¹⁰ (X) AUSTRÁLIA ¹¹	
Cuidados no armazenamento: () Não (X) Sim, qual? Armazenar o produto sob refrigeração (entre 2 e 8 °C). Não congelar. Mantenha o frasco-ampola na embalagem externa para protegê-lo da luz.	
Receituário de controle especial: (X) Não () Sim, qual?	



**ESTADO DE SANTA CATARINA
NÚCLEO DE APOIO TÉCNICO DO PODER JUDICIÁRIO – NAT-Jus/SC**

Histórico de solicitações do (a) paciente		
Possui investida no SUS via CEAF*?	Não (X) Sim ()	Se sim, qual:
Possui investida judicial?	Não (X) Sim ()	Se sim, qual:

*Componente Especializado de Assistência Farmacêutica.

Fonte: Sismedex e Mejud. Bula profissional do medicamento⁵, Formulário para Requerimento de Medicamentos do COMESC (fls. 31-32) e prescrição médica (fls.34).

O NAT-Jus/SC considera relevante esclarecer que, em outubro de 2015, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) publicou um Relatório de Recomendação de antiangiogênicos (bevacizumabe e ranibizumabe) no tratamento do edema macular diabético¹², no qual considerou que o ranibizumabe é eficaz e seguro, porém se equipara em eficácia e segurança ao bevacizumabe para o tratamento do edema macular diabético, o qual representa a alternativa de tratamento mais custo-efetiva. Além disso, o Relatório de Recomendação considera, também, como opções de tratamento a fotocoagulação em edema macular e retinopatia proliferativa e a cirurgia de vitrectomia seguida de fotocoagulação trans ou pós-operatória para casos que apresentem hemorragia vítrea. Não foram encontrados nos autos informações sobre tratamentos prévios realizados pelo autor – como a fotocoagulação – bem como possíveis contraindicações e/ou motivos que desabonem o seu uso.

SAÚDE BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes em suas Diretrizes 2017-2018¹³, as opções de tratamentos para a retinopatia diabética incluem farmacomodulação com antiangiogênicos, fotocoagulação a laser, infusão intravítrea de medicamento anti-inflamatório, implante intravítreo de polímero farmacológico de liberação controlada e cirurgia vitreoretiniana. Esses tratamentos podem ser aplicados quantas vezes forem necessárias ao longo do acompanhamento do paciente, até que se atinja o controle da retinopatia diabética. Além disso, o controle da hipertensão arterial e do controle glicêmico são recomendados no controle da retinopatia diabética. A Sociedade alerta que a variabilidade glicêmica de longo prazo – variação dos níveis de hemoglobina glicada –, mostra forte associação com a retinopatia diabética em pacientes com *diabete mellitus* tipos 1 e 2. Já a flutuação glicêmica em curto prazo – desvio-padrão da glicemia de jejum ou média dos níveis diários de glicose – pode contribuir para o



**ESTADO DE SANTA CATARINA
NÚCLEO DE APOIO TÉCNICO DO PODER JUDICIÁRIO – NAT-Jus/SC**

desenvolvimento ou a progressão da retinopatia em pacientes com *diabete mellitus* tipo 2¹³.

Virgili e colaboradores¹⁴ (2017) realizaram uma revisão sistemática com meta-análise com 24 estudos a fim de comparar a eficácia e segurança dos diferentes agentes anti-fator de crescimento endotelial vascular (anti-VEGF), dentre eles o ranibizumabe (medicamento pleiteado), na preservação e melhoria da visão e qualidade de vida. Foram avaliados como desfechos primários a melhora na acuidade visual corrigida expressa como a proporção de participantes com melhora de acuidade visual de pelo menos 15 letras desde o início do tratamento até 12 meses, e como desfechos secundários a alteração média na espessura retiniana central, a mudança na qualidade de vida desde o início até os 12 meses e eventos adversos. A acuidade visual basal dos participantes dos estudos foi de 20/200 a 20/40. Os resultados mostraram que o ranibizumabe, bem como os demais agentes anti-VEGF, foram mais efetivos que a fotocoagulação em um ano de tratamento, e não aumentou o risco de eventos adversos. A qualidade de vida dos pacientes que utilizaram ranibizumabe mostrou-se maior do que os que utilizaram fotocoagulação. Ao comparar os agentes anti-VEGF em monoterapia entre si, o estudo encontrou que o ranibizumabe e o bevacizumabe não diferem em termos de desfechos funcionais, porém o ranibizumabe reduziu a espessura retiniana central em um ano de uso. Em dois anos de tratamento o ranibizumabe e o bevacizumabe não diferiram em termos de ganho de 3 ou mais linhas de acuidade visual, mas a média de melhora da acuidade visual corrigida favorece o ranibizumabe. **Os autores concluíram que os agentes anti-VEGF são eficazes na melhoria da visão em pessoas com edema macular diabético com probabilidade de experimentar uma melhora de 3 ou mais linhas de acuidade visual em um ano. O ranibizumabe oferece benefício anatômico em relação ao bevacizumabe nos tratamentos com duração de um ano, porém há pouca desconformidade nos desfechos funcionais. Os efeitos relativos entre os agentes anti-VEGF em dois anos são menos conhecidos, uma vez que a maioria dos estudos foi de curto prazo. Além disso, não foram encontradas diferenças na segurança geral entre os agentes anti-VEGF atualmente disponíveis para o tratamento do edema macular diabético, mas as estimativas são imprecisas para eventos cardiovasculares e morte.**

Tomić e colaboradores¹⁵, em 2017, publicaram uma revisão sobre tratamentos tradicionais e inovadores para o edema macular diabético. Neste, os autores definem como fatores de risco para o desenvolvimento do edema macular diabético a duração do diabetes, sendo o fator de risco não modificável mais importante, diretamente associado com a



ESTADO DE SANTA CATARINA
NÚCLEO DE APOIO TÉCNICO DO PODER JUDICIÁRIO – NAT-Jus/SC

incidência e prevalência de edema macular diabético. Além deste, existem os fatores de risco modificáveis, dentre eles estão a hiperglicemia, hipertensão e dislipidemia. O controle metabólico do diabetes e o controle dos fatores de risco não modificáveis são os objetivos primários da prevenção e tratamento do edema macular diabético. A primeira linha de tratamento é a fotocoagulação (disponível no SUS). Quando esta falhar pode ser substituída ou realizada em associação com corticoides intravítreos ou anti-VEGF (como o medicamento pleiteado). Além disso, em casos que o edema macular diabético possua envolvimento central pode ser realizada uma vitrectomia com ou sem tratamento intravítreo com corticoides ou anti-VEGF. Novas diretrizes recomendam o tratamento intravítreo como tratamento de escolha para pacientes com edema macular diabético central e comprometimento visual moderado. **De acordo com os autores, pacientes com edema macular diabético que não tenham acometimento central e apresentem deficiência visual leve devem ser tratados com fotocoagulação e acompanhados¹⁵.**

Das e colaboradores¹⁶, em 2015, publicaram uma revisão sobre a fisiopatologia e os novos alvos terapêuticos pra tratamento do edema macular diabético. Os autores relatam benefício do controle rigoroso dos níveis glicêmicos (hemoglobina glicada [HbA1c] de 6%), porém em pacientes com riscos cardiovasculares este controle rigoroso não foi benéfico. Além disso, foi observado um benefício no controle da hipertensão arterial na redução da perda de visão, mas não há benefício na progressão da retinopatia ou eventos cardiovasculares. Quanto ao tratamento do edema macular diabético, os estudos mostram que a fotocoagulação reduz em 50% a perda de visão severa. O medicamento ranibizumabe – agente anti-VEGF – é uma outra opção citada na revisão, sendo que os estudos analisados mostram um retardo na progressão e uma redução na gravidade da retinopatia diabética em pacientes que utilizaram ranibizumabe, porém a duração destes resultados ainda é indeterminada. Os autores destacam as diferentes indicações de ambos tratamentos; os agentes anti-VEGF, incluindo o ranibizumabe, são indicados para edema macular diabético com envolvimento do centro, enquanto a fotocoagulação é indicado para edema macular diabético sem envolvimento do centro. **Os autores concluíram que muitos pacientes com edema macular diabético que recebem injeções intravítreas com agente anti-VEGF como primeira linha de tratamento não apresentam resolução completa do edema e melhora da visão mesmo após múltiplas injeções. E que a fotocoagulação, que era o tratamento padrão-ouro, agora é designada para edema macular diabético que não possua envolvimento do centro e pode ser combinada com terapia anti-VEGF para uma resposta completa¹⁶.**



**ESTADO DE SANTA CATARINA
NÚCLEO DE APOIO TÉCNICO DO PODER JUDICIÁRIO – NAT-Jus/SC**

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O autor é portador de retinopatia diabética, com consequente edema macular diabético, o NAT-Jus/SC salienta sobre a importância do adequado controle da doença de base, qual seja, *diabete mellitus*, para o sucesso do tratamento pleiteado. Os estudos de saúde baseada em evidências encontrados nas plataformas que o Núcleo utiliza recomendam como primeira linha de tratamento para patologia que acomete o autor a fotocoagulação – disponível no SUS –, sendo o medicamento pleiteado indicado para casos em que a fotocoagulação falhou e/ou a acuidade visual esteja moderada e/ou haja envolvimento do centro. Não foram encontrados nos autos informações quanto ao uso prévio de fotocoagulação, bem como possíveis contraindicações e/ou motivos que desabonem o seu uso.

REFERÊNCIAS

- Fraser CE, D'Amico DJ. Diabetic retinopathy: Prevention and treatment. Uptodate. http://www.uptodate.com/contents/diabetic-retinopathy-prevention-and-treatment?source=see_link#H13808748. last updated: Sep 28, 2016. Acesso em: 09/08/2018.
- Wong TY et al. Diabetic retinopathy. Nature Reviews-Disease Primers, 2, 1-17, 2016. Acesso em: 09/08/2018.
- Brasil. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes SBD 2017-2018. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>. Acesso em: 09/08/2018.
- Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Diabetes Mellito Tipo 1. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/PCDT_DM_2018.pdf. Acesso em: 09/08/2018.
- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Bulário eletrônico. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/ila_bula/fm/VisualizarBula.asp?pNuTransacao=3169642018&pIdAnexo=10527794. Acesso em: 09/08/2018.
- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Consulta de produtos. Disponível em: <https://consultas.anvisa.gov.br/#/medicamentos/25351472680200612/?substancia=23516>. Acesso em: 09/08/2018.
- Estados Unidos. FDA Approved Drug Products. Disponível em: https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2006/1251561bl.pdf. Acesso em: 09/08/2018.
- União Europeia. European Medicine Agency. Disponível em: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Summary_for_the_public/human/000715/WC500043548.pdf. Acesso em: 09/08/2018.
- Canadá. The Drug and Health Product Register. Disponível em: <https://hpr-rps.hres.ca/details.php?drugproductid=1415&query=ranibizumab>. Acesso em: 09/08/2018.
- Reino Unido. Eletronic Medicines Compendium. Disponível em: <https://www.medicines.org.uk/emc/product/307/smpc>. Acesso em: 09/08/2018.
- Austrália. Therapeutic Goods Administration. Disponível em: http://tga-search.clients.funnelback.com/s/search.html?collection=tga-artg&profile=record&meta_i=212387. Acesso em: 09/08/2018.
- Brasil. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Relatório de Recomendação de antiangiogênicos (bevacizumabe e ranibizumabe) no tratamento do edema macular diabético. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_Antiangiogenicos.pdf. Acesso em: 09/08/2018.
- Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes 2017-2018. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>. Acesso em: 09/08/2018.



ESTADO DE SANTA CATARINA
NÚCLEO DE APOIO TÉCNICO DO PODER JUDICIÁRIO – NAT-Jus/SC

14. Virgili G, Parravano M, Evans JR, Gordon I, Lucenteforte E. Anti-vascular endothelial growth factor for diabetic macular oedema: a network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 6. DOI: 10.1002/14651858.CD007419.pub5.
15. Tomić M, Vrabec R, Poljičanin T, Ljubić S, Duvnjak L. Diabetic Macular Edema: Traditional and Novel Treatment. *Acta Clin Croat.* 2017 Mar;56(1):124-132. doi: 10.20471/acc.2017.56.01.18.
16. Ehlers JP *et al.* Therapies for Macular Edema Associated with Branch Retinal Vein Occlusion: A Report by the American Academy of Ophthalmology. *Ophthalmology*, volume 124, issue 9, september 2017, pages 1412-1423. doi: 10.1016/j.ophtha.2017.03.060.

Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário - NAT-Jus/SC
Portaria nº 643, de 12/07/2017
Convênio T/J/SES/SC nº 174/2015