CONASS

para entender a gestão do SUS

2015

DIREITO À SAÚDE

Brasília, 2015 | 1. edição

DIREITO À SAÚDE

CONASS
Conselho Nacional de Secretários de Saúde

© 2015 – 1.ª Edição
CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citadas a fonte e a autoria.

A coleção *Para Entender a Gestão do SUS – 2015* está disponível gratuitamente para *download* no *site* www.conass.org.br.

Tiragem: 8 mil exemplares.

ISBN 978-85-8071-023-6

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

Direito à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Brasília: CONASS, 2015.

113 p.

ISBN 978-85-8071-023-6

Sistema de Saúde I.

NLM WA 525

Secretários de Estado da Saúde 2015

AC Francisco Armando Melo
AL Rozangela Wyszomirska
AM Wilson Duarte Alecrim
AP Pedro Rodrigues Gonçalves Leite
BA Fábio Vilas Boas
CE Carlile Lavor
DF João Batista de Sousa
ES Ricardo de Oliveira
GO Leonardo Vilela
MA Marcos Pacheco
MG Fausto Pereira dos Santos
MS Nelson Barbosa Tavares
MT Marco Aurélio Bertulio
PA Heloísa Maria Melo e Silva Guimarães
PB Roberta Abath
PE José Iran Costa Júnior
PI Francisco Costa
PR Michele Caputo Neto
RJ Felipe Peixoto
RN José Ricardo Lagreca
RO Williames Pimentel
RR Kalil Gibran Linhares Coelho
RS João Gabbardo dos Reis
SC João Paulo Kleinubing
SE José Macêdo Sobral
SP David Uip
TO Samuel Braga Bonilha

Diretoria do CONASS 2014/2015

Presidente
Wilson Duarte Alecrim (AM)

Vice-Presidentes

Região Centro-Oeste
Halim Antonio Girade (GO)

Região Nordeste
Jorge Villas Boas (AL)

Região Norte
Hélio Franco de Macedo Júnior (PA)

Região Sudeste
Marcos Esner Musafir (RJ)

Região Sul
Michele Caputo Neto (PR)

Equipe Técnica do CONASS

Secretário Executivo
Jurandi Frutuoso

Assessoria de Relações Internacionais
Fernando Cupertino

Assessoria Jurídica
Alethele de Oliveira Santos

Assessoria de Comunicação Social
Adriane Cruz
Marcus Carvalho
Tatiana Rosa

Coordenação de Núcleos Técnicos
Rita de Cássia Bertão Cataneli

Coordenação de Desenvolvimento Institucional
Ricardo F. Scotti

Assessoria Técnica
Alessandra Schneider
Beatriz Figueiredo Dobashi
Eliana Maria Ribeiro Dourado
Lídia Tonon
Lore Lamb
Lourdes Almeida
Maria José Evangelista
Maria Zélia Soares Lins
Nereu Henrique Mansano
René Santos
Tereza Cristina Amaral
Viviane Rocha De Luiz

Organização da Coleção
René Santos

Coordenação do Livro
Alethele de Oliveira Santos

Colaboradores
Alessandra Marqueto
Alethele de Oliveira Santos
Anselmo Dantas
Beatriz Figueiredo Dobashi
Carlos Alexandre Lorga
Carolina Bonadiman Esteves
Catarina de Sá Guimarães Ribeiro
Cláudia Boscheco Moretoni
Clênio Jair Schulze
Deise Regina Sprada Pontarolli
Fábio Ferreira Mazza
Fernando Passos Cupertino de Barros
Flávio Marcelo Gomes
Gheisa Regina Plaisant da Paz e Silva
Gilmar de Assis
Giovana Andréa Gomes Ferreira
Giovanna Chipon Strapasson
Gisele Bechara Espinoza
Huark Douglas Correia
Ivaneide de Oliveira Lopes
Ivanildo Silva da Costa
Letícia Coelho Simon
Lígia Fernandes Lima Nantes
Ludmilla Souza de O. S. Dayrell
Márcia Coli Nogueira
Marcus Vinicius Armani Alves
Maria Célia Delduque
Marina Fernanda de Carlos Flores da Silva
Marlene Anchieta Vieira
Max Carvalho Amaral
Maxiliano D´Avila Cândido de Souza
Patrícia Paim
Paula Rossignoli
Paula Sue Facundo de Siqueira
Pedro Henrique di Masi Palheiro
Ramiro Nóbrega de Sant´Ana
Raquel França Silva
Renato Luís Dresch
Reynaldo Mapelli Júnior
Ricardo Assis Alves Dutra
Rita de Cássia Mello Guimarães
Rodrigo Otávio Lobo da Silva Costa
Rodrigo Santos de Carvalho
Rosane E. Mageste
Sandra Mara Campos Alves
Silvia Badim Marques
Simone Sousa Nicolau Pires
Siriana Maria da Silva
Victor W. Mattos

Edição
Adriane Cruz
Tatiana Rosa

Revisão Técnica
René Santos
Beatriz Figueiredo Dobashi

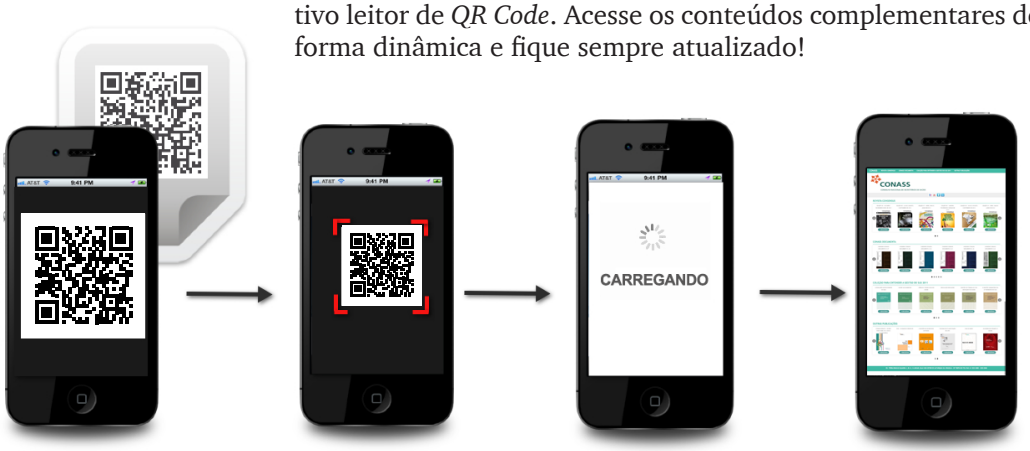
Revisão Jurídica
Silvia Badim Marques

Revisão Ortográfica
Sem Fronteira Idiomas

Projeto Gráfico e Diagramação
Marcus Carvalho

Como usar o *QR Code*

Para fazer a leitura dos códigos é preciso ter um *smartphone* ou *tablet* equipado com câmera, acesso à internet e um aplicativo leitor de *QR Code*. Acesse os conteúdos complementares de forma dinâmica e fique sempre atualizado!



Abra o aplicativo e aponte a câmera para o *QR Code*

Aguarde o aplicativo escanear o *QR Code*

O aplicativo irá processar o código

Você será direcionado ao conteúdo online.

Algum link não funciona?
Acesse: www.conass.org.br/biblioteca/direito-a-saude

Sumário

8 APRESENTAÇÃO

10 INTRODUÇÃO

14 CAPÍTULO 1 – O DIREITO SANITÁRIO NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

32 CAPÍTULO 2 – O SISTEMA SANITÁRIO E O SISTEMA DE JUSTIÇA

44 CAPÍTULO 3 – JUDICIALIZAÇÃO – DIFICULDADES E APRENDIZADOS

84 CAPÍTULO 4 – ORGANIZAÇÃO DAS SES PARA ENFRENTAR A JUDICIALIZAÇÃO – EXPERIÊNCIAS

94 CONSIDERAÇÕES FINAIS

96 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

105 ANEXO 1

Apresentação

O Direito Sanitário é uma disciplina que envolve o estudo das relações entre o sistema de justiça e o sistema sanitário e que, desde a promulgação da Constituição de 1988, que consagrou o direito à saúde como social e fundamental, desponta como essencial para o campo da saúde coletiva e nesse contexto, ganha valor e volume a cada dia. Trata-se, portanto, de disciplina que envolve o trabalho diário das Secretarias Estaduais de Saúde. Ainda que o CONASS, no decorrer dos anos e de várias formas, tenha cumprido sua missão na apreciação e na apresentação conceitual na esfera da saúde, até mesmo para expor suas teses ao sistema de justiça, esta é primeira publicação do CONASS dedicada, exclusivamente, ao Direito Sanitário.

Conhecer o Direito Sanitário e os debates que o acompanham é condição essencial para o desempenho da gestão. Não pode ser compreendido exclusivamente como o fenômeno da judicialização em saúde, é maior, mais abrangente. Traduz-se como disciplina que trata do conjunto normativo pelo qual se espera efetivar o direito fundamental à saúde, contemplado na Constituição, na legislação ordinária e nas normativas políticas e administrativas próprias da matéria.

Para a elaboração deste volume, que apresenta 33 artigos na forma da ferramenta *QR Code*, contou-se com a valiosa colaboração de expertos no assunto. Foram envolvidos técnicos das Secretarias Estaduais de Saúde, Assessores Jurídicos, Procuradores Estaduais e Federais, Defensoria Pública, Ministério Público, Magistratura e Academia – que de pronto apresentaram artigos para que compusessem esta obra. Da mesma forma é adequado reconhecer o trabalho da assessoria técnica da Secretaria Executiva do CONASS no cumprimento dessa missão.

Cumpre ainda, e com a visão no futuro, apresentar a intenção de perseverar e qualificar os debates que aqui se expõem e desejar boa leitura!

Wilson Duarte Alecrim
Presidente do CONASS

Introdução

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) existe desde 1982, foi acolhido pela Norma Operacional Básica n. 1/1993 (BRASIL, 1993), reconhecido pela Lei n. 8.142 (BRASIL, 1990) e, finalmente, pela Lei n. 12.466 (BRASIL, 2011), que alterou a Lei n. 8.080 (BRASIL, 1990).

O CONASS tem por missão:[1]

> [...] promover a articulação e a representação política da gestão estadual do SUS, proporcionando apoio técnico às Secretarias Estaduais de Saúde, coletiva e individualmente, de acordo com as suas necessidades, por meio da disseminação de informações, produção e difusão de conhecimento, inovação e incentivo à troca de experiências e de boas práticas.

Para dar concretude à sua missão, uma das atividades do CONASS é, a cada quatro anos, preparar-se para acolher os novos gestores estaduais da saúde no Brasil, em conjunto com aqueles que iniciam um segundo período de gestão, decorrente da reeleição dos Governadores. Na estratégia de acolhimento aos gestores, são preparadas várias ações e atividades, entre elas a elaboração de livros sobre a temática da saúde pública.

Foram preparados materiais diversos para a recepção dos novos gestores, entre eles a coleção "Para Entender a Gestão do SUS 2015", com quatro livros que tratam de assuntos complexos e atuais sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e que, obviamente, têm demandado a adoção de estratégias e providências bem elaboradas pela gestão estadual. São eles: (*i*) Atenção Primária e as Redes de

1 Disponível em: <http://www.conass.org.br/ESTATUTO%20CONASS%202013-%20Assemble%CC%81ia%20de%2028%20ago%2013%20-%20vf%5B1%5D.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2014.

Atenção à Saúde; (*ii*) Direito à Saúde; (*iii*) Alternativas de Gerência para as Unidades Públicas de Saúde; e (iv) A Gestão do SUS.

Este volume, que trata do Direito à Saúde, apresenta quatro capítulos: (*i*) O Direito Sanitário na legislação brasileira; (*ii*) O Sistema Sanitário e o Sistema de Justiça; (*iii*) Judicialização – dificuldades e aprendizados; (*iv*) Organização das SES para enfrentar a judicialização – experiências. Os capítulos são compostos por artigos escritos por profissionais[2] que representam o sistema sanitário (Secretarias Estaduais de Saúde e Procuradorias Estaduais) e o sistema de justiça (representantes da magistratura, Ministério Público, Defensoria e outros).

Referidos artigos indicam questões relevantes sobre as bases do direito sanitário, sua característica complexa e interdisciplinar, a relação do sistema de justiça com o sistema sanitário, a judicialização da saúde, a legislação sanitária e a organização do SUS. Tem o intuito de, a partir das reflexões propostas, possibilitar aos gestores um entendimento maior acerca das questões que envolvem o tema no Brasil.

Apresentam reflexões e experiências dos que atuam na área do direito à saúde, especialmente nas discussões que envolvem o sistema sanitário e o sistema de justiça. Sugerem estratégias mediadoras e conciliadoras dos conflitos, que podem qualificar o nível de comunicação existente entre os dois sistemas, além de propiciar a troca de experiências, na medida em que discorrem sobre as diversas maneiras de organização eleitas pelas Secretarias Estaduais de Saúde em face da judicialização sanitária.

Nesse contexto, cabe indicar que a judicialização da saúde tem sido o palco para debates que envolve inúmeros atores, desde ges-

2 Os autores elaboraram artigos que expressam suas opiniões pessoais, a pedido do CONASS, e têm conhecimento de que as publicações, tanto impressas quanto disponíveis pela rede mundial de computadores, são de acesso público, gratuito e desembaraçado (portal CONASS); além disso, cederam, gratuitamente, seus direitos autorais para a presente publicação.

tores de saúde do ministério da saúde, secretarias estaduais e do DF, secretarias municipais, juízes, promotores de justiça, defensores públicos, organizações da sociedade civil, universidades, indústrias de medicamentos e tecnologias de saúde, entre outros.

Apresenta teses antagônicas: (*i*) a efetivação do direito à saúde deve dar-se independentemente de política pública; (*ii*) a efetivação do direito à saúde só deve dar-se mediante política pública; (*iii*) a efetivação do direito à saúde deve dar-se mediante política pública, todavia, admitidas exceções. A última tese foi a posição adotada pelo Supremo Tribunal Federal (STF) quando da decisão da Suspensão de Tutela Antecipada (STA) 175[3] e outros processos.

O debate que envolve a judicialização da saúde chegou aos tribunais superiores, ao STF, ao Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e ao Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP) e tem provocado a adoção de estratégias que promovem e aperfeiçoam o diálogo entre os sistemas jurídico e sanitário no que tange à saúde.

A judicialização tem por essência o fato de que cada sistema vive separadamente seus dilemas: no Judiciário, o dever de julgar os pedidos que lhe são apresentados, conforme suas especificidades e que suas decisões sejam exequíveis, e na Saúde, a tentativa de conciliar as normativas do SUS, o financiamento insuficiente e as determinações recebidas do Poder Judiciário. Entretanto, e também se verá em capítulo três do livro, busca-se por estratégias e alternativas que aprimorem a comunicação entre os sistemas, a fim de garantir o direito à saúde de todos e de cada um.

Em cenário de composição e fortalecimento de estratégias que facilitem a comunicação entre os sistemas sanitário e de justiça, merece menção a Câmara Técnica de Direito Sanitário (CTDS) do CONASS, que agrega representantes das 27 Secretarias Estaduais de Saúde (SES), para discussão, formulação, avaliação e apresen-

3 Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticianoticiastf/anexo/sta175.pdf>. Acesso em: 3 dez. 2014.

tação à Assembleia de Secretários Estaduais dos itens referentes ao Direito Sanitário. A CTDS foi criada em novembro de 2013 e é composta por técnicos das assessorias jurídicas das SES e das Procuradorias Gerais dos Estados (PGE), responsáveis pela temática no âmbito de seus territórios e indicados pelos respectivos secretários de saúde no início de cada gestão. Reconhece-se que a atuação da CTDS, nos anos 2013 e 2014, foi de grande importância para a Secretaria Executiva do CONASS, em especial para a elaboração do presente volume, e espera-se que seus trabalhos rendam cada vez mais frutos para o sistema público de saúde.

Obviamente não é pretensão da obra o esgotamento do tema. Esta pretende, sim, lançar luzes sobre questões, cujo debate merece ser aprofundado. Busca-se, com esta publicação, auxiliar a compreensão dos gestores estaduais acerca do Direito à Saúde, com ênfase na judicialização do direito da saúde, por ser esta uma das temáticas mais debatidas pela gestão estadual do SUS.

1

O Direito Sanitário na Legislação Brasileira

O Direito Sanitário na Legislação Brasileira

Depois de muitos anos de luta, o Movimento da Reforma Sanitária (MRS) conseguiu colocar, na lei maior do País, a Constituição Federal (CF) (BRASIL, 1988), a Saúde como direito fundamental, garantido pela interação dos três Entes Federados: União, Estado, Distrito Federal e Municípios.

Na CF (BRASIL, 1988), estão institucionalizados os direitos humanos no País, consagrados em direitos fundamentais, sociais e econômicos, de aplicação imediata. E, entre esses direitos, encontra-se o direito à saúde, expresso no artigo 6º, como um direito social.

O artigo 23, II, da CF (BRASIL, 1988) diz da competência comum dos entes federados para cuidar da saúde, o que exige que gestores de todos os níveis de governo definam a organização e competências no SUS, de modo a atender a diretriz constitucional de descentralização – prevista no artigo 198, I – bem como as delimitações apresentadas nos artigos 15 e 16 da Lei n. 8.080/1990 (BRASIL, 1990).

A pretensão deste capítulo é apresentar a legislação estruturante do SUS e seu modelo de pactuação entre gestores. Os artigos que compõem esta parte do livro, além de discorrerem sobre as leis, a organização geral da política pública de saúde e a pactuação entre gestores, apresentam também os avanços, os debates e os desafios que acompanham essas temáticas. A conquista pelo direito à saúde não se fez acompanhar de financiamento suficiente e sustentável e da adequada formação dos profissionais de saúde, a fim de estarem inseridos nas novas práticas sanitárias e na produção social da saúde, e a gestão estadual de saúde não pode se furtar a esses enfrentamentos.

Recorre-se, primeiramente, ao conceito de direito à saúde, extraído do artigo 196 da CF. A decisão do Ministro Gilmar Mendes, do STF, na Suspensão de Tutela Antecipada 175 e outros processos (STA 175), além de reconhecer a existência de teses antagônicas

acerca da efetivação do direito à saúde, indicou detalhadamente a interpretação para o artigo 196 da CF (BRASIL, 1988). Fez isso no sentido de buscar a uniformidade dos entendimentos sobre o direito à saúde.[1] Para o termo "direito de todos", a decisão mencionada

1 Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticianoticiastf/anexo/sta175.pdf>. Acesso em: 3 dez. 2014. Decisão STA 175 e outros processos: [...] **(1) direito de todos:** É possível identificar, na redação do referido artigo constitucional, tanto um direito individual quanto um direito coletivo à saúde. Dizer que a norma do artigo 196, por tratar de um direito social, consubstancia-se tão somente em norma programática, incapaz de produzir efeitos, apenas indicando diretrizes a serem observadas pelo poder público, significaria negar a força normativa da Constituição. [...] Não obstante, esse direito subjetivo público é assegurado mediante políticas sociais e econômicas, ou seja, não há um direito absoluto a todo e qualquer procedimento necessário para a proteção, promoção e recuperação da saúde, independentemente da existência de uma política pública que o concretize. Há um direito público subjetivo a políticas públicas que promovam, protejam e recuperem a saúde. [...] Assim, a garantia judicial da prestação individual de saúde, *prima facie*, estaria condicionada ao não comprometimento do funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), o que, por certo, deve ser sempre demonstrado e fundamentado de forma clara e concreta, caso a caso. **(2) dever do Estado:** O dispositivo constitucional deixa claro que, para além do direito fundamental à saúde, há o dever fundamental de prestação de saúde por parte do Estado (União, estados, Distrito Federal e municípios). O dever de desenvolver políticas públicas que visem à redução de doenças, à promoção, à proteção e à recuperação da saúde está expresso no artigo 196. A competência comum dos Entes da Federação para cuidar da saúde consta do art. 23, II, da Constituição. União, estados, Distrito Federal e municípios são responsáveis solidários pela saúde, tanto do indivíduo quanto da coletividade e, dessa forma, são legitimados passivos nas demandas cuja causa de pedir é a negativa, pelo SUS (seja pelo gestor municipal, estadual ou federal), de prestações na área de saúde. O fato de o Sistema Único de Saúde ter descentralizado os serviços e conjugado os recursos financeiros dos Entes da Federação, com o objetivo de aumentar a qualidade e o acesso aos serviços de saúde, apenas reforça a obrigação solidária e subsidiária entre eles. [...] **(3) garantido mediante políticas sociais e econômicas:** A garantia mediante políticas sociais e econômicas ressalva, justamente, a necessidade de formulação de políticas públicas que concretizem o direito à saúde por meio de escolhas alocativas. É incontestável que, além da necessidade de se distribuírem recursos naturalmente escassos por meio de critérios distributivos, a própria evolução da medicina impõe um viés programático ao direito à saúde, pois sempre haverá uma nova descoberta, um novo exame, um novo prognóstico ou procedimento cirúrgico, uma nova doença ou a volta de uma doença suposta-

identifica que se trata tanto do direito individual quanto do direito coletivo. Todavia, indica que não "há um direito absoluto a todo e qualquer procedimento necessário para a proteção, promoção e recuperação da saúde" e que o direito individual está condicionado ao não comprometimento do SUS e deve ser demonstrado e fundamentado, caso a caso. Indica ao Estado Brasileiro (União, estados, DF e municípios) o dever de desenvolver políticas públicas que visem à redução de doenças, à promoção, à proteção e à recuperação da saúde – evidenciadas as ações preventivas –, mediante a solidariedade dos Entes, com a distribuição de "recursos naturalmente escassos", em escolhas alocativas.

A interpretação constitucional é de extrema importância para a efetivação do direito à saúde, ainda mais quando aliada às demais normativas que estruturam a política pública.

Para apresentar a legislação estruturante do SUS, Simon inicia sua narrativa pela CF (BRASIL, 1988), em seus artigos 6º e 196, enquadrando a saúde na seguridade social. Apresenta a legislação ordinária (Leis n. 8.080/1990 e n. 8.142/1990), com suas respectivas alterações (Leis n. 12.401/2011 e n. 12.466/2011). Apresenta o Decreto n. 7.508 (BRASIL, 2011) que refere o Con-

---

mente erradicada. **(4) políticas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos:** Tais políticas visam à redução do risco de doença e outros agravos, a fim de evidenciar sua dimensão preventiva. As ações preventivas na área da saúde foram, inclusive, indicadas como prioritárias pelo artigo 198, inciso II, da Constituição. **(5) políticas que visem ao acesso universal e igualitário:** [...] O princípio do acesso igualitário e universal reforça a responsabilidade solidária dos Entes da Federação, garantindo, inclusive, a "igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie" (art. 7º, IV, da Lei n. 8.080/1990). **(6) ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde:** O estudo do direito à saúde no Brasil leva a concluir que os problemas de eficácia social desse direito fundamental devem-se muito mais a questões ligadas à implementação e à manutenção das políticas públicas de saúde já existentes – o que implica também a composição dos orçamentos dos Entes da Federação – do que à falta de legislação específica. Em outros termos, o problema não é de inexistência, mas de execução (administrativa) das políticas públicas pelos Entes Federados. [...] (grifos do original)

trato Organizativo de Ação Pública (Coap). Como não poderia ser diferente, apresenta ainda a regulamentação que confere aporte orçamentário e financeiro à política pública de saúde – EC n. 29 (BRASIL, 2000), Lei Complementar n. 141 (BRASIL, 2012) e respectivas análises. A autora sustenta que o direito à saúde não pode ser exercido e garantido pelo Judiciário de forma ilimitada. Deve sim, considerar a dimensão política que envolve, inexoravelmente, o direito social à saúde.

Artigo

Desafio: Concretização do direito à Saúde Pública no Brasil – *Letícia Coelho Simon*

Acesse usando o *QR CODE* ao lado ou pelo link goo.gl/Zja9Tb

Os conselhos representativos e o modelo de pactuação entre gestores no SUS são apresentados por Dayrell. Realça a importância do CONASS, do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), das Comissões Intergestores Tripartite (CIT), Bipartite (CIB) e Regional (CIR) para a garantia do direito à saúde nos moldes constitucionais e apresenta seus objetivos. Discorre sobre a importância dos atos administrativos que decorrem da atuação das comissões intergestores, principalmente a partir da inclusão trazida pelo artigo 14-A da Lei n. 8.080/1990 (BRASIL, 1990), que reconheceu o papel decisório das CIB e CIT, com a possibilidade de emissão de atos específicos acerca das políticas públicas, ações e serviços de saúde e financiamento. Indica que as decisões das Comissões Intergestores são, portanto, normas jurídicas, que devem ser conhecidas pelo sistema de justiça. A autora indica, por fim, que medidas relativas à transparência das ações administrativas aliadas a uma interlocução melhorada com o sistema de justiça podem contribuir para a compreensão da lógica da política pública de saúde e para a participação da comunidade.

Artigo

Gestão Compartilhada do SUS: a importância da pactuação para a efetividade do Direito Constitucional da Saúde – *Ludmylla Souza de Oliveira Silva Dayrell*

Acesse usando o *QR CODE* ao lado ou pelo link goo.gl/PWahjy

Apresentadas as leis que estruturam o SUS e o modelo de pactuação entre gestores, cabe conhecer o debate que versa sobre o Poder Regulamentar da Administração Pública, que confere aos gestores de saúde a prerrogativa de editar normas para complementar a legislação existente. Dutra apresenta: (*i*) a hierarquia das normas – vale mais a CF (BRASIL, 1988) e menos a resolução da CIT –; (*ii*) os conflitos existentes entre normas de Entes Federados distintos; (*iii*) como a hierarquia das leis é aplicada no SUS e os conflitos que devem ser ora evitados, ora combatidos na pactuação entre gestores. O conteúdo que devem ter as normas editadas pelo SUS e sua consequente eficácia na gestão são debates que devem ser conhecidos e aprofundados pelos gestores e pelos técnicos das secretarias estaduais, para um melhor exercício de seu poder regulamentar.

O poder normativo do Gestor de Saúde: possibilidades e limites – *Ricardo Assis Alves Dutra*

Acesse usando o *QR CODE* ao lado ou pelo link goo.gl/w7az2s

Artigo

Seguindo o debate acerca do poder normativo do Executivo, Dresch – juiz de direito em Minas Gerais – busca o aprofundamento desta temática e entende, conforme expõe em seu artigo, que as normativas do SUS têm eficácia e validade:

O acesso à Saúde Pública e a eficácia das normas de regulação do SUS – *Renato Luís Dresch*

Acesse usando o *QR CODE* ao lado ou pelo link goo.gl/6b0BVN

Artigo

> [...] as normas infraconstitucionais que regulam o acesso à saúde, inclusive quando repartem a competência entre os gestores, não ofendem a garantia constitucional de plenitude de acesso e atendimento integral à saúde, não havendo como afastar a sua validade e eficácia, porque emanam de cumprimento do próprio comando constitucional.

O autor ressalta que o Poder Judiciário, que tem sido protagonista em garantir o acesso aos serviços de saúde da população nas

vias processuais, carece de um conhecimento mais apurado acerca da regulação administrativa do Sistema Único de Saúde (SUS), expressas em tantas normas infralegais. No que diz respeito às competências dos Entes, na execução das ações e dos serviços de saúde, Dresch indica também que as resoluções e as portarias (atos administrativos) editadas pelo SUS devem ser observadas – até mesmo para a proposição de demandas judiciais pelo direito à saúde.

Silva, em seu artigo, debate a importância de se estudar o federalismo de cooperação na área de saúde. Segundo a autora, a soma de todos os esforços, por parte dos níveis de governo, é que pode garantir a saúde para os brasileiros. Todavia, pondera que para esse modelo de federalismo funcionar é fundamental que as atribuições de cada ente seja bem definida, de modo não haver vazios assistenciais e nem sobreposição de tarefas.

Artigo

A importância de delimitação de atribuições a fim de garantir maior efetividade na prestação de serviços definidos como de competência comum – *Marina Fernanda de Carlos Flores da Silva*

Acesse usando o *QR CODE* ao lado ou pelo link goo.gl/J39p0V

Enfoca, a partir de caso específico, a necessidade de se respeitar a política pública constituída e pactuada entre Entes. Chama a atenção para a mudança de posição do sistema de justiça, que passa a observar a importância das atribuições estabelecidas para cada Ente, demonstrando proteção à política pública, ao conhecer sua divisão de competências. A autora conclui que é imprescindível que o federalismo de cooperação seja adequadamente executado, com atribuições e responsabilidades mais bem definidas para cada ente federado, respeitada a legislação vigente.

Neste sentido, além do exposto pela autora, importa conhecer a lição de Dallari (1995), para quem a distribuição constitucional de competências é condição do Federalismo, necessária à autonomia das Unidades Federadas no que diz respeito às suas competências

e à participação na formação da vontade expressa nas leis. A CF (BRASIL, 1988) tanto conferiu competências comuns quanto específicas à União, a estados, ao Distrito Federal e a municípios. No que se refere às competências comuns, como é a política de saúde, há discussão sobre a solidariedade entre Entes.

Santos (2010) indica que a solidariedade, em sentido jurídico, está associada à responsabilidade do Ente com o pedido judicial e sua consequente legitimidade para figurar em um dos polos da ação judicial.

Acerca do reconhecimento da responsabilidade solidária entre os Entes Federados na efetivação do direito à saúde, importa destacar a existência de correntes de pensamentos distintas: a que entende pela responsabilidade solidária entre os Entes e a que entende pelo respeito às competências definidas em legislação infraconstitucional e explicitadas em normativa infralegal.

A responsabilidade dos Entes deve ser alvo de apreciação do STF, quando do julgamento do Recurso Extraordinário 566.471[2], cujo po-

2 Demonstrou a Repercussão Geral exigida pela Lei n. 11.418/2006 (Emenda Constitucional n. 45/2004, art. 327 do Regimento Interno do STF e Emenda Regimental n. 21 do STF). Distribuído ao Ministro Marco Aurélio de Mello, em outubro de 2007, teve sua repercussão geral reconhecida, por unanimidade, confirmando o entendimento do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Norte. O portal do STF informa que os recursos extraordinários são de caráter excepcional dirigido ao próprio Supremo contra decisões de outros tribunais, em única ou última instância, quando houver ofensa à norma da Constituição Federal. Poderá ser objeto de RE uma decisão judicial que: (*i*) contrariar dispositivo da CF; (*ii*) declarar inconstitucionalidade de tratado ou lei federal; (*iii*) julgar válida lei ou ato de governo local contestado em face da CF. Tem por fundamento a CF, em seu artigo 102, III, e artigo 52, X, os procedimentos estabelecidos pelo Código de Processo Civil, Lei n. 8.038/1990 e o Regimento Interno do STF.
Santos (2013, p. 65) indica que: os RE podem ser impetrados por qualquer pessoa e suas características são: (*i*) esgotamento prévio das instâncias ordinárias (não cabe mais recurso para instâncias inferiores); (*ii*) atuação do STF e do STJ não é igual à dos outros tribunais – sua função aqui é guardar o ordenamento jurídico e não a situação individual das partes. A parte poderá ser beneficiada por essa guarda, mas a mera alegação de que as decisões anteriores lhe foram "injustas" não servem para fundamentar esses recursos; (*iii*) não servem para mera revi-

sicionamento poderá abranger questões como a reserva do possível e a solidariedade entre Entes, como mencionado na STA 175.[3]

Nesse âmbito, a discussão também se dará quando da análise da Proposição de Súmula Vinculante[4] (PSV) n. 4 para o reconheci-

são de matéria de fato; (*iv*) sua admissão depende da autorização da instância inferior, e depois do próprio STF e do STJ; (*v*) os pressupostos específicos desses recursos estão na Constituição Federal e não no Código de Processo Civil e na Lei n. 8.038/1990; (*vi*) enquanto perdurarem os recursos excepcionais, a sentença anterior já pode ser executada provisoriamente; (vii) os dois recursos podem ser ajuizados simultaneamente no STF e no STJ, uma vez que suas diferenças são bem delineadas pela Constituição, tratando-se de discussão de matérias distintas. Portanto, o prazo para apresentar os recursos corre simultaneamente, sendo de 15 dias.

3 Ressalto que o tema da responsabilidade solidária dos Entes Federativos em matéria de saúde também poderá ser apreciado pelo Tribunal no RE 566.471, Rel. Min. Marco Aurélio, o qual tem repercussão geral reconhecida, nos termos da seguinte ementa: SAÚDE – ASSISTÊNCIA – MEDICAMENTO DE ALTO CUSTO – FORNECIMENTO. Possui repercussão geral controvérsia sobre a obrigatoriedade de o Poder Público fornecer medicamento de alto custo. Também tramita nesta corte a Proposta de Súmula Vinculante n. 4, que propõe tornar vinculante o entendimento jurisprudencial a respeito da responsabilidade solidária dos Entes da Federação no atendimento das ações de saúde. Referida PSV teve a tramitação sobrestada por decisão da Ministra Ellen Gracie, Presidente da Comissão de Jurisprudência, e está no aguardo da apreciação do mérito do referido RE 566.471 (*DJ*e 26.8.2009). Assim, apesar da responsabilidade dos Entes da Federação em matéria de direito à saúde suscitar questões delicadas, a decisão impugnada pelo pedido de suspensão, ao determinar a responsabilidade da União no fornecimento do tratamento pretendido, segue as normas constitucionais que fixaram a competência comum (art. 23, II, da CF), a Lei Federal n. 8.080/1990 (art. 7º, XI) e a jurisprudência desta Corte. Entendo, pois, que a determinação para que a União arque com as despesas do tratamento não configura grave lesão à ordem pública.

4 Martins (2012) leciona que a súmula é o "resumo dos julgamentos" e é "resultante de teses jurídicas" já reiteradas e predominantes nos tribunais. A Emenda Constitucional n. 45, de 2004, introduziu o artigo 103 A , (devidamente regulamentado pela Lei n. 11.417/2006) na Constituição Federal, admitindo a previsão de efeito vinculante à súmula de julgamento do STF. A Súmula Vinculante tem por consequências a celeridade e a efetividade às decisões judiciais, especialmente nas demandas repetitivas; e a uniformidade nas decisões. Adotadas as súmulas vinculantes, tribunais e juízes devem decidir questões de mesmo teor em conformidade com a súmula e seu desrespeito poderá ensejar responsabilização

mento da responsabilidade solidária entre os Entes Federados na efetivação do direito à saúde.

As súmulas vinculantes tratam de controvérsia observada em número crescente de demandas judiciais idênticas e pretendem obter tanto um posicionamento do Poder Judiciário sobre questão ainda não decidida quanto tentam dar cabo ao quantitativo crescente de processos, a partir da uniformização dos julgados.

A PSV n. 4 propõe: "a responsabilidade solidária dos Entes Federativos no que concerne ao fornecimento de medicamento e tratamento médico ao carente, comprovada a necessidade do fármaco ou da intervenção médica, restando afastada, por outro lado, a alegação de ilegitimidade passiva corriqueira por parte das Pessoas Jurídicas de Direito Público". Caso seja assim reconhecida, o proponente de uma ação judicial cujo pleito seja ação ou serviço de saúde poderá acionar qualquer dos Entes Federados.

Cumpre assinalar que, dos constantes posicionamentos do STF, há adoção da tese da preservação do princípio da lealdade à Federação e, consequentemente, o entendimento pela solidariedade dos Entes. Essa afirmativa encontra fundamento, até mesmo, na decisão STA 175.[5]

---

conforme estabelece a Lei n. 11.417/2006, em seu artigo 9º, exceto os casos de fundamento que denote a inaplicabilidade da súmula.

5 Decisão STA 175 e outros processos: [...] Por fim, constatei que existem casos na jurisprudência desta Corte que afirmam a responsabilidade solidária dos Entes Federados em matéria de saúde e de que não cabe discutir, no âmbito do pedido de suspensão, questões relacionadas ao mérito da demanda. Irresignada, a União agravou da referida decisão, reforçando os argumentos antes apresentados no pedido de suspensão. [...] O princípio do acesso igualitário e universal reforça a responsabilidade solidária dos Entes da Federação, garantindo, inclusive, a "*igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie*" (art. 7º, IV, da Lei n. 8.080/1990). [...] **Após refletir sobre as informações colhidas na Audiência Pública – Saúde e sobre a jurisprudência recente deste Tribunal, é possível afirmar que, em matéria de saúde pública, a responsabilidade dos Entes da Federação deve ser efetivamente solidária**. No RE 195.192-3/RS, a 2ª Turma deste Supremo Tribunal consignou

Contudo, a I Jornada de Direito Sanitário, promovida pelo CNJ, em maio de 2014, enquanto o RE 466.741 e a referida PSV aguardam apreciação pelo STF, indicou em seu enunciados interpretativos n. 8 e n. 13 a adoção da corrente de pensamento que identifica

---

o entendimento segundo o qual a responsabilidade pelas ações e pelos serviços de saúde é da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. Nesse sentido, o acórdão restou assim ementado: "SAÚDE – AQUISIÇÃO E FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS – DOENÇA RARA. Incumbe ao Estado (gênero) proporcionar meios visando alcançar a saúde, especialmente quando envolvida criança e adolescente. O Sistema Único de Saúde torna a responsabilidade linear alcançando a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios." (RE 195.192-3/RS, 2ª Turma, Ministro Marco Aurélio, *DJ* 22.2.2000). [...] A responsabilidade dos Entes da Federação foi muito enfatizada durante os debates na Audiência Pública – Saúde, oportunidade em que externei os seguintes entendimentos sobre o tema: O Poder Judiciário, acompanhado pela doutrina majoritária, tem entendido que a competência comum dos Entes resulta na sua responsabilidade solidária para responder pelas demandas de saúde. Muitos dos pedidos de suspensão de tutela antecipada, suspensão de segurança e suspensão de liminar fundamentam a ocorrência de lesão à ordem pública na desconsideração, pela decisão judicial, dessa divisão de responsabilidades estabelecidas pela legislação do SUS, alegando que a ação deveria ter sido proposta contra outro Ente da Federação. Não temos dúvida de que o Estado brasileiro é responsável pela prestação dos serviços de saúde. Importa aqui reforçar o entendimento de que cabe à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios agirem em conjunto no cumprimento do mandamento constitucional. A Constituição incorpora o princípio da lealdade à Federação por parte da União, dos estados e dos municípios no cumprimento de suas tarefas comuns. De toda forma, parece certo que, quanto ao desenvolvimento prático desse tipo de responsabilidade solidária, deve ser construído um modelo de cooperação e de coordenação de ações conjuntas por parte dos Entes Federativos. [...] (grifos do original).

[...] A correção ou não deste posicionamento, entretanto, não é passível de ampla cognição nos estritos limites deste juízo de contracautela, como quer fazer valer a agravante. Da mesma forma, as alegações referentes à ilegitimidade passiva da União, à violação do sistema de repartição de competências, à necessidade de figurar como réu na ação principal somente o Ente responsável pela dispensação do medicamento pleiteado e à desconsideração da lei do SUS, não são passíveis de ampla delibação no juízo do pedido de suspensão de segurança, pois constituem o mérito da ação, a ser debatido de forma exaustiva no exame do recurso cabível contra o provimento jurisdicional que ensejou a tutela antecipada. Nesse sentido: SS-AgR n. 2.932/SP, Ellen Gracie, *DJ* 25.4.2008 e SS-AgR n. 2.964/SP, Ellen Gracie, *DJ* 9.11.2007, entre outros [...].

as competências dos Entes, na legislação infraconstitucional, nos casos em que for possível.[6]

Esta mesma PSV n. 4 discutirá outra questão importante: "a possibilidade de bloqueio de valores públicos para o fornecimento de medicamento e tratamento médico ao carente, comprovada a necessidade do fármaco ou intervenção médica, restando afastada, por outro lado, a alegação de que tal bloqueio fere o artigo 100, *caput*, e § 2º da Constituição de 1988".

Ferreira e Ribeiro abordam, em seu artigo, a problemática da determinação do bloqueio de verbas públicas pelo Poder Judiciário em ações judiciais que condenam o Estado a fornecer bens e serviços de saúde. Esse tema vem ganhando importância em face das diversas condenações judiciais ao fornecimento de bens e serviços de saúde, sob pena de bloqueio de valores financeiros em contas públicas, de modo a garantir o fornecimento da prestação. As autoras indicam o uso de meios coercitivos para que a Administração dê cumprimento às decisões judiciais, como a majoração de multa diária, e dispõem sobre as desvantagens do bloqueio de verbas públicas ou depósito judicial de numerário: (*i*) risco de a parte beneficiária utilizar o recurso em finalidade diversa; (*ii*) aquisição do fármaco/serviço médico a um custo superior ao que seria despendido pela Administração; e, ainda, (*iii*) recair em contas destinadas a outros fins.

Judicialização do Direito à Saúde: priorizar a prestação do serviço ou a entrega do valor?
Giovana A. G. Ferreira e Catarina de Sá Guimarães Ribeiro

Acesse usando o *QR CODE* ao lado ou pelo link goo.gl/XG7KGL

Artigo

As autoras reiteram argumentos, já apresentados em debates anteriores, acerca da necessária observância, pelo Poder Judiciário,

6 Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/images/eventos/I_jornada_forum_saude/_ENUNCIADOS%20APROVADOS%20NA%20JORNADA%20DE%20DIREITO%20DA%20SADE%20-%20PLENARIA%2015-5-14_revisado%20Carmem%203.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2014

da divisão de competências entre os entes federados, evitando-se assim que bloqueios de valores recaiam sobre contas de entes não responsáveis pela prestação de saúde ou ainda, contas destinadas a finalidades específicas. Chamam a atenção para o posicionamento do Superior Tribunal de Justiça (STJ), acerca da comprovação de urgência e imprescindibilidade da prestação de saúde, assim como, indicam a observância do artigo 100 da CF. Contudo, para evitar maiores danos à gestão e ao orçamento público, apontam as autoras, a importância de que a Administração desenvolva estratégias para o cumprimento célere das determinações judiciais.

Espinoza segue nesse debate sobre os impactos da judicialização nas verbas públicas e apresenta o sequestro das verbas públicas, sob o ponto de vista do advogado público que serve à SES. Salienta que o bloqueio ou sequestro de bens trata-se de medida excepcional, conforme expresso no § 6º, do artigo 100 da CF e que a determinação dessa medida fora da previsão constitucional acarreta e acarretará prejuízos à Administração. Discute o estabelecimento de multas cominatórias e que mesmo nos casos em que foi cumprida a determinação judicial, verifica-se na prática, a preocupante situação dos autores das ações, pleitearem o valor da multa.

Artigo

O sequestro de verba pública e a imposição de multa cominatória como meio de efetivação do Direito à Saúde: uma análise sob a ótica da Administração – *Gisele Bechara Espinoza*

Acesse usando o *QR CODE* ao lado ou pelo link goo.gl/P3TVgQ

Para a autora “quanto mais atípico o produto de saúde pleiteado, maiores as chances de amealhar fortuna fácil”. Problematiza, o prazo estabelecido pelo judiciário para o cumprimento de decisão sob pena de multa cominatória e a inexistência de critério legal que permita aferir a razoabilidade de prazo. Indica que as determinações judiciais, em geral, fixam prazos entre 48/72 horas, quan-

do os procedimentos legais e administrativos – que submetem às SES – não podem ser cumpridos em tal prazo. Conclui:

> [...] se de um lado é simples decidir com base na sensibilidade social e urgência do caso concreto, do outro, fica a difícil tarefa de implementar essas decisões judiciais que irradiam danosos efeitos colaterais evidenciados na desestrutura do orçamento público e na colidência com a política pública preestabelecida pelo administrador [...].

Além das ponderações trazidas nos artigos, acresce-se que a decisão da PSV n. 4 terá forte impacto na política pública[7] – seja para agravar situações de dificuldade da administração ou para dar fim aos embaraços até então enfrentados. Pondera-se ainda que, em saúde, há demandas idênticas e demandas semelhantes – e que, por vezes, a diferença só pode ser notada por aqueles que conhecem saúde e política de saúde. E mais, a morosidade é o fundamento que a súmula vinculante persegue. Todavia, ela pode estar atrelada ao fato de que tanto o sistema sanitário quanto o de justiça estão atrelados a processos e procedimentos burocratizados, refratários à simplificação e a caminhos extrajudiciais.

O debate sobre as normas que regulam a saúde já indica que há dificuldades de efetivação dos direitos sociais no Brasil. A legi-

7 Decisão STA 178 e outros processos: Possui repercussão geral controvérsia sobre a obrigatoriedade de o Poder Público fornecer medicamento de alto custo. Também tramita nesta corte a Proposta de Súmula Vinculante n. 4, que propõe tornar vinculante o entendimento jurisprudencial a respeito da responsabilidade solidária dos Entes da Federação no atendimento das ações de saúde. Referida PSV teve a tramitação sobrestada por decisão da Ministra Ellen Gracie, Presidente da Comissão de Jurisprudência, e está no aguardo da apreciação do mérito do referido RE 566.471 (*DOU* 26.8.2009). Assim, apesar de a responsabilidade dos Entes da Federação em matéria de direito à saúde suscitar questões delicadas, a decisão impugnada pelo pedido de suspensão, ao determinar a responsabilidade da União no fornecimento do tratamento pretendido, segue as normas constitucionais que fixaram a competência comum (art. 23, II, da CF), a Lei Federal n. 8.080/1990 (art. 7º, XI) e a jurisprudência desta Corte. Entendo, pois, que a determinação para que a União arque com as despesas do tratamento não configura grave lesão à ordem pública.

timação do direito à saúde na CF (BRASIL, 1988), sua organização em legislação ordinária, seu modo de operar e produzir normativas infralegais não são suficientes para submeter à realidade. Mesmo que a legislação e a normativa infralegal sejam, sem nenhuma dúvida, instrumentos fortalecedores do SUS, elas não são suficientes para a efetivação do direito à saúde.

Ao entender que a aplicação da CF (BRASIL, 1988) deve ser vista como intersecção entre a política e o direito, importa as lições de Canotilho (2004), para quem o problema dos direitos sociais está em se "levar a sério seu reconhecimento constitucional", e de Barroso (2002) que indica haver um "abismo entre a validade e a vigência do direito".

Há percalços e desafios a serem enfrentados. O primeiro deles é a assunção da saúde, pelos cidadãos, como direito humano inalienável. Esta é uma problemática com raízes históricas complexas e que, para Barros, sua superação, no caso da política pública de saúde brasileira, passa pelo enfrentamento de: (*i*) "a busca de um financiamento público satisfatório"; (*ii*) "a necessidade de melhorar a qualidade dos serviços de atenção primária à saúde"; (*iii*) "a implementação de um modelo assistencial compatível com a situação demográfica e epidemiológica do País"; (*iv*) "a prática efetiva de uma articulação solidária e cooperativa nas regiões de saúde"; (*v*) "a necessidade de se colocar o cidadão como centro das atenções"; e (*vi*) "o fortalecimento de um controle social efetivo". Por fim, o autor ressalta a importância da sociedade civil na reivindicação e construção do direito à saúde, em moldes adequados às necessidades sociais.

Artigo

A saúde como direito: o difícil caminho de sua apropriação pelos cidadãos – *Fernando Passos Cupertino de Barros*

Acesse usando o *QR CODE* ao lado ou pelo link goo.gl/8C3ICM

Nesse mesmo caminho, Mapelli Júnior – promotor de justiça do Ministério Público do Estado de São Paulo – apresenta suas reflexões acerca da construção do SUS e dos desafios para a concretização do direito à saúde, de acordo com os moldes constitucionais.

Avanços e desafios do SUS na atualidade
Reynaldo Mapelli Júnior
Acesse usando o *QR CODE* ao lado ou pelo link goo.gl/SIVxXG

Artigo

Partindo dessa reflexão, o autor aponta como grandes desafios para a garantia do direito à saúde: (*i*) "avançar na construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS)" para que o usuário tenha disponível serviços articulados e contínuos; (*ii*) formar adequadamente os recursos humanos; (*iii*) "buscar modelos gerenciais mais eficazes, menos burocratizados e mais voltados para a busca de resultados"; (*iv*) aprimorar o planejamento em saúde. Ainda sobre os desafios, indica que "problema crucial, ainda sem perspectiva de solução, é a ausência de financiamento suficiente e estável para o SUS". Seu elenco apresenta outros desafios a serem superados: a utilização do SUS como "palanque político", indicando necessidade de qualificação da gestão e dos conselhos de saúde; e a judicialização que, para o autor:

> [...] se caracteriza em grande parte como o ajuizamento de demandas individuais de medicamentos, produtos e tratamentos sem evidência científica, por meio de prescrições médicas irregulares, fora dos protocolos clínicos e listas oficiais do SUS, sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), ou importados, o que significa o aumento de custos não previstos e a desorganização nas políticas públicas.

O texto de Mapelli Júnior deixa registradas a "convicção e a luta dos militantes da saúde pública no Brasil", no que diz respeito à viabilidade do SUS assim como ressalta as necessidades constantes, tanto de defesa quanto de aprimoramento.

Lorga, dando continuidade ao debate, apresenta em seu artigo, a partir da leitura e discussão dos princípios constitucionais da universalidade e integralidade, a discussão sobre saúde e desenvolvimento. O fio lógico do autor baseia-se nas correntes mais modernas sobre desenvolvimento,[8] que acreditam que o desenvolvimento econômico desatrelado de valores sociais, como o é a saúde, "não se viabiliza, não se sustenta", na medida em que o desenvolvimento de uma sociedade, sem a saúde, não se dá de forma completa e sustentável.

Artigo

Saúde e desenvolvimento: a influência da universalidade e da integralidade no desenvolvimento sustentável – *Carlos Alexandre Lorga*

Acesse usando o *QR CODE* ao lado ou pelo link goo.gl/gfJBkR

Ao considerar o desenvolvimento econômico aliado ao desenvolvimento social, reflete sobre os princípios citados, analisando-os à luz Lei n. 12.401 (BRASIL, 2011), do Decreto n. 7.508 (BRASIL, 2011), e da Lei Complementar n. 141 (Brasil, 2012),que estabelecem seu alcance. Conclui que, para uma devida atuação do Poder Judiciário e para que a política de saúde seja benéfica para os cidadãos, as delimitações dos princípios da universalidade e integralidade, definidas nas leis abordadas, devem ser respeitadas.

8 PIKETTY, Thomas. **O capital no século XXI**. Tradução de Monica Baumgarten de Bolle. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2014.
SEN, Amartya. **A ideia de justiça**. Tradução de Denise Bottmann e Ricardo Dominelli Mendes. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

2

O Sistema Sanitário e o Sistema de Justiça

O Sistema Sanitário e o Sistema de Justiça

A CF (BRASIL, 1988), ao assumir os direitos fundamentais, pretendeu a transformação da sociedade. Inspirada na Declaração Universal dos Direitos Humanos,[9] não se limitou a tratar dos direitos tradicionais – como a propriedade –, mas encampou direitos não patrimoniais, que precisam ser garantidos.

Sendo a lei um primeiro passo, a CF (BRASIL, 1988) impôs ao Estado o dever de se estruturar, a fim de desenvolver e executar políticas públicas, mas também se estruturar para proteger esses novos direitos. No caso em tela, há, por parte do Estado, a oferta de uma política pública de saúde (sistema sanitário). E há também, por parte do Estado, a oferta de estrutura e instrumentos para que direitos possam ser exigidos em relação à sua efetivação (sistema de justiça). Nesse ponto, os sistemas sanitário e de justiça se encontram – são ofertas do Estado ao cidadão e ambos buscam o desenvolvimento e a garantia dos novos direitos.

Há de se entender que a implementação dos direitos sociais é prática exigível da democracia, sendo legítimo ao Poder Judiciário sua concretização.

Ao considerar que a razão de ser do Estado é a efetivação dos direitos fundamentais, tanto o sistema sanitário quanto o sistema de justiça são agentes da transformação social, sendo que o primeiro possui o dever de efetivar o direito e o outro, o dever de exigir que o direito seja efetivado. Nessa lógica, há necessidade de interlocução entre os sistemas.

O sistema de justiça e o sistema sanitário possuem históricos e linguagens diferentes, portanto, há dificuldades na comunicação, como bem exemplificam expressões cunhadas por Luiz Duarte Oliveira – Procurador do Estado de São Paulo: “enquanto MS para o

9 Disponível em: <http://www.dudh.org.br/>. Acesso em: 3 dez. 2014.

sistema sanitário é Ministério da Saúde, o sistema de justiça compreende como Mandado de Segurança", "agravo para o sistema sanitário é a piora na situação do paciente, já para o sistema de justiça é um tipo de recurso".

Mas, ao considerar que a CF (BRASIL, 1988) protege tanto os direitos quanto as estruturas sistêmicas para a efetivação de direitos (políticas públicas), e ambos os sistemas atuam de forma condizente com suas determinações legais, é necessário que sejam criados mecanismos de diálogo e atuação conjunta entre esses dois sistemas, para que o sistema de justiça, além de conhecer a política pública de saúde, seja capaz de protegê-la.

Ao compreender que a política pública de saúde é um instrumento de efetivação de direitos – individuais e coletivos –, é dever do sistema de justiça qualificá-la. Tanto a proteção quanto a qualificação da política pública de saúde ou do sistema sanitário demandam que os operadores do direito conheçam e convivam com suas especificidades.

No Brasil, as transformações sociais – ainda que lentas, quando comparadas à vontade dos militantes do SUS – denotam o caminhar democrático para a garantia da saúde. Em um conjunto em que coexistem características de acentuadas diferenças econômicas e sociais, crescimento econômico tardio, resquícios do regime autocrático, histórico recente de participação social –, é visível que os processos de interlocução entre os sistemas sanitário e de justiça vêm tomando forma e força.

Em um cenário em que se discute a obrigação do Estado tanto de fornecer quanto de garantir prestações positivas, as instituições públicas (seja do sistema sanitário, seja do sistema de justiça) são instadas a apresentar respostas compatíveis a complexidade crescente das demandas atuais por saúde, que vão desde ações de prevenção de doenças, até o fornecimento de exames e procedimentos de alta tecnologia – quer para o indivíduo, quer para a coletividade.

Santos (2013, p. 132) indica que:

> [...] nas sociedades complexas não é simples definir o que é o bem comum ou vida digna. Problemas relacionados ao bem-estar social e direitos humanos: moradores de rua, fome, mortalidade infantil e tantos outros são exemplos de brutalidade e desigualdade, mas o que se tem visto é que o subsistema jurídico move-se por ações individuais – e o enfrentamento caso a caso, singular, pode transformar-se em algo irracional, revelando enormes riscos e custos públicos, jurídicos e econômicos.

Com o advento crescente de ações judiciais em saúde, o papel do Estado na garantia do direito à saúde e na construção do SUS, passou a ser mais discutido pela sociedade, especialmente a partir do direito individual e das prestações positivas do Estado. Os indivíduos dotados de informações, conhecimento e meios, passaram a instar o sistema de justiça para efetivar, para si, direito previsto em lei.

As demandas sociais requerem cada vez mais conhecimento, efetividade e agilidade na atuação do Estado e, sob este prisma, o STF foi provocado a manifestar-se sobre muitas questões sociais, entre elas, a saúde.

Desde 2008, o STF adotou as audiências públicas como estratégia para angariar subsídios para suas decisões.[10] Utiliza os argumentos apresentados em audiência pública como uma das fontes para seus posicionamentos. A audiência pública representa inovação nas estratégias utilizadas pelo Poder Judiciário brasileiro e demonstra o relacionamento havido entre subsistemas sociais.

10 A Audiência Pública da Saúde foi realizada sob a Emenda Regimental 29 do STF, artigo 13, inciso XVII do Regimento Interno do STF, em abril e maio de 2009. A Lei n. 9.868/1999 – Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADI) e Ações Declaratórias de Constitucionalidade (ADC) e a Lei n. 9.882/1999 – Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) preveem o uso do instrumento pelo Poder Judiciário. Aqueles que consideram a audiência pública um instrumento de participação social no Estado encontram fundamento legal na CF (BRASIL, 1988) em seus art. 5º, XXXIII, LXXI e LXXIII, e art. 74, § 2º.

Em abril e maio de 2009, como já tinha feito para outras temáticas, o STF convocou a Audiência Pública[11] n. 4 – conhecida como Audiência Pública da Saúde.[12] A convocação de outras áreas do conhecimento, que não a do direito, é o reconhecimento da necessidade de discussão e compreensão de outros sistemas, como forma de subsidiar a decisão do sistema de justiça.[13]

Soares (2002, p. 1) leciona que audiência pública é:

> [...] uma das formas de participação e de controle popular da Administração Pública no Estado Social e Democrático de Direito. Ela propicia ao particular a troca de informações com o administrador, bem assim o exercício da cidadania e o respeito ao princípio do devido processo legal em sentido substantivo. Seus principais traços são a oralidade e o debate efetivo sobre matéria relevante, comportando sua realização sempre que estiverem em jogo direitos coletivos.

Para Santos (2010), a audiência pública pode ser considerada instrumento para o cumprimento da missão institucional do Ministério Público, dos processos legislativos e judiciais, e desde 1999, a legislação brasileira permite sua convocação por qualquer dos poderes da União (Executivo, Legislativo e Judiciário) dentro do processo administrativo.

---

11 As audiências públicas podem ser compreendidas como participação popular, controle, instrumento para levantamento de subsídios técnicos ou legitimação democrática.

12 Disponível em: <www.stf.jus.br/audienciapublica/saude>. Acesso em: 3 dez. 2014.

13 Ainda sobre temas da saúde, o STF convocou no ano 2013 audiência pública, presidida pelo Ministro Marco Aurélio de Mello, em face das Ações Direitas de Inconstitucionalidade (ADI) 5035 e 5037 , que contestaram dispositivos da Medida Provisória (MP) 621/2013 (convertida na Lei n. 12.871/2013) que instituiu o "Programa Mais Médicos" e, em maio de 2014, mediante convocação do Ministro Dias Toffoli, audiência pública para a oitiva de especialistas, sobre a "diferença de classe" no SUS, além de outros temas que antecederam a audiência pública n. 4 que envolveram indiretamente a política pública de saúde (abortamento de fetos anencéfalos).

Gonçalves (2008) indica que as audiências no STF não têm a finalidade de discutir teses jurídicas, e, sim, apresentar argumentos oriundos de outras áreas do saber e expor consequências das posturas assumidas ao interpretar a lei. Portanto, é adequado identificar que o sistema de justiça reconhece sua necessidade de não estar e nem apresentar oposição aos demais sistemas, entre os quais o sanitário.

A Audiência Pública da Saúde culminou na decisão STA 175[14] e inseriu o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) na discussão sobre a judicialização da Saúde.

Nesse sentido, Schulze, juiz federal em Santa Catarina e ex-juiz auxiliar do Conselho Nacional de Justiça, aborda em seu artigo o papel deste órgão em relação à judicialização da saúde, destacando suas principais atuações na temática.

O papel do Conselho Nacional de Justiça na judicialização da saúde – *Clênio Jair Schulze*

Acesse usando o *QR CODE* ao lado ou pelo link goo.gl/jkruCL

Artigo

O autor indica a necessidade dos diálogos institucionais entre os sistemas sanitário e de justiça e apresenta itens que devem ser do conhecimento dos gestores estaduais de saúde, de suas assessorias jurídicas e, por óbvio, das procuradorias estaduais. São eles: (*i*) Recomendação n. 31/CNJ (BRASIL, 2010); (*ii*) Resolução 107/CNJ (BRASIL, 2010); (*iii*) Núcleos de Apoio Técnico (NAT) aos magistrados; (*iv*) atuação dos Comitês Estaduais do Fórum Nacional de Saúde (enunciados, cartilhas, mutirões de conciliação); (*v*) I Jornada de Direito da Saúde do CNJ; (*vi*) Enunciados de Saúde Pública, Saúde Suplementar e Biodireito.

Conclui que a complexidade das questões que envolvem as políticas de saúde transcendeu as atuações compartimentalizadas dos poderes do Estado, e portanto, carecem da ampliação e for-

14 Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticianoticiastf/anexo/sta175.pdf>. Acesso em: 3 dez. 2014.

talecimento do diálogo entre os agentes públicos (executivo, legislativo e judiciário), responsáveis pela concretização do direito fundamental à saúde. Sem essa interlocução, o autor considera que a atuação isolada do sistema de justiça ou do sistema sanitário, não responderá satisfatoriamente à sociedade.

É importante mencionar que o CONASS tem assento no Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à Saúde do CNJ e tem buscado contribuir com as temáticas ali discutidas.

Nas Assembleias de gestores estaduais (realizadas mensalmente, às vésperas da reunião da CIT), a Secretaria Executiva do CONASS pauta os principais temas do Direito Sanitário, a fim de buscar o posicionamento dos gestores sobre assuntos específicos e promover a cooperação técnica entre SES. O CONASS reconhece e apoia os esforços da gestão estadual do SUS, na conformação dos NAT e dos Comitês Estaduais do Fórum Nacional do CNJ. Participou, como representação da gestão do SUS – com representantes da CTDS, das procuradorias estaduais (especialmente a PGE-SP), das SES, do Conasems e do Ministério da Saúde –, da I Jornada de Direito da Saúde do CNJ.

A recomendação do CNJ acerca da formação dos magistrados e a solicitação de que a matéria "saúde" fosse exigida no ingresso da carreira foram capazes de promover uma atuação em rede, observável no sistema de justiça. Sem perquirir "quem começou primeiro", atualmente é possível identificar operadores do direito especializados em saúde, seja suplementar, seja pública. Assim o é no Ministério Público, na Defensoria e na própria magistratura, em face dos esforços de seus representantes, a indicação em varas especializadas, fóruns, comissões, comitês e associações relacionados à temática.[15]

15 Comissão Permanente de Defesa da Saúde (Copeds) do Conselho Nacional de Procuradores Gerais do Ministério Público dos Estados e da União (CNPG); Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde (Ampasa); Comissão Especial de Saúde da Associação Nacional dos Defensores Públicos (Andep) e outros.

Nesse âmbito, é importante conhecer a reflexão trazida por Sant´Ana – professor e defensor público do DF, que aborda em seu artigo a importância da atuação da Defensoria Pública tanto para a garantia do Direito à Saúde quanto para a construção e aprimoramento do SUS.

A relevante atuação da Defensoria Pública no desenvolvimento do SUS – *Ramiro Nóbrega Sant´Ana*

Acesse usando o *QR CODE* ao lado ou pelo link goo.gl/eEEg60

Artigo

O autor ressalta que a atuação da Defensoria Pública, em todo o Brasil, permite atender diariamente a grande fluxo de usuários do SUS, com diversas demandas por ações e serviços de saúde. No atendimento aos casos individuais, se percebe a possibilidade de atuação de forma coletiva. Indica, então, que o caminho para a atuação coletiva passa pela parceria institucional com outros integrantes do sistema de justiça, assim como com o sistema sanitário.

Destaca as posições da Defensoria Pública acerca da judicialização da saúde, reconhece que experiências institucionais têm surgido como forma de "potencializar os benefícios da judicialização da saúde, bem como reduzir as distorções causadas pela intervenção judicial" e cita, entre outras, articulação com a SES-DF como experiência exitosa. Conclui ao indicar a importância da atuação da Defensoria Pública, quer seja na demanda individual, quer seja no desenvolvimento do SUS, e apresenta como "passo importante" a articulação de soluções institucionais para o enfrentamento dos desafios.

Ao considerar a especialização crescente de juízes, promotores e defensores e a articulação cada vez mais forte desses profissionais, Costa – procurador do estado de Mato Grosso do Sul e coordenador jurídico da SES, traz importante reflexão acerca da especialização dos advogados públicos que representam o SUS junto ao sistema de justiça. No caso, interessa os advogados públicos (procuradores dos estados) que representam as SES. Em face da experiência vivenciada, o autor indica:

> [...] a experiência no estado do Mato Grosso do Sul demonstra que o caminho mais célere e eficaz para a consolidação e o aprofundamento do conhecimento em saúde pública é trazer o corpo jurídico do Ente Federativo para trabalhar em conjunto com os técnicos das Secretarias de Saúde, preferencialmente, no mesmo ambiente. Ou seja, tornar membros das procuradorias dos estados especialistas em saúde e profundos conhecedores do SUS.

Artigo

Estão os representantes judiciais da Fazenda Pública preparados para enfrentar a judicialização da saúde? Da necessidade de especialização da Advocacia Pública nas demandas em saúde – *Ivanildo Silva da Costa*

Acesse usando o *QR CODE* ao lado ou pelo link goo.gl/iNDvhL

O autor destaca que o aprofundamento do conhecimento em saúde pública, estruturação e legislação sanitária, é de crucial importância à atuação dos procuradores nas demandas em saúde, em especial, para dar cumprimento ao princípio constitucional da eficiência, que deve nortear a atuação dos agentes públicos. Ressalta também que a aproximação e o diálogo permanentes da SES e os advogados públicos qualifica, com fundamentos técnicos e políticos, o debate acerca do direito à saúde, permitindo assim que os processos judiciais discutam além do artigo 196 da CF (BRASIL, 1988), conferindo-lhes as razões e aplicação práticas da política de saúde.

Sugere a criação de um Fórum Permanente de Procuradorias de Saúde, com o objetivo de trocar experiências, informações e ideias sobre a atuação dos advogados públicos do SUS. Indica que a atuação de um fórum pode enriquecer o debate sobre a judicialização da saúde, de modo a dar novos rumos ao seu atual panorama.

Sob tal aspecto, importa observar a Recomendação 31,[16] que após a realização da Audiência Pública da Saúde foi emitida pelo CNJ. Uma de suas diretrizes é a necessária formação dos magistrados em Direito Sanitário. Importa rememorar que, entre o conjunto de propostas apresentadas na Audiência Pública da Saúde, houve a indicação de que seria adequada a formação de recursos humanos – quer do sistema sanitário, quer do sistema de justiça – em Direito Sanitário.

Decorridos cinco anos, a formação em Direito Sanitário vem promovendo a interação entre os subsistemas e já culminou em segmentos específicos no Ministério Público, na Defensoria Pública, em algumas Procuradorias e na Recomendação n. 43 do CNJ para a criação de varas especializadas em Direito Sanitário.[17]

16 Recomendação n. 31 do CNJ: CONSIDERANDO, finalmente, indicação formulada pelo grupo de trabalho designado, por meio da Portaria n. 650, de 20 de novembro de 2009, do Ministro Presidente do Conselho Nacional de Justiça, para proceder a estudos e propor medidas que visem aperfeiçoar a prestação jurisdicional em matéria de assistência à saúde; [...] 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 Recomendação 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); II. Recomendar à Escola Nacional de Formação e Aperfeiçoamento de Magistrados (Enfam), à Escola Nacional de Formação e Aperfeiçoamento de Magistrados do Trabalho (Enamat) e às Escolas de Magistratura Federais e Estaduais que: a) incorporem o Direito Sanitário nos programas dos cursos de formação, vitaliciedade e aperfeiçoamento de magistrados; b) promovam a realização de seminários para estudo e mobilização na área da saúde, congregando magistrados, membros do Ministério Público e gestores, no sentido de propiciar maior entrosamento sobre a matéria. Publique-se e encaminhe-se cópia desta Recomendação a todos os Tribunais.

17 Disponível em: <http://www.cnj.jus.br///images/atos_normativos/recomendacao/recomendacao_43_21082013_21082013190239.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2014.

Esse é o tema de Alves, que ao considerar a necessidade de que o sistema de justiça conheça o sistema sanitário e que haja entre eles comunicação efetiva, indica que "somente por meio dos diálogos interdisciplinares é possível concretizar o direito à saúde".

Artigo

A formação em Direito Sanitário: um diálogo possível a partir da interdisciplinaridade
Sandra Mara Campos Alves

Acesse usando o *QR CODE* ao lado ou pelo link goo.gl/YZPmZj

A autora destaca que não é possível se falar em direito à saúde sem considerar questões sociais, econômicas, territoriais, políticas, teconológicas etc., que envolvem a garantia desse direito. E que, portanto, as questões que permeiam o debate do direito à saúde são complexas e exigem do operador do direito e demais profissionais envolvidos com o tema, formação especializada para responder a essa complexidade.

Apresenta artigo sobre a importância da formação profissional no campo do Direito Sanitário, que é formação específica capaz de formar profissionais preparados para o enfrentamento do dia a dia de suas atividades. A autora também menciona a baixa produção científica no que diz respeito à formação em Direito Sanitário e destaca experiências já realizadas nesse processo formativo, dando destaque, entre outras, àquela realizada pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais.

Conclui:

> [...] esse processo formativo exige a quebra do paradigma da compartimentalização do saber, a partir da adoção da ferramenta da interdisciplinaridade, que permite um diálogo e a interação com informações, métodos e conceitos advindos de outras ciências, e não apenas da ciência jurídica. É por meio da conjugação desses diversos saberes que os operadores do direito, gestores públicos, profissionais de saúde, comunidade científica e usuários do SUS vão construindo, tijolo por tijolo, um diálogo possível rumo à realização do direito à saúde.

3

Judicialização – Dificuldades e Aprendizados

Comparato (1997) ensina que no modelo tradicional de divisão de poderes, construído sobre o paradigma do Estado de Direito do século XVIII, em que apenas se garantiam direitos individuais, a lei tem supremacia como pacto social de indivíduos de determinada sociedade, consequentemente, o poder supremo é o Legislativo. Já no Estado Social, no qual estão resguardados, além dos direitos individuais, os direitos sociais que são direitos que se destinam a promover justiça social e minimizar desigualdades, o poder é das políticas públicas. Isso porque cabe ao Estado, por meio do estabelecimento de políticas sociais e econômicas, promover a distribuição de recursos e bens na sociedade, para garantir que todos tenham acesso à saúde, educação, alimentação, entre outros.

Comparato (1997), ao conceituar política pública como: "atividade, isto é, conjunto organizado de normas e atos tendentes à realização de um objetivo determinado" –, indica que há na política as "normas e os atos necessários à sua consecução". Dessa lição, extrai-se que as mudanças ensejadas pelo caminho ao estado social deram ao Poder Executivo um aumento de poder e deste aumento decorrem as discussões já apresentadas sobre a valoração das fontes extraparlamentares do direito, apresentados no capítulo 1 deste livro, nos artigos de Dresch, Alves e Dayrell.

Assim, se a razão de existir do Estado é a efetivação dos direitos fundamentais, e sendo esses exigíveis judicialmente, consequentemente, as atividades do sistema de justiça promovem uma interferência na vida social, quer seja por verificar se o agir do Estado e suas normas são compatíveis com a Constituição (BRASIL, 1988) – juízo de constitucionalidade das leis –, quer seja pela interação entre os poderes, o indivíduo e a sociedade.

Para Barroso (2009), a efetivação dos direitos significa a aproximação entre a norma (a exigência da norma) e a realidade social, é a concretização no mundo dos fatos, dos preceitos legais, portan-

to, é "a realização do direito", "é o desempenho concreto de sua função social". Conclui-se, então, que, no Estado de Direito, o sistema de justiça fornece respostas legais aos problemas da política e o problema apresenta-se quando o direito pretende determinar a política ou a política pretende limitar o direito.

Nesse sentido, cumpre falar da judicialização da saúde. Primeiramente, há de se dizer que, no encontro entre o sistema sanitário e o sistema de justiça, prevalece a decisão judicial. Portanto, quanto mais os sistemas souberem lidar um com o outro, quem ganha é o direito e a sociedade.

Dessa forma, as teses que compõem a judicialização da saúde vêm ganhando importância téorica, prática e econômica. Não se trata de uma característica nacional. Autores como Gloppen (2005), Yepes (2007) e Vargas (2010) indicam que a judicialização vem acarretando importantes impactos nas políticas públicas e nos orçamentos, principalmente nos países cuja economia ainda está em desenvolvimento.

De pronto, já se observa que de um lado há o direito à saúde, composto por cuidados relativos à proteção, à promoção e à recuperação, acessíveis universalmente e em qualquer nível de atenção – primária, secundária e terciária –, o que se compreende por atenção integral; e de outro, os limites intrínsecos da organização de recursos orçamentários e financeiros para a realização da política pública. Para ambos os lados há leis.

Pode-se afirmar que a saúde pública no Brasil é subfinanciada, e desde a Audiência Pública da Saúde, notam-se argumentos que indicam que a judicialização tem sua origem na insuficiência do financiamento da política pública de saúde, que não garante, desde a composição orçamentária, recursos suficientes às ações e aos serviços. As expectativas de regulamentação da Emenda Constitucional n. 29/2000 (EC n. 29) (BRASIL, 2000), como forma de ampliar e estabilizar os recursos destinados ao SUS, não foram traduzidas pela Lei Complementar n. 141 (LC 141) (BRASIL, 2012).

A LC n. 141 (BRASIL, 2012), que regulamentou a EC n. 29, não fixou à União percentual de suas receitas ou ampliou financeiramente os recursos até então destinados à saúde. O estabelecido

pela LC n. 141 motivou a sociedade civil, gestores e conselheiros de saúde a requererem, por projeto de lei de iniciativa popular apresentado ao Congresso Nacional (cerca de 2 milhões de assinaturas), que a União passasse a destinar à saúde o equivalente a 10% das receitas correntes brutas. Importa ainda mencionar a EC n. 86 (BRASIL, 2015), que tornou obrigatória a execução de programação orçamentária específica e determinou que metade do percentual das emendas individuais fosse destinado a ações e serviços públicos de saúde, proibidas despesas com pessoal e encargos sociais, permitido seu cômputo no cálculo de cumprimento do estabelecido pela vinculação de recursos à saúde.

Assim, resta ao SUS as escolhas alocativas – para as quais deve primar cada vez mais pela eficiência, em fazer melhor com menos recursos.[18]

18 A decisão STA 175 do STF: [...] O Sistema Único de Saúde está baseado no financiamento público e na cobertura universal das ações de saúde. Dessa forma, para que o Estado possa garantir a manutenção do sistema, é necessário que se atente para a estabilidade dos gastos com a saúde e, consequentemente, para a captação de recursos. O financiamento do Sistema Único de Saúde, nos termos do art. 195, opera-se com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes. A Emenda Constitucional n. 29/2000, com vistas a dar maior estabilidade para os recursos de saúde, consolidou um mecanismo de cofinanciamento das políticas de saúde pelos Entes da Federação. A Emenda acrescentou dois novos parágrafos ao artigo 198 da Constituição, assegurando percentuais mínimos a serem destinados pela União, estados, Distrito Federal e municípios para a saúde, visando a um aumento e a uma maior estabilidade dos recursos. No entanto, o § 3º do art. 198 dispõe que caberá à Lei Complementar estabelecer: os percentuais mínimos de que trata o § 2º do referido artigo; os critérios de rateio entre os Entes; as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde; as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União; além, é claro, de especificar as ações e os serviços públicos de saúde. [...] É incontestável que, além da necessidade de se distribuírem recursos naturalmente escassos por meio de critérios distributivos, a própria evolução da medicina impõe um viés programático ao direito à saúde, pois sempre haverá uma nova descoberta, um novo exame, um novo prognóstico ou procedimento cirúrgico, uma nova doença ou a volta de uma doença supostamente erradicada. [...] Ademais, não se pode esquecer de que a gestão do Sistema Único de Saúde, obrigado a observar o princípio constitucional do acesso universal e igualitário às ações e às prestações de saúde, só torna-se viável mediante a elaboração de políticas públicas que repartam os recursos (naturalmente escassos) da forma mais eficiente possível. [...]

Nesse sentido, os autores deste capítulo abordam a judicialização da saúde, de modo a ressaltar conflitos, desafios e possibilidades de enfrentamento desse fenômeno.

Mazza – pesquisador colaborador da Fundação Oswaldo Cruz – aborda, em seu artigo, a Judicialização e a Lei de Responsabilidade Fiscal. Destaca que o fenômeno tem ligações diretas com as finanças públicas, visto que demanda recursos do Estado para que a decisão judicial seja exequível. Indica que a não observação da Lei de Responsabilidade Fiscal nas decisões em saúde pode levar à inviabilidade da política pública de saúde, que, por sua vez, tem toda a sua previsão orçamentária regulamentada em lei própria. Indica, já em sede de conclusão, que os impactos causados pelas decisões judiciais não condizentes com o orçamento público, colocam em risco o planejamento orçamentário destinado à execução satisfatórias das políticas de saúde.

Artigo

A vinculação da judicialização do Direito à Saúde à Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF)

Fábio Ferreira Mazza

Acesse usando o *QR CODE* ao lado ou pelo link goo.gl/QA4uW0

O debate sobre a sustentabilidade financeira do SUS, a judicialização e o seu impacto em face da política de saúde, apresenta teses que vêm sendo contrapostas nas discussões que visam definir os limites de atuação, operacionalização e financeiros para a concretização do direito à saúde. São elas: tese do "mínimo existencial", da "reserva do possível" e da "proibição do retrocesso social". Tais expressões são utilizadas frequentemente nos debates da judicialização da saúde e devem ser conhecidas pelos gestores estaduais.

Tome-se a lição de Barcellos (2001) para quem: (*i*) mínimo existencial consiste em um núcleo básico de prestações e serviços, que o Estado deve oferecer aos cidadãos como elementos materiais da dignidade, ou um precedente do princípio da dignidade da pessoa humana que consiste em um conjunto de prestações materiais

mínimas, sem as quais o indivíduo estará em situação de vulnerabilidade e/ou risco; (*ii*) reserva do possível tanto indica ausência de autorização para determinado gasto ou quando aproxima-se da exaustão orçamentária.

Ao falar-se em "proibição do retrocesso social", resta conhecer o trabalho de Cunha (2010), que indica o conceito de Felipe Derbli, um dos mais bem formulados para a questão. Extrai-se da obra "O Princípio da Proibição de Retrocesso Social na Constituição de 1988":

> [...] diz que o princípio tem teleologicamente a função de garantir o grau de concretização dos direitos fundamentais sociais e, mais que isso, a permanente obrigação constitucional de desenvolver essa concretização, não permitindo, de forma alguma, que se retroceda a um quadro sócio jurídico já esgotado, distante do ideal proposto pela Carta Magna" (DERBLI, 2007, p. 59).

Ao assumir a "proibição do retrocesso social" como proposto pela CF (BRASIL, 1988), retoma-se à proibição de excesso que, por sua vez, está ligada ao mínimo existencial. Canotilho (2004) leciona que o princípio da proibição do excesso impõe limites (preventivamente) aos poderes públicos, quer na adoção de sanções, quer nas medidas restritivas de direito, liberdade ou garantia – funcionando como regra de razoabilidade, proporcionalidade e de necessidade.

No confronto entre teses, fica claro que o contorno legalista não é suficiente para a solução dos conflitos da judicialização da saúde, todavia, dadas a eficácia e a aplicação imediata do direito à saúde – portanto, exigíveis judicialmente –, cabe definir em que condições esse direito pode ser exigido.

Em que situações se exige o direito à saúde? Em que situações não se admite que o pleito judicial seja visto como direito à saúde? Algumas questões já foram expostas pelo legislador e enfrentadas pelo STF.

Para tanto, há de se reconhecer que a política pública de saúde – portanto, a atuação do sistema sanitário – está fundada na melhor prática científica, ou seja, na Medicina Baseada em Evidências (MBE) e na consequente formulação de instrumentos técnicos com critérios para diagnóstico e tratamento – Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), a partir da incorporação tecnológica ao SUS. Isso se dá, especialmente, porque as tecnologias para a saúde avançam ininterruptamente e lidar com a alteração continuada dessas tecnologias (insumos, medicamentos, ações e serviços ligados à promoção, à proteção, à prevenção e à recuperação da saúde) exige método garantidor de eficácia, eficiência e efetividade.[19,20]

19 Para mais bem compreender o processo de inovação na saúde, cita-se a publicação *CONASS Documenta 19*, disponível em: <http://www.conass.org.br/arquivos/file/CONASSdocumenta19.pdf>. Acesso em: 3 dez. 2014: [...] O avanço tecnológico, muitas vezes erroneamente entendido como sinônimo de melhor qualidade da assistência à saúde, dá-se de forma muito acelerada e de maneira cumulativa, embora nem sempre uma nova tecnologia substitua totalmente a anterior; antes, aperfeiçoa-a, aumentando sua sensibilidade e o grau de confiabilidade em seus resultados. Novas tecnologias importam, ainda, em exigências novas para seu uso adequado (equipamentos, conhecimentos, recursos humanos qualificados para sua operacionalização etc.), capaz de trazer as vantagens e os benefícios esperados. Ao lado do progresso tecnológico, que sofre de maneira considerável as influências dos interesses de mercado, outros fatores igualmente importantes estão presentes no contexto da incorporação dessas novas tecnologias na assistência à saúde, entre as quais se salientam: a) a constante ampliação da rede assistencial, a fim de atender ao direito da população à saúde; b) o aumento da demanda, que vem em decorrência do aumento da população, da ampliação da oferta de novos serviços e da incorporação de novas tecnologias em saúde; c) as mudanças no perfil epidemiológico da população, sobretudo o envelhecimento populacional e o novo quadro de morbimortalidade por ela desenhado; e d) as necessidades de investimentos financeiros para a aquisição de equipamentos, infraestrutura – e, consequentemente, de sua manutenção –, determinadas pelas causas anteriormente mencionadas.

20 Galvão e Sawada (2002, p. 692): A medicina baseada em evidências consiste em um novo paradigma, desenvolvido por estudiosos da Universidade McMaster (Canadá), na década de 1980; "trata-se de um processo sequencial, constituído pelas seguintes etapas: 1ª – levantamento do problema e da formulação da ques-

A incorporação de determinadas tecnologias (medicamentos, equipamentos e procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, educacionais, de informação e de suporte e os programas e protocolos assistenciais), cabe ao Ministério da Saúde, conforme indicação de comissão especializada.[21] Havida a incorporação, altera-se ou elabora-se o respectivo PDCT.[22]

---

tão, 2ª – pesquisa da literatura correspondente; 3ª – avaliação e interpretação dos trabalhos coletados mediante critérios bem definidos; 4ª – utilização das evidências encontradas, em termos assistenciais, de ensino e/ou de elaboração científica". [...] A evidência é caracterizada como alguma coisa que fornece provas para a tomada de decisão, abrange resultados de pesquisas, bem como consenso de especialistas reconhecidos; dentro de uma organização devem ser incluídos fatos ou dados oriundos do trabalho desenvolvido. A força da evidência pode ser categorizada em cinco níveis: nível 1, evidência forte de, pelo menos, uma revisão sistemática de múltiplos estudos randomizados, controlados, bem delineados; nível 2, evidência forte de, pelo menos, um estudo randomizado, controlado, de delineamento apropriado e tamanho adequado; nível 3, evidência de estudos bem delineados sem randomização, grupo único pré e pós-coorte, séries temporais ou caso-controle pareado; nível 4, evidência de estudos bem delineados não experimentais, realizados em mais de um centro ou grupo de pesquisas; nível 5, opiniões de autoridades respeitadas, baseadas em evidências clínicas, estudos descritivos ou relatórios de comitês de especialistas.

21 Comissão Nacional de Incorporação Tecnológica (Conitec) regida pela Lei n. 12.401/2011.

22 Sobre este item, cita-se novamente a publicação *CONASS Documenta 19* (2009b), disponível em: <http://www.conass.org.br/arquivos/file/conassdocumenta19.pdf>. Acesso em: 3 dez. 2014. Portanto, além de sua importância na assistência propriamente dita, os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) cumprem um papel fundamental nos processos de gerenciamento dos programas de assistência farmacêutica, nos processos de educação em saúde, para profissionais e pacientes, e nos aspectos legais envolvidos no acesso a medicamentos e na assistência como um todo. Em qualquer situação para que tenham credibilidade e aceitabilidade, os PCDT precisam ser construídos sobre bases sólidas, técnicas e éticas, de forma participativa e democrática, sendo fundamental que sejam revistos periodicamente e atualizados sempre que as evidências mostrarem esta necessidade. A efetiva utilização dos PCDT na prescrição e na prática médica é, talvez, o principal desafio que se coloca aos gestores do SUS para sua implantação. O profissional médico normalmente atua de maneira autônoma, defende esta autonomia e é bastante refratário a mudanças em sua conduta. Esta situação poderá de início representar forte resistência à implantação dos PCDT.

Propostas foram apresentadas na audiência pública da saúde, para que os PCDT fossem conhecidos, atualizados de forma programada e apresentassem as distinções entre a apreciação de tecnologias e os fundamentos para sua incorporação (ou não) ao SUS. Tais proposições reverberaram na constituição da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), formada por representantes dos gestores, da Anvisa, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e do Conselho Federal de Medicina (CFM), regulada pela Lei n. 12.401/2011.

Santos (2013) indica a necessidade de que os PCDT sejam levados ao debate jurídico, especialmente nos casos em que o pedido refira tratamento que não tenha sido incorporado pelo SUS e que não seja experimental. Este debate já vem ocorrendo entre os sistemas sanitário e de justiça. A decisão STA 175 e outros processos[23]

Não se trata, no entanto, de uma interferência na prescrição ou na conduta médica. Trata-se de, respeitando ética e tecnicamente a prescrição médica, recorrer às orientações e às evidências existentes na literatura médica atualizada e reconhecida para vencer o obstáculo que a experiência do cotidiano poderá representar. Em muitos casos, essa orientação clínica poderá ser muito bem vinda, pois pode trazer ao profissional maior segurança no exercício de sua atividade. O acesso a medicamentos é uma das questões cruciais no SUS, constituindo-se no eixo norteador das políticas públicas estabelecidas na área da assistência farmacêutica, considerando que estes insumos são uma intervenção terapêutica muito utilizada, impactando diretamente sobre a resolubilidade das ações de saúde. Os avanços também foram significativos no caso de propiciar o acesso ao tratamento de doenças raras, em especial, doenças de origem genética e outras, em que o custo do tratamento é elevado, quer pelo valor unitário do medicamento ou pelo custo do tratamento de longo prazo.

23 Decisão STA 175 e outros processos: **A princípio, pode-se inferir que a obrigação do Estado, à luz do disposto no artigo 196 da Constituição, restringe-se ao fornecimento das políticas sociais e econômicas por ele formuladas para promoção, proteção e recuperação da saúde. Isso porque o Sistema Único de Saúde filiou-se à corrente da "Medicina com base em evidências"**. Com isso, adotaram-se os "Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas", que consistem em um conjunto de critérios que permitem determinar o diagnóstico de doenças e o tratamento correspon-

confere acreditação à MBE e aos PCDT, ao admitir que sejam contestados, seja por inadequação da prova científica ou do próprio instrumento técnico, o que foi reiterado nos Enunciados Interpretativos n. 4 e 16[24] da I Jornada de Direito Sanitário do CNJ.

Ultrapassada a apresentação de conceitos sobre medicina com base em evidências, incorporação tecnológica, Conitec e PCDT, há de se atentar para os dilemas oriundos dessa temática. Ao usuário interessa que a tecnologia em saúde atenda a seu caso concreto, ao gestor interessa que a incorporação da tecnologia seja efetiva e eficiente, a partir dos critérios da melhor prática científica, e ao

---

dente com os medicamentos disponíveis e as respectivas doses. Assim, um medicamento ou tratamento em desconformidade com o Protocolo deve ser visto com cautela, pois tende a contrariar um consenso científico vigente. Ademais, não se pode esquecer de que a gestão do Sistema Único de Saúde, obrigado a observar o princípio constitucional do acesso universal e igualitário às ações e às prestações de saúde, só torna-se viável mediante a elaboração de políticas públicas que repartam os recursos (naturalmente escassos) da forma mais eficiente possível. Obrigar a rede pública a financiar toda e qualquer ação e prestação de saúde existente geraria grave lesão à ordem administrativa e levaria ao comprometimento do SUS, de modo a prejudicar ainda mais o atendimento médico da parcela da população mais necessitada. Dessa forma, **podemos concluir que, em geral, deverá ser privilegiado o tratamento fornecido pelo SUS em detrimento de opção diversa escolhida pelo paciente, sempre que não for comprovada a ineficácia ou a impropriedade da política de saúde existente. Essa conclusão não afasta, contudo, a possibilidade de o Poder Judiciário, ou de a própria Administração, decidir que medida diferente da custeada pelo SUS deve ser fornecida a determinada pessoa que, por razões específicas do seu organismo, comprove que o tratamento fornecido não é eficaz no seu caso**. Inclusive, como ressaltado pelo próprio Ministro da Saúde na Audiência Pública, há necessidade de revisão periódica dos protocolos existentes e de elaboração de novos protocolos. Assim, não se pode afirmar que os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do SUS são inquestionáveis, o que permite sua contestação judicial. (grifos do original).

24 Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/images/eventos/I_jornada_forum_saude/_ENUNCIADOS%20APROVADOS%20NA%20JORNADA%20DE%20DIREITO%20DA%20SADE%20-%20PLENRIA%2015-5-14_revisado%20Carmem%203.pdf>. Acesso: 4 dez. 2014.

judiciário cabe decidir, mediante provocação, os conflitos que lhe são apresentados.

Sob tal prisma, cabe a lição de Barroso (2006) de que a CF de um Estado é condicionada pela "realidade de seu tempo". Mas, ainda assim, ela não é "mera expressão de circunstâncias concretas" de cada época, ela é "autônoma", tem "existência própria" e tanto ordena quanto conforma o contexto social. Ao conformar o contexto social, a CF (BRASIL, 1988) admitiu que o direito à saúde deve se dar mediante política pública, que, para implantar e executar seus objetivos, teve suas competências normativas aumentadas, quer seja pelos atos normativos originados de pactuação intergestores ou das agências reguladoras e suas resoluções.

Nesse ínterim, fala-se, especialmente, da Anvisa e de seu poder regulatório. Menciona-se a Anvisa, com distinção, uma vez que parte das ações judiciais refere-se a medicamentos.

Sobre as ações judiciais cujos pedidos solicitam aos magistrados que a Administração Pública adquira e forneça aos requerentes, medicamentos sem registro na Anvisa, já há posicionamento do STF e do CNJ.

A Decisão STA 175 e outros processos[25] indicou ainda que medicamentos sem registro na Anvisa não podem ser adquiridos pelo Estado. Da mesma forma, o fez a Recomendação n. 31 do CNJ[26] – ambos indicam que não há permissão legal para que a Administração Pública adquira medicamentos sem registro, pois é proibida

25 **[...] Como ficou claro nos depoimentos prestados na Audiência Pública, é vedado à Administração Pública fornecer fármaco que não possua registro na Anvisa**. A Lei Federal n. 6.360/1976, ao dispor sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, determina, em seu artigo 12, que "*nenhum dos produtos de que trata esta Lei,* **inclusive os importados***, poderá ser industrializado, exposto à venda ou entregue ao consumo antes de registrado no Ministério da Saúde*". O artigo 16 da referida lei estabelece os requisitos para a obtenção do registro, entre eles o de que o produto seja reconhecido como seguro e eficaz para o uso a que se propõe. O art. 18 ainda determina que, em se tratando de medicamento de procedência estrangeira, deverá ser comprovada a existência de registro válido no país de origem. O registro de medicamento, como ressaltado pelo Procurador-Geral da República na Audiência Pública, é uma garantia à saúde pública. E, como ressaltou o Diretor-Presidente da Anvisa na mesma ocasião, a Agência, por força da lei de sua criação, também realiza a regulação econômica dos fármacos. Após verificar a eficácia, a segurança e a qualidade do produto e conceder-lhe o registro, a Anvisa passa a analisar a fixação do preço definido, levando em consideração o benefício clínico e o custo do tratamento. Havendo produto assemelhado, se o novo medicamento não trouxer benefício adicional, não poderá custar mais caro que o medicamento já existente com a mesma indicação. Por tudo isso, o registro na Anvisa configura-se como condição necessária para atestar a segurança e o benefício do produto, sendo o primeiro requisito para que o Sistema Único de Saúde possa considerar sua incorporação. Claro que essa não é uma regra absoluta. Em casos excepcionais, a importação de medicamento não registrado poderá ser autorizada pela Anvisa. A Lei n. 9.782/1999, que criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), permite que ela dispense de "registro" medicamentos adquiridos por intermédio de organismos multilaterais internacionais, para uso de programas em saúde pública pelo Ministério da Saúde.

26 Recomendação 31 do CNJ: CONSIDERANDO que os medicamentos e os tratamentos utilizados no Brasil dependem de prévia aprovação pela Anvisa, na forma do art. 12 da Lei n. 6.360/1976 c/c a Lei n. 9.782/1999, as quais objetivam garantir a saúde dos usuários contra práticas com resultados ainda não comprovados ou mesmo contra aquelas que possam ser prejudiciais aos pacientes; [...] b.2) evitem autorizar o fornecimento de medicamentos ainda não registrados pela Anvisa, ou em fase experimental, ressalvadas as exceções expressamente previstas em lei.

a dispensação em território nacional, conforme se afere das Leis n. 6.360/1976 e n. 9.782/1999. Portanto, não há justificativa legal para que o SUS arque com despesas relativas aos medicamentos sem registro no Brasil. Ainda assim, determinações judiciais que obrigam a aquisição e a dispensação de medicamentos sem registro são rotina nas SES.

Sobre o assunto, Souza – procurador chefe da Procuradoria Federal junto à Anvisa – analisa em seu trabalho, as hipóteses de fornecimento de medicamentos sem registro e suas consequências, considerando aspectos legais, danos à saúde individual, coletiva e à gestão pública.

Artigo

Medicamentos sem registros e suas consequências – *Maxiliano D'avila Cândido de Souza*

Acesse usando o *QR CODE* ao lado ou pelo link goo.gl/XS4sqH

O autor apresenta em seu artigo: (*i*) a legislação que rege o registro, a comercialização e a dispensação de medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos e correlatos no Brasil; (*ii*) os critérios estabelecidos para o registro; (*iii*) a notoriedade do fornecimento de medicamentos sem registro; e (*iv*) as consequências da inobservância das regras.

Em apanhado breve, o artigo de Souza, apresenta:

> [...] o fornecimento sem registro vem ocorrendo por meio da prescrição médica de medicamento distinta da finalidade prevista no seu registro, o chamado uso *off label*, por determinação judicial ou pelo uso regulamentado pela própria Anvisa, dos programas de acesso expandido, uso compassivo e fornecimento de medicamento pós-estudo [...] e ainda nos casos de dispensa de registro dos medicamentos adquiridos por intermédio de organismos multilaterais para uso de programas em saúde pública do Ministério da Saúde.
>
> [...] os critérios utilizados para a anuência dos programas de acesso expandido, uso compassivo e fornecimento de medicamento pós-estudo devem ser considerados para toda e qualquer modalidade de

> fornecimento de medicamentos sem registro. Esses requisitos, sob o ponto de vista técnico, reduzem e monitoram os riscos à saúde [...]
>
> [...] regra geral, os medicamentos fornecidos por meio de decisão judicial são de alto custo, não sofrem controle de preços e são adquiridos necessariamente por meio da compra direta, sem licitação, ou seja, o preço é estabelecido unilateralmente pelo vendedor. Tal arranjo onera demasiadamente o Estado e desestimula o pedido de registro no País, já que registrá-lo representa submissão ao controle estatal de preço. [...]

E termina o autor por concluir que todas essas questões precisam ser consideradas para a concretização do direito à saúde. E que as formas de fornecimento de medicamentos sem registro, já previstas nas normativas, devem ser respeitadas, pois representam as formas legítimas e mais seguras para tanto, devendo os possíveis desvios, serem evitados.

Coli Nogueira, ao abordar essa temática, problematiza as decisões judiciais de primeira e segunda instâncias que obrigam as Fazendas dos estados, de forma diversa da previsão legal, a fornecer medicamentos sem registro no país, com fundamento em prescrição médica individual e, muitas vezes, sem maiores questionamentos e informações sobre a segurança e eficácia destes.

Medicamentos sem registro: legislação, causas para a demanda, danos à saúde e consequências para a gestão – *Márcia Coli Nogueira*

Acesse usando o *QR CODE* ao lado ou pelo link goo.gl/C13GSt

Artigo

Conclui que essas decisões subvertem as normas que regulam o registro de medicamentos e que essa subversão, fundamentada pelo poder judiciário nos princípios da dignidade e da vida humana, pode apresentar dano inverso e desastroso, vulnerando exatamente o que se pretendia proteger.

Ambos os autores, ainda sobre medicamentos sem registro, apresentam teses acerca da impossibilidade de ressarcimento ao

SUS dos medicamentos sem registro na Anvisa, da responsabilidade do médico que prescreve medicamento sem registro ou *off label*, da lesividade ao mercado em face da falta de controle dos preços.

Discursos proferidos na Audiência Pública da Saúde indicaram a preocupação de que pessoas participantes de pesquisas clínicas possam não ter, ao seu término, acesso aos medicamento/cuidados de que necessitem. Preocupação essa mais evidenciada em países cuja população é vulnerável, seja por baixos (ou nenhum) índices de escolaridade, pobreza, fragilidade dos vínculos familiares ou falta de conhecimento sobre pesquisa clínica a que se submete. Dainesi e Goldbaum (2011)[27] lecionam que a continuidade de tratamento com medicamentos experimentais (ou investigacionais) após a conclusão da pesquisa clínica é alvo de discussão desde 1980. Mencionam que diretrizes, nacionais e internacionais, fazem referência ao tema pós-pesquisa, guardadas as particularidades de cada caso. Indicam as revisões das normas exaradas pela Anvisa (Resolução de Diretoria Colegiada n. 26/1999 da Anvisa), a fim de rever o processo de pesquisa clínica no Brasil e tratar aspectos relativos ao uso compassional de medicamentos experimentais após a pesquisa. O artigo de Souza, apresentado neste volume, já fundamenta suas afirmativas em resoluções emitidas após o anunciado processo de revisão.

Pleitos que solicitarem tratamentos experimentais devem ser custeados pelos interessados em sua avaliação. A afirmativa de que o SUS não deve ser onerado tem fundamento na Resolução/CNS n. 466/2012 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) – em substituição à Resolução/CNS n. 196/1996, que explicita que drogas experimentais só podem ser usadas em ambiente de pesquisa, para conferir segurança, especialmente, ao paciente. Tais

27 Para mais informações, acesse a: <www.scielo.br/pdf/ramb/v57n6a21.pdf>, para encontrar o artigo de revisão elaborado por Dainesi e Goldbaum. Fornecimento de medicamento investigacional após o fim da pesquisa clínica – Revisão de Literatura e das diretrizes nacionais e internacionais. Acesso em: 3. dez. 2014.

argumentos encontraram respaldo na Recomendação 31 CNJ[28] e no Enunciado Interpretativo de Direito Sanitário n. 9.[29] Cite-se, por ser importante, a decisão STA 175:

> **[...] situação diferente é a que envolve a inexistência de tratamento na rede pública. Nesses casos, é preciso diferenciar os tratamentos puramente experimentais dos novos tratamentos ainda não testados pelo Sistema de Saúde brasileiro.** Os tratamentos experimentais (sem comprovação científica de sua eficácia) são realizados por laboratórios ou centros médicos de ponta, consubstanciando-se em pesquisas clínicas. A participação nesses tratamentos rege-se pelas normas que regulam a pesquisa médica e, portanto, o Estado não pode ser condenado a fornecê-los. Como esclarecido, na Audiência Pública da Saúde, pelo médico Paulo Hoff, diretor clínico do Instituto do Câncer do estado de São Paulo, essas drogas não podem ser compradas em nenhum país, porque nunca foram aprovadas ou avaliadas, e o acesso a elas deve ser disponibilizado apenas no âmbito de estudos clínicos ou programas de acesso expandido, não sendo possível obrigar o SUS a custeá-las. No entanto, é preciso que o laboratório que realiza a pesquisa continue a fornecer o tratamento aos pacientes que participaram do estudo clínico, mesmo após seu término. Quanto aos novos tratamentos (ainda não incorporados pelo SUS), é preciso que se tenha cuidado redobrado na apreciação da matéria. Como frisado pelos especialistas ouvidos

28 Recomendação 31 do CNJ: CONSIDERANDO a menção, realizada na Audiência Pública n. 4, à prática e alguns laboratórios no sentido de não assistir aos pacientes envolvidos em pesquisas experimentais, depois de finalizada a experiência, bem como a vedação do item III.3, "p", da Recomendação n. 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde; [...]
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.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.

29 Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/images/eventos/I_jornada_forum_saude/_ENUNCIADOS%20APROVADOS%20NA%20JORNADA%20DE%20DIREITO%20DA%20SADE%20-%20PLENRIA%2015-5-14_revisado%20Carmem%203.pdf>. Acesso em: 5 dez. 2014.

> na Audiência Pública, o conhecimento médico não é estanque, sua evolução é muito rápida e dificilmente suscetível de acompanhamento pela burocracia administrativa. Se, por um lado, a elaboração dos Protocolos Clínicos e das Diretrizes Terapêuticas privilegia a melhor distribuição de recursos públicos e a segurança dos pacientes, por outro a aprovação de novas indicações terapêuticas pode ser muito lenta e, assim, acabar por excluir o acesso de pacientes do SUS a tratamento há muito prestado pela iniciativa privada. **Parece certo que a inexistência de Protocolo Clínico no SUS não pode significar violação ao princípio da integralidade do sistema, nem justificar a diferença entre as opções acessíveis aos usuários da rede pública e as disponíveis aos usuários da rede privada. Nesses casos, a omissão administrativa no tratamento de determinada patologia poderá ser objeto de impugnação judicial, tanto por ações individuais como coletivas. No entanto, é imprescindível que haja instrução processual, com ampla produção de provas, o que poderá configurar-se um obstáculo à concessão de medida cautelar. [...]** (grifos do original).

Coli Nogueira , acerca da pesquisa com seres humanos e o uso de medicamentos experimentais, indica que a ausência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) livra o patrocinador das responsabilidades com o paciente, fragilizando-o e perversamente transferindo a obrigação do pesquisador/laboratório ao magistrado, em detrimento, ao estabelecido na STA 175,[30] Recomendação n. 31 do CNJ e Enunciado 9.

30 [...] Os tratamentos experimentais (sem comprovação científica de sua eficácia) são realizados por laboratórios ou centros médicos de ponta, consubstanciando-se em pesquisas clínicas. A participação nesses tratamentos rege-se pelas normas que regulam a pesquisa médica e, portanto, o Estado não pode ser condenado a fornecê-los. Como esclarecido, na Audiência Pública da Saúde, pelo médico Paulo Hoff, diretor clínico do Instituto do Câncer do estado de São Paulo, essas drogas não podem ser compradas em nenhum país, porque nunca foram aprovadas ou avaliadas, e o acesso a elas deve ser disponibilizado apenas no âmbito de estudos clínicos ou programas de acesso expandido, não sendo possível obrigar o SUS a custeá-las. No entanto, é preciso que o laboratório que realiza a pesquisa continue a fornecer o tratamento aos pacientes que participaram do estudo clínico, mesmo após seu término.

Alves traz em seu artigo importante reflexão acerca do dever jurídico imposto à Administração Pública em ações judiciais para o fornecimento de medicamentos de marcas comerciais específicas, prescritos em detrimento daqueles existentes na política pública de assistência farmacêutica.

Breves considerações sobre a obrigação jurídica de fornecer medicamentos de marcas específicas por parte da Administração Pública

Marcus Vinicius Armani Alves

Acesse usando o *QR CODE* ao lado ou pelo link goo.gl/40IWdj

Artigo

Nessa seara, indica: (*i*) a legislação que alterou os requisitos para a prescrição médica; (*ii*) a regulamentação da assistência farmacêutica no SUS; (*iii*) os dispositivos da lei de compras públicas, que não comportam a indicação de marca; (*iv*) questiona como pode haver dever jurídico de a Administração fornecer "marcas", "havendo fármacos mais baratos, similiares àquele prescrito pelo médico que optou por determinada marca comercial, com idêntico efeito terapêutico"?; (*v*) questiona se o artigo 196 da CF (BRASIL, 1988) concede espaço para uma opção mercadológica de "marcas, sabores, formatos"?

Apresenta visão crítica sobre o fornecimento de medicamentos de marca específica pela Administração Pública e apresenta fundamentos: (*i*) a obrigatoriedade criada pelo artigo 3º, *caput*, da Lei n. 9.787 (BRASIL, 1999) das prescrições médicas adotarem a chamada Denominação Comum Brasileira (DCB) ou Internacional (DCI) e apresentarem a denominação do fármaco ou ainda o princípio farmacologicamente ativo, aprovado pelo órgão federal responsável pela vigilância sanitária ou recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS); (*ii*) o conceito de integralidade de assistência farmacêutica, apresentado pela Lei n. 12.401(BRASIL, 2011), que reforma o texto original da Lei n. 8.080 (BRASIL, 1990) e determina o fornecimento pela Administração Pública, de

medicamentos constantes em listas e protocolos oficiais do SUS; (*iii*) o dever estatal de maximalizar o potencial dos recursos escassos, em face de prejuízo econômico na aquisição de medicamentos de marcas específicas em detrimento da compra por princípio ativo ou genérico; (*iv*) os princípios constitucionais, elencados no art. artigo 37, inciso XIX, da CF (BRASIL, 1988) que determinam que as compras realizadas pela Administração sejam contratadas, apenas e tão somente, nos termos da Lei n. 8.666 (BRASIL, 1993) e que não comporta a indicação de marca específica; e que, (*v*) as ações judiciais que visam compelir o Poder Executivo a fornecer medicamento de marca específica violam o princípio da separação de poderes, previsto no artigo 2º da CF.

A assistência farmacêutica no SUS é um debate que vem sendo travado no sistema sanitário e também entre o sistema sanitário e de justiça, visto que a chamada judicialização da saúde se inicia, nos idos dos anos 1990, com pedidos de medicamentos para tratamento da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Aids) e que segue, até os anos 2005, com foco em medicamentos. Esse panorama já foi alterado, todavia os medicamentos ainda são importantes objetos das ações judiciais.

Assim, o tema da assistência farmacêutica no SUS foi tratado na audiência pública da saúde, na Recomendação n. 31 do CNJ e encontrou eco nos enunciados interpretativos de Direito Sanitário do CNJ[31] e faz parte do cotidiano das SES e suas respectivas procuradorias.

Em geral, pedidos de medicamentos de marca, sem registro na Anvisa ou experimentais, chegam ao sistema de justiça acompanhados de pedidos liminares, sob a alegação de tratar-se de urgência e/ou emergência clínicas. Tal condição prescinde de análises

31 Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/images/eventos/I_jornada_forum_saude/_ENUNCIADOS%20APROVADOS%20NA%20JORNADA%20DE%20DIREITO%20DA%20SADE%20-%20PLENRIA%2015-5-14_revisado%20Carmem%203.pdf>. Acesso em: 9 dez. 2014.

por parte do magistrado: a presença do *fumus boni iuris* (evidência do direito) e o *periculum in mora* (perigo de demora), condições essenciais para o deferimento de liminar e, para tanto, a caracterização da urgência e da emergência clínicas.

Urgência e Emergência clínicas são conceitos definidos no artigo 1º da Resolução n. 1.451 do Conselho Federal de Medicina (BRASIL, 1995):

> Artigo 1º – [...]
>
> Parágrafo Primeiro – Define-se por URGÊNCIA a **ocorrência imprevista** de agravo à saúde **com ou sem risco potencial de vida**, cujo portador necessita de assistência médica imediata.
>
> Parágrafo Segundo – Define-se por EMERGÊNCIA a constatação médica de **condições de agravo à saúde que impliquem risco iminente de vida ou sofrimento intenso**, exigindo, portanto, tratamento médico imediato. [os grifos não são do original]

Vieira, Correia, Carvalho e Silva detalham, em seu artigo, os conceitos das condições de saúde (crônicas e agudas) e afirmam que a compreensão dos conceitos de urgência e emergência na constituição do fenômeno da judicialização da saúde é essencial ao sistema de justiça, na determinação ao ente federado, para que cumpra ordem judicial.

O entendimento sobre urgência e emergência e seus efeitos na judicialização da saúde
Marlene Anchieta Vieira, Huark Douglas Correia, Rodrigo Santos de Carvalho e Siriana Maria da Silva

Acesse usando o *QR CODE* ao lado ou pelo link goo.gl/9G8KFR

Artigo

Discorrem sobre a cronologia da judicialização e analisam as posições atuais do STF e do CNJ e retomam a discussão acerca da competência dos Entes na execução da política de saúde. Concluem com a constatação de que os magistrados, ao decidirem,

fundamentam suas posições no bem da vida (expresso na CF), não consideram os critérios de caracterização da urgência e emergência. O que caracteriza uma situação de urgência ou emergência em saúde? Essa é a pergunta que deve nortear os magistrados quando da análise e decisão das medidas liminares que lhes chegam.

Nesse sentido, Gomes – professor e procurador do estado de São Paulo – também discorre sobre as tutelas judiciais que referem urgência e emergência em saúde. Aborda, em seu artigo, os seguintes tópicos: (*i*) as tutelas de urgência e sua compatibilidade com o conceito clínico de urgência e emergência; (*ii*) os vários instrumentos processuais e suas exigências; e (*iii*) o Enunciado n. 12 do CNJ e a Recomendação Administrativa n. 3/2006 do Ministério Público do Estado de São Paulo. E conclui ao indicar que a concessão de liminares depende de criteriosa análise do magistrado sobre a real urgência e emergência do caso concreto.

Artigo

Tutelas de urgência e demandas de saúde
Flávio Marcelo Gomes

Acesse usando o *QR CODE* ao lado ou pelo link goo.gl/f3HbME

No que diz respeito aos instrumentos processuais comumente utilizados para a obtenção de liminares, nos processos atinentes à judicialização à saúde, chama a atenção o Mandado de Segurança. O artigo de Gomes, apresenta:

> [...] é evidente que a possibilidade de erro judicial aumenta exponencialmente na adoção de medidas de urgência, pois o contato que o magistrado tem com a causa é superficial e a formação de seu convencimento depende ainda de maior dilação probatória. [...]
>
> Não é qualquer incômodo que caracteriza a urgência autorizadora da antecipação de tutela. É importante que a demora na concessão do tratamento implique agravo à saúde, com ou sem risco potencial de vida, risco iminente de vida ou sofrimento intenso. [...]
>
> O mandado de segurança é o que exige maior grau de certeza para a concessão de liminar da medida judicial. O artigo 7º da Lei n. 12.016

> (BRASIL, 2009) exige "fundamentos relevantes" [...]. Não há fase instrutória, com produção de perícia ou oitiva de testemunhas em audiência de instrução. [...] o quadro probatório trazido pelo impetrante permanece inalterado. Assim, os "fundamentos relevantes" estão muito próximos do conceito de direito líquido e certo.

Silva e Pires também apresentam, em seu artigo, questões que envolvem o deferimento das liminares, em especial, o Mandado de Segurança. Indicam que tal instrumento jurídico, fundamentado exclusivamente em prescrição médica, não evidencia direito líquido e certo, conforme entendimento de jurisprudência do STJ e doutrina.

Da urgência e emergência – a má utilização do mandado de segurança para ações que envolvam Direito à Saúde – *Raquel França Silva e Simone Sousa Nicolau Pires*

Acesse usando o *QR CODE* ao lado ou pelo link goo.gl/0Xm1sR

Artigo

Portanto, conforme exposto, há motivação para o não fornecimento de determinada ação ou serviço de Saúde pelo SUS. Em geral os impedimentos da Administração (adquirir, comercializar ou dispensar medicamentos sem registro na Anvisa, experimentais, evidências científicas não comprovadas) estão associados à proteção do indivíduo e da coletividade — e não devem ser compreendidas como cerceamento do direito à saúde.

O entendimento do STF[32] e do CNJ é de que a oferta pública deve ser privilegiada; todavia, nos casos em que não se prestar ao usuário (reações alérgicas, iatrogenia etc.), cabe à parte apresentar

32 STA 175 e outros processos: [...] Dessa forma, podemos concluir que, em geral, deverá ser privilegiado o tratamento fornecido pelo SUS em detrimento de opção diversa escolhida pelo paciente, sempre que não for comprovada a ineficácia ou a impropriedade da política de saúde existente. Essa conclusão não afasta, contudo, a possibilidade de o Poder Judiciário, ou de a própria Administração, decidir que medida diferente da custeada pelo SUS deve ser fornecida a determinada pessoa que, por razões específicas do seu organismo, comprove que o tratamento fornecido não é eficaz no seu caso. [...]

provas da ineficácia do tratamento e do Poder Judiciário exigi-las. A exigência das provas da ineficácia também foi alvo de debate durante a I Jornada de Direito Sanitário do CNJ, que emitiu os Enunciados n. 12 e 13 acerca do assunto.[33]

A necessidade de instrução processual ampla está umbilicalmente ligada ao que já foi demonstrado nesta obra, pelos artigos de Souza; Coli Nogueira; Alves; Vieira, Correia, Carvalho e Silva; Gomes; Silva e Pires que discorreram sobre a violação dos ritos processuais, a falta de uniformidade das decisões e a necessária oferta de condições adequadas ao magistrado para a avaliação e julgamento do caso concreto.

A função do juiz é muito relevante e quanto mais o magistrado conhecer e compreender as políticas públicas, menor o risco de que o pleito seja visto de forma apartada dos propósitos coletivos. A exigência de conjunto probatório robusto e a oitiva do gestor parecem ser o caminho adequado à solução dos conflitos judicializados.

A abordagem quanto à necessidade de adequada produção de provas nos processos judiciais esteve presente nos discursos proferidos na audiência pública, reverberou na decisão STA 178 (e outros processos),[34] na Recomendação n. 31 do CNJ[35] e nos Enun-

33 Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/images/eventos/I_jornada_forum_saude/_ENUNCIADOS%20APROVADOS%20NA%20JORNADA%20DE%20DIREITO%20DA%20SADE%20-%20PLENARIA%2015-5-14_revisado%20Carmem%203.pdf>. Acesso: 9 dez. 2014.

34 Decisão STA 178 e outros processos: No entanto, é imprescindível que haja instrução processual, com ampla produção de provas, o que poderá configurar-se um obstáculo à concessão de medida cautelar. Portanto, independentemente da hipótese levada à consideração do Poder Judiciário, as premissas analisadas deixam clara a necessidade de instrução das demandas de saúde para que não ocorra a produção padronizada de iniciais, contestações e sentenças, peças processuais que, muitas vezes, não contemplam as especificidades do caso concreto examinado, impedindo que o julgador concilie a dimensão subjetiva (individual e coletiva) com a dimensão objetiva do direito à saúde. Esse é mais um dado incontestável, colhido na Audiência Pública – Saúde.

35 Recomendação n. 31 do CNJ: CONSIDERANDO que, na mesma audiência, diversas autoridades e especialistas, tanto da área médica quanto da jurídica,

ciados Interpretativos n. 2, 8, 12, 15, 16 e 19.[36]

No mesmo caminho, as propostas que pleitearam a oitiva dos gestores de saúde nas demandas judiciais encontraram reflexos na Recomendação n. 31[37] e no Enunciado interpretativo n. 13.[38]

Schulze – juiz federal em SC e ex-juiz auxiliar do CNJ –, ressalta em seu artigo a importância de se ter um conjunto robusto de provas para o deferimento de ações judiciais em saúde, bem como a importância do gestor de saúde ser sempre ouvido nessas ações. Ao enfrentar a temática da importância do conjunto probatório e da oitiva do gestor, assevera:

---

manifestaram-se acerca de decisões judiciais que versam sobre políticas públicas existentes, assim como a necessidade de assegurar a sustentabilidade e gerenciamento do SUS; [...] 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;

36 Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/images/eventos/I_jornada_forum_saude/_ENUNCIADOS%20APROVADOS%20NA%20JORNADA%20DE%20DIREITO%20DA%20SADE%20-%20PLENRIA%2015-5-14_revisado%20Carmem%203.pdf>. Acesso em: 9 dez.2014.

37 Recomendação n. 31 do CNJ: CONSIDERANDO as reiteradas reivindicações dos gestores para que sejam ouvidos antes da concessão de provimentos judiciais de urgência e a necessidade de prestigiar sua capacidade gerencial, as políticas públicas existentes e a organização do sistema público de saúde; [...] CONSIDERANDO que, na mesma audiência, diversas autoridades e especialistas, tanto da área médica quanto da jurídica, manifestaram-se acerca de decisões judiciais que versam sobre políticas públicas existentes, assim como a necessidade de assegurar a sustentabilidade e gerenciamento do SUS; [...] b.3) ouçam, quando possível, preferencialmente por meio eletrônico, os gestores, antes da apreciação de medidas de urgência.

38 Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/images/eventos/I_jornada_forum_saude/_ENUNCIADOS%20APROVADOS%20NA%20JORNADA%20DE%20DIREITO%20DA%20SADE%20-%20PLENRIA%2015-5-14_revisado%20Carmem%203.pdf>. Acesso em: 9 dez. 2014.

> [...] certo ou errado, a verdade é que as decisões judiciais têm causado uma reforma na estrutura dos Entes públicos brasileiros e isso exige, portanto, uma análise da postura que o judiciário tem adotado no enfrentamento da judicialização da saúde pública. [...]
>
> Quando se trata de processo judicial postulando a condenação da União, do estado e/ou do município ao fornecimento de medicamento ou de tratamento o juiz precisa analisar alguns requisitos para o acolhimento do pedido.
>
> Neste aspecto, a Lei n. 12.401 (BRASIL, 2011) alterou a Lei n. 8.080 (BRASIL, 1990), estabelecendo, no sistema jurídico pátrio, regras sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Artigo

Judicialização da saúde: importância do conjunto probatório e da oitiva do gestor – *Clênio Jair Schulze*

Acesse usando o *QR CODE* ao lado ou pelo link goo.gl/2qpMd3

O magistrado apresenta as inovações trazidas pela lei: (*i*) a Conitec, suas atribuições e a publicidade de seus atos; e (*ii*) critérios para a incorporação de tecnologias no SUS. Indica que, nos casos em que tenha havido posicionamento da Conitec sobre determinada tecnologia de saúde, os magistrados não podem contrariá-la e, nos casos em que não tenha havido, podem valer-se de consulta sobre o item judicialmente pretendido.

Ipsis literis:

> [...] é importante mencionar que a decisão judicial destituída de fundamentação fática é nula, por descumprir o comando do artigo 93, IX, da Constituição (BRASIL, 1988). Isto é, não basta mencionar apenas que o direito à saúde está garantido na Constituição a partir do artigo 5º e do artigo 196. É necessário, também, na análise do caso judicializado, a investigação do diagnóstico, quadro clínico e principalmente, a comprovação da melhor prática de evidência científica, além da eficácia, da acurácia, da efetividade e da segurança do medicamento, produto ou procedimento postulado, sem dispensar, também, a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas (observância da relação custo-benefício).

> Ou seja, considerando que o Judiciário tem criado políticas públicas de saúde, proferindo decisões judiciais de concessão de medicamentos e tratamentos não previstos no âmbito do SUS, é inegável a decisão judicial deverá cumprir as exigências da Lei n. 12.401 (BRASIL, 2011), já que – em última análise – sua atividade é exercida em substituição ao órgão técnico (Conitec).

O artigo de Schulze especifica que a causa das maiores discussões acerca da judicialização da saúde reside nas postulações de medicamentos, tecnologias ou tecnologias cuja concessão não é permitida ao administrador, por não estarem incorporadas às políticas de saúde.

Para tais ações, Schulze indica que o juiz deve valer-se de algumas exigências, que qualifica como mínimas e que devem ficar fortemente demonstradas, são elas:

> [...] (a) observar a decisão da Conitec ou do NAT; (b) analisar a existência de evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento; (c) fazer a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos: domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível (observar a relação custo-benefício); e (d) observar se o pedido judicial está em conformidade com as Recomendações n. 31 e 36 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ).
>
> Tais exigências são mínimas e devem ficar robustamente demonstradas para a obtenção de decisão favorável em processo judicial.
>
> Eventualmente, o juiz pode exigir prova pericial para a comprovação dos pressupostos acima apresentados, ressalvada a hipótese de prova documental suficiente à demonstração da pretensão. Contudo, geralmente os médicos peritos nomeados pelo magistrado não fazem a análise exauriente da questão, com abordagem dos requisitos técnicos e do custo-benefício do tratamento postulado, como exigido pela Lei n. 12.401/2011, razão pela qual se evita, sempre que possível, a perícia técnica na via judicial.

Em consonância com as teses apresentadas nos artigos que compõem este capítulo, o autor também afirma:

> [...] o que não pode existir – e isso é muito comum – é condenação judicial com base em mero atestado ou requisição médica. Tal decisão macula a cláusula de inafastabilidade do controle jurisdicional (artigo 5º, inciso XXXV, da Constituição), que outorga à autoridade judiciária o dever-poder de proferir uma decisão com eficácia vinculativa plena (coisa julgada), exigindo, por isso, a cognição exauriente plena sobre o tema, que não prescinde da análise da existência dos requisitos técnicos exigidos pela Lei n. 12.401/2011.
>
> Vale dizer: os Juízes do Brasil não podem ficar reféns de profissionais da área da saúde e admitir a veracidade absoluta da posição adotada em atestado médico. Neste caso, é preciso que a requisição contemple de forma inequívoca a melhor prática de evidência científica. Tal aspecto precisa ser destacado, pois é muito grande o número de profissionais da área médica que ainda não adotam a medicina de experiência, que não contempla a melhor decisão técnica.

Schulze ainda apresenta a teoria dos diálogos institucionais como medida apropriada aos debates da judicialização da saúde – o que será mais aprofundado no capítulo seguinte. E conclui que o uso dessa tese é importante, uma vez que o Poder Judiciário precisa consultar aos especialistas e aos gestores de saúde as questões técnicas relacionadas ao pleito:

> [...] a tese acima apresentada revela que o direito à saúde está sujeito a requisitos fáticos. E o Poder Judiciário precisa analisar com atenção as demandas de saúde, pois a criação da melhor decisão judicial sobre o tema passa pela análise de fatores técnicos geralmente externos à teoria jurídica, de modo que a noção médica e farmacológica precisa ser observada na análise de processo judicial.
>
> Assim, é nula, por violação ao artigo 93, IX, da Constituição (BRASIL, 1988), a decisão judicial proferida com base apenas em argumentos jurídicos, diante da necessidade de análise do quadro clínico do autor do processo e da abordagem da melhor prática de evidência científica sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade, a segurança do medicamento, produto ou procedimento, além da avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas.

A adequada instrução processual também evita as fraudes. Evitar fraudes significa proteger o paciente, proteger o sistema sanitário e proteger o sistema de justiça de interesses mercadológicos e/ou escusos que podem permear as ações judiciais – e cuja existência já foi demonstrada.

A decisão STA 175 do STF reconhece que somente a adequada instrução processual permite ao julgador a conciliação da dimensão subjetiva e a objetiva do direito à saúde, na avaliação do caso concreto.[39]

A crise do Estado Social de Direito, que desponta nos países europeus a partir da década de 1980, na qual o Estado relativiza a garantia de direitos sociais, tendo em vista seu aspecto econômico, faz que o sistema de justiça – garantidor de direitos, inclusive os sociais, ganhe poder.

O sistema de justiça é o guardião da lei, das eleições e dos direitos sociais e do próprio funcionamento dos Estados Democráticos de Direito. A atuação do Poder Judiciário é fundamental para a garantia da democracia. Contudo, cabe ao sistema de justiça, na realização de suas funções, a percepção da complexidade que permeia os outros sistemas.

Sob este ponto de vista, pode ser adequada a reflexão de que a compreensão de complexidade do direito à saúde e da política pública de saúde está refletida no instituto da repercussão geral[40] e sua reiterada utilização para o tema. Em breve busca no sítio do

39 A decisão da STA 175 do STF: "Portanto, independentemente da hipótese levada à consideração do Poder Judiciário, as premissas analisadas deixam clara a necessidade de instrução das demandas de saúde para que não ocorra a produção padronizada de iniciais, contestações e sentenças, peças processuais que, muitas vezes, não contemplam as especificidades do caso concreto examinado, impedindo que o julgador concilie a dimensão subjetiva (individual e coletiva) com a dimensão objetiva do direito à saúde. Esse é mais um dado incontestável, colhido na Audiência Pública – Saúde".

40 A normativa aplicável ao instituto da Repercussão Geral é a Lei n. 11.418, de 19/12/2006 e Resolução n. STF 417/2009 e Emenda Regimental n. 21 do STF.

STF, percebe-se que há várias temáticas que envolvem o sistema sanitário e sob as quais há repercussão geral reconhecida.[41]

A Repercussão Geral (RG) ocorre quando determinada questão se repete e tende a repetir-se em muitos processos e o STF precisa orientar os demais tribunais do País para que sigam a decisão tomada sobre o assunto, buscando uniformidade da jurisprudência.

As repercussões gerais são caracterizadas como juridicamente relevantes pelo seu impacto, o dever de decidir do sistema de justiça sobre questões de saúde indica necessários cuidados no processo decisório. Ainda que ligados pela Constituição, pelos interesses individuais e coletivos, de um lado cabe ao sistema sanitário formu-

41 Citem-se algumas:
(*i*) Dever do Estado de fornecer medicamento de alto custo a portador de doença grave que não possui condições financeiras para comprá-lo. <http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=2565078&numeroProcesso=566471&classeProcesso=RE&numeroTema=6>.
(*ii*) Legitimidade do Ministério Público para ajuizar ação civil pública que tem por objetivo compelir Entes Federados a entregar medicamentos aos portadores de certas doenças. <http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=3791720&numeroProcesso=605533&classeProcesso=RE&numeroTema=262>.
(*iii*) **Bloqueio de verbas públicas para garantia de fornecimento de medicamentos.** <http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=3819070&numeroProcesso=607582&classeProcesso=RE&numeroTema=289>.
(*iv*) **Dever do Estado de fornecer medicamento não registrado pela Anvisa.** <http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4143144&numeroProcesso=657718&classeProcesso=RE&numeroTema=500>.
(*v*) **Limites do Poder Judiciário para determinar obrigações de fazer ao Estado, consistentes na realização de concursos públicos, contratação de servidores e execução de obras que atendam o direito social da saúde, ao qual a Constituição da República garante especial proteção.** <http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4237089&numeroProcesso=684612&classeProcesso=RE&numeroTema=698>.

lar/executar/avaliar política de saúde e de outro cabe ao sistema de justiça tutelar pelo direito os interesses sociais e a razoabilidade deve prevalecer na ação de qualquer dos sistemas.

Costa e Amaral, em seu artigo, abordam alguns dos temas que foram considerados de repercussão geral pelo STF em matéria de saúde, ponderando os impactos da judicialização perante o SUS, quais sejam: (*i*) fornecimento de medicamentos sem registro na Anvisa; (*ii*) obrigação a tratamentos de alto custo; (*iii*) diferença de classe no atendimento pelo SUS; e (*iv*) bloqueio de verbas públicas para o cumprimento de decisões judiciais.

Matérias de repercussão geral que impactam no Sistema Único de Saúde – *Max Carvalho Amaral e Rodrigo Otávio Lobo da Silva Costa*

Acesse usando o *QR CODE* ao lado ou pelo link goo.gl/9kqe3o

Artigo

Os autores ponderam:

> [...] crê-se que a mais alta Corte de Justiça da nação irá se debruçar sobre as matérias de repercussão geral, relativas ao SUS, sob uma ótica diversa daquela a qual vem sendo responsável pela deturpação do conceito de acesso universal e igualitário à saúde pela população, que tende a dissipar-se ante a patente realidade de que se torna essencial a composição entre os Poderes para aproximação ao que preconiza a Constituição Federal, que é a persecução incessante à plenitude do atendimento à população.

É preciso que os gestores estaduais e suas respectivas representações judiciais se debrucem sobre cada uma das temáticas sobre as quais há reconhecimento de repercussão geral e que debates sejam feitos sobre as pautas, visto que representam importante foco de atuação dos gestores, sob os quais a atuação judicial pode ter grande influência. Nesse contexto, a Câmara Técnica de Direito Sanitário pode mostrar-se estratégia adequada, sendo um *locus* qualificado para tais debates, que precisam de fundamentos técnicos e jurídicos capazes de fundamentar posicionamentos da gestão estadual.

Percebe-se, pela leitura apurada dos artigos, que há diferenças entre as unidades federativas, no que tange à atuação do Poder Judiciário e à organização do SUS nos estados, seja acerca dos bens e serviços de saúde mais demandados pela via judicia , seja das razões pelas quais ocorre a procura ao sistema jurídico, seja do vulto financeiro destinado ao cumprimento das decisões judiciais, seja do tempo determinado pelos juízes para o cumprimento das decisões, seja do tipo de ação mais utilizada para o pleito judicial, seja da representação dos autores nas ações. Sem a pretensão de esgotar a temática, foram descritas as principais dificuldades acerca da judicialização da saúde – muitas vezes com a narrativa de casos concretos — expostos pelos autores e trazidos a esta obra.

O Brasil e o mundo discutem formas de se efetivarem os direitos fundamentais. A CF/1988 busca a transformação da sociedade, na medida em que não se limitou a tratar dos direitos tradicionais (propriedade, o crédito, o fisco) e alcançou direitos sem a mensuração econômica — como é a saúde —, mas que devem ser garantidos e não podem ser violados. Portanto, é essencial à democracia que o sistema de justiça tenha instrumentos garantidores do direito.

Assim cabe ao sistema sanitário a estruturação e a execução da política de saúde e ao sistema de justiça, a estruturação e a execução das garantias aos direitos fundamentais. Mas, quando se observa o sistema de justiça e o sistema de saúde, há elos indissociáveis: a lei, a sociedade e o indivíduo. Nesse ínterim, é de se afirmar que a política de saúde tem problemas estruturais – o subfinanciamento, a ausência de política e carreira para os recursos humanos, estruturas físicas deficitárias, regimes administrativos burocráticos, etc, mas isso não tira do SUS, nas duas décadas em que atua, a progressão sanitária que propiciou à população: calendário de imunizações, política de transplante, redução da mortalidade infantil, entre muitas outras vitórias.

A assunção do direito à saúde passa pela compreensão de que do SUS, todos são usuários: é o controle dos preços de medicamentos,

é o controle das propagandas de produtos prejudiciais à saúde, as ações de promoção e prevenção, a imunização, controle de portos e aeroportos e não somente a assistência à saúde. Assim, consequentemente, a judicialização e os temas que perpassam a sustentabilidade do SUS envolve a todos – mesmo aqueles que não estão diretamente relacionados com o sistema de justiça ou o sistema sanitário.

É forçoso reconhecer que a judicialização discute situações específicas sobre as demandas que abarca: (*i*) o item que não está na política de saúde e não deveria estar; (*ii*) o item que está na política de saúde e não está disponível ao usuário; e (*iii*) o item que não está na política e merece ser avaliado acerca da possibilidade de sua incorporação.

Os debates apresentados até então dizem especialmente daqueles pleitos que não estão na política de saúde nem deveriam estar (medicamentos sem registro, experimentais etc.).

Todavia, há judicialização também em itens pertencentes à política e que não estão disponíveis à população. O sistema de justiça, ao entender que os pleitos judicialmente pretendidos já estão incorporados à política pública de saúde, traz debates imprescindíveis: (*i*) a normativa que rege a respectiva ação ou serviço de saúde; (*ii*) o financiamento para tal; e (*iii*) a organização do sistema de saúde.

Sarlet e Capellari[42] entendem que a atuação do Poder Judiciário na análise dos pleitos de ações e serviços de saúde não cria políticas públicas e sim confere efetividade ao que já existe e não é cumprido. Indica a decisão STA 175:[43]

42 Ingo Wolfgang Sarlet e Caroline Moschem Capellari – Reserva do Possível, Mínimo Existencial e o Direito Fundamental à Saúde: um estudo sobre a judicialização de demandas relativas ao direito à saúde, especialmente no que concerne à alocação de recursos escassos e o Papel do Poder Judiciário Brasileiro. Acessível em: <www.pucrs.br/edipucrs/XIsalaoIC/Ciencias_Sociais_Aplicadas/Direito/84342-CAROLINEMOSCHEMCAPELLARI.pdf>. Acesso em: 3 dez. 2014.

43 Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticianoticiastf/anexo/sta175.pdf>. Acesso em: 3 dez. 2014.

> [...] esse foi um dos primeiros entendimentos que sobressaiu nos debates ocorridos na Audiência Pública – Saúde: no Brasil, o problema talvez não seja de judicialização ou, em termos mais simples, de interferência do Poder Judiciário na criação e implementação de políticas públicas em matéria de saúde, pois o que ocorre, na quase totalidade dos casos, é apenas a determinação judicial do efetivo cumprimento de políticas públicas já existentes.

O sistema de justiça encaminha suas decisões para que se cumpra o que está previsto na legislação – a intenção da lei. O sistema de justiça, então, resguarda que expectativas admitidas pela lei não sejam frustradas, o que bem explica o filósofo Luhmann (1983, p.71) ao lecionar que:

> [...] uma expectativa constantemente desapontada, sem poder manifestar-se, esvai-se. Ela é imperceptivelmente desaprendida e, finalmente, seu próprio sujeito não acredita mais nela.

Assim, ao considerar o disposto na CF (BRASIL, 1988), as leis ordinárias do SUS (BRASIL, 1990) e toda a normativa pactuada em comissões intergestores (que constituem o conjunto de normas infralegais), estando expresso o direito – ele será deferido judicialmente. É nesse ponto que as características das demandas judiciais, em cada um dos Entes Federados estaduais, apresentam variações.

Em parte, a discussão foi apresentada nos artigos de Dayrell e Dutra: nos casos em que exista normativa estabelecida acerca de política de saúde, seja ela lei, decreto, ato administrativo, resolução, protocolo, diretriz, o usuário do SUS ao ter negado seu acesso a determinada ação ou serviço de saúde terá sua expectativa frustrada e, portanto, poderá valer-se do sistema de justiça para ver seu direito satisfeito.

Campilongo (2002, p. 172) explica que o sistema político – nesse caso, o sistema sanitário – estabelece padrões e normas coletivamente vinculantes de forma diferente daquela que o sistema de justiça é capaz de captar, visto que as questões que permeiam as

políticas públicas de saúde não são facilmente lidas e reconhecidas pelo sistema de justiça. Villas Bôas (2009) leciona que os tribunais não são capazes de processar adequadamente todas as questões que lhe são encaminhadas e ainda assim são comprometidos com a "possibilidade de respostas consistentes", compatíveis com o tempo e a dinâmica da sociedade. Como se pode observar na STA 175:

> [...] lembro, neste ponto, a sagaz assertiva do professor Canotilho segundo a qual "paira sobre a dogmática e teoria jurídica dos direitos econômicos, sociais e culturais a carga metodológica da vaguidez, indeterminação e impressionismo que a teoria da ciência vem apelidando, em termos caricaturais, sob a designação de 'fuzzismo' ou 'metodologia fuzzy'". "Em toda a sua radicalidade – enfatiza Canotilho – a censura de fuzzysmo lançada aos juristas significa basicamente que eles não sabem do que estão a falar quando abordam os complexos problemas dos direitos econômicos, sociais e culturais" (CANOTILHO, J. J. Gomes. Metodologia "fuzzy" e "camaleões normativos" na problemática actual dos direitos econômicos, sociais e culturais. In: **Estudos sobre direitos fundamentais**. Coimbra: Coimbra Editora, 2004., p. 100).

Portanto, para conseguir lidar com tantas complexidades, os tribunais precisam de meios de encadear e equilibrar sua atuação de forma a ser mais condizente com as políticas estabelecidas, recorre-se, novamente aos diálogos institucionais, abordados no artigo de Schulze, já apresentado nesse livro.

Contudo, toda ação e serviço de saúde no SUS demanda uma série de atividades, estruturas, bens e serviços, todos eles custeados pelo Estado Brasileiro. Portanto, o financiamento da política de saúde não é fator menos importante e se revela fundamental para a própria sustentabilidade da política e da própria garantia do direito.

Para Sen (2011) o desempenho econômico, a oportunidade social, a vocalização e argumentação racional pública são fatores inter-relacionados. A partir da Declaração Universal de Direitos Humanos, os direitos sociais e econômicos foram acrescidos dos direitos de bem-estar – o que é relativamente recente e os Poderes

(Executivo, Legislativo e Judiciário) passaram a se envolver mais com eles, sem, contudo, terem feito as alterações necessárias e adequadas para seu enfrentamento. Esses direitos são, portanto, constantemente criticados, e Sen (2011) caracteriza tais críticas como críticas de institucionalização – na medida em que se exige que estejam institucionalizados, para serem direitos – e críticas de exequibilidade – que apesar de todos os esforços, ainda não se faz possível conferir efetividade ao direito.

Piketty (2014, p. 1048) – em sua obra *O Capital no Século XXI* – afirma que desde quando o Estado passou a desempenhar papel central, ou seja, no pós-guerra, é "normal e legítimo" que haja debate permanente sobre a questão. Indica ainda que a redistribuição moderna é feita em uma lógica de acesso igualitário aos bens considerados fundamentais e que ainda que haja acordos sobre os princípios abstratos sobre justiça social na prática os conflitos se revelam quando há que se indicar a "extensão exata dos direitos que podem ser garantidos a todos" e, neste ponto, menciona as restrições econômicas e orçamentárias e as incertezas delas decorrentes. Parece ter sido escrito para o SUS.

Há anos luta-se pela estabilidade econômica do sistema público de saúde. Antes da CF (BRASIL, 1988), a saúde foi financiada com recursos do Orçamento Fiscal e orçamento do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas); pós-constituição, passou a contar com o financiamento dos orçamentos da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes. Até a Emenda Constitucional n. 29 (BRASIL, 2000), várias tentativas de vinculação aconteceram no decorrer da década de 1990. A fixação em percentual de receita aconteceu para estados (12%), Distrito Federal (12 e 15%) e municípios (15%), todavia, mesmo com a regulamentação da EC n. 29, ocorrida com a Lei n. 141 (BRASIL, 2012), tal vinculação não alcançou a União. A regulamentação da EC n. 29 não trouxe ao SUS novos recursos e não propiciou debates efetivos acerca da reforma tributária. O mesmo aconteceu quando da aprovação da EC n.86 (Brasil, 2015), que não acresceu recursos financeiros ao SUS e indicou a obrigatoriedade

de cumprimento de programação orçamentária específica das emendas individuais, cuja metade é destinada a ações e serviços públicos de saúde e somada aos valores que a União utiliza para cumprir o estabelecido pela vinculação de recursos à setorial saúde.

Mesmo que a decisão STA 175 seja de tempo anterior à Lei n. 141 (BRASIL, 2012), a busca pela estabilidade financeira do SUS foi reconhecida pelo STF:

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

Em sendo verdade que o financiamento destinado à política pública de saúde é insuficiente para o atendimento das necessidades sociais, cabe ao Estado – no caso aos gestores de saúde – a tomada de decisões difíceis, a escolha do que será ofertado ou não pelo sistema sanitário. Nesse ponto, retorna-se à utilização de critérios estabelecidos a partir da Medicina Baseada em Evidências, da avaliação e indicação de incorporação tecnológica a partir de critérios definidos, a padronização de condutas expressas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Mas, sem dúvida, em um contexto de escassez de recursos financeiros, investir em um programa acarreta não investir em outro.

Ultrapassados os debates que se originam da norma e do dinheiro, importa mencionar que, por vezes, há características relativas à gestão que também levam à judicialização de itens expressos na política de saúde. A organização e o desempenho dos setores responsáveis por aquisição e dispensação de itens, controles de estoques, contratação e pagamento à fornecedores, regulação de acesso aos serviços especializados têm forte impacto na judicialização e, por isso, devem ser foco de atenção dos gestores estaduais. Por vezes, organização, qualificação, alcance e melhoria de desempenho desses setores vitais ao bom funcionamento das secretarias estaduais de saúde apresentam entraves que dizem respeito exclusivamente

ao sistema sanitário e que, resolvidos, implicarão melhor atendimento aos usuários do SUS e diminuição de processos judiciais.

Essa pauta será mais bem abordada no capítulo que se segue, todavia cumpre já apresentar tecnologia denominada "mediação sanitária" – apropriada para o enfrentamento de tais desafios.

Delduque, ao abordar a temática da mediação sanitária, elenca ondas de acesso à justiça e indica que a terceira onda de acesso busca uma concepção mais ampla desse acesso, que deve dar-se fora do circuito jurisdicional, de forma mais complexa e abrangente, capaz de enxergar todas as facetas que envolvem a garantia de direitos e para tanto, apresenta a medicação.

Artigo

A mediação sanitária como alternativa viável à judicialização das políticas de saúde no Brasil
Maria Célia Delduque

Acesse usando o *QR CODE* ao lado ou pelo link goo.gl/tBckw0

A autora elenca como definição de mediação a que consta na Diretiva n. 2008/52[44] da Comunidade Europeia, qual seja: "é um procedimento estruturado em que duas ou mais partes em litígio tentam voluntariamente alcançar por si mesmos um acordo sobre a resolução de um litígio, com a ajuda de um mediador".

Para a autora, a mediação representa um método de gestão pacífica de conflitos, sendo capaz de evitar a abertura de processos judiciais em demasia e também de encerrar de forma mais célere processos já em andamento. Ressalta ainda que, como os tribunais estão sobrecarregados, é necessário que se encontrem novos meios de resolução de conflitos, e a mediação é opção adequada para se alcançarem soluções.

44 Publicación por la Unión Europea Directiva 2008/52/CE art.3 § a) la mediación es un procedimiento estructurado, sea cual sea su nombre o denominación, en el que dos o más partes en un litigio intentan voluntariamente alcanzar por sí mismos un acuerdo sobre la resolución de su litigio con la ayuda de un mediador del Parlamento Europeo y del Consejo, de 21 de mayo de 2008. Tradução livre da autora.

Por fim, indica a autora a necessidade de se questionar a formação de profissionais do direito e dos gestores públicos, acerca de seu modo tradicionalmente litigioso e adversarial de operar o direito. Adverte que é preciso uma nova postura, para resolver conflitos que envolvam o direito à saúde, sendo a mediação um caminho promissor e capaz de operar o direito em toda a sua complexidade.

A busca pelas formas extrajudiciais de solução de conflitos, quer na saúde ou em outras áreas, enfrenta críticas e *per si*, mesmo com esforços, não abarcará todos os casos de controvérsia – até porque a Administração possui restrições inafastáveis. Portanto, em regimes democráticos, sempre haverá submissão de pleitos ao sistema de justiça – quer por interesse do sistema de saúde, quer por interesse dos usuários do sistema.

Siqueira, em sede de conclusão de seu artigo, apresenta as considerações que seguem e que estão ligadas à afirmativa, já exposta, de que a judicialização lida com:

Judicialização em Saúde no estado de São Paulo
Paula Sue Facundo de Siqueira
Acesse usando o *QR CODE* ao lado ou pelo link goo.gl/Wp1Wwj
Artigo

(*i*) o que não está na política e não deveria estar:

> [...] é evidente a influência da atividade judicial no SUS [...] não se observa que a judicializacão da saúde possa espelhar possíveis falhas da assistência farmacêutica do SUS, diante da diversidade e excentricidade de produtos que apresenta, prescritos por médicos alheios ao sistema público de saúde, prejudicando esta análise, a pouca informação da história clínica do autor-paciente presente nos autos do processo. Observa-se ainda uma baixa expressividade na incorporação de tecnologia decorrente da judicializacão.;

(*ii*) o que está na política de saúde e não está disponível:

> [...] merece melhor acolhida a avaliação das demandas administrativas das instituições públicas de saúde, que possam refletir diretamente as faltas do SUS, na busca da integralidade à assistência da saúde, com possíveis reflexos na incorporação de tecnologia. Neste sentido, também deve ser considerado o fornecimento administrativo de medicamentos excepcionais à Assistência Farmacêutica do SUS aos seus assistidos, nos casos em que demonstrado o esgotamento de todas as vias disponibilizadas de terapias. Nesta esfera, pertinente e adequada é a interferência do Poder Judiciário. Obrigar os gestores a cuidar integralmente da saúde de seus usuários. Deve-se interpretar a CF em sua completude, não utilizá-la em seus fragmentos para proteção de cada direito. O que se protege é a saúde. Os interesses são convergentes, as óticas são distintas.

(*iii*) e o que não está na política e merece ser avaliado:

> [...] eventualmente, a atual judicializacão em saúde pode provocar a produção de respostas pelos agentes públicos do setor saúde, no intuito de suprir eventuais falhas e disfunções da regulação do sistema de saúde, para evitar novas demandas judiciais. Por outro lado, podem revelar fraudes contra o SUS, interesses financeiros alheios a real necessidade do paciente com o indevido uso dos recursos públicos, expondo a saúde e a vida de pessoas ao risco.

Ações judiciais que pleiteiam itens que não estão inseridos na política pública de saúde, mas cuja incorporação deve ser debatida, envolvem inúmeros interesses: (*i*) do sistema de saúde; (*ii*) das indústrias ligadas à produção em saúde; (*iii*) dos especialistas, na defesa de suas teses; (*iv*) dos operadores do direito e muitos outros.

Portanto, os debates sobre o que não está na política de saúde são cercados de complexidade e devem contar com a observação de elementos importantes. Entre esses elementos, destaca-se a necessária e imprescindível subordinação à efetivação do direito social à saúde, à corrente da MBE, às competências da Conitec, o uso racional de medicamentos e a segurança do paciente.

Por fim, conclui a autora que:

> [...] espera-se o reconhecimento e fortalecimento da Conitec como preditora das políticas públicas em assistência farmacêutica e que a judicialização permaneça para aqueles que não alcançam a integralidade de assistência à saúde, bem como para preservar os princípios e as diretrizes do SUS.

4

Organização das SES para enfrentar a Judicialização – Experiências

Organização das SES para enfrentar a Judicialização – Experiências

Este capítulo trata dos esforços da SES no aprimoramento de sua organização, especialmente para enfrentar os desafios impostos pela judicialização da saúde.

Os esforços dizem tanto da organização interna das SES, quanto das relações que se estabelecem com o sistema de justiça. Há experiências ricas e cada uma delas guarda singularidade com a realidade local, com as condições de cada SES, com a natureza dos conflitos e outros fatores. Nesse ínterim, importa mencionar que não há um padrão que se aplique a todas as secretarias de saúde, pois as realidades são diversas e merecem enfrentamentos específicos. Todavia, cumpre destacar que a capacidade de investigação, diagnóstico, análise e estruturação de alternativas viáveis e resolutivas, deve ser valorizada.

Por óbvio, este livro não tem a pretensão (nem a possibilidade) de apresentar todas as estratégias já existentes. Apresenta algumas, cujos elementos são de fácil e importante observação aos gestores estaduais de saúde.

O artigo de Dantas, Mageste, Mattos e Esteves apresenta as iniciativas da SES Espírito Santo no que diz respeito à identificação de objetivos táticos, estratégicos e operacionais para o enfrentamento da judicialização. Salienta questões ligadas às demandas da saúde mental, o fortalecimento do setor de mandados judiciais e a importância da PGE no enfrentamento à judicialização. Os autores problematizam o fato de a maioria das ações judiciais em saúde ser protagonizada pelos entes estatais, como as Defensorias Públicas e o Ministério Público, e o fato de o Estado ser condenado, nesses casos, também ao custo processual das ações. Assim, defendem os autores que uma maior aproximação entre os entes estatais diminuiria sobremaneira os custos derivados das ações judiciais: quer sejam com a disponibilização da ação ou serviço de saúde, quer

sejam com os custos processuais. Este debate encontra eco na lição de Campilongo (2002) que entende que a sociedade moderna é um sistema "sem porta voz" e que, no Estado Social, o conflito pode acontecer entre órgãos do próprio Estado.

Artigo

O fenômeno da Judicialização da Saúde como estratégia de acesso aos serviços de saúde
Anselmo Dantas; Rosane Mageste; Victor W. Mattos e Carolina B.Esteves

Acesse usando o *QR CODE* ao lado ou pelo link goo.gl/FEO3aG

Os autores também indicam que os quantitativos de processos que envolvem pleitos de ações e serviços de saúde alcançam percentuais relevantes quando comparados às demandas totais das Procuradorias dos Estados (PGE). Portanto, conforme já abordado no artigo de Costa, a integração de procuradores e técnicos das secretarias estaduais é relevante.

No mesmo sentido, artigo apresentado por Nantes e Dobashi discute a judicialização no estado do Mato Grosso do Sul e as iniciativas adotadas pela SES/MS para o enfrentamento desta. Destacam as autoras que:

> [...] a partir de 2005, foi instalado importante processo de descentralização e especialização, com a lotação de Procuradores nas Secretarias onde as demandas eram maiores e mais específicas. A primeira experiência foi na Secretaria Estadual de Saúde que, àquela altura, já demonstrava números crescentes de ações judiciais. Essa decisão foi influenciada pelos debates realizados em um evento ocorrido no final de 2004, que reuniu Juízes, Promotores, Defensores Públicos, Procuradores, Gestores de Saúde dos municípios polo de região e técnicos federais, estaduais e municipais da área de saúde.

Artigo

A experiência da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul no enfrentamento das ações judiciais em saúde – *Ligia Fernandes Lima Nantes e Beatriz Figueiredo Dobashi*

Acesse usando o *QR CODE* ao lado ou pelo link goo.gl/WsqGqG

As autoras indicam ainda que, entre outras providências tomadas para o enfrentamento da judicialização, foi criada uma "coordenadoria de ação judicial", ligada ao gabinete da SES, formada por equipe multidisciplinar e que trabalha com a Procuradoria do Estado, inclusive em processos de aquisição de medicamentos (que envolvem particularidades como o Coeficiente de Adequação de Preços).

Entre muitas estratégias, os dados e os argumentos apresentados pelos artigos de Dantas, Mageste, Mattos e Esteves; e Nantes e Dobashi são relevantes e indicam, sem dúvida, que os gestores devem estar muitíssimo atentos à Assistência Farmacêutica nas SES.

Nesse sentido, é importante conhecer o artigo de Pontarolli, Moretoni e Rossignolli, que indica, entre outros itens:

> [...] condições deverão ser atendidas para que o sucesso do tratamento farmacológico seja alcançado, entre elas: a) que o usuário receba as informações e orientações que possibilitem o uso correto do medicamento e que consiga cumprir de forma adequada o seu tratamento; b) que o medicamento seja efetivo; c) que o medicamento não cause danos à saúde do paciente ou que, caso não seja possível evitá-los, que os benefícios sejam superiores.

Sob tais premissas, as autoras apresentam os componentes sobre os quais está organizada a assistência farmacêutica no SUS e dão ênfase aos medicamentos oncológicos. Concluem ao indicar:

> [...] o impacto financeiro decorrente da crescente demanda e das incorporações tecnológicas não aponta para reduções. Os desafios são inúmeros e merecem ênfase: o adequado financiamento, o aperfeiçoamento do planejamento, a eficiência de todo o ciclo logístico, o uso racional dos medicamentos, a estruturação de serviços farmacêuticos clínicos, o provimento e o desenvolvimento de recursos humanos e a melhoria do sistema de informação.

A organização da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde – *Deise Regina Sprada Pontarolli, Claudia Boscheco Moretoni e Paula Rossignoli*

Acesse usando o *QR CODE* ao lado ou pelo link goo.gl/rhDjfa

Artigo

Para além das medidas específicas relativas à gestão da assistência farmacêutica, compete conhecer o artigo de Pontarolli, Paz e Silva e Strapasson, que narra todo o processo de organização da SES Paraná para o atendimento das demandas judiciais de medicamentos e que, por sua vez, pode ser aplicado às demais ações e serviços de saúde. As autoras descrevem: (*i*) o "passo a passo" dessa organização e apresentam seu respectivo fluxo; (*ii*) o desenvolvimento de *software* auxiliar (Sismedex); e (*iii*) os dados da SES/PR relativos à demandas judiciais por medicamentos. E concluem:

> [...] as demandas judiciais são consideradas um dos grandes desafios para os gestores do Sistema Único de Saúde, independentemente da esfera de gestão onde atuem. [...] Trata-se de uma questão complexa e multifacetada, que envolve múltiplos saberes. Dessa forma, é fundamental que se busquem o diálogo e o consenso entre os usuários, os gestores de saúde e os operadores do direito para que efetivem, concomitantemente, o direito à saúde e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

Artigo

O enfrentamento das demandas por medicamentos na Secretaria do Estado da Saúde do Paraná

Deise Regina Sprada Pontarolli, Gheisa Regina Plaisant da Paz e Silva e Giovanna Chipon Strapasson

Acesse usando o *QR CODE* ao lado ou pelo link goo.gl/0evNAC

Retoma-se o artigo de Siqueira, apresentado no capítulo anterior e cujo relato reflete a judicialização na SES/SP e apresenta os meios de organização para o atendimento das demandas judiciais naquela secretaria de saúde. Descreve a utilização de *software* auxiliar denominado S-Codes (Sistema de Coordenação de Demandas Estratégicas do SUS), suas funcionalidades e relata:

> [...] além da questão operacional, é possível extrair relatórios do sistema para a análise das ações judiciais coletivamente. Foi vencedor do 1º Prêmio no Concurso Nacional de práticas exitosas no manejo da judicialização e da gestão do acesso aos bens de saúde, promovido pelo Ministério da Saúde e Fiocruz em 2011.

Descreve, também, a partir dos dados apresentados, o elenco de dificuldades encontradas pela SES/SP para o atendimento de decisões judiciais e as formas encontradas para conferir efetividade ao direito à saúde. Apresenta as regionais de saúde do território, a criação do Índice Paulista de Judicialização da Saúde (IPJS) para o monitoramento da judicialização e a razão da variabilidade entre as regiões.

Siqueira indica:

> [...] ainda há muitas dificuldades a serem superadas, mas há um grande dinamismo no debate sobre direito à saude e judicialização promovido por inúmeros eventos, a sugestão de Varas Especializadas em saúde, a formação de equipes de Procuradores e Promotores de Justiça destacados para o tema saúde, a criação de câmaras técnicas de apoio e informação aos magistrados e as instâncias pré-processuais, com a possibilidade de avaliação adminstrativa do pedido de insumo ou serviço de saúde crescem em diversos pólos de judicialização mais intensa, assim como a formulação de Recomendações do Conselho Nacional de Justiça no sentido de observância das políticas públicas em saúde e de maior rigor na apreciação dos pedidos em saúde, são ações que visam uma equação ideal entre o direito à saúde e o dever do Estado.

De toda a narrativa apresentada nos capítulos que compõem este livro, há de se concluir que o que se impõe são as formas de interação entre os sistemas de justiça e o sanitário. Os processos de diálogo entre o sistema de justiça e o sistema sanitário devem ser perseguidos e aprimorados.

A trajetória, a estrutura, o funcionamento e a comunicação desses dois sistemas são diferentes, mas ambos pretendem o desenvolvimento social e a efetivação dos direitos sociais, portanto devem interagir, e não que isso seja fácil ou rápido.

Dos últimos anos é possível observar estratégias de aproximação entre o saber do sistema de justiça e o saber do sistema sanitário: (*i*) A audiência pública da saúde no STF – em 2009; (*ii*) A Recomendação n. 31 do CNJ – em 2010; (*iii*) A Resolução n. 107 do CNJ – em 2010; (*iv*) A Recomendação n. 43 do CNJ – 2013,

a expressiva atuação do Fórum Nacional do CNJ, seus comitês estaduais, os núcleos de assistência técnica ao Judiciário, as experiências de negociação, mediação, câmaras de solução de litígios, a formulação dos enunciados dos comitês estaduais e os originados da I Jornada de Direito Sanitário do CNJ.

Vários dos artigos que compõem a obra relatam experiências acerca da formação e atuação dos núcleos de assessoramento técnico ao Poder Judiciário, a relevância do Fórum Nacional do CNJ e dos seus respectivos comitês estaduais. Apresentam modelagens, seguem as necessidades de cada território, respeitam as características e as possibilidades dos sistemas envolvidos e obtêm resultados satisfatórios. Em um jargão popular, é possível expressar os verdadeiros objetivos das estratégias de interação entre os sistemas: "não se quer encontrar heróis, só se quer encontrar soluções".

Marques apresenta, em seu artigo, lições muito valiosas. Apresenta o direito à saúde como área do conhecimento multidisciplinar, que requer a conjugação e o diálogo entre disciplinas. Indica que, em sendo o direito à saúde uma disciplina complexa, requererá intervenções complexas – quer para sua aplicação, quer para sua garantia – o que vale, inclusive, para a atuação extrajudicial.

Artigo

Direito à Saúde: complexidade e enfrentamentos extrajudiciais – *Silvia Badim Marques*

Acesse usando o *QR CODE* ao lado ou pelo link goo.gl/CuQmQh

A autora apresenta o campo do direito sanitário como complexo, interdisciplinar e indica que:

> O Direito Sanitário se ergue como disciplina propiciadora de congregação desses saberes. Um saber necessariamente interdisciplinar (ou até transdisciplinar[45]), possível de ser transmitido para

45 Morin (2003) salienta que "existe inadequação cada vez mais ampla, profunda e grave entre, de um lado, os saberes desunidos, divididos, compartimentados e, de outro, as realidades ou problemas cada vez mais multidisciplinares, transversais, multidimensionais, transnacionais, globais e planetários. Nessa inadequa-

> cada um desses atores que, se sabedores da complexidade e do contexto que envolve o seu ato específico, pode exercê-lo de forma mais harmônica com a complexidade e suas múltiplas vertentes. [...] Assim, para que o direito à saúde possa ser garantido em sua amplitude prevista constitucionalmente, é preciso que muitas vozes dialoguem (juízes, sociedade civil, médicos, gestores públicos, defensores públicos, cientistas, promotores de justiça, entre outros), e impulsionem uma atuação estatal ampla e comprometida com a saúde da população. E mesmo no campo individual, as ações propostas devem permitir diálogo e interpenetração de outros elementos em seu âmbito, para que a saúde de um indivíduo possa ser garantida com segurança e harmonia com a proteção coletiva.

Por fim, a autora reforça a necessidade de diálogo entre as instituições do sistema de justiça e do sistema sanitário, assim como vários outros artigos apresentados nessa obra e elenca exemplos profícuos de interação entre esses sistemas nas vias judicial e extrajudicial.

Cumpre então dar a conhecer algumas das experiências importantes que dizem da interação do sistema sanitário e do sistema de justiça e que alcançam, todos os dias, êxitos em seus propósitos. Reafirma-se que não há pretensão de esgotar a apresentação das estratégias existentes e muitas delas exitosas. Trata-se apenas de apresentação exemplificativa de experiências, ora coordenadas pelos gestores de saúde, ora coordenadas por operadores do sistema de justiça – todavia, com a participação importante e essencial dos atores envolvidos.

A primeira delas, a Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde (Camedis), é coordenada pela Gestão Distrital de Saúde (SES/DF), existe desde 2013, no Distrito Federal, e reflete parceria

---

ção tornam-se invisíveis: o contexto; o global; o multidimensional; o complexo. Para que o conhecimento seja pertinente, a educação deverá torná-los evidentes" (p. 36). Os saberes interdisciplinares, possíveis de se tornarem transdisciplinares ao fazerem desaparecer a nítida divisão de disciplinas que os permeiam, são aqueles que explicitam esses itens e os trabalham.

com a Defensoria Pública do Distrito Federal. Por alcançar índices muito satisfatórios na solução de conflitos e conferir efetividade ao direito à saúde, é apresentada, em artigo de Paim, Marqueto e Lopes, e mencionada nos artigos já apresentados, da autoria de Sant´Ana e Marques, na qualidade de experiência exitosa.

Artigo

Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde: experiência do Distrito Federal – *Patrícia Paim, Alessandra Marqueto e Ivaneide de Oliveira Lopes*

Acesse usando o *QR CODE* ao lado ou pelo link goo.gl/ERPWEX

Outra experiência, coordenada pelo Ministério Público de Minas Gerais (MPMG), é a Mediação Sanitária. Existe desde 2012, fundamenta-se no diálogo institucional, tem o MPMG como mediador. As razões de existir, o conceito, o funcionamento, órgãos envolvidos na estratégia, resultados e reconhecimentos são apresentados no artigo de Assis. Assis conclui:

> [...] a mediação sanitária estabelece sinergia, aproximação de saberes e vivência institucional, reduzindo tensões e conflitos, promovendo a revisão das ideias, a encampação de conhecimento técnico, jurídico e social e a ação criativa estruturante no campo decisório.

Artigo

Mediação Sanitária: direito, saúde e cidadania
Gilmar de Assis

Acesse usando o *QR CODE* ao lado ou pelo link goo.gl/dy2GoG

Importa destacar que a interação entre os sistemas vem sendo apreciada por diversos órgãos que lidam – quer com a oferta, quer com a garantia, quer com o controle da efetivação dos direitos sociais. Destaca-se que a estratégia da Mediação Sanitária foi reconhecida pelo Tribunal de Contas da União, unanimemente em seu Plenário, na qualidade de boa prática, conforme expresso no Acórdão TC n. 018.739/2012-1 de 24/11/2013.

Apenas para citar o ano de 2014, uma das estratégias adotadas pela SES/RJ como medida de efetivação do direito à saúde e solução de conflitos, em conjunto com outros órgãos do sistema de

justiça, concorreu ao Prêmio Innovare,[46] estando entre os finalistas. O artigo de Guimarães e Palheiro apresenta o panorama da judicialização na SES/RJ, as diversas estratégias utilizadas para minimizar os impactos indesejáveis da judicialização e efetivar o direito à saúde e dá ênfase à Câmara de Soluções de Litígios.

Medidas adotadas para enfrentar a judicialização na Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro e a experiência da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde – *Rita de Cássia Mello Guimarães e Pedro Henrique DiMasi Palheiro*

Acesse usando o *QR CODE* ao lado ou pelo link goo.gl/CV11by

Artigo

Muitas estratégias – coordenadas pelo sistema sanitário, pelo sistema de justiça, ou com alternância na coordenação –, já foram reconhecidas e premiadas, e assim deve ser. Espera-se que, a cada ano, essas estratégias, por efetivarem a saúde e o direito, estejam aptas a concorrer e angariar cada vez mais prêmios.

A preocupação que se apresenta é que as possibilidades de interação entre o sistema sanitário e o sistema de justiça tenham o escopo de fortalecer o SUS e que suas discussões e atuação ultrapassem questões que dizem, exclusivamente, sobre o direito individual. Nesse sentido, importa ressaltar que muitas são as dificuldades relatadas pelas SES na aquisição de medicamentos (Nota Técnica n. 15/2014 do CONASS[47]) e cujo deslinde conta com o envolvimento das respectivas PGE e atores do sistema de justiça.

46 Disponível em: <http://www.premioinnovare.com.br/institucional/o-premio/>. Acesso em: 16 dez. 2014.

47 Disponível em: <http://www.conass.org.br/NT%2015%20-%202014%20-%20atualizada%20out.%20DIFICULDADES%20NA%20AQUISIC%CC%A7A%CC%83O%20DE%20MEDICAMENTOS%20NAS%20SES.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2014.

Considerações Finais

Em 2013, a CIT determinou, conforme exposto na Resolução n. 1, que um grupo de trabalho fosse formado com vistas a atingir quatro objetivos. As informações contidas no Anexo 1 indicam os objetivos perseguidos e as sugestões que o relatório final, aprovado na CIT, apresenta ao Ministério da Saúde, ao CONASS, ao Conasems e à Comissão Intergestores Tripartite.

Algumas das providências sugeridas ao CONASS já foram tomadas e são consideradas importantes para a atuação da representação dos secretários estaduais de saúde e para as secretarias. Destacam-se: (*i*) a formação de câmara técnica para o Direito Sanitário – que durante os anos 2013 e 2014 atuou em muitos debates; (*ii*) a intermediação com a SES/RJ para a cessão de direitos dos fontes do *software* utilizado para as ações judiciais naquela secretaria ao Ministério da Saúde, para proceder a devida customização e utilização nacional da ferramenta; (*iii*) a deliberação em Assembleia, pela participação das Secretarias Estaduais de Saúde nos Comitês Estaduais de Saúde do Fórum Nacional de Saúde; e, entre outras, (*iv*) a proposição, em conjunto com o Conasems, acerca do ressarcimento entre Entes – seja por requerimento administrativo, seja por determinação judicial — para a qual aguarda as discussões decorrentes.

Os debates que envolvem o Direito Sanitário, conforme exposto em todo o livro, não se esgotam aqui. A gestão estadual deve estar preparada para debater com a sociedade sobre a assunção do direito à saúde, os avanços alcançados pelo SUS, os riscos que a política pública de saúde corre – em especial – com o subfinanciamento.

A gestão estadual deve estar preparada para debater com o sistema de justiça os temas que estão em voga, como a responsabilidade dos Entes, a organização das normativas do SUS, o bloqueio de verbas públicas, a "diferença de classe". Para tratar sobre: (*i*) o

que está e porque está na política; (*ii*) o que não está nem deveria estar na política; e (*iii*) o que não está e deve ser avaliado, a gestão estadual deve fortalecer suas instâncias administrativas e executoras, assim como deve adequar-se às melhores estratégias de relação com o sistema de justiça – sejam elas modeladas e coordenadas pelo sistema sanitário ou não.

A gestão estadual deve sensibilizar as procuradorias estaduais para que, assim como os componentes do sistema de justiça, haja procuradores especialistas em Direito Sanitário e conhecedores da gestão da política pública e que – em sendo necessário – contem com equipes multidisciplinares das SES. Deve investir em formação de equipes, tanto para o que o Direito Sanitário abrange, quanto para métodos e estratégias de solução extrajudicial de conflitos.

O CONASS, como foi dito na apresentação deste volume, pretende a continuidade dos debates, alcançando, em nova publicação, posições sobre temas não abordados (patentes, saúde suplementar), aprofundamento de temas já tratados (relações entre o sistema sanitário e o de justiça) e procura contar, novamente, com a participação de colaboradores.

Cumpre, mais uma vez, agradecer aos autores dos artigos que compõem esta obra, sem os quais ela não existiria. Cumpre agradecer especialmente aos participantes da CTDS do CONASS – que além de seus posicionamentos sobre os temas, as valiosas colaborações na atuação rotineira da secretaria executiva deste Conselho – ainda contribuiram com suas opiniões pessoais traduzidas em artigos.

Referências Bibliográficas

ALEXY, Robert. **Teoria dos direitos fundamentais**. São Paulo: Malheiros, 2008.

ARAÚJO, Jussara Rodrigues. **O reflexo da audiência pública sobre saúde nas decisões da Suprema Corte**. Dissertação (Especialização em Direito Constitucional). IDP. Brasília, 2010. 49p.

BARCELLOS, Ana Paula. **A eficácia jurídica dos princípios constitucionais**: o princípio da dignidade da pessoa humana. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

BARROSO, Luís Roberto. **O controle de constitucionalidade no direito brasileiro**: exposição sistemática da doutrina e análise crítica da jurisprudência. São Paulo: Saraiva, 2004.

_____. **Direito constitucional e a efetividade de suas normas**: limites e possibilidades da Constituição brasileira. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

_____. **Curso de direito constitucional contemporâneo**: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo. São Paulo: Saraiva, 2009.

_____. **O direito constitucional e a efetividade de suas normas**. Limites e possibilidades da Constituição brasileira. 8.ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2006.

_____. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva**: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. Disponível em: <www.pge.rs.gov.br/upload/revista_pge-66.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2014.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Audiência Pública da Saúde**. 2009. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/vertexto.asp?servico=processoaudienciapublicasaude>. Acesso em: 19 dez. 2014.

_____. _____. **STA 175**. 2009. Disponível em: <http://www.sbdp.org.br/arquivos/material/742_STA-AgR%20175%20-%20Voto%20Min.%20Gilmar%20Mendes.pdf>. Acesso em: 19 dez 2014.

_____. _____. **Audiência Pública Mais Médicos**. 2014. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=249852>. Acesso em: 19 dez 2014.

_____. _____. **Audiência Pública Diferença de Classe**. 2014. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=263039>. Acesso em: 19 dez 2014.

_____. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado, 1998.

_____. Conselho Federal de Medicina. **Resolução n.1.451 de 10 de março de 1995**. Disponível em http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm. Acesso em: 12 dez. 2014.

_____. Conselho Nacional de Justiça. **Recomendação n. 31, de 31 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. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/atos-administrativos/atos-da-presidencia/322-recomendacoes-do-conselho/12113-recomendacao-no-31-de-30-de-marco-de-2010>. Acesso em: 3 dez. 2014.

_____. _____. **Recomendação n. 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. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/atos-administrativos/atos-da-presidencia/322-recomendacoes-do-conselho/26014-recomendacao-n-43-de-20-de-agosto-de-2013>. Acesso em: 3 dez. 2014.

_____. _____. **Resolução 107, de 6 de abril de 2010**. Institui o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/atos-administrativos/atos-da-presidencia/323-resolucoes/12225-resolucao-no-107-de-06-de-abril-de-2010>. Acesso em: 3 dez. 2014.

_____. Decreto Federal n. 7.508, de 28 de junho de 2001. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29/6/2011.

_____. Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, 13/9/2000.

_____. Emenda Constitucional n. 19, de 4 de junho de 1998. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, seção z, 5 jun./1998a. Disponível em: <www.planalto.gov.br>.

_____. Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras provi-

dências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, 13/1/2012.

_____. Lei Federal n. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20/9/1990.

_____. Lei Federal n. 8.142, de 28 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29/9/1990.

_____. Lei n. 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, 29/4/2011. 2011a.

_____. Lei n. 12.466, de 24 de agosto de 2011. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, 25/8/2011.

_____. Portaria Gabinete do Ministro 545, de 20 de maio de 1993. Dispõe sobre as Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde – NOB SUS 01/93. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, 21/11/1993.

CAMPILONGO. Celso Fernandes. **O direito na sociedade complexa**. São Paulo: Max Limonad, 2000.

_____. **Política, sistema jurídico e decisão judicial**. São Paulo: Max Limonad, 2002.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. Tomemos a sério os direitos econômicos, sociais e culturais. In: **Temas de direitos fundamentais**. Coimbra: Livraria Almedina, 2004.

_____. **Estado de direito**. Disponível em: <www.libertarianismo.org/livros/jjgcoedd.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2014.

COMPARATO, Fábio Konder. Fundamento dos direitos humanos. In: MARCÍLIO, M.L., PUSSOLI, L. **Cultura dos direitos humanos**. São Paulo: LTr, 1998.

_____. Ensaio sobre o juízo de constitucionalidade de políticas públicas. In: MELO, Celso Antonio Bandeira de (Org.). **Estudos em homenagem a Geraldo Ataliba**. v. 2, São Paulo: Malheiros, 1997.

CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde). **CONASS Documenta 3**: para entender a gestão do Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional. Brasília: CONASS, 2004.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos**. Brasília: CONASS, 2009a.

_____. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. **CONASS Documenta 19**: o Sistema Único de Saúde e a qualificação do acesso. Brasília: CONASS, 2009b. Disponível em: <http://www.conass.org.br/arquivos/file/conassdocumenta19.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2014.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. <www.cnj.jus.br>.

CUNHA, Jarbas Ricardo Almeida. **O princípio da proibição do retrocesso social e o direito à saúde no Brasil**. Monografia apresentada ao curso de Especialização em Direito Sanitário da Fundação Oswaldo Cruz-Brasília. Brasília, 2010.

DAINESI, Sonia Mansoldo; GOLDBAUM, Moisés. **Fornecimento de medicamento investigacional após o fim da pes-**

quisa clínica: revisão de Literatura e das diretrizes nacionais e internacionais. 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ramb/v57n6a21.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2014.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **O poder dos juízes**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

_____. **Elementos da teoria geral do estado**. 23. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

DALLARI, Sueli G. **Os estados brasileiros e o direito à saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995.

DERBLI, Felipe. **O princípio da proibição do retrocesso social na Constituição de 1988**. Rio de Janeiro: Renovar, 2007.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**. 19. ed. São Paulo: Loyola, 2009.

_____. **As palavras e as coisas**. 9. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

GALVÃO, Cristina Maria; SAWADA, Namie Okino; ROSSI, Lídia Aparecida. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, out. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000500010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 nov. 2014.

GLOPPEN, Siri. **Social rights litigation as transformation**: South African perspectives. Chr. Michelsen Institute Development Studies and Human Rights, 2005.

GONÇALVES, Nicole P S Mader. Amicus Curiae e audiências publicas: instrumentos para uma jurisdição constitucional democrática. **Revista Ciência Jurídica e Sociedade da Unipar**. Umuarama. V.11, n.2, 2008. p.385-401.

LEAL. Rogério. **Significados e sentidos do Estado Democrático de Direito enquanto modalidade ideal constitu-**

cional do Estado Brasileiro. Disponível em: <http://www.unisc.br/universidade/estrutura_administrativa/centros/cepejur/docs/artigo01.doc>. Acesso em: 23 nov. 2014.

LEAL, Rogério Gesta; STEIN, Leandro Konzen. **Esfera pública e participação social**: possíveis dimensões jurídico-políticas dos direitos fundamentais civis de participação social no âmbito da gestão dos interesses públicos no Brasil. 2006. Disponível em: <http://www.conpedi.org.br/manaus/arquivos/anais/salvador/rogerio_gesta_leal.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2014.

LOPES, José Reinaldo de Lima. **As palavras e a lei**: direito, ordem e justiça na história do pensamento jurídico moderno. São Paulo: Editora 34/Edesp, 2004.

LUHMANN, Niklas. **Sociologia do direito I**. Rio de Janeiro. Tempo Brasileiro, 1983. Biblioteca Tempo Universitário 75.

_____. A posição dos tribunais no sistema jurídico. Trad. Peter Naumann. **Ajuris**, n. 49, p.150-167, 1990.

_____. O enfoque sociológico da teoria e prática do direito. Trad. Cristiano Paixão et al. **Sequência**, n. 28, p.15-29, junho 1994.

_____. **El derecho de la sociedad**. Trad. Javier Torres Nafarrate. México: [s.l.], 1999. Manuscrito.

MAINGUENEAU, Dominique. **Novas tendências em análise do discurso**. 3. ed. Campinas: Pontes, Editora da Unicamp, 1997.

_____. **Doze conceitos em análise do discurso**. São Paulo: Parábola Editorial, 2010.

MARQUES, Sílvia Badim. O princípio constitucional da integralidade de assistência à saúde e o Projeto de Lei n. 219/2007: interpretação e aplicabilidade pelo Poder Judiciário. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo v. 10, n. 2 jul./out. 2009.

_____. **A relação do sistema jurídico e do sistema político na garantia do direito social à assistência farmacêutica**: o caso do estado de São Paulo. Dissertação. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, São Paulo, 2005.

MARQUES, Silvia Badim; DALLARI, Sueli Gandolfi. A garantia do direito à assistência farmacêutica no estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 2, p. 101-107, 2007.

MARTINS, Marina. Súmula vinculante. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 17, n. 3320, 3 ago. 2012. Disponível em: <http://jus.com.br/revista/texto/22228>. Acesso em: 12 dez. 2014.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Cultura, 2001. v. 1.

MINAYO, MCS. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MOREIRA NETO, Diogo de Figueiredo. **Mutações do direito administrativo**. 2.ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

_____. **Direito da participação política, legislativa, administrativa, judicial**. Rio de Janeiro: Renovar, 1992.

NERY JUNIOR, Nelson. **Princípios do processo na Constituição Federal**. 9.ed. São Paulo: RT, 2009.

_____; NERY, Rosa Maria Andrade. **Constituição Federal comentada e legislação constitucional**. 2.ed. São Paulo: RT, 2009.

RAWL, John. **Uma teoria da justiça**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

REALE, Miguel. **Lições preliminares de direito**. São Paulo: Saraiva, 1976.

SANTOS, Alethele de Oliveira. **A abordagem de temas jurídicos na audiência pública da saúde no Supremo Tribunal Federal**. Monografia (requisito parcial para obtenção de título em Especialização em Direito Sanitário). Fiocruz, 2010. 474 p.

_____. **Discursos proferidos na audiência pública da saúde do Supremo Tribunal Federal:** uma análise à luz da teoria dos sistemas sociais. Dissertação (requisito parcial para obtenção

de título em Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade de Brasília, 2013. 156p.

SANTOS, José Manuel (Org.). **O pensamento de Niklas Luhmann**. Portugal Universidade da Beira Interior: Lusosofia Press, 2005.

SANTOS, Boaventura de Sousa et al. **Os tribunais na sociedade portuguesa**. Coimbra: [s.n.], 1995. mimeo.

SARLET, Ingo Wolfgang; CAPELLARI, Caroline Moschem. **Reserva do possível, mínimo existencial e o direito fundamental à saúde**: um estudo sobre a judicialização de demandas relativas ao direito à saúde, especialmente no que concerne à alocação de recursos escassos e o Papel do Poder Judiciário Brasileiro. Disponível em: <www.pucrs.br/edipucrs/XIsalaoIC/Ciencias_Sociais_Aplicadas/Direito/84342-CAROLINEMOSCHEMCAPELLARI.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2014.

SEN, Amartya. **A ideia de justiça**. Trad. Denise Bottmann e Ricardo Dominelli Mendes. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

SOARES, Evanna. A audiência pública no processo administrativo. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 7, n. 58, 1 ago. 2002. Disponível em: <http://jus.com.br/revista/texto/3145>. Acesso em: 13 dez. 2014.

SOUZA NETO, Cláudio Pereira. **Teoria da constituição**, democracia e igualdade. In: Teoria da Constituição: estudos sobre o lugar da política no direito constitucional. Rio de Janeiro: Lumen Iuris, 2003.

SUPERIOR TRIBUNAL FEDERAL. <www.stf.jus.br>.

YEPES, Rodrigo Uprimny. A judicialização da política na Colômbia: casos, potencialidades e riscos. **Revista Internacional de Direitos Humanos**, São Paulo, v. 6, n. 4, 2007.

Anexo 1

Objetivos e Sugestões ao MS, CONASS e Conasems – Relatório da Resolução n. 1/2013 da CIT (Fonte: Relatório CIT – Resolução n. 1/2013.)

1 – Realizar diagnóstico sobre as demandas judiciais em saúde e seus impactos no SUS.

Ministério da Saúde

- Promover a análise dos dados existentes, solicitar complementação, sugerir e adotar medidas cabíveis.

CONASS

- Promover a análise dos dados existentes, solicitar complementação, sugerir e adotar medidas cabíveis.

Conasems

- Promover a análise dos dados existentes, solicitar complementação, sugerir e adotar medidas cabíveis.

2 – Organizar sistema tripartite de informação sobre as demandas judiciais em saúde, com dados da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios.

Ministério da Saúde

- Customizar e disponibilizar para estados e municípios o sistema cedido pela SES/RJ, criando o Sistema Tripartite de Informações sobre Demandas Judiciais em Saúde.

CONASS

- Intermediar e facilitar os contatos entre as SES e o Ministério da Saúde, com vistas à adesão e/ou compatibilização de dados com *software* já utilizado.

Conasems

- Intermediar e facilitar os contatos entre as SMS e o Ministério da Saúde, com vistas à adesão e/ou compatibilização de dados com *software* já utilizado.

3 – Organizar sistema tripartite de subsídios técnicos e jurídicos para auxiliar União, estados, Distrito Federal e municípios nas demandas judiciais em saúde.

Ministério da Saúde

- Apoiar a estruturação de Subgrupo de Trabalho da CIT permanente, responsável por organizar e manter um banco de acesso tripartite que contenha documentos técnicos para subsidiar a defesa da União, estados e municípios nas ações judiciais em saúde, garantindo estrutura física para seu funcionamento, bem como indicando técnicos para a elaboração/avaliação das notas técnicas.
- Promover a interação do GT e a Conitec.
- Disponibilizar em portal.

CONASS

- Apoiar a estruturação de Subgrupo de Trabalho da CIT, indicando técnicos para participar da elaboração/avaliação das notas técnicas.
- Solicitar aos Secretários Estaduais da Saúde que enviem as notas técnicas já produzidas no âmbito de suas secretarias para serem avaliadas pelo Grupo de Trabalho e, se for o caso, validadas como notas tripartites.

Conasems

- Apoiar a estruturação do subgrupo de Trabalho da CIT, indicando técnicos para participar da elaboração/avaliação das notas técnicas.

- Solicitar aos Secretários Municipais da Saúde que enviem as notas técnicas já produzidas no âmbito de suas secretarias para serem avaliadas pelo GT e, se for o caso, validadas como notas tripartites.

4 – Propor a adoção de medidas preventivas e saneadoras para a redução das demandas judiciais em saúde e para o enfrentamento de suas consequências.

Ministério da Saúde

- Promover oficinas de trabalho (sistemas de saúde e judicial):
  - "Medidas Preventivas e Saneadoras";
  - "Medidas Alternativas à Judicialização";
  - "Gerenciamento pelas Secretarias de Saúde: questões afetas à judicialização e qualificação da gestão";
  - "Judicialização em face do SUS promovida por beneficiários da Saúde Suplementar".
- Indicar, entre seus técnicos ou ainda, em parceria com a Advocacia-Geral da União, participantes para os Comitês Estaduais da Saúde (correlatos) – coordenados pelo Poder Judiciário.
- Recomendar que as ESP, sob seu comando, incorporem o Direito Sanitário em seus cursos e cooperem tecnicamente com a Escola Nacional de Formação e Aperfeiçoamento de Magistrados, Escola Nacional de Formação e Aperfeiçoamento de Magistrados do Trabalho e Escolas de Magistratura Federais e estaduais.
- Recomendar que as Escolas de Saúde Pública, sob seu comando, realizem seminários, temas específicos, acerca dos itens mais judicializados, congregando a participação de operadores do sistema de saúde e de justiça.

- Recomendar que operadores do sistema de saúde sejam formados em técnicas alternativas à judicialização do direito à saúde com vistas à qualificação das estratégias existentes e formação de novas juntas ou câmaras com tal finalidade.
- Financiar cursos de formação em técnicas alternativas à judicialização do direito à saúde.
- Promover oficina de trabalho entre técnicos do Ministério da Saúde, com a devida participação da Advocacia-Geral da União, com vistas à avaliação do proposto em relação à Recomendação n. 31 CNJ, para posterior discussão em GT Tripartite e deliberação da CIT.
- Recomendar que o financiamento de pesquisas cujo objeto referente à judicialização do direito à saúde sejam quali-quantitativas e com propostas à gestão.
- Recomendar que seja debatido o Papel do Prescritor na Instrução Processual entre gestores de saúde e prescritores, com a devida participação dos Conselhos de Medicina, Comitês Estaduais de Saúde, CNJ e demais operadores do direito, mediante estratégias que forem consideradas adequadas.
- Promover reuniões / seminários / publicações / solicitação de pauta nos comitês estaduais de saúde.
- Definir fluxos e procedimentos internos para a detecção de indícios e efetivados meios de solicitação de apuração ao Ministério Público ou órgão responsável, quanto à existência de fraudes contra o SUS pela via da "judicialização".
- Promover debates acerca da Jornada de Direito Sanitário, a ser promovida pelo CNJ.

CONASS

- Solicitar aos SES, que sejam indicados, entre seus técnicos ou ainda em parceria com a Procuradoria-Geral dos estados, participantes para os Comitês Estaduais da Saúde (correlatos) – coordenados pelo Poder Judiciário.

- Sugerir que as Escolas de Saúde Pública, sob o comando das SES, incorporem o Direito Sanitário em seus cursos e cooperem tecnicamente com a Enfam, Enamat e Escolas de Magistratura Federais e estaduais.
- Sugerir que as Escolas de Saúde Pública, sob o comando das Secretarias Estaduais de Saúde, realizem seminários, de temas específicos, acerca dos itens mais judicializados, congregando a participação de operadores do sistema de saúde e de justiça.
- Indicar às SES a importância dos cursos de formação em técnicas alternativas à judicialização do direito à saúde, com vistas à qualificação das estratégias existentes e formação de novas juntas ou câmaras com tal finalidade.
- Promover oficina de trabalho entre técnicos da Secretaria Executiva do CONASS, técnicos das secretarias estaduais de saúde, com a devida participação das Procuradorias Gerais dos estados, com vistas à avaliação do proposto em relação à Recomendação n. 31 CNJ, para posterior discussão em GT Tripartite e deliberação da CIT.
- Sugerir às SES que o financiamento de pesquisas cujo objeto referente à judicialização do direito à saúde sejam quali-quantitativas e com propostas à gestão.
- Sugerir às SES que seja debatido o Papel do Prescritor na Instrução Processual entre gestores de saúde e prescritores, com a devida participação dos Conselhos de Medicina, Comitês Estaduais de Saúde, CNJ e demais operadores do direito, mediante estratégias que forem consideradas adequadas.
- Promover e sugerir às SES reuniões / seminários / publicações / solicitação de pauta nos comitês estaduais de saúde.
- Sugerir às SES que sejam definidos fluxos e procedimentos internos para a detecção de indícios e efetivados meios de solicitação de apuração ao Ministério Público ou órgão res-

ponsável, quanto à existência de fraudes contra o SUS pela via da "judicialização".

- Promover debates acerca da Jornada de Direito Sanitário, a ser promovida pelo CNJ. Saúde Suplementar. Saúde Pública. Biodireito.
- Promover, junto às SES, avaliação acerca dos impactos da Lei n. 12.153/2009 na judicialização do direito à saúde.
- Elaborar exposição de motivos e minuta de resolução, em conjunto com o Conasems, a ser discutida pelo Grupo Técnico de Gestão da Comissão Intergestores Tripartite acerca do ressarcimento de custos – diretos e indiretos – decorrentes da judicialização do direito à saúde.

Conasems

- Solicitar aos SMS, que sejam indicados, entre seus técnicos ou ainda, em parceria com a PGM, participantes para os Comitês Estaduais da Saúde (correlatos) – coordenados pelo Poder Judiciário.
- Sugerir que as ESP, sob o comando das SMS, incorporem o Direito Sanitário em seus cursos e cooperem tecnicamente com a Enfam, Enamat e Escolas de Magistratura Federais e estaduais.
- Sugerir que as ESP, sob o comando das SMS, realizem seminários, de temas específicos, acerca dos itens mais judicializados, congregando a participação de operadores do sistema de saúde e de justiça.
- Indicar às SMS a importância dos cursos de formação em técnicas alternativas à judicialização do direito à saúde, com vistas à qualificação das estratégias existentes e formação de novas juntas ou câmaras com tal finalidade.
- Promover oficina de trabalho entre técnicos da Secretaria Executiva do Conasems, técnicos das secretarias municipais de saúde, com a devida participação das Procuradorias Ge-

rais dos municípios, com vistas à avaliação do proposto em relação à Recomendação n. 31 CNJ, para posterior discussão em GT Tripartite e deliberação da CIT.

- Sugerir às SES que o financiamento de pesquisas cujo objeto referente à judicialização do direito à saúde sejam quali-quantitativas e com propostas à gestão.
- Sugerir às SES que seja debatido o Papel do Prescritor na Instrução Processual entre gestores de saúde e prescritores, com a devida participação dos Conselhos de Medicina, Comitês Estaduais de Saúde, CNJ e demais operadores do direito, mediante estratégias que forem consideradas adequadas.
- Promover e sugerir às SMS reuniões / seminários / publicações / solicitação de pauta nos comitês estaduais de saúde.
- Sugerir às SMS que sejam definidos fluxos e procedimentos internos para a detecção de indícios e efetivados meios de solicitação de apuração ao Ministério Público ou órgão responsável, quanto à existência de fraudes contra o SUS pela via da "judicialização".
- Promover debates acerca da Jornada de Direito Sanitário / CNJ.
- Promover, junto às SES, avaliação acerca dos impactos da Lei n. 12.153/2009 na judicialização do direito à saúde.
- Colaborar com o CONASS, na elaboração de exposição de motivos e minuta de resolução, a ser discutida pelo Grupo Técnico de Gestão da Comissão Intergestores Tripartite acerca do ressarcimento de custos – diretos e indiretos – decorrentes da judicialização do direito à saúde.

Objetivos e Sugestões à CIT – Relatório da Resolução n. 1/2013 da CIT (Fonte: Relatório CIT – Resolução n. 1/2013)

Objetivo 1

Apoiar novas iniciativas de coleta de dados de estado e municípios, entre outras formas, divulgando tais iniciativas nas reuniões CIT.

Objetivo 2

Acompanhar a elaboração e implementação do sistema tripartite de informações sobre judicialização da saúde.

Objetivo 3

1 – Realizar os trâmites necessários para a criação na estrutura da CIT de subgrupo de trabalho responsável por organizar e manter um banco de acesso tripartite, que contenha documentos técnicos para subsidiar a atuação da União, dos estados, do DF e dos municípios nas ações judiciais em saúde; 2 – Acompanhar as atividades do grupo de trabalho e zelar pelo seu funcionamento regular.

Objetivo 4

1 – Emitir moção de apoio aos Comitês Nacional e Estaduais do CNJ, a ser entregue, pelo MS, Presidentes CONASS e Conasems, em reunião formal com a Conselheira Deborah Ciocci, conselheiros auxiliares e juízes; 2 – Oficiar, quando for o caso, ao Comitê Executivo Nacional do Fórum de Saúde/CNJ, acerca do bom e regular funcionamento dos comitês estaduais, coordenados pelo Poder Judiciário, dificuldades e progressos, promovendo a aproximação dos sistemas judicial e de saúde; 3 – Recomendar a formação de operadores do sistema de saúde em medidas alternativas à judicialização; 4 – Pautar o GT de Gestão da CIT sobre ressarcimento após apresentação de minuta e proposta de reso-

lução pelo CONASS e Conasems; 5 – Promover debates sobre a Jornada de Direito Sanitário, realizada pelo CNJ, para a análise de propostas de enunciados formulados pelo CONASS, Conasems e Ministério da Saúde.