

**FACULDADE LATINO-AMERICANA DE CIÊNCIAS SOCIAIS
FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO**

CRISTIANE DUARTE RAMALHO

**JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE, POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTO: um
relato de experiência do município de São José da Lapa, Minas Gerais**

Belo Horizonte

2021

Cristiane Duarte Ramalho

**JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE,
POLÍTICA NACIONAL DE
MEDICAMENTO: um relato de
experiência do município de São José
da Lapa, Minas Gerais**

Dissertação apresentada ao curso Maestría Estado, Gobierno y Políticas Públicas da Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais e Fundação Perseu Abramo, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Magíster em Estado, Gobierno y Políticas Públicas.

Orientadora: Prof^a Mestra Kammilla Éric Guerra de Araújo

Belo Horizonte

2021

Ficha Catalográfica

RAMALHO, Cristiane Duarte

Judicialização da saúde, política nacional de medicamento: um relato de experiência do Município de São José da Lapa, Minas Gerais/ Cristiane Duarte Ramalho. Belo Horizonte: FLACSO/FPA, 2021.

Quantidade de folhas f.:il78

Dissertação (Magíster en Estado, Gobierno y Políticas Públicas), Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais, Fundação Perseu Abramo, Maestría Estado, Gobierno y Políticas Públicas, 2021.

Orientadora: Mestre Kammilla Éric Guerra de Araújo

Nome: Cristiane Duarte Ramalho

Tema: Judicialização da Saúde, Política Nacional de Medicamento: Um Relato De Experiência Do Município De São José Da Lapa, Minas Gerais

Dissertação apresentada ao curso Maestría Estado, Gobierno y Políticas Públicas, Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais, Fundação Perseu Abramo, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Magíster em Estado, Gobierno y Políticas Públicas.

Aprovada em: 13/12/ 2021

Banca Examinadora:

Mestre Kammilla Éric Guerra de Araújo
FLACSO Brasil /FPA

Dr. Marcelo Prado Ferrari Manzano
FLACSO Brasil /FPA

Dr^a Ana Luíza Matos de Oliveira
FLACSO Brasil /FPA

Belo Horizonte, 13 de dezembro de 2021.

"Conhecimento próprio não é garantia de felicidade, mas isso está ao lado da felicidade e pode fornecer a coragem para lutar por ela" Simone de Beauvoir

Dedico ao Valdir, por ser parceiro, Miguel e Nina, por acreditarem.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus que durante essa jornada me deu muita força, fé ânimo e coragem para romper com todos os obstáculos.

Agradeço a minha família, amigos, marido e filhos que sempre me motivaram a chegar até aqui.

Agradeço ao meu eterno presidente Luiz Inácio Lula da Silva, uma pessoa que transcende as palavras e que esgotam os adjetivos, gostaria que em algum momento ele soubesse, o quanto foi importante na minha trajetória.

Ao partido dos trabalhadores que me possibilitou o acesso a esse aprendizado tão significativo na minha história.

Agradeço ao Coordenador da Flacso, Doutor Marcelo Manzano, foram tantos momentos marcantes, aulas extraordinárias.

Agradeço ao Doutor Márcio Pochiman, presidente da Fundação Perseu Abramo, foi uma grande oportunidade poder participar da palestra na Escola Sindical 7 em Belo Horizonte, MG.

Agradeço a Dra. Ana Luíza, professora da cadeira de Políticas Públicas, que por meio de seu conhecimento didático, me proporcionou profundo aprendizado.

Agradeço a Mestre Maria Júlia, que em muito contribuiu com este estudo, durante várias conversas, presenciais e virtuais, por meio de suas indicações, reflexões, em relação ao tema.

Agradeço a Mestre Kammilla, sou grata por ter tido a oportunidade de ser orientada, por essa grande e sábia mulher, que em muito contribuiu para meu crescimento intelectual.

Agradeço a todos os professores e tutores com quem tive a grande oportunidade de aprender durante esses anos de estudo.

Agradeço a FLACSO no Brasil e Fundação Perseu Abramo, pelo olhar além dos muros, ousando realizar uma formação de tantos intelectuais, como nunca se ousou em outras instituições.

Para que um sonho se realize é necessário durante a jornada encontrar pessoas que acreditem nesse sonho, obrigada a todos, por fazerem parte dessa história.

Resumo: O presente trabalho tem como objetivo analisar como se deu a estratégia utilizada pelo Município para o cumprimento dos pedidos judiciais observando a Política Nacional de Medicamento (PNM). Para tanto o trabalho analisa a judicialização da saúde, por meio de estudo de caso, no município de São José da Lapa, em Minas Gerais, durante o período de 2015 a 2018. Foram selecionados os processos judiciais disponíveis nos sistemas de Processo Judicial Eletrônico – PJE da 1ª instância e JPe-Themis (Processo Eletrônico da 2ª instância), bem como as informações públicas sobre os processos físicos disponibilizados na página oficial do Tribunal de Justiça de Minas Gerais – TJMG. A amostra é composta de 21 processos judiciais que tinham como objeto o pedido de medicamento. Após análise da amostra observou-se que os pedidos judiciais não se fundamentavam na (PNM) e eram concedidos pelo Judiciário sem as observâncias das políticas públicas pertinentes ao tema. Aliado a isso, apresenta-se uma breve análise da decisão do Superior Tribunal de Justiça que sedimentou o entendimento de que as decisões judiciais que concedem bens e serviços de saúde devem observar às políticas públicas pertinentes em alinhamento a conduta adotada pelo Município de São José da Lapa.

Palavras-chave: Judicialização. Saúde. Medicamentos. Políticas públicas. SUS.

Abstract: The present work aims to analyze how the strategy used by the Municipality for the fulfillment of judicial requests occurred, observing the National Medicine Policy (PNM). Therefore, the work analyzes the judicialization of health, through a case study, in the city of São José da Lapa, in Minas Gerais, from 2015 to 2018. The legal processes available in the Electronic Judicial Process systems were selected - PJE of the 1st instance and JPe-Themis (Electronic Process of the 2nd instance), as well as the public information about the physical processes available on the official page of the Court of Justice of Minas Gerais – TJMG. The sample is composed of 21 lawsuits that had as their object the request for medicine. After analyzing the sample, it was observed that the judicial requests were not based on the (PNM) and were granted by the Judiciary without complying with public policies relevant to the topic. Allied to this, we present a brief analysis of the decision of the Superior Court of Justice that cemented the understanding that court decisions granting health goods and services must comply with the relevant public policies in line with the conduct adopted by the Municipality of São José da Lapa

Keywords: Judicialization. Health. Medicines. Public Policies. SUS.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPs – Caixa de Assistência de Previdência Social
CEAP – Componente especializado de alto custo
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
FHEMIG – Fundação Hospitalar de Estado de Minas Gerais
IAPs – Instituto de Aposentadoria de Previdência Social
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
JESP – Juizado especial
LDO – Lei de diretriz orçamentária
NATS – Núcleo de Assistência Técnica a Saúde
PT – Partido dos Trabalhadores
RENAME – Relação Nacional de Medicamento
REMEMG – Relação de Medicamentos de Minas Gerais
REMUME – Relação Municipal de Medicamentos
RESP – Recurso Especial
SUS – Sistema Único de Saúde
STJ - Superior Tribunal de Justiça
TJMG – Tribunal de Justiça de Minas Gerais
UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 ABORDAGEM METODOLÓGICA	13
2.1 PROBLEMA	13
2.2 OBJETIVO GERAL	13
2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
2.4 METODOLOGIA	13
3 CONSIDERAÇÕES SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS	15
3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS	16
3.2 POLÍTICAS DE SAÚDE	17
3.3 SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTO.....	20
3.3.1 RENAME	21
3.3.2 REMEMG.....	23
3.3.3 REMUME	25
4 O DIREITO À SAÚDE	27
4.1 CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DO SUS.....	27
4.2 BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE O DIREITO À SAÚDE.....	31
5 A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE	36
5.1 JUDICIALIZAÇÃO	36
5.2 O CASO DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DA LAPA/MG	40
5.2.1 DADOS MUNICÍPIO SÃO JOSÉ DA LAPA/MG	40
5.2.2 DADOS DOS PEDIDOS LIMINARES E IMPACTO FINANCEIRO.....	40
5.3 SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA	47
5.4 RECURSO ESPECIAL Nº 1.687.156.....	48
CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS	58
ANEXO I	64
ANEXO II	66
ANEXO III	66
ANEXO IV	70
ANEXO V	71
ANEXO VI	76

1 INTRODUÇÃO

Com a evolução da sociedade os estudos voltados para a medicina e saúde se tornaram importante na vida das pessoas, com a constituição das sociedades o acesso à saúde passou a ser tema de política pública de governo.

Por meio de políticas públicas o governo com base na Constituição Federal de 1988, promove agenda de políticas públicas de acesso a saúde. Quando o acesso a saúde não se encontra disponível o cidadão tende a judicializa para ter seu direito alçando, o presente estudo traça a ótica vivenciado pelo gestor municipal diante do aumento de casos de judicialização de acesso a saúde.

Por meio do estudo de caso e análise dos pedidos judiciais de bens e serviços de saúde disponibilizados, pelos sistemas de Processo Judicial Eletrônico – PJE da 1ª instância e JPe-Themis (Processo Eletrônico da 2ª Instância), bem como as informações públicas dos processos físicos disponibilizados na página oficial do Tribunal de Justiça de Minas Gerais – TJMG, pertinente a judicialização de bens e serviços de saúde foi possível perceber, inicialmente, que houve a adimplência dos pedidos liminares de medicamentos, por parte do município, sem análise a Política Nacional de Medicamento - PNM.

No primeiro capítulo, apresenta considerações importantes em políticas públicas, as políticas de saúde, sobre a Política Nacional de Medicamento e a relação nacional de medicamentos, relação estadual de medicamento e relação municipal de medicamentos.

No segundo capítulo, relata sobre o direito a saúde com fatos importantes como a construção histórica do SUS, e traçando breves considerações sobre o direito à saúde.

No terceiro capítulo, fala sobre a judicialização da saúde em um estudo de caso do município de São José da Lapa/MG, apresenta dados do município de São José da Lapa/MG, descreve os pedidos liminares durante o período de 2015 a 2018, apresenta o posicionamento do Superior Tribunal de Justiça e o Resp. nº 1.687.156.

Nesse sentido, o presente estudo se faz relevante no sentido de compreender alguns aspectos em relação a judicialização da saúde, pela ótica do gestor municipal.

2 ABORDAGEM METODOLÓGICA

2.1 PROBLEMA

O presente estudo problematiza a atuação do Executivo Municipal em face da judicialização de bens e serviços de saúde no Município de São José da Lapa MG?

Qual fator levou ao aumento dos pedidos judiciais de medicamentos no Município de São José da Lapa MG?

Como se deu a estratégia utilizada pelo Município de São José da Lapa, durante o período de 2015 a 2018, para o cumprimento dos judiciais de fornecimento bens e serviços pelo município de São José da Lapa?

2.2 OBJETIVO GERAL

Analisar a estratégia utilizada pelo Município de São José da Lapa, durante o período de 2015 a 2018, para o cumprimento dos pedidos judiciais, de fornecimento de bens e serviços a saúde pelo município.

2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Conhecer as demandas judiciais com deferimento de tutela antecipada de pedido de bens e serviços em face do Município de São José da Lapa no período de 2015 a 2018;
- b) Analisar perfil das decisões em 1ª instância;
- c) Apresentar o resultado das decisões em 2ª instância;
- d) Citar as políticas públicas de medicamentos no âmbito do município de São José da Lapa no período de 2015 a 2018;
- e) Descrever a estratégia utilizada pelo Município de São José da Lapa/MG;
- f) Citar o Acórdão do Recurso Especial n. 1.657.156.

2.4 METODOLOGIA

O presente estudo trata de pesquisa qualitativa, visto que analisa aspectos subjetivos, em relação à judicialização de bens e serviços de saúde, no município de

São José da Lapa/MG, no período de 2015 a 2018.

A partir de consulta pública dos processos relacionados ao CNPJ n.º 42.774.281/0001-80, do Município de São José da Lapa, disponibilizados pelo Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. Foram coletadas informações de teor jurídico, relacionada a pedido liminar em processos judiciais disponibilizados pelos sistemas de Processo Judicial Eletrônico –PJE da 1ª instância e JPe-Themis (Processo Eletrônico da 2ª instância), bem como as informações públicas dos processos disponibilizados na página oficial do Tribunal de Justiça de Minas Gerais – TJMG.

Após leitura, foram selecionados os processos judiciais com tutela antecipada, que continham pedidos de bens e serviços de saúde, sendo excluídos da pesquisa os demais processos. Cada processo foi codificado e os dados categorizados, pelo número do processo, gênero, pedido de acesso a saúde, andamento processual.

A partir desse estudo foi possível perceber uma mudança processual, visto que trata-se de processos com pedidos liminares deferidos em sede de Primeira Instância onde o gestor municipal apresentou recursos em sede de Segunda Instância para apreciação da política pública de Saúde e PNM. A pesquisa descreve essa estratégia utilizada pelo município de São José da Lapa no período de 2015 a 2018, que consiste em fornecer acesso a bens e serviços de saúde com base nas políticas públicas de saúde.

3 CONSIDERAÇÕES SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS

3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS

O conceito de Estado tem a ver com a organização e ordenamento político da sociedade. O Estado moderno iniciou-se por volta do século XIII na Europa, com o fortalecimento da autoridade real e a construção de uma burocracia organizada lançando as bases para o Estado Nação (LUCCHESE, 2004).

O papel que o Estado exerce na sociedade moderna passou várias transformações no tempo. Inicialmente, principal objetivo do Estado era a segurança pública e a defesa externa em caso de ofensiva do oponente. Contudo, com o aprofundar e a extensão da democracia, as responsabilidades do Estado se modificaram. Historicamente, o Estado Moderno assumiu vários tipos de regimes políticos, que distinguiam na forma de regulação e exercício do poder político.

O Estado moderno passou por regimes autoritários, totalitários e democráticos, não como um processo evolutivo, mas o tipo de regime político depende dos valores e instituições que formavam o governo naquele determinado período histórico. O Estado de Direito viria a se consolidar nos séculos XVII e XVIII, frente às grandes revoluções na Europa, sobretudo, as revoluções Inglesa e Francesa, rompendo com o Estado Absolutista. O Estado de Direito, portanto, imerso nos valores burgueses, preconizava a liberdade e a igualdade frente ao poder e que o poder fosse definido e delimitado por uma constituição (BOBBIO, 2004).

Assim se deu a formação do Estado Liberal, com ênfase na emancipação do indivíduo, na proteção da propriedade privada e na pouca interferência do Estado na economia. No século XIX, com a revolução industrial, a urbanização e o aumento das desigualdades sociais aumentam, o Estado Liberal entra em crise. Após a 1ª Guerra Mundial, o Estado de Bem-Estar Social instaura-se com o foco de promover a integração e atender as demandas sociais da população, é justamente, neste período que se tem as primeiras ações de assistência e proteção social as classes mais desfavorecidas da sociedade (LUCCHESE, 2004).

Desde a formação do Estado, acontecem ações políticas que regulam as atividades do governo para as demandas de interesse público; estas ações políticas recebem o nome de políticas públicas. As políticas públicas podem variar muito conforme a visão de seus governantes sobre o papel do Estado sobre a sociedade,

sobre a participação dos outros grupos sociais, sobre a economia, sobre o regime social (LUCCHESI, 2004).

Vale salientar que o conceito de políticas públicas, não se encontra engessado, em função das diversas transformações vivenciadas pelas sociedades, logo, conceituar as políticas públicas é pensar em conjunto de ações do Estado que irão ter um objetivo específico de interesse coletivo. O tema relacionado às políticas públicas é um assunto complexo, dentro da Ciência Política, que sofre influência da sociologia, economia e do direito. A política pública ocorre dentro de um contexto concreto, nesse sentido apresenta nuances caso a caso (RUA, 1998).

As políticas públicas se relacionam com as decisões que os governos fazem ou deixam de fazer, visto que tendem a impactar o andamento de toda sociedade. O direito a saúde, por exemplo, é um texto constitucional, esse direito perpassa por políticas públicas de saúde que regulamentam as diretrizes, determinando quem, quando e onde, será disponibilizado o acesso a saúde e medicamentos.

Nesse sentido, pode se perceber que políticas públicas de dimensões mais protetivas, pela ótica constitucional, cumprem melhor o artigo 6º da Constituição Federal Brasileira de 1988, em relação às garantias sociais, dentro da sociedade brasileira. Desta forma as políticas públicas oportunizam melhores acessos ao direito a “educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, transporte, lazer, segurança, previdência, proteção a maternidade e a infância, assistência aos desamparados”. Nesse prisma, vale ressaltar que dentro do tema políticas públicas, pode ocorrer descontinuidade da agenda do governo anterior, o que influencia diretamente no acesso aos direitos e garantias da população.

Um governo ao formular sua agenda de políticas públicas, pode se guiar por diversas doutrinas, por exemplo, a doutrina keynesiana, que pensa no estado de bem-estar social. Enquanto, outro governo, pode optar por uma doutrina liberalista, com menor recorrência de intervenção. Logo, a maneira de formular a agenda de políticas públicas irá influenciar a estratégia de cada governo. Nessa linha percebe se que embora as políticas públicas, se encontrem em constantes modificações, uma vez que a sociedade se encontra em mudanças, tem como cerne a garantia de direitos sociais, por meio de agendas públicas.

A construção das políticas públicas encontra-se associada à garantia de direitos sociais. As políticas e de governo, na medida em que o plano de gestão de governo se prontifica a cumprir sua pauta de campanha, no âmbito da saúde, os

governos tendem a proporcionar um estado de “bem estar” a população, ou na medida em as lutas sociais vão ganhando espaço e apresentam os projetos de leis, as normas e depois programas de governo (RUA, 2013).

3.2 POLÍTICAS DE SAÚDE

A política pública em saúde é a ação social do Estado com demanda específica para a saúde da população, do trabalho e do ambiente social; para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos sujeitos e da coletividade, garantindo a universalidade e a equidade no acesso a bens e serviços em saúde (LUCCHESI, 2004).

A saúde é um direito fundamental de todo ser humano, descrito na Constituição Federal de 1988, encontra-se regulamentada pela Lei nº 8.080 de 1990, em seu art. 2º “§ 1º, é dever do Estado de garantir a saúde, o que consiste na formulação e execução de políticas públicas, de saúde, econômicas e sociais, de maneira a pensar na população e suas necessidades básicas, e que visem à redução de riscos de doenças”, assegurando à universalidade e igualdade do acesso a saúde.

A construção das políticas públicas protetivas é resultado de avanços em sede de direitos sociais. Os projetos de leis formulados no âmbito da saúde garantem direitos sociais e acesso à saúde. Para além do direito conquistado constitucionalmente, as políticas públicas orientam o planejamento governamental, por meio de detalhamento de programas, projetos e atividades.

As políticas públicas têm um importante papel, na construção de programas para a efetivação de direito social como o acesso à saúde. As políticas públicas são nativas da sistemática política no intuito de acolher demandas sociais, oriundas de distintos atores ou até mesmo das demandas produzidas por agentes internos ao sistema público. Para Rua (1998, p.1), as políticas públicas "compreendem o conjunto das decisões e ações relativas à alocação imperativa de valores."

No nascimento, as políticas públicas são construídas por meio da demanda da sociedade que anseia por direitos sociais, concretizado por através da formulação e efetivação das políticas públicas, logo, as políticas públicas são construções que levam em consideração as expectativas da sociedade civil na busca por direito, mediante o operador político, que propõe e efetiva um programa de saúde pública que nada mais é, senão, um direito social, constitucionalmente garantido. Por meio de

ações orientadoras pelo governo, reduzindo os efeitos da descontinuidade administrativa e fazendo uso de maneira potencializada dos recursos disponíveis, as políticas públicas são a efetivação de acesso à saúde pública.

Para Giovanni (2009), as políticas públicas tratam da intervenção do Estado em uma situação problemática, para além desse pensamento, o autor também ressalta a importância das políticas públicas em uma sociedade democrática:

A proposta que apresento decorre, em primeiro lugar, do modo de entender historicamente e conceituar as políticas públicas que desenvolvi nos últimos anos. Tal conceito vai além da ideia de que uma política pública é simplesmente uma intervenção do Estado numa situação social considerada problemática. Mais do que isso, penso a política pública como uma forma contemporânea de exercício do poder nas sociedades democráticas, resultante de uma complexa interação entre o Estado e a sociedade, entendida aqui num sentido amplo, que inclui as relações sociais travadas também no campo da economia. Penso, também, que é exatamente nessa interação que se definem as situações sociais consideradas problemáticas, bem como as formas, os conteúdos, os meios, os sentidos e as modalidades de intervenção estatal (GIOVANNI, 2009, p. 20).

No âmbito da saúde, em função das múltiplas necessidades nacionais para um modelo basilar de saúde e regionais, é um mecanismo pelo qual seja possível, pensar e construir programas de acesso a saúde seja estendido a toda a população brasileira em suas particularidades e regionalidades.

Para Souza (2006), não existe uma definição fixa sobre o conceito de política pública, sendo “política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos”, ou “um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos”:

Não existe uma única, nem melhor, definição sobre o que seja política pública. Mead (1995) a define como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas e Lynn (1980), como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Peters (1986) segue o mesmo veio: política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Dye (1984) sintetiza a definição de política pública como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”.³ A definição mais conhecida continua sendo a de Laswell, ou seja, decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz (SOUZA, 2006, p. 8).

Nesse sentido, este estudo conceitua a política pública para saúde, como as atividades dos governos que visem garantir “o acesso a saúde”. Em estudo da etimologia da palavra, o dicionário brasileiro define a palavra “acesso” como o “ato de

chegar ou entrar, o ato de ingressar, ato de entrada, promoção” também define a palavra “saúde” como “estado de bem estar” físico e psicológico, dentro do conceito de “saúde” também há o conceito da saúde pública como “o conjunto das condições de higiene e de assistência da população, geralmente de organização e regulamentação para o elo do poder público”.

Por se tratar de um tema novo e complexo, que não tem uma definição única, para este estudo o acesso à saúde, é conceituado por todos os bens e serviços utilizados para garantia da vida, podendo ser compreendido, como acesso a medicamentos, consultas, exames, internações e todos os bens e serviços que levam a manutenção da saúde.

Um bom exemplo na esfera dos medicamentos foi a lei nº 9.787 de 10 de fevereiro de 1999, que estabelece o medicamento genérico e sua utilização. A partir dessa lei, o custo do medicamento foi reduzido, possibilitando, uma política nacional de saúde mais ampla e acessível. Além do âmbito da saúde essa política prevê o desenvolvimento educacional, nacional e internacional, de pesquisa relacionada à qualidade dos medicamentos genéricos:

Art. 5º O Ministério da Saúde promoverá programas de apoio ao desenvolvimento técnico-científico aplicado à melhoria da qualidade dos medicamentos.

Parágrafo único. Será buscada a cooperação de instituições nacionais e internacionais relacionadas com a aferição da qualidade de medicamentos (BRASIL, 1999).

Para Vaccarro, Vasconcelos e Borges (2018, p. 208), se faz necessário estruturar, hierarquizar e regionalizar às estratégias de acesso à saúde. Com base nessa organização e mecanismos de capacitação é possível ao judiciário julgar o acesso a saúde, na política de saúde, visto que o tema é amplo e complexo.

Para executar o conjunto dessas iniciativas, o SUS foi instituído. Sua estrutura se fez numa rede hierarquizada e regionalizada, sustentada pelos fundamentos da descentralização e da participação da comunidade (art. 198). A estratégia eleita foi universalizar o direito à saúde por meio do acesso integral como forma de enfrentar as grandes desigualdades sociais e regionais do país (VACCARO, VASCONCELOS, BORGES, 2018, p. 209).

Logo, a política pública de medicamentos pode gerar diversos impactos sociais, além da redução do custo do medicamento, a previsão de ampliação de estudos e pesquisas, logo, se mostrando eficiente na garantia de direitos sociais.

3.3 SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTO

A Política Nacional de Medicamentos – PNM, por meios de parâmetros nacionais, visa assegurar o acesso aos medicamentos à população, agasalhando os princípios de equidade e justiça social, avalizando a disponibilidade de produtos seguros, eficazes e de qualidade e agenciando o uso racional, a relação nacional de medicamentos disponíveis no SUS, aprovada na portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, especifica as complexidades de medicamento e seu respectivo ente público, responsável.

Art. 1º Aprovar a Política Nacional de Medicamentos, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria.

Art. 2º Determinar que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política agora aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes, prioridades e responsabilidades nela estabelecidas (BRASIL, 1998).

A Política Nacional de Medicamentos, de maneira a “promover a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes, prioridades e responsabilidades nela estabelecidas”, organiza formas maneira a fornecer acesso a medicamentos à maior parcela da sociedade pelo menor custo, percebe se avanços significativos no acesso a saúde, como por exemplo a redução de preços dos medicamentos.

Conforme a Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, a Relação Nacional de Medicamentos - RENAME, “organiza as formas farmacêuticas e dosagens adequadas”, bem como prevê mecanismos de redução de preços, conforme trata o tópico “4 – prioridades” da referida portaria, por meio da Relação Nacional de Medicamentos.

As diretrizes apresentadas no capítulo anterior comportam um conjunto de prioridades que configuram as bases para o alcance do propósito desta Política, bem como para a implementação das diferentes ações indispensáveis ao seu efetivo cumprimento.

4.1. Revisão permanente da RENAME

A consolidação do processo de revisão permanente da RENAME, instrumento básico de racionalização no âmbito do SUS, com atualização contínua, representa medida indispensável haja vista que a seleção baseia-se nas prioridades nacionais de saúde, bem como na segurança, na eficácia terapêutica comprovada, na qualidade e na disponibilidade dos produtos.

Esse processo, coordenado pela Secretaria de Políticas de Saúde, do Ministério da Saúde, será desenvolvido mediante a participação dos demais órgãos do Ministério?

Secretaria de Vigilância Sanitária e Secretaria de Assistência à Saúde? e dos gestores estaduais e municipais, responsáveis pela implementação das ações que operacionalizam esta Política e de instituições científicas que atuam na área de medicamentos.

A RENAME será organizada consoante às patologias e agravos à saúde mais relevantes e prevalentes, respeitadas as diferenças regionais do País. As apresentações dos produtos deverão assegurar as formas farmacêuticas e as dosagens adequadas para a utilização por crianças e idosos.

Cabe ressaltar que, como um dos mecanismos favorecedores da redução de preços dos medicamentos, a RENAME será sistemática e amplamente divulgada (BRASIL, 1998).

A PNM se pauta na eficiência e qualidade, para tanto tem como parâmetro, as diretrizes contidas na portaria nº 3.919/1998, que são periodicamente monitoradas, uma vez que os resultados auferidos dos programas da PNM, são de responsabilidade do Ministério da Saúde e das Secretárias Estaduais e Municipais de Saúde.

A Relação Nacional de Medicamentos – RENAME especifica o que é o acesso a medicamentos tanto nos Componentes Básico e no Estratégico, na maior parte das vezes destinando ao ente municipal prestar a assistência básica e o ente estadual prestar a assistência estratégica. O referido documento descreve o acesso ao tratamento de doenças cujas linhas de cuidado estão estabelecidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, disponibilizados no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

Paralelamente, à necessidade de acesso a saúde, se faz necessário pensar no uso indiscriminado, uma vez que a PNM, foi pensada a atender uma demanda da sociedade, nessa ótica é que se percebe a pertinência do presente estudo, uma vez que a judicialização, na maior parte das vezes, consiste em pedir um tipo de “acesso a saúde”, que não está disponível pelo SUS.

3.3.1 RENAME

A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME encontra-se descrita na portaria nº 3.919/1998, define e lista os medicamentos disponíveis no SUS e aponta linhas e estratégias de atuação da gestão da saúde pública.

Para Magarinos-Torres (2014, p. 3860), o “objetivo da RENAME é nortear o desenvolvimento científico e tecnológico, a produção farmacêutica e a gestão da AF

nas diferentes esferas de governo”, que, destina-se a atender as doenças prevalentes mais comuns, em especial no nível ambulatorial.

A portaria nº 3.916/GM, publicada em 30 de outubro de 1998, considera a necessidade do setor Saúde dispor de política devidamente expressa relacionada à questão de medicamentos, aprova a PNM, determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes, prioridades e responsabilidades nela estabelecidas:

Políticas configuram decisões de caráter geral que apontam os rumos e as linhas estratégicas de atuação de uma determinada gestão. Assim, devem ser explicitadas de forma a:

- Tornar públicas e expressas as intenções do Governo;
- Permitir o acesso da população em geral e dos formadores de opinião em particular à discussão das propostas de Governo;
- Orientar o planejamento governamental no detalhamento de programas, projetos e atividades;
- Funcionar como orientadoras da ação do Governo, reduzindo os efeitos da descontinuidade administrativa e potencializando os recursos disponíveis.

No âmbito do Ministério da Saúde, a formulação de políticas desenvolve-se mediante a adoção de metodologia apropriada baseada num processo que favoreça a construção de propostas de forma participativa, e não em um modelo único e acabado.

Esse processo está representado, em especial, pela coleta e sistematização de subsídios básicos, interna e externamente ao Ministério, a partir dos quais é estruturado um documento inicial, destinado a servir de matéria-prima para discussões em diferentes instâncias (BRASIL, 1998).

A relação de medicamentos encontra-se organizada de acordo com as patologias e agravos à saúde mais relevantes e prevalentes, respeitadas as diferenças regionais, sendo este instrumento de ação do SUS, na medida em que contempla um elenco de produtos necessários ao tratamento e controle da maioria das patologias prevalentes no País.

A RENAME é uma ferramenta operacional para o SUS, pois inclui uma lista de produtos necessários ao tratamento e controle das patologias mais populares do país.

O Ministério da Saúde fica a cargo de estabelecer sua atualização constante. O fato de as relações estaduais servirem de base para a organização das listas estaduais e municipais facilitará a gestão do processo de descentralização, pois com o envolvimento financeiro e técnico do Ministério da Saúde, essas situações são responsáveis pelo abastecimento, de sua rede de atendimento. Portanto, é um meio

básico para nortear a padronização da prescrição e do fornecimento de medicamentos, principalmente no âmbito do SUS, constituindo-se em um mecanismo de redução dos custos dos produtos. Para uma maior divulgação, a RENAME deve ser divulgada continuamente por diversos meios, como a Internet, entre outras coisas, permite que consumidores em geral e administradores de sistema comprem medicamentos a preços mais baixos.

No processo de atualização constante da RENAME, deve se concentrar em um conjunto de medicamentos para tratamento ambulatorial, ajustar as doenças mais comuns na população em nível local e defini-las de acordo com os padrões epidemiológicos.

3.3.2 REMEMG

A Relação de Medicamentos do Estado de Minas Gerais - REMEMG descreve o acesso aos medicamentos do Componente Essenciais e Especializados de Alto Custo, nas Unidades de Saúde Estadual, Farmácias Comunitárias ou unidades do Programa Farmácia de Todos, pactuados entre os entes federativos a partir da portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, que normatiza a dispensação de grupos de medicamentos sendo classificada a responsabilidade como municípios –“I, estado – II e ministério da saúde – III”.

O Ministério da Saúde tem por meta propor mecanismos que possibilitem a atualização constante da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, imprescindível instrumento para a ação o SUS, para tanto estabelece diretrizes:

3 – DIRETRIZES

3.1 Adoção de relação de medicamentos essenciais

O Ministério da Saúde estabelecerá mecanismos que permitam a contínua atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME, imprescindível instrumento de ação do SUS, na medida em que contempla um elenco de produtos necessários ao tratamento e controle da maioria das patologias prevalentes no País. O fato de que a Relação Nacional, conforme assinalado acima, deverá ser a base para a organização das listas estaduais e municipais favorecerá o processo de descentralização da gestão, visto que estas instâncias são, com a participação financeira e técnica do Ministério da Saúde, responsáveis pelo suprimento de suas redes de serviços. Trata-se, portanto, de meio fundamental para orientar a padronização, quer da prescrição, quer do abastecimento de medicamentos, principalmente no âmbito do SUS, constituindo, assim, um mecanismo para a redução dos custos dos produtos. Visando maior veiculação, a RENAME deverá ser continuamente divulgada por diferentes meios, como a Internet, por exemplo, possibilitando, entre outros aspectos, a aquisição de medicamentos a preços

menores, tanto por parte do consumidor em geral, quanto por parte dos gestores do Sistema (BRASIL, 1998).

A descentralização da gestão do SUS e a participação financeira do Ministério da Saúde são diretrizes capazes de reduzir custos, na aquisição de medicamentos tanto para o consumidor, quanto para o gestor:

4.2. Assistência farmacêutica

O gestor estadual deverá coordenar esse processo no âmbito do estado, com a cooperação técnica do gestor federal, de forma a garantir que a aquisição realize-se em conformidade com a situação epidemiológica do município, e que o acesso da população aos produtos ocorra mediante adequada prescrição e dispensação. Atenção especial deverá ser dada, também, a um outro grupo de medicamentos incluídos na composição dos custos dos procedimentos realizados pelos prestadores de serviços ao SUS e faturados segundo tabela definida pelo Ministério da Saúde. Nesse sentido, a Secretaria de Assistência à Saúde deverá viabilizar um estudo visando a revisão, atualização e ajuste diferenciado dos valores, considerando:

-o tempo decorrido desde o estabelecimento desses valores, quando da definição da composição de cada procedimento integrante da assistência hospitalar e ambulatorial, que levou em conta, naquela ocasião, um valor médio do custo de medicamentos para determinado grupo de patologias;

-o fato dos reajustes que vêm sendo efetivados levarem em conta somente o valor global do procedimento, e não o custo atualizado dos medicamentos vinculados aos mesmos. O resultado do ajuste procedido deverá seguir o fluxo já estabelecido, ou seja, a pactuação na CIT e a aprovação no Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1998).

A PNM, portaria nº 3916/1998, também regulamenta o papel do gestor estadual, no sentido de formular, executar, acompanhar e avaliar as políticas de insumos para a saúde:

5.3. Gestor estadual Conforme disciplinado na Lei n.º 8.080/90, cabe à direção estadual do SUS, em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde. Nesse sentido, constituem responsabilidades da esfera estadual:

I. definir a relação estadual de medicamentos, com base na RENAME, e em conformidade com o perfil epidemiológico do estado (BRASIL, 1998).

A REMEMG é atualizada anualmente, apresentando o acesso aos medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica:

“Onde Encontrar” O acesso aos medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) ocorre por meio da Atenção Primária à Saúde, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Farmácias Comunitárias ou unidades da Farmácia de Minas.

A dispensação desse grupo de medicamentos é responsabilidade dos municípios e é realizada mediante receita médica (SESMG, 2021).

A relação estadual de medicamentos orienta quais medicamentos estão disponíveis no SUS e direciona o local de retirada, vale salientar que tradicionalmente o ente estadual presta a assistência estratégica e de alto custo e por sua vez o ente municipal presta a assistência básica a saúde, entretanto, como toda regra existem exceções, que serão determinadas por cada convênio público.

O acesso aos Medicamentos Estratégicos (CESAF) se dá por meio da Atenção Primária à Saúde, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nas Farmácias Comunitárias, nas unidades da Farmácia de Minas, nas Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM), e nos Hemocentros, mediante receita médica e prévia notificação à vigilância epidemiológica, quando for o caso. As Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM) são “estabelecimentos integrantes de serviço de saúde que realizam gestão e dispensação de medicamentos antirretrovirais para o atendimento dos usuários sob terapia, bem como seu acompanhamento e monitoramento”, para mais informações acesso o endereço eletrônico www.aids.gov.br. Acesso ao tratamento de coagulopatias hereditárias, hemoglobinopatias e acesso a hemoderivados ocorre por meio do Hemominas, o Hemocentro de referência e a forma de acesso devem ser verificados no site, menu "serviço". O acesso aos medicamentos do Componente Especializado (CEAF) ocorre nas 28 Farmácias das Regionais de Saúde, mediante deferimento de processo administrativo de solicitação de medicamento (REMEMG 2021).

Nesse sentido, a REMEMG se organiza de maneira didática para fornecer acesso à informação em relação ao qual ente público se retira determinado acesso a saúde, ainda frisa que os medicamentos de componentes especializados – CEAF, encontram-se disponíveis em 28 Farmácias Regionais do Estado de Minas Gerais.

3.3.3 REMUME

A Relação Municipal de Medicamentos – REMUME descreve o acesso a medicamentos de Componente Básico da Assistência Farmacêutica, que se dá por meio da Atenção Primária à Saúde, nas Unidades Básicas de Saúde - UBS, Farmácias Comunitárias ou unidades do Programa Farmácia de Todos.

O acesso à saúde está pactuado entre os entes da Administração Pública, descrevendo a dispensação de grupos de medicamentos, onde se classifica a responsabilidade de cada ente público municipal, tem como responsabilidade a assistência primária e básica.

A demanda de acesso a saúde é organizada de maneira regional, de acordo com as patologias e agravos à saúde mais relevantes e prevalentes, respeitadas as diferenças regionais do País.

Embora os entes da administração pública sejam solidários, na dispensação do acesso a saúde, como melhor maneira de organização a PNM, por meio da RENAME, define graus de acesso a saúde para cada ente público, o documento delibera sobre os medicamentos de componentes básico, estratégico e especializado.

A partir da portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, descrevendo a dispensação de grupos de medicamentos sendo classificada a responsabilidade como municípios - I, estado – II e ministério da saúde – III.

5.4. Gestor municipal No âmbito municipal, caberá à Secretaria de Saúde ou ao organismo correspondente as seguintes responsabilidades: a. coordenar e executar a assistência farmacêutica no seu respectivo âmbito; associar-se a outros municípios, por intermédio da organização de consórcios, tendo em vista a execução da assistência farmacêutica; b. c. promover o uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores; treinar e capacitar os recursos humanos para o cumprimento das responsabilidades do município no que se refere a esta Política; d. coordenar e monitorar o componente municipal de sistemas nacionais básicos para a Política de Medicamentos, de que são exemplos o de Vigilância Sanitária, o de Vigilância Epidemiológica e o de Rede de Laboratórios de Saúde Pública; e. f. implementar as ações de vigilância sanitária sob sua responsabilidade; g. assegurar a dispensação adequada dos medicamentos; definir a relação municipal de medicamentos essenciais, com base na RENAME, a partir das necessidades decorrentes do perfil nosológico da população; h. assegurar o suprimento dos medicamentos destinados à atenção básica à saúde de sua população, integrando sua programação à do estado, visando garantir o abastecimento de forma permanente e oportuna; i. adquirir, além dos produtos destinados à atenção básica, outros medicamentos essenciais que estejam definidos no Plano Municipal de Saúde como responsabilidade concorrente do município; j. utilizar, prioritariamente, a capacidade dos laboratórios oficiais para o suprimento das necessidades de medicamentos do município; k. investir na infra-estrutura de centrais farmacêuticas e das farmácias dos serviços de saúde, visando assegurar a qualidade dos medicamentos; l. m. receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos sob sua guarda (BRASIL, 1998).

A RENAME descreve o acesso a medicamento de Componente Básico da Assistência Farmacêutica se dá por meio da Atenção Primária à Saúde, nas Unidades Básicas de Saúde - UBS, Farmácias Comunitárias ou unidades do Programa Farmácia de Todos, pactuados entre os entes federativos, descrevendo a dispensação de grupos de medicamentos.

4 O DIREITO À SAÚDE

4.1 CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DO SUS

Imaginar um tempo, em que não existiam medicamentos “gratuitos” é difícil de pensar. A história do direito à saúde passou por diversos momentos, nem sempre o acesso aos bens e serviços de saúde estavam vinculados ao Sistema Único de Saúde - SUS, essa configuração começou com a Constituição Federal de 1988.

Marcado pela interferência do poder estatal a proteção à saúde, inicialmente tinha o intuito de proteger as relações de mercado, uma vez que a atividade comercial dependia de trabalhadores com o mínimo de saúde para o trabalho. Inicialmente, o acesso aos serviços de saúde era apenas por meio de campanhas específicas.

Logo que a Lei nº 3.353 de 13 de maio de 1888, foi publicada denominada “Lei Áurea”, que declarou o fim da escravidão “legal” no Brasil, tornando um grande contingente populacional “sujeito de direito”, inclusive de acesso a bens e serviços de saúde.

Conforme artigo 1º: “É declarado extinto desde a data desta lei a escravidão no Brasil” (BRASIL, 1888). Antes da “Lei Áurea”, havia pessoas em situação de escravidão, logo, privadas de liberdades, bem como privadas de seus direitos, inclusive, do direito de acesso a bens e serviços de saúde. A seguir, com o fim da escravidão legal, essas pessoas passaram a ter direitos cívicos, impactando assim a agenda de políticas públicas para a saúde, que tende a prever um maior contingente populacional, que possivelmente iria demandar mais médicos, mais hospitais, mais medicamentos, em fim mais acesso a saúde:

Lei nº 3.353, de 13 de maio de 1888.

Declara extinta a escravidão no Brasil.

A Princesa Imperial Regente, em nome de Sua Majestade o Imperador, o Senhor D. Pedro II, faz saber a todos os súditos do Império que a Assembleia Geral decretou e ela sancionou a lei seguinte:

Art. 1º: É declarada extinta desde a data desta lei a escravidão no Brasil.

Art. 2º: Revogam-se as disposições em contrário.

Manda, portanto, a todas as autoridades, a quem o conhecimento e execução da referida Lei pertencer, que a cumpram, e façam cumprir e guardar tão inteiramente como nella se contém.

O secretário de Estado dos Negócios da Agricultura, Comercio e Obras Públicas e interino dos Negócios Estrangeiros, Bacharel Rodrigo Augusto da Silva, do Conselho de sua Majestade o Imperador, o faça imprimir, publicar e correr.

Dada no Palácio do Rio de Janeiro, em 13 de maio de 1888, 67º da Independência e do Império.
 Princesa Imperial Regente.
 Decreto da Assembléia Geral, que houve por bem sancionar, declarando extinta a escravidão no Brazil, como nella se declara.
 Para Vossa Alteza Imperial ver.
 Chancellaria-mór do Império. -Antônio Ferreira Vianna.
 Transitou em 13 de maio de 1888.- José Júlio de Albuquerque (BRASIL,1888).

Em seguida, iniciou um processo de “branqueamento” étnico racial, com o incentivo da vinda de imigrantes europeus pelo governo brasileiro. Um dos primeiros atos normativos, da Nova República, foi o Decreto de Imigração nº 528, promulgado em 29 de junho de 1890, pelo presidente provisório, Manoel Deodoro da Fonseca, o que iria gerar fortes impactos para a gestão da saúde pública. Com o trânsito de imigrantes brancos, o Brasil foi acometido por um surto de “varíola”, doença que causava baixa no número de trabalhadores e, conseqüentemente, instabilidade comercial no país (TOLEDO, 2004).

Em 1903, Oswaldo Cruz, assume a Diretoria Geral de Saúde Pública e propõe um código sanitário visando à solução do problema de várias doenças infectocontagiosas.

A reforma na saúde foi projetada a partir de 1903, sob a coordenação de Oswaldo Cruz, que assume a Diretoria Geral de Saúde Pública. Extensivamente, em prol do saneamento e da reorganização urbana para eliminar os focos de desordem, a atuação no campo da psiquiatria é abarcada pela ação de Juliano Moreira. Em 1904, Oswaldo Cruz propõe um código sanitário que institui a desinfecção, inclusive domiciliar, o arrasamento de edificações consideradas nocivas à saúde pública, a notificação permanente dos casos de febre amarela, varíola e peste bubônica e a atuação da polícia sanitária. Ele também implementa sua primeira grande estratégia no combate às doenças: a campanha de vacinação obrigatória. Seus métodos tornaram-se alvo de discussão e muita crítica, culminando com um movimento popular no Rio de Janeiro, conhecido como a Revolta da Vacina (COSTA, 1985, apud FIGUEIREDO NETO, 2010).

Com a vinda dos imigrantes para trabalhar na construção ferroviária no Brasil, as doenças infecciosas se propagam através do deslocamento de indivíduos contaminados, o que exigia mais preocupação com a saúde.

Inicialmente, o acesso aos serviços de saúde era vinculado aos trabalhadores formais; ao restante da população era facultado a algumas campanhas públicas por meio da “filantropia”. O Decreto Legislativo nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, afirmava que “Crea, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no

paiz, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados”, instituindo assim uma das primeiras versões do que conhecemos hoje como previdência social e condicionando o acesso à saúde, aposentadoria, a caixa de pensão, para trabalhadores de determinados segmentos, “como, por exemplo, Estradas de ferro”.

Nesse sentido, é possível perceber que o acesso aos serviços de saúde está atrelado ao vínculo laboral, conforme previsão no decreto nº 4.682/1923, ou seja, uma parcela da população brasileira, que possuía vínculo formal de trabalho.

A partir de 1923, com a Lei Elói Chaves, à saúde dos trabalhadores atrelada à previdência passa a ser componente de um sistema para os trabalhadores. De início, as caixas de pensão, depois, os institutos e, finalmente, o grande instituto congregador de todos: o INPS (CARVALHO, 2013, p.7).

Em um momento de mudanças de leis, o acesso à saúde pública e gratuita estava disponível para a parte da população que trabalhava formalmente, poderiam aderir às caixas de Previdência Particular. As Caixas de Previdência Social - CAPs, eram geridas de maneira autônoma, privada, posteriormente passam a ser geridas pelo poder público no modelo de Instituto de Aposentadoria e Pensões Social – IAP.

A partir da Constituição Brasileira de 1934, o art. 121, promove condições de trabalho, 1º, “h”, a previdência social estabelece um sistema de arrecadação de custeio triplice, onde a contribuição para o fundo de pensão é custeada pelo empregado, empregador e União, sendo assegurada assistência médica, aposentadoria, dentre outros direitos ao trabalhador como vínculo empregatício:

Art.121, 1º,h) assistência médica e sanitária ao trabalhador e à gestante, assegurando a esta descanso antes e depois do parto, sem prejuízo do salário e do emprego, e instituição de previdência, mediante contribuição igual da União, do empregador e do empregado, a favor da velhice, da invalidez, da maternidade e nos casos de acidentes de trabalho ou de morte (BRASIL, 1934).

Nesse momento, a Constituição Federal de 1934, amparava o trabalhador empregado formalmente. Entretanto, havia uma parte da população brasileira sem emprego formal, sem acesso a saúde pública, sem condições de arcar com o acesso a saúde particular. O desemprego, a informalidade, um grande contingente de pessoas sem acesso a saúde, levou médicos e operadores da saúde a discutirem sobre políticas públicas de acesso à saúde de maneira “universal”, nas quais todos os

cidadãos brasileiros pudessem ter acesso à saúde pública, independente de vínculo de trabalho.

As Conferências Nacionais de Saúde - CNS representaram um respeitável momento de ponderação em relação à situação da saúde no país e de elaboração de diretrizes para as políticas públicas no setor da saúde, pela busca da garantia de direitos, em atenção às necessidades de saúde da população brasileira.

Na 3ª Conferência Nacional de Saúde (1963) havia estudos em relação à criação de um sistema de saúde, que pudesse ser acessível a todos os cidadãos brasileiros:

O outro marco foi a 3ª Conferência Nacional de Saúde no final de 1963 que coroava vários estudos para a criação de um sistema de saúde. Duas bandeiras dessa conferência: um sistema de saúde para todos (saúde direito de todos os cidadãos) e organizado descentralizadamente (protagonismo do município) (CARVALHO, 2013, p.7).

A organização sanitária da população brasileira teve vários temas centrais de discussão, houve oito conferências nacionais de saúde até 1988, tratando de temas como a sistematização das campanhas nacionais, higiene do trabalho, plano nacional de saúde, recursos humanos e implementação do sistema nacional de saúde. Todos esses espaços de discussão foram importantes para o mecanismo propulsor e organizador do modelo de SUS, as Conferências de Saúde acontecem até hoje:

1ª CNS, foi realizada em 1941- teve como temas centrais de discussão a organização sanitária estadual e municipal; a ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra lepra e tuberculose; a determinação do desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento; desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência;
2ª CNS, realizada em 1950 foi discutida a legislação referente à higiene e segurança do trabalho;
3ª CNS, foi realizada em 1963, abordando a situação sanitária da população brasileira; atividades desenvolvidas por médico-sanitárias nos níveis federais, estaduais e municipais; municipalização dos serviços de saúde; fixação do plano nacional de saúde;
4ª CNS, realizado em 1967, teve como tema os recursos humanos para as atividades em saúde;
5ª CNS, 1975, discutindo sobre a implementação do Sistema Nacional de Saúde; o Programa de Saúde Materno –Infantil; o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; o Programa de Controle das Grandes Endemias; Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais;
6ª CNS, 1977 foi falado sobre a atual situação do controle das grandes endemias; a operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo federal; interiorização dos serviços de saúde e a Política Nacional de Saúde;
7ª CNS, 1980 foi discutido sobre a extensão das ações por meio dos serviços de saúde;

8ª CNS, A 8ª CNS foi base para a elaboração do capítulo da Saúde para a construção da Constituição Federal de 1988 e para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), foi um grande marco para a saúde. E os principais assuntos debatidos foi a saúde como direito; a reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e financiamento setorial (BRASIL, 1986).

Em 1986, após várias Conferências de Saúde, que se apresentavam como um desenho para o sistema de saúde pública que começava a ser traçado. Esse modelo poderia influenciar a elaboração do capítulo da saúde, descrito na Constituição Federal de 1988, sendo possível visualizar grandes avanços no direito à saúde que ultrapassa bens e serviços.

4.2 BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE O DIREITO À SAÚDE

Os direitos fundamentais são direitos de dimensão protetiva, prerrogativas validadas pelo Estado e reconhecidas na Constituição, que garantem a dignidade do indivíduo em sociedade. O direito fundamental social implica em ir além dos interesses individuais, organizando a dimensão protetiva do Estado sobre a população, desta forma a dignidade humana assume como ser coletivo, se concretizando através das políticas públicas.

A saúde é um direito fundamental social e encontra-se positivado na Constituição Federal de 1988, que também prevê que o Estado deve prover as condições necessárias para seu exercício. A Constituição Federal de 1988, separou o título II, para tratar dos direitos e garantias fundamentais, que visam à universalidade, sem nenhum tipo de distinção diante do acesso a saúde pública e gratuita.

TÍTULO II - DOS DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS
CAPÍTULO I - DOS DIREITOS E DEVERES INDIVIDUAIS E COLETIVOS
Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes (BRASIL, 1988).

O SUS foi instituído para garantir o acesso à saúde de maneira universal a todo cidadão, como matéria de grande relevância foi destinado o Capítulo II, para tratar “Dos direitos sociais” do Título II da Constituição Federal de 1988, no artigo 6º, que descreve a saúde com um direito, garantido pela Constituição Federal Brasileira: “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o

transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 1988).

A Constituição Federal de 1988, além de garantir o direito à saúde, impõem como competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, de prestar essa assistência à saúde de maneira que seja acessível a todo cidadão brasileiro. Elenca a saúde como um direito de cada cidadão e um dever do Estado. Uma importante conquista para cada cidadão brasileiro, quando efetivada por meio das políticas públicas e implementação das ações do sistema de saúde público e gratuito, de qualidade. Como a Lei Federal n^o 8.080 de 1990 que regulamenta as ações do SUS. Fazendo do Brasil, um país pautado em direitos sociais, que separa uma seção, no texto Constitucional para normatizar a “Saúde”, como dever do Estado e um direito de todos:

SEÇÃO II - DA SAÚDE

Art. 196. “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Para Araújo (2018), o SUS é fruto de lutas e conquistas sociais, em especial o movimento sanitário que teve importante papel influenciador e propulsor, uma vez que por meio de diversas conferências discutiam o acesso a saúde:

Fruto de luta e conquistas sociais, especialmente do Movimento Sanitário em meio ao processo de redemocratização do Brasil, o SUS foi consagrado na CR/88 e pode-se dizer que é uma Política de Estado que se aproxima dos princípios do chamado Estado de Bem-Estar-social (Welfare State), contrapondo-se à perspectiva liberal e neoliberal que defendem a redução do papel do Estado. É, portanto, necessário compreender o significado, nesse contexto, da relação Estado, público e privado, em uma sociedade capitalista e periférica, como a brasileira (ARAÚJO, 2018, p.216).

Em síntese, Araújo (2018, p.214) apresenta uma perspectiva da importância das conquistas do SUS em uma sociedade capitalista e periférica. Vale ressaltar que os princípios básicos do SUS, universalidade, integralidade, equidade, justiça, igualdade: “Entre os princípios do SUS, estão, especialmente, a universalidade, a integralidade e a equidade. Baseado na integralidade, a assistência farmacêutica

colocou-se como parte essencial da assistência à saúde”, que visa alcançar a cada cidadão brasileiro.

A Constituição Federal de 1988, em seu art. 197, ressalta a importância do poder público em regulamentar, fiscalizar e controlar a execução dos serviços públicos de saúde.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1988).

Para tratar das ações e serviços de saúde como parte integrante de uma rede regionalizada, que constituem o SUS, o art. 198 descreve a descentralização, o atendimento e a participação da comunidade:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

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

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

I - no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento)

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

- I - os percentuais de que tratam os incisos II e III do § 2º;
- II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;
- III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;
- IV - (revogado).

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação.

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico, o piso salarial profissional nacional, as diretrizes para os Planos de Carreira e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, competindo à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial.

§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício (BRASIL, 1988).

No âmbito jurídico, a saúde é representada “como um bem tutelado pelo estado”, incorporado na Constituição Federal de 1988, logo, o direito a saúde é garantido pelo Estado, isso impacta nas políticas públicas no sentido de fazer com que essas sejam mecanismos para que cumpra o direito a saúde, para tanto ressalta que existe um capítulo para tratar o acesso à saúde dentro da Constituição Federal de 1988.

Para Fernando Aith (2014), se faz necessário um conjunto de atividades gestoras relacionadas com os processos de avaliação, incorporação, difusão, gerenciamento do sistema de saúde, visando um acesso pleno.

A Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, dispõe as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, ressaltando a importância de serem de caráter permanente e executado em conjunto ou isoladamente, conforme expresso no art. 1º: “Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado” (BRASIL, 1990).

A Lei nº 8.080/1990, “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o fundamento dos serviços correspondentes”, ressalta o acesso à saúde como um direito “fundamental” de todo ser humano, devendo o Estado, garantir o acesso à saúde por meio de formulação e execução de políticas econômicas, que assegurem o acesso universal e igualitário.

No capítulo V, da Lei nº 8.080/1990, trata da competência dos entes públicos, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, nos atos e normativas como controle, avaliação, fiscalização, administração, organização, elaboração, planos de saúde dentre outros:

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

- I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;
- II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;
- III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;
- IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;
- V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;
- (...)
- XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;
- XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- (...)
- XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;
- XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde (BRASIL, 1990).

O SUS tem como competência promover e acompanhar a descentralização das ações da saúde:

- Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:
- I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;
 - II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990).

A lei traz a previsão de financiamento do SUS, de acordo com a receita estimada, logo, se fazendo necessária uma gestão pública preparada e afinada com as prioridades de Lei de diretriz orçamentário – LDO:

- Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (BRASIL, 1990).

Vale ressaltar que as particularidades em relação ao funcionamento da Política Nacional de Saúde, que levam em consideração, localidades e suas especificidades, que são convencionadas por meio de portarias, convenções e pactos entre os entes públicos, pautadas na Política Nacional de Medicamentos – PNM.

5 A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

5.1 JUDICIALIZAÇÃO

Conforme texto constitucional, a saúde é um direito de todos, devendo ser garantida pelo Estado. De maneira perfunctória, o acesso a saúde se dá por meio de políticas públicas, consequentemente políticas de saúde, até chegar o acesso a saúde ao cidadão, logo, o acesso a saúde deveria fluir de maneira natural, de maneira esporádica alguns acessos a saúde são judicializados, que trata-se de trazer ao poder judiciário uma demanda específica.

Em Verbicaro (2008), o conceito de judicialização possibilita inserção do poder judiciário em questões essencialmente políticas:

A judicialização da política surge em um contexto de maior inserção quantitativa e qualitativa do Poder Judiciário na arena política - ampliação da importância e da efetiva participação do Poder Judiciário na vida social, política e econômica. Tal fenômeno, característico de democracias consolidadas, decorreu de condicionantes e peculiaridades vivenciadas na ordem política, econômica e social e gerou consequências visíveis na democracia brasileira (VERBICARO, 2008, p. 391).

Já para Dresch (2016), quando ocorre um aumento colossal nas demandas de acesso a saúde, para apreciação pelo poder judiciário, percebe-se o fenômeno Judicialização:

Nos últimos 07 anos tem havido um aumento exponencial nas demandas judiciais para o acesso à saúde. Em razão do fenômeno da judicialização, a partir do ano de 2010, o Poder Judiciário passou a adotar medidas para melhorar o controle e qualificar a atuação dos magistrados para a tomada de decisões sobre saúde (DRESH, 2016, p. 6).

Nessa dissertação, é necessário compreender que a judicialização ocorre quando há intervenção do poder judiciário em políticas públicas para saúde e o fenômeno da judicialização ocorre quando há intervenção do poder judiciário em políticas públicas para saúde, de maneira colossal (DRESCH 2016; VERBICARO, 2008).

Para Dresch (2016) elevado número de demandas, no caso de direitos sociais, impacta as políticas públicas já que tais direitos são concretizados por meio de políticas públicas de acesso a saúde.

Reforçando o entendimento da judicialização como “fenômeno” a Agência de Notícias do CNJ, criou um fórum para mensurar os gastos com o fenômeno da “judicialização do acesso à saúde”:

De acordo com a Agência de Notícias do CNJ, a criação do fórum é fruto da preocupação do CNJ com o elevado número de demandas judiciais sobre saúde no Brasil, em fenômeno conhecido como “judicialização da saúde”. Trata-se de um tema que envolve os três poderes constituídos e toda a sociedade. De acordo com o Ministério da Saúde, os gastos do órgão só com a compra de medicamentos por determinação judicial vêm aumentando consideravelmente no decorrer dos anos (AITH, 2014, p. 101-102).

O aumento da busca pelo acesso a saúde pelo judiciário, pode ter como propulsor, o desejo do paciente de acesso a saúde novo ou experimental, esses são alguns motivos que levam o cidadão a judicializar uma demanda. Por sua vez, o ente público, trabalha do ponto de vista burocrático, que garante a todos, igualdade de tratamento, pensando na maior parcela da sociedade, o que pode gerar, regras e prazo.

A cada dia, a tecnologia para à saúde vem sendo inovada, são diversos os produtos e serviços lançados do mercado. Entretanto, é necessário compreender que a dispensação da saúde pelo SUS, segue um parâmetro que pensa no conjunto da sociedade e não especificamente na individualidade.

Para Dresch (2016), uma administração positiva atua amparada pelo controle interno e na qualificação técnica, para a efetividade do direito constitucional a saúde.

O protagonismo do Poder Judiciário garantindo o acesso aos mais diversos produtos e serviços de saúde, obrigando o SUS a fornecer novos produtos e serviços, tem sido importante para a efetividade do direito constitucional à saúde plena, embora as sua atuação muitas vezes comprometa a gestão administrativa, existe uma atuação administrativa positiva dos órgãos de controle internos e externos para que haja uma qualificação técnica na formação dos magistrados e para a criação de meios de apoio técnico para uma maior racionalidade das decisões judiciais (DRESCH, 2016, p.8).

A maior atuação do poder judiciário em questões essencialmente políticas é importante quando garante isonomia. Entretanto com o “fenômeno” da judicialização do acesso a saúde é necessária que o gestor municipal tenha estratégias para estar em consonância com a política nacional de saúde.

Para Verbicaro (2008), a judicialização é a intervenção do dos tribunais na ceara da política pública de saúde, no ato de judicialização direito a saúde.

Com a maior incidência do fenômeno da judicialização percebe-se maior interferência do poder judiciário na política pública de saúde, o que pode gerar um desequilíbrio uma vez que a judicialização como “fenômeno” é crescente:

Esse protagonismo do Poder Judiciário decorre da própria Carta Constitucional de 1988 que o legitimou a atuar na arena política para a proteção do extenso rol de direitos fundamentais que passaram a receber garantia de proteção jurídica. A Constituição brasileira estabelece, assim, os contornos e limites institucionais de atuação da política democrática e o Judiciário é poder a quem compete garantir a respeitabilidade a esses núcleos constitucionais (VERBICARO, 2008, p. 391).

A judicialização é o processo de busca do judiciário para resolver questões políticas, sociais ou morais. Em alguns casos específicos como na cidade de São José da Lapa, foi possível constatar que, o paciente ao invés de buscar o poder Executivo, no âmbito da saúde, foi direto ao judiciário buscar medicamento disponível pelo município.

Nessa atoad, é possível perceber que a intercorrência desses episódios de judicialização de componentes “estratégicos e especializados”, em face de municípios pequenos, que prestem “apenas assistência básica a saúde”, podem impactar de maneira significativa na dotação orçamentária, bem como na gestão de recursos.

Embora a PNM apresente a distinção entre o acesso a saúde dispensado pelo ente público municipal, como assistência básica e ente público estadual como assistência de alto custo, quando há demanda judicial de acesso a saúde, independente de qual ente seja, após estudo de caso, foi possível constar que todos os pedidos liminares, era deferida a tutela de urgência em primeira instância, com no 196 da CF/88 e na responsabilidade solidária, sem qualquer análise da PNM.

A responsabilidade solidária entre entes federados, está amparada no artigo 23 da CF/88 e determina que “é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: II - cuidar da saúde e assistência pública, (...)”, a partir dessa normativa constitucional, as tutelas de acesso a saúde são deferidas em sede de primeira instância, o julgamento tem por base a teoria da responsabilidade como “solidária”, sem considerar o pactuado entre os entes.

Ter responsabilidade solidária na prática significa que o pedido liminar vai chegar primeiro para o ente municipal, que inicialmente terá o dever de cumprir o pedido liminar, mesmo que o acesso a saúde esteja disponível em outro ente público, conforme Política Nacional de Saúde.

É importante, deixar claro que o ente municipal presta a assistência básica a saúde, com amparo a política de saúde. Entretanto, de maneira unânime todos os processos de acesso a saúde analisados tinham deferimento de liminar sem observar a política de saúde, somente em sede de Segunda Instância é possível ventilar a política de saúde.

A PNM apresenta programas, que visem o uso racional de medicamentos disponibilizados no SUS. O acesso conforme a política de saúde percebe se que o CNJ, já constatou um aumento colossal no categorizando como “fenômeno” da judicialização da saúde, por essa ótica o uso excessivo por via judicial, pode comprometer o orçamento público

Reforçando o entendimento em relação a Política Nacional de Medicamento é necessário prestar acesso a saúde, em consonância com os parâmetros estabelecidos, visto que estes para além do acesso a saúde também estabelecem harmonia fiscal e orçamentária. “Especialmente, em tempos de vigência da Emenda Constitucional nº 95/2016, o Poder Judiciário e seus operadores devem permanecer atentos para a realidade de limitação e, mais especificamente, de redução de recursos destinados à saúde” (ARAÚJO, 2018, p.232).

No decorrer dos anos percebe se que os produtos e serviços relacionados a saúde vem tendo inovações tecnológicas, por sua vez, o SUS, vem ampliando anualmente o fornecimento de acesso a medicamentos com base nas atualizações anuais das relações de medicamentos.

Para AITH (2014), cada ente público tem uma função na República Federativa Brasileira, no desempenho da universalidade do acesso à saúde para que o cidadão seja alcançado. Para tanto, além da Constituição Federal de 1988, se faz necessário implementar políticas públicas, regionalizadas a fim de promover o acesso a saúde:

Ao fixar a saúde como direito de todos e dever do Estado, a Constituição induz a sociedade brasileira em geral, e o Estado em particular, a pesquisar e ampliar seus conhecimentos sobre as melhores formas de organização e gestão do Estado para a efetiva garantia do direito à saúde. São poderes da União, independentes e harmônicos entre si, o Legislativo, o Executivo e o Judiciário, cada um possuindo uma função especial a desempenhar na proteção dos direitos reconhecidos pela sociedade brasileira (AITH, 2014, p.74).

Por meio de políticas públicas, a União, Estados, Distrito Federal e Municípios, prestam assistência à saúde, conforme relação de medicamentos:

Atualmente, a responsabilidade pela prestação de serviços públicos de saúde é do Estado, por meio do seu Poder Executivo, que é responsável por organizar uma rede de serviços públicos de saúde universal e com acesso igualitário. O Poder Executivo pode prestar serviços públicos de saúde diretamente ou por meio de parcerias com os serviços privados de saúde (filantrópicos ou não). Os serviços públicos de saúde são de responsabilidade estatal e representam o elemento nuclear do sistema público de saúde brasileiro (AITH, 2014, p. 75).

Nesse sentido, é possível perceber a importância da política pública de medicamento que por meio dos programas de saúde pública tendem a alcançar a população em promoção do acesso à saúde, de maneira solidária entre os entes públicos. Para Dresch (2016), o fato de os municípios na maior parte das vezes serem os responsáveis pela assistência à saúde, não significa que a União e Estados, não tenham responsabilidade, visto que aos municípios é destinada a assistência básica a saúde.

Embora municipalizada a execução dos serviços de saúde a partir da pactuação da repartição das responsabilidades os municípios serão responsáveis apenas pelas ações e serviços dentro dos limites normativos pactuados (...)
(...)
Estabelecidas as regras de competência o ente municipal terá mecanismos para ressarcir-se na esfera eventual imposição judicial de prestações que sejam de competência de outra esfera do governo
(..) (DRESCH, 2016, p. 36-37).

Assim, é possível perceber que a distribuição de componentes básicos à saúde, inicialmente é destinada ao gestor público municipal, no caso de município pequeno. Vale ressaltar que as configurações e formatos da saúde são mutáveis, podendo haver pactos e responsabilidades diferentes, conforme cada caso.

5.2 O CASO DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DA LAPA/MG

5.2.1 Dados do Município de São José da Lapa

O município de São José da Lapa, tem esse nome em “razão de uma figura parecida com a imagem de São José formada pelas águas que escorria do paredão da pedra e foi oficializado pelo maestro Dumas Chalitas, em 22 de julho de 1953” (IBGE, 2021).

Em 13 de maio de 1975, conforme Lei Estadual nº 6.769, o povoado, vinculado a Cidade de Vespasiano, somente no ano de 1992, após o referendo popular, houve a transformação em município pela Lei Estadual nº 10704 de 27 de abril de 1992. Hoje a cidade de São José da Lapa, tem 24.490 mil habitantes, sua econômica vem de repasses governamentais, tem como economia local, pequenos comerciantes, as empresas de calcinação, para a maior parte da população figura como cidade dormitório.

Esta dissertação se apresenta de grande relevância uma vez que a judicialização apresenta grande impacto na gestão municipal. Inicialmente, o município entregava todo o acesso a saúde contido na determinação judicial, o esse modelo de gestão, por vezes resultava em prestar acesso a bens e serviços disponíveis em outros entes públicos, uma vez que a não entrega do medicamento resultava em bloqueio de todas as contas bancárias do município.

Durante a capacitação da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais ESP-MG, com palestras sobre Direito Sanitário, que tratavam da judicialização da saúde, foi possível perceber as demandas com judicialização do acesso a saúde no Município de São José da Lapa MG. Com esse aprendizado foi possível compreender de maneira mais clara as políticas de saúde públicas e os impactos em relação à judicialização da saúde, nesses encontros foi estudado, fatores relacionados ao aumento dos índices de judicialização. Para Dresch (2016), é necessário ventilar a PNM e as especificidades do acesso à saúde em processos de judicialização.

No ano de 2015, no Município de São José da Lapa foi implementada a estratégia de gestão pautada na PNM, utilizando como amparo técnico o laudo do NATS, esse procedimento possibilita a discussão do acesso a saúde pela ótica das políticas públicas de saúde.

A estratégia funcionava da seguinte maneira, quando o gestor recebia um ofício do Ministério Público com pedido de acesso a saúde, iniciava um estudo com base na nota técnica - NATS, elaborada pelo Núcleo de Assistência técnica da UFMG, já disponível para consulta pública, esse documento apresenta orientação técnica sobre o acesso a saúde, com informações sobre o custo e eficiência no tratamento, em relação aos medicamentos informa se o mesmo está incorporado na relação de medicamentos do SUS, qual ente público fornece, baseada na PNM.

Após análise das decisões judiciais com deferimento de tutela de urgência, foi possível perceber que todas se amparavam apenas com base na Constituição Federal e na garantia de saúde a todos como “dever do Estado”, sem análise da PNM.

Pela gestão municipal, a judicialização impactava de maneira a onerar os gastos orçamentários, visto que quando um acesso a saúde de alto custo é fornecido pelo ente municipal, não na prática reembolso. Nesse sentido para Dresch (2016).

A lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2002, regulamenta no §3º do artigo 198 da Constituição Federal dispondo sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados-membros, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde ainda fixa critérios de rateio dos recursos de transferência pela saúde e das normas de fiscalização avaliação e controle das despesas com a saúde nas três esferas do governo. Os artigos 3º e 4º da lei complementar nº 141/12 introduziram regras específicas de gastos que podem e aqueles que não podem construir despesas com ações e serviços públicos de saúde (DRESCH, 2016, p. 43-44).

Para Dresch (2016), a judicialização da saúde, impacta nas despesas, ressalta que as regras que foram pactuadas entre os entes públicos, valores econômicos, no caso do repasse para a saúde básica, bem como a repartição das responsabilidades de cada ente público, merece ser cumprida nos termos da PNM.

Ocorre que na prática, o ente municipal, que é a porta de entrada do acesso a saúde pública no Brasil, no caso em tele foi possível constar que em todos os pedidos liminares, foram deferidos em face do município, mesmo tendo medicamento de outro ente público. Por essa ótica o município encontra se sufocado, inclusive com as diversas demandas de judicialização que é compelido a fornecer acesso a saúde de outro ente público.

O acesso a saúde está assegurado de forma universal, igualitária integral, o que significa dizer que não pode haver limitação de acesso à saúde para qualquer pessoa (pobre ou rica) de qualquer medicamento ou tratamento desde que haja evidência científica e que não esteja incluído nas políticas públicas. Se houver serviço de saúde diferente, com eficiência terapêutica similar àquela pretendida, inexistente obrigação de o poder público custear o tratamento porque o sistema se rege pela igualdade (DRESCH, 2016, p. 54)

O acesso a bens e serviços trata se de um direito constitucionalmente assegurado. Entretanto, é necessário compreender as políticas para a saúde, bem como os componentes ofertados pelo SUS, por cada ente público, uma vez que os recursos para a saúde não são infinitos.

No entanto, é faz necessário, analisar a judicialização do acesso a saúde, caso a caso, com base na Política de Saúde. Para Shulze (2015), ressalta que a composição da decisão, merece levar em consideração os aspectos técnicos da saúde, é necessário amparo as Políticas de Saúde.

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 a teoria jurídica, razão pela qual a noção médica e farmacológica precisa ser observada na análise de processo judicial (SHULZE, 2015, p. 179).

A grande inovação tecnológica no campo da saúde, que apresenta constantemente novos bens e serviços, entretanto vale salientar que existem normativas, de organização de funcionamento do acesso a saúde pública e gratuita conforme descrito na Lei nº 8.080/1990.

A partir da organização da promoção da saúde pública, estabelece critérios, como por exemplo aprovação da ANVISA, Santos (2014), apresenta uma crítica a judicialização da saúde, quando promove a indústria farmacêutica e seus produtos.

Por fim, importa dizer que a judicialização da Saúde nesses últimos dez anos, marca de um lado a consciência social do direito a sua lesão e de outro lado o interesse de corporações e da indústria farmacêutica e de produtos, sem, entretanto, nunca ter sido de boa medida para o SUS. Não coibiu gestores mal-intencionados nem melhorou seu financiamento e organização e tão pouco seus serviços.

O ganho talvez tenha sido a visibilidade que esse direito passou a ter perante outros poderes da República até então aquietados para ele. Isso é um ganho sem sombra de dúvida. Retirar a saúde dos espaços dos especialistas em saúde e levá-la para toda a sociedade é um fato relevante (SANTOS, 2014, p. 155).

O acesso a saúde é uma garantia constitucional e cada ente público deve se organizar e gerir o SUS, dentro das suas competências.

Cada um dos poderes estatais deve agir, no âmbito de suas funções, para que a efetivação do direito à saúde no país, sendo que ao poder executivo compete a execução das políticas públicas sociais e econômicas que visem a efetivação do direito à saúde especialmente por meio do sistema único de Saúde (AITH, 2014, p. 102).

Todavia, por vezes o Executivo municipal vinha recebendo no período de (2015 -2018), pedidos liminares com tutela de urgência, de acesso a saúde, dentre eles pedidos de medicamentos com componentes “estratégicos e especializados”.

Dentro do plano de gestão e organização do SUS, há componentes específicos para cada ente público, bem como seu financiamento, sendo componentes de assistência básica destinado ao município e assistência excepcional e de alto custo ao ente Estadual, logo, a dispensação destes componentes deve estar amparada pela PNM.

5.2.2 Dados dos pedidos liminares e impacto financeiro

Após realizar consulta pública, foi possível constar 21 processos com pedido de acesso a saúde. A partir da leitura de cada decisão liminar, foi possível traçar algumas observações. Em 17 processos, há decisão liminar pela procedência da tutela antecipada, apenas em 4 processos, negou a tutela antecipada, entretanto posteriormente, a tutela foi deferida.

Durante os anos de 2015 a 2018, foram identificados 21 processos, sendo 17 com deferimento de tutela antecipada para acesso a saúde, com base no art. 6º e 196 CF/88, antes da implementação da estratégia, não se apresentava defesa, apenas fornecia o medicamento. Importante informar que trata se de um município pequeno, essa quantidade representa grande impacto, ainda mais porque em nenhum desses processos eram sobre a assistência básica a saúde.

Dos 21 processos, 10 eram do gênero feminino e 11 do gênero masculino, nenhum acesso a saúde era básico e 3 pedidos o ente estadual já fornecia.

Nenhuma liminar se fundamentou em políticas públicas, vale ressaltar que nas três últimas liminares houve citação no corpo do texto das informações estratégicas apresentadas pelo gestor municipal.

Percebe se algumas impressões após a utilização da estratégia do município em analisar o acesso a saúde pela ótica das políticas públicas, o judiciário vem citando essa estratégia no corpo da decisão judicial.

Em sede de Primeira Instância, houve 21 processos no ano de 2015, (0) processo em 2016, (0) processos em 2017, (0) processos em 2018. Embora não houvesse processos, durante esses anos, haviam ofícios do Ministério Público com pedido de acesso a saúde, logo, o Município apresentava resposta estratégica com base nas políticas de saúde, sempre amparado pelo laudo de nota técnica - NATS, o que possibilitava maior conhecimento técnico em relação ao caso concreto e possíveis acordos extrajudiciais.

Que indicava que 03 dos pedidos deveriam ser cumpridos pelo Ente Estadual, visto que se tratava de medicamento de alto custo descrito pela REMEMMG, como dever do Estado de Minas Gerais e disponibilizado pelas farmácias públicas do Estado.

Também se apresenta perceptível o resultado eficaz da estratégia utilizada pelo município de São José da Lapa, Minas Gerais, tanto da redução do número de pedidos liminares para saúde, uma vez que o NATS ampara à tese do município em relação ao fornecimento de acesso a saúde com base na PNM, “a valorização da medicina baseada na evidência científica serve como cenário para o desenvolvimento de diretrizes clínicas” (PORTELA, 2004).

A implementação da estratégia, pautada na PNM e amparada pelo NATS, visto que a nota técnica além de tratar de medicamentos também trata de todo o acesso a saúde, que resultou significativamente na redução no número de pedidos liminares de acesso a saúde.

Partindo do ponto de que o Município de São José da Lapa/MG durante o período de 2015 a 2018, reduziu de maneira significativa as demandas de acesso a saúde, após a implementação da estratégia que consiste em que o ente municipal promova acesso a informação em relação ao acesso a saúde, deixando clara a assistência básica à saúde como prioridade municipal. Nesse sentido, para além da PNM, também foi utilizado o NATS, que indica qual ente público deve prestar qual assistência à saúde.

Com resultado dessa estratégia, o ente estadual forneceu a demanda judicializada em (3 processos), sendo medicamentos e internações e o Ministério Público pediu desistência em (2 processos) da demanda judicializada, se tratava de medicamentos do ente estadual. Diante do estudo de caso, ficou comprovado que o Município de São José da Lapa deveria prestar a assistência básica, descrita na REMUME e o Estado de Minas Gerais deveria presta a assistência de alto custo prevista na REEMMG e onde houvesse obscuridade, a consulta ao NATS, valeria como laudo técnico, para decisão judicial.

Dito estes relatos, o Município de São José da Lapa, que figurava como polo nas ações de acesso a saúde provou com base nas políticas públicas em 5 processos judicializados que a demanda pertencia a outro ente público.

O município de São José da Lapa/MG agravou em 16 processos com pedidos liminares, todos os processos que versem sobre a judicialização do acesso a saúde

ficaram suspensos, em sobrestamento, ou seja, aguardando entendimento do Superior Tribunal de Justiça, conforme processo nº 1.0000.18.058049-0/001, ainda há processos sem sentença.

A estratégia adotada pelo município resultou em redução de 05 processos com pedido liminar, o entendimento jurisprudencial vem se consolidando de maneira a análise das políticas de medicamentos, antes mesmo, de ser compreendido como tema é de grande repercussão. Ressalta se importância da estratégia utilizada pelo município de São José da Lapa, que consistia em apresentar resposta com base nas políticas de saúde, fornecer assistência básica a saúde.

Observe o caso do medicamento “EVEROLIMOS”, foi diferente, na maior parte das vezes quando o gestor municipal recebia um pedido liminar, por temer a bloqueio das contas públicas, fornecia o pedido sem análise das políticas públicas de saúde, no caso do medicamento “Everolimus”, ao apresentar um recurso em segunda instância, com base na política pública de saúde, levou um novo olhar, que pode ser apreciado por outra ótica, nesse caso o medicamento já se encontrava na relação de medicamento do estado e com custo de R\$ 13.278.38, no ano de 2015. Para isso, o ente municipal apresentava uma nota técnica NATS, para amparar sua tese, o recurso em Segunda Instância, na maior parte das vezes, esse procedimento abriu espaço para análise mais ampla, permitindo a revisão da decisão do juízo de primeira instância.

Em análise, a estratégia utilizada pelo município de São José da Lapa – MG é possível perceber relevância, uma vez que houve êxito nas demandas em relação a redução dos processos de judicialização.

Após a utilização da estratégia o Município de São José da Lapa teve relevante impacto financeiro conforme tabela em anexo:

Processo	Acesso à saúde	Valor	Valor
5001072-78.2015.8.13.0290	PRADAXA R\$ 120,00 (dabigatrana)	R\$ 1.440,00	R\$ 1.440,00
5001293-61.2015.8.13.0290	Dabitrana R\$ 280,00 (Pradaxa),	R\$ 2.880,00	R\$ 2.880,00
5002244-55.2015.8.13.0290	RESPIRIDONA R\$ R\$ 30,00	R\$ 360,00	R\$ 360,00

5003205-93.2015.8.13.0290	cirúrgico artroplasia total primária do joelho. R\$ 20 MIL	R\$ 20.000,00	
5003209-33.2015.8.13.0290	realização do procedimento cirúrgico	R\$ 20.000,00	
		R\$ 44.680,00	R\$ 4.680,00

Diante dos dados expostos a estratégia utilizada pelo Município de São José da Lapa MG se faz pertinente uma vez que gerar impacto financeiro de maneira positiva ao gestor municipal.

5.3 SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA - STJ

O STJ é um órgão de alto poder no Judiciário, tem por missão interpretação da legislação federal brasileira, de maneira uniformizada, após os recursos contra decisões ocorrem em Primeira e Segunda Instância.

Quando há muitos processos para um determinado tema, o poder judiciário suspende o julgamento de todos os processos para unificar um entendimento em relação ao tempo.

O surgimento de muitos processos com pedidos com um mesmo assunto como o de saúde, demandando da judiciário um entendimento unificado para que em todos os processos tenham o mesmo entendimento jurídico, logo foram colocados em sobrestamento, que significa uma suspensão do processo até que se ocorra um entendimento unificado, visto que o tema da judicialização do acesso à saúde tomou grande repercussão no País, sendo julgado pelo Superior Tribunal de Justiça.

1.0290.16.004532-1/003

Apelante(s): ESTADO DE MINAS GERAIS
MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DA LAPA

Autos arquivados provisoriamente por sobrestamento 09/08/2017
(TJMG, 2021).

O Recurso Especial, julgado pelo Superior Tribunal de Justiça, apresenta alguns apontamentos para o posicionamento do poder judiciário em casos que versem sobre o assunto em questão.

Onde ficam estabelecidos alguns parâmetros para a dispensação de medicamentos judicializados. O primeiro critério, a prescrição médica e a impossibilidade financeira de arcar com o acesso a saúde. O segundo critério, os medicamentos prescritos poderão ser substituídos pelos que já são fornecidos pelo SUS. O terceiro critério desobriga o SUS a fornecer medicamento não padronizado pela lei nº 8080/1999 e alternativas terapêuticas. O quarto critério, a comprovação de insuficiência financeira, laudo médico e regulamento da ANVISA, para medicamentos não incorporados pelo SUS.

5.4 RECURSO ESPECIAL Nº 1.657.156

O Município de São José da Lapa MG, em sede de primeira instância nos autos do processo nº 00611466-68.2018.8.13.0290, teve o julgamento de um processo que versava sobre judicialização do acesso à saúde, não penas com base no art. 6º e art.196 da CF/88, mas com base do RESP n 1.657.156, que contempla além da Constituição Federal, as políticas públicas de saúde.



JUIZADO ESPECIAL DA FAZENDA PÚBLICA

PROCESSO Nº : 0061466-68.2017.8.13.0290
PROMOVENTE : MARIA DA CRUZ FIGUEIREDO GUIMARÃES
1ºPROMOVIDO : MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DA LAPA

A promovente requer que o promovido seja compelido a lhe fornecer, continuamente, os medicamentos VENLAFAXINA e LAMOTRIGINA, nos moldes que seu médico prescreveu, por estar acometida com transtorno depressivo grave com sintomas psicóticos (CID 10 F32.3). Argumenta que por ser carente de recursos financeiros, não possui meios de adquirir o medicamento e que este não vem sendo disponibilizado pelos entes públicos.

Pois bem, em abril deste ano, a 1ª Seção do Superior Tribunal de Justiça afetou o Recurso Especial 1.657.156, da relatoria do ministro Benedito Gonçalves, para julgamento pelo sistema dos recursos repetitivos, tendo delimitado a questão controvertida nos seguintes termos: obrigatoriedade de fornecimento, pelo Estado, de medicamentos não contemplados na Portaria nº 2.577/2006 do Ministério da Saúde (Programa de Medicamentos Excepcionais).

No mesmo sentido o Município de São José da Lapa MG, em sede de segunda instância nos autos do processo nº 1.0000.19.157287-4/001, teve o julgamento de um processo que versava sobre judicialização do acesso à saúde, não penas com base no art. 6º e art.196 da CF/88, mas com base do RESP n 1.657.156, que contempla além da Constituição Federal, as políticas públicas de saúde.



Poder Judiciário do Estado de Minas Gerais
Tribunal de Justiça



Nº 1.0000.19.157287-4/001

AGRAVO DE INSTRUMENTO-CV

Nº 1.0000.19.157287-4/001

AGRAVANTE(S)

AGRAVADO(A)(S)

INTERESSADO(A)S

6ª CÂMARA CÍVEL

VESPASIANO

ESTADO DE MINAS GERAIS

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO

DE MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE SAO JOSE DA LAPA

DECISÃO

Vistos.

Trata-se de recurso interposto contra a decisão proferida nos autos da Ação Civil Pública ajuizada pelo **MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS** em face do **ESTADO DE MINAS GERAIS** e do **MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DA LAPA**, que deferiu o pedido de tutela antecipada para determinar que os réus forneçam, no

O julgamento do processo na 6ª Câmara Cível de Vespasiano, é interessantíssimo uma vez que extrapola apenas a ceara constitucional e parte para uma análise das políticas públicas de medicamento, para além do RESP nº 1.657.156, relata no caso do processo nº 1.0000.19.157287-4/001, que o medicamento “risperidona” é um medicamento especializado da assistência farmacêutica expedida pela Secretaria de Estado de Saúde.

Diante de todo o exposto o julgamento do RESP n 1.657.156, afetou as demandas de judicialização do acesso a saúde no Município de São José da Lapa MG.



Poder Judiciário do Estado de Minas Gerais
Tribunal de Justiça



Nº 1.0000.19.157287-4/001

atualizada, que deverá ficar retida para recebimento mensal dos medicamentos. Defende que não é possível a fixação de multa coercitiva em face da Fazenda Pública no caso de descumprimento da determinação judicial. Assevera que é evidente a necessidade de se conferir um prazo razoável para que a medida seja cumprida. Pugna pelo provimento do recurso (documento n. 01).

A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Poder Público prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, garantindo o fornecimento de tratamento de forma gratuita para pacientes do SUS, em vista da urgência e consequências que possam acarretar sua não realização.

No caso concreto, conforme se depreende da Nota de Esclarecimento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica expedida pela Secretaria de Estado de Saúde, os fármacos Cloridrato de Metilfenidato (Ritalina) e Risperidona não são disponibilizados pelo SUS nos Programas Oficiais de Assistência Farmacêutica (documento n. 03, p. 11).

A propósito, destaco que a "obrigatoriedade do poder público de fornecer medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS" foi a matéria afetada no REsp n. 1.657.156/RJ, de relatoria do eminente MINISTRO BENEDITO GONÇALVES, tendo o colendo Superior Tribunal de Justiça firmado a seguinte tese:

(...) Constitui obrigação do Poder Público o fornecimento de medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS, desde que presentes, cumulativamente, os requisitos fixados neste julgado, a saber:

I - Comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS;

Fl. 2/5

Tratando da pauta da saúde como a obrigatoriedade do poder público de fornecer medicamentos e os seguintes requisitos, necessário como comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que

assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS, incapacidade financeira de arcar com o custo do medicamento prescrito, existência de registro do medicamento na ANVISA, observados os usos autorizados pela agência, esses são alguns requisitos tratados na decisão.

A análise para além do texto constitucional também utiliza as políticas públicas de saúde e os parâmetros necessários para sua implementação e fornecimento de maneira pública e gratuita, conforme foi discutido no Resp. nº 1.687.156

Conforme voto do relato, Ministro Benedito Gonçalves, no tema 106 do Resp n. 1.687.156, “estabelece a definição de 5 critérios para o fornecimento de medicamentos de maneira judicial”

1. Caso dos autos: A ora recorrida, conforme consta do receituário e do laudo médico (fls. 14-15, e-STJ), é portadora de glaucoma crônico bilateral (CID 440.1), necessitando fazer uso contínuo de medicamentos (colírios: azorga 5 ml, glaub 5 ml e optive 15 ml), na forma prescrita por médico em atendimento pelo Sistema Único de Saúde - SUS. A Corte de origem entendeu que foi devidamente demonstrada a necessidade da ora recorrida em receber a medicação pleiteada, bem como a ausência de condições financeiras para aquisição dos medicamentos.
2. Alegações da recorrente: Destacou-se que a assistência farmacêutica estatal apenas pode ser prestada por intermédio da entrega de medicamentos prescritos em conformidade com os Protocolos Clínicos incorporados ao SUS ou, na hipótese de inexistência de protocolo, com o fornecimento de Medicamentos constantes em listas editadas pelos entes públicos. Subsidiariamente, pede que seja reconhecida a possibilidade de substituição do medicamento pleiteado por outros já padronizados e disponibilizados.
3. Tese afetada: Obrigatoriedade do poder público de fornecer medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS (Tema 106). Trata-se, portanto, exclusivamente do fornecimento de medicamento, previsto no inciso I do art. 19-M da Lei n. 8.080/1990, não se analisando os casos de outras alternativas terapêuticas.
4. TESE PARA FINS DO ART. 1.036 DO CPC/2015
A concessão dos medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS exige a presença cumulativa dos seguintes requisitos:
(i) Comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS;
(ii) incapacidade financeira de arcar com o custo do medicamento prescrito;
Superior Tribunal de Justiça
(iii) existência de registro na ANVISA do medicamento (BRASIL, 2017).

Em sede de análise do referido pleito nos termos do Código de Processo Civil se faz necessário algumas comprovações como a insuficiência das políticas públicas, apresentadas pelos entes públicos:

(f) nos termos do art. 373, I, do CPC/2015 (antigo art. 333, I, do CPC/1973), compete à parte autora a comprovação da insuficiência da política pública e a efetiva necessidade de que o tratamento seja feito com o uso dos RECURSO ESPECIAL Nº 1.657.156 - RJ (2017/0025629-7) efeitos 2018 (BRASIL, 2017).

Tendo em vista os recursos, abordados no Resp 1.657.156 RJ que apresentaram repercussão geral, similaridade nas questões discutidas, qual seja, o acesso a saúde, a meta 7 do Conselho Nacional de Justiça impõe que os recursos repetitivos sejam julgados no prazo de 180 dias. Conforme Resp 1.657.156 RJ, (BRASIL, 2017, p.10), traz a informação da “existência de 8.841 processos suspensos nos Tribunais locais e regionais”, aguardando julgamento, todos esses pontos apresentam influência na repercussão do referido julgado uma vez que servirá de base para os demais.

Conforme voto do relato, Ministro Benedito Gonçalves, no tema 106 do Resp n. 1.687.156, “estabelece a definição de 5 critérios para o fornecimento de medicamentos de maneira judicial
SOBRE AS REPERCUSSÕES GERAIS RECONHECIDAS NO STF

Imperioso que se diga, desde já, que não se desconhece que a questão em análise neste recurso especial representativo de controvérsia guarda certa similitude com o que o Supremo Tribunal Federal está apreciando, em sede de repercussão geral no RE 566.471/RN ("Dever do Estado de fornecer medicamento de alto custo a portador de doença grave que não possui condições financeiras para comprá-lo") e no RE 657.718/MG ("Dever do Estado de fornecer medicamento não registrado pela ANVISA").

Não há, contudo, impedimento para que se prossiga o julgamento do repetitivo, pelos seguintes motivos:

- a) Ambos os recursos extraordinários tiveram repercussão geral reconhecida na vigência do CPC/1973 (RE 566.471/RN, em 15/11/2007; e RE 657.718/MG, em 17/11/2011) e não houve a determinação de suspensão dos feitos em todos os tribunais pátrios. Inaplicável, pois, o disposto no 1.037, II, do CPC/2015. Desse modo, conforme jurisprudência sedimentada desta Corte Superior de Justiça na vigência do CPC/1973, a existência de repercussão geral reconhecida pelo STF não obsta o julgamento de recursos especiais, ainda que sob a chancela dos recursos repetitivos, no âmbito do STJ. É o que se verifica nos seguintes julgados: REsp 1.143.677/RS, Rel. Ministro Luiz Fux, Corte Especial, DJe 4/2/2010; REsp 1.396.488/SC, Rel. Ministro Humberto Martins, Primeira Seção, DJe 17/3/2015; REsp 1.203.244/SC, Rel. Ministro Herman Benjamin, Primeira Seção, DJe 17/6/2014.
- b) Não obstante a existência da similitude entre as questões discutidas, há que se destacar que elas não são idênticas. Os temas tratados nas repercussões gerais restringem-se aos medicamentos não aprovados na ANVISA (RE 657.718/MG) e aos medicamentos de alto custo (RE 566.471/RN). Aqui, o tema afetado ao rito dos repetitivos é mais abrangente. Discute-se a possibilidade de impor aos entes federados o fornecimento de medicamento não incorporado ao Sistema Único de Saúde – SUS, por meio

de seus atos normativos, ou seja, pode estar ou não aprovado pela ANVISA, pode ser de alto custo ou não. Ademais, o tema repetitivo examina as disposições da Lei federal n. 8.080/1990 e dos atos normativos nela embasados, isto é, possui nítido contorno infraconstitucional, amoldando-se, pois, aos permissivos contidos na alínea "a" do inciso III do art. 105 da Constituição da República.

c) A meta 7 do Conselho Nacional de Justiça impõe que os recursos repetitivos sejam julgados no prazo de 180 dias.

d) A existência de 8.841 processos suspensos nos Tribunais locais e regionais, aguardando o presente julgamento (conforme informação contida no sítio http://www.stj.jus.br/repetitivos/temas_repetitivos/pesquisa.jsp e colhida em 26/9/2017).

Evidencia-se, portanto, não ser o caso de suspensão do julgamento do presente recurso especial a fim de aguardar o término dos julgamentos dos casos com repercussão geral pelo STF.

RECURSO ESPECIAL Nº 1.657.156 - RJ (2017/0025629-7) (BRASIL, 2017)

Nesse prisma, se percebe, que a judicialização do acesso à saúde, tornou-se tema de grande repercussão, no Brasil, sendo assim o Superior Tribunal de Justiça, por meio de um entendimento sólido sobre o tema que deverá ser utilizado em toda a esfera nacional, apresenta seu posicionamento, no tema 106 STJ:

A concessão dos medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS exige a presença cumulativa dos seguintes requisitos:

- i) Comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS;
- ii) incapacidade financeira de arcar com o custo do medicamento prescrito;
- iii) existência de registro do medicamento na ANVISA, observados os usos autorizados pela agência. Tese definida no acórdão dos embargos de declaração publicado no DJe de 21/9/2018 (BRASIL, 2018).

O entendimento do STJ consolida em acordo o posicionamento no sentido de conceder medicamentos não incorporados pelo SUS, mediante os requisitos de comprovação, por meio de laudo médico, comprovação de insuficiência financeira e registro na ANVISA:

O Conselho Nacional de Justiça promoveu duas Jornadas de Direito da Saúde, a fim de debater os problemas inerentes à judicialização do direito à saúde, apresentando enunciados sobre o tema.

Vale destacar, acerca do entendimento expendido, o Enunciado 14 da I Jornada de Direito da Saúde, in verbis:

"ENUNCIADO N.º 14

Não comprovada a inefetividade ou impropriedade dos medicamentos e tratamentos fornecidos pela rede pública de saúde, deve ser indeferido o pedido não constante das políticas públicas do Sistema Único de Saúde".

Assim, considero imprescindível a demonstração da ineficácia, para o tratamento da doença do paciente, dos fármacos disponibilizados pelo SUS. TESE JURÍDICA FIRMADA (ART. 104-A, III, DO RISTJ)

Proponho, pois, se acrescentar, na tese fixada, a necessidade de demonstração, no laudo médico, de ineficácia, para a moléstia do paciente, da medicação disponibilizada pelo SUS, ficando ela assim redigida:

"A concessão dos medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS exige a presença cumulativa dos seguintes requisitos:

(i) Comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS;

(ii) incapacidade financeira de arcar com o custo do medicamento prescrito;

(iii) existência de registro na ANVISA do medicamento".

Modulação dos efeitos

Acompanho o Relator, quanto à modulação de efeitos proposta, em face do interesse social e a fim de se evitar insegurança jurídica.

SOLUÇÃO DADA AO CASO CONCRETO (ART. 104-A, IV, DO RISTJ)

No exame do caso concreto, rejeito a alegada violação ao art. 1.022 do CPC/2015, porquanto o acórdão recorrido não incorreu em qualquer omissão – como ora alega a parte recorrente –, uma vez que o voto condutor do julgado apreciou, fundamentadamente, todas as questões necessárias à solução da lide, dando-lhes, contudo, solução jurídica diversa da pretendida pelo recorrente.

Também não há se falar em violação à cláusula de reserva de plenário, porquanto o acórdão recorrido não declarou a inconstitucionalidade de dispositivos legais da Lei 8.080/90, mas apenas realizou a interpretação das normas infraconstitucionais aplicáveis ao caso concreto.

Com efeito, consoante a jurisprudência do STJ, "considerando que não houve declaração de inconstitucionalidade do dispositivo legal suscitado, tampouco o afastamento deste, mas tão somente a interpretação do direito infraconstitucional aplicável à espécie, não há que se falar em violação à cláusula de reserva de plenário prevista no art. 97 da Constituição Federal e muito menos à Súmula Vinculante 10 do STF" (STJ, AgRg no AREsp 347.337/RS, Rel. Ministro BENEDITO GONÇALVES, PRIMEIRA TURMA, DJe de 21/11/2013).

Registrou o acórdão recorrido que restou comprovada, por receituário e laudo médico expedidos por profissional do SUS, a moléstia de que padece a autora, bem como a necessidade de ela receber a medicação postulada, além de comprovada a sua hipossuficiência, pelo que, na forma da jurisprudência do STJ, deve ser mantida a condenação, mesmo porque entendimento em contrário, quanto a tais premissas fáticas, encontraria óbice na Súmula 7/STJ. Pelo exposto, no caso concreto, nego provimento ao Recurso Especial do Estado do Rio de Janeiro.

CONCLUSÃO

Em conclusão, acompanho o eminente Relator, Ministro BENEDITO GONÇALVES, na fixação da tese jurídica, com o acréscimo sugerido quanto à necessidade de comprovação da ineficácia, para o tratamento da moléstia do paciente, dos fármacos disponibilizados pelo SUS, bem como na conclusão para o caso concreto, negando provimento ao Recurso Especial do Estado do Rio de Janeiro.

É como voto. Documento: 1641175 - Inteiro Teor do Acórdão - DJe: 04/05/2018 (BRASIL, 2018).

Nesse diapasão, fica claro o sobrestamento em mais de 8.841, mil recursos extraordinários que versam sobre a saúde. Esses processos encontram-se suspensos aguardando um entendimento geral sobre o tema que se encontra registrado no Resp 1.657.56/RJ, que determina algumas regras antes de judicializar o acesso à saúde,

qual seja, laudo consubstanciados, incapacidade financeira e medicamento autorizado pela ANVISA.

Pelo prisma das políticas públicas, esse entendimento apresenta grande conquista para o gestor da saúde. O presente julgado buscou enfatizar foi a o entendimento já praticado pelo Município de São José da Lapa/MG, desde o ano de 2015, agora no ano de 2018, foi pacificado, pelo Superior Tribunal de Justiça - STJ, no tema saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A judicialização é um tema relativamente novo, que ainda irá ser pauta de muitos estudos e jurisprudências. O acesso à saúde, começou a ser desenhado nas convenções da saúde até chegar ao modelo da Constituição Federal de 1988, nessa ocasião houve uma grande ampliação de direitos de acesso a saúde pública. Para além do direito à saúde, é necessária uma agenda de políticas públicas que consistam na formulação e execução de políticas que assegurem a universalidade e a equidade no acesso a saúde.

O município de São José da Lapa, em Minas Gerais, emancipado em 1992, ao receber pedidos liminares relacionados ao acesso à saúde, adimplia a todos, entretanto, em longo prazo, esse procedimento acarretava a extrapolação da dotação orçamentária processual. Assim, foi constatado que o fornecimento do acesso a saúde por meio de pedido liminar, estava destoante da Política Nacional de Medicamentos – PNM, uma vez que determina que cada ente público dispense um tipo específico de acesso a saúde.

Diante do aumento de pedidos judiciais que tratassem sobre bens e serviços, o Município de São José da Lapa, a partir do ano de 2015, desenvolveu uma estratégia de cumprimento de decisões judiciais fundamentada na PNM, com objetivo de fornecer os medicamentos pactuados pelo SUS. Esse procedimento possibilitava a redução dos pedidos judiciais.

No âmbito judicial, os pedidos judiciais de medicamentos, representam causa de grande repercussão. No ano de 2018, foi pacificado pelo Superior Tribunal de Justiça - STJ, o entendimento único em relação ao fornecimento de bens e serviços a saúde, que deveriam se submeter à PNM, visto que já havia normatizado os requisitos para fornecer bens e serviços de saúde pactuados pelo SUS.

Nesse sentido, fornecer os medicamentos que constem na Relação Nacional de Medicamentos - RENAME é o resultado de política pública, bem como a pacificação desse entendimento pelo STJ.

No percurso desse estudo, foi possível perceber que o entendimento sumulado do STJ, reafirmou a “estratégia” que estava sendo utilizada pelo município de São José da Lapa/MG, confirmando sua sintonia com a PNM, visto que a estratégia consistia em fornecer apenas os bens e serviços pactuados pelo SUS.

A saúde como uma conquista de um direito social é um grande avanço, a assistência à saúde passou por diversos momentos, até chegar no modelo como conhecemos hoje, “SUS”.

Inicialmente o acesso à saúde era destinado apenas uma parcela da população que tinha vínculo de trabalho. A Constituição Federal de 1988 instituiu a universalidade, tornando o sistema de acessível a todos.

Após análise das políticas públicas e da PNM, este estudo tem por objetivo apresentar a estratégia utilizada pelo município resultou em redução dos pedidos liminares de acesso à saúde no município de São José da Lapa/MG, no período de 2015 a 2018.

A postura de estratégica apresenta base nas políticas de públicas de saúde e resultou na diminuição das demandas de fornecimento de bens e serviços da saúde, observou-se que 05 processos de responsabilidade ente estadual.

A estratégia de questionar a decisão pedido liminar que deixou de observar a política pública de saúde, possibilitou ao gestor municipal prestar a assistência à saúde pactuada entre os entes públicos, em conformidade com as políticas públicas de saúde.

Quando se judicializa, sem observar os princípios do SUS e as políticas públicas de saúde, há prejuízo, visto que fere o princípio a universalidade do acesso a saúde.

O presente estudo se faz pertinente, para contribuir com outros municípios pequenos que prestem à assistência básica a saúde, no sentido de reduzir os pedidos liminares de acesso à saúde que já esteja pacificado no SUS, para outro ente público.

No ano de 2018 o STJ, julgou o tema 109, que trata de judicialização do acesso a saúde, apresentando um entendimento de que cada ente público deveria prestar a assistência à saúde pactuada, e que ao judicializar seria necessário que o juízo levasse em consideração os regramentos do SUS, como por exemplo, em casos de medicamentos, a prescrição deveria ser com base no princípio ativo, análise das RENAME, REMEMG, REMUME, bem como suporte no NAT's.

Este estudo apresenta a estratégia utilizada pelo Município de São José da Lapa MG em prestar a assistência básica à saúde com base na REMUME, amparada pelo NAT's, esse procedimento que já vinha sendo utilizado no ano de 2015, foi pacificado pelo STJ, no julgamento do tema, no ano de 2018.

REFERÊNCIAS

ACESSO. In: Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [on-line], 2008-2021. Disponível em <<https://dicionario.priberam.org/acesso>>. Acesso em 30 out 2021.

AITH, Fernando et al. Os princípios da universalidade e integralidade do SUS sob a perspectiva da política de doenças raras e da incorporação tecnológica. **Revista de Direito Sanitário**, v. 15, n. 1, p. 10-39, 2014.

ALMEIDA, Célia. Os modelos de reforma sanitária dos anos 80: uma análise crítica. **Saúde e Sociedade**, v. 5, p. 3-53, 1996.

ARAÚJO, Kammilla Eric Guerra de; QUINTAL, Carlota Maria Miranda. A judicialização do acesso aos medicamentos em belo horizonte: uma questão sobre equidade. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, v. 8, n. 3, 2018. Disponível em: <<https://www.publicacoes.uniceub.br/RBPP/article/view/5689/pdf>> Acesso em: 05 maio de 2021

AROUCA, Sérgio. **Reforma sanitária**. Rio de Janeiro, 1998. Disponível em: <<https://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>> Acesso em 27 set. 2020

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Histórias das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde.**, p. 29-60, 2007.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p

BERMUDEZ, J. A. Z.; OLIVEIRA, M. A.; LUIZA, V. L. Assistência Farmacêutica. In: GIOVANELLA, L. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, cap. 21. p. 761-793. 2008

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, Rosangela Maria. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 30, p. 380-398, 1996.

BOBBIO, Norberto. **Era dos direitos**. Elsevier Brasil, 2004.

BOSSERT, Thomas; LARRAÑAGA, Osvaldo; RUIZ MEIR, Fernando. Decentralization of health systems in Latin America. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 8, p. 84-92, 2000. Disponível em <<https://www.scielosp.org/article/rpsp/2000.v8n1-2/84-92/en/>> Acesso em: 31 mai. 2020.

BRASIL (Império). **Lei nº 3.353 de maio de 1888 (Lei Áurea)**. Declara extinta a escravidão no Brasil. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/LIM3353.htm>. Acesso em 27 jun. 2020.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 6 abr 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em 09 Mai 2021

BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório final**. Brasília, 1986. Disponível em < <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>> Acesso em 27 set 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, p. 1, 1999. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9787.htm> Acesso em 09 Mai 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.916 de 30 de outubro de 1998. Dispõe sobre a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html> Acesso em: 13 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.047, de 28 de novembro de 2019. Estabelece a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename 2020 no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da atualização do elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename 2018. **Diário Oficial Da União**, Edição: 231, Seção: 1, Página: 334, 29/11/2019, Brasília. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-3.047-de-28-de-novembro-de-2019-230549540>> Acesso em 10 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename 2020**. Brasília, 2019. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_medicamentos_rename_2020.pdf> Acesso em 10 abr. 2021.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial Nº 1.657.156 - RJ (2017/0025629-7) Relator: MINISTRO BENEDITO GONÇALVES - Segunda Turma. **Diário de Justiça Eletrônico**, Brasília, 26 de abril, 2017. Disponível em: <<https://www.tjce.jus.br/wp-content/uploads/2016/11/RECURSO-ESPECIAL-N%C2%BA-1.657.156-RJ-DECIS%C3%83O-AFETA%C3%87%C3%83O->

SUSPENS%C3%83O-DOS-PROCESSOS-QUE-TRATEM-DE-FORNECIMENTO-DE-MEDICAMENTOS-N%C3%83O-INCORPORADOS-NO-SUS.pdf>. Acesso em: 25 de novembro de 2021.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Tema com acordo de mérito publicado. TEMA 106. Processo(s): REsp 1.657.156/RJ. Relator: Min. Benedito Gonçalves. **Boletim de precedentes**, nº 8. Brasília, Data da publicação do acórdão: 4/5/2018. Disponível em:<https://www.stj.jus.br/static_files/STJ/Processos/Recursos%20repetitivos/8_boletim_precedentes_stj.pdf> acesso em 17 de setembro de 2021.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estudos avançados**, v. 27, p. 7-26, 2013.

COHN, Amélia. Caminhos da reforma sanitária. **Lua Nova: revista de cultura e política**, p. 123-140, 1989. Disponível em <<https://www.scielo.br/pdf/ln/n19/a09n19.pdf>>, Acesso em 31 mai. 2020.

DRESCH, Renato Luís. Judicialização da saúde no Brasil, regulação, avanços e perspectivas. **C3**, v. 87, p. C3, 2016. Disponível em:<<http://www.tjmt.jus.br/INTRANET.ARQ/CMS/GrupoPaginas/126/1127/JUDICIALIZA%C3%87%C3%83O-DA-SA%C3%9ADE-NO-BRASIL-REGULA%C3%87%C3%83O-AVAN%C3%87OS-E-PERSPECTIVAS.pdf>> Acesso em: 14 set 2021.

FIGUEIREDO NETO, Manoel Valente et al. O processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde brasileiro e as novas perspectivas. **Âmbito Jurídico, Rio Grande, XIII**, n. 76, 2010. Disponível em <<https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-76/o-processo-historico-de-construcao-do-sistema-unico-de-saude-brasileiro-e-as-novas-perspectivas>> Acesso em: 27 set 2020.

FREY, Klaus. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e políticas públicas**, n. 21, 2009.

GIOVANNI, G. As estruturas elementares das políticas públicas: Caderno de Pesquisa N. 82. **Campinas: Universidade Estadual De Campinas–UNICAMP**, 2009. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=105472> Acesso em 24 abr. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA – IBGE - Anuário Estatístico do Brasil. 1960. Ano XXI, **Conselho Nacional de Estatística do IBGE** – Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/20/aeb_1960.pdf> Acesso em 14 out 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA – IBGE – São José da Lapa Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/sao-jose-da-lapa/panorama>> Acesso em 14 out 2021.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Configuração Institucional e o papel dos Gestores no Sistema Único de Saúde. In: Matta GC, Pontes ALC, organizadores. **Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, p. 139-162, 2007.

MAGARINOS-TORRES, Rachel et al. Medicamentos essenciais e processo de seleção em práticas de gestão da Assistência Farmacêutica em estados e municípios brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 3859-3868, 2014. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/csc/a/JBGHpsVVsRTPYkRHM6hZPL/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em 31 out 2021.

MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lucia de Moura (Org.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, p. 61-80, 2007. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde).

MATTOS, Ruben Araújo de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, p.39-64, 2001.

NUNES, Everardo Duarte. Sobre a história da saúde pública: ideias e autores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, p. 251-264, 2000.

OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; BERMUDEZ, Jorge Antônio Zepeda; OSÓRIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa. **Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2007.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 21, p. 15-36, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>> Acesso em 27 set. 2020.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG**, v. 35, p. 01-35, 2001. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf> Acesso em: 07 jun. 2020.

PORTELA, Margareth Crisóstomo. Diretrizes clínicas como instrumento de melhoria da qualidade da assistência suplementar: o papel da Agência Nacional de Saúde. *Regulação & Saúde: Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003*, p. 177-210, 2003.

RUA, M. G. Análise de políticas públicas: conceitos básicos. In: RUA, M. G.; CARVALHO, M. I. V. (org.). **O estudo da política: tópicos selecionados**. Brasília: Paralelo 15, 1998. Coleção Relações Internacionais e Política.

RUA, Maria das Graças; ROMANINI, Roberta. **Para aprender políticas públicas. Volume 1: conceitos e teorias**. Brasília: IGEPP, 2013. 147 p. Disponível em: <<https://www.univali.br/pos/mestrado/mestrado-em-gestao-de-politicas-publicas/processo-seletivo/SiteAssets/Paginas/default/RUA.pdf>>. Acesso em 14 ago. 2021.

SANTOS, Nelson Rodrigues. A Reforma Sanitária e o SUS: tendências e desafios após 20 Anos. **Rev. Saúde em Debate**, nº 81, v.33, 2009. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/A_REFORMA_SANITARIA_E_SUS_TENDENCIAS_E_DESAFIOS03_10.pdf> Acesso em 27 set 2020.

SAÚDE PÚBLICA. In: Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [on-line], 2008-2021. Disponível em: <<https://dicionario.priberam.org/sa%C3%BAde>> Acesso em 30 out 2021.

SAÚDE. In: Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [on-line], 2008-2021. Disponível em: <<https://dicionario.priberam.org/sa%C3%BAde>> Acesso em 30 out 2021.

SCHULZE, Clenio Jair. Judicialização da saúde: importância do conjunto probatório e da oitiva do gestor. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. **Coleção Para Entender a Gestão do SUS – 2015**. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASS-DIREITO_A_SAUDE-ART_12B.pdf> Acesso em 12 set 2021.

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS – SES-MG. **Relação de Medicamentos Essenciais do Estado de Minas Gerais - REMEMG 2021**. Disponível em: <<https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/REMEMG%202021%20Cidad%C3%A3o.pdf>> Acesso em 07 jun. 2021.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, p. 20-45, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>> Acesso em 30 out 2021.

STUCKERT, Ricardo, Com Lula e Dilma, Saúde teve investimento histórico Disponível em: < <https://institutolula.org/com-lula-e-dilma-o-sus-foi-fortalecido-e-saude-teve-investimento-historico>> Acesso em 15 ago 2021.

UFMG. Hospital das Clínicas. Núcleo de Avaliação de tecnologia em Saúde. **Resposta rápida 104/2013.** NATS 104/2013 Ticagrelor. Solicitante: Marly Gonçalves Pinto, Oficial de Apoio Judicial B – Escrivão Judicial, Comarca de Claudio/MG. Processo 166.13.000967-2, Belo Horizonte, 11/06/2013. Disponível em: <<https://bd.tjmg.jus.br/jspui/bitstream/tjmg/5285/1/NATS%20RR%20104%202013%20-%20Ticagrelor%20%281%29.pdf>> Acesso em 15 Jun. 2020.

UFMG. Hospital das Clínicas. Núcleo de Avaliação de tecnologia em Saúde. **Resposta rápida 144/2014.** NATS 144/2014 Praxada. Solicitante: Dr. Henrique Mendonça Schwartzman, Juiz de Direito da 2ª Vara Cível da Comarca de Itabira. Processo 0317.14.004289-4, Belo Horizonte, 21/03/2014. Disponível em: <<https://bd.tjmg.jus.br/jspui/bitstream/tjmg/5670/1/RR%20NATS%20144%20Pradaxa%202014.pdf>> Acesso em 15 Jun. 2020.

VACCARO, Stefania Becattini; VASCONCELOS, Leonardo Torres; BORGES, Livia Furtado. A Responsabilidade do Judiciário na efetividade do Direito à Saúde. **Perspectivas em Políticas Públicas**, v. 11, n. 21, p. 201-221, 2018. Disponível em: <<http://revista.uemg.br/index.php/revistappp/article/view/2892/1601>>. Acesso em 07 jun. 2020.

VERBICARO, Loiane Prado. Um estudo sobre as condições facilitadoras da judicialização da política no Brasil: a study about the conditions that make it possible. **Revista Direito GV**, v. 4, p. 389-406, 2008. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/rdgv/a/xw8SQHNmZc7PHw7hzzjdZbC/?lang=pt>>. Acesso em 12 set 2021.

ANEXO I

PROCESSOS EM PRIMEIRA INSTÂNCIA

N	Número	Data	Acesso a Saúde	Autor	Tutela
1.	5000119-17.2015.8.13.0290	04/05/2015	Exame de Eletroretinograma	NEIDE APARECIDA ROBSON	SIM
2.	5000213-62.2015.8.13.0290	12/05/2015	exames de PROPEDEÚTICA e de TROMBOFILIA	ANDREA DE SOUSA RODRIGUES	SIM
3.	5000223-09.2015.8.13.0290	12/05/2015	medicamento ACIDO URSODEXOLICÓLICO 300mg	MARIA DE FÁTIMA DE S. O. FERREIRA	SIM
4.	5000304-55.2015.8.13.0290	19/05/2015	750 ml da dieta ao dia, o que equivale a 21 L da dieta ao mês (11 latas ao mês).	KEVERSON OLIVEIRA NONATO	SIM
5.	5000441-37.2015.8.13.0290	01/06/2015	internação com intubação orotraqueal e uso de ventilação mecânica	ODETE FERREIRA BARBOSA (AUTOR)	SIM
6.	5000692-55.2015.8.13.0290	18/06/2015	INSULINA LEVEMIR (05 UI/ dia)	LUIZ EDUARDO SILVA MONGE	SIM
7.	5000714-16.2015.8.13.0290	19/06/2015	CAVERDILOL, FINESTERIDA, DOXASOZINA (Duomo), DRUSOLO, BRIMONIDINA E TRAVATAN	GRIGORIO ALVES	SIM
8.	5000818-08.2015.8.13.0290	26/06/2015	tratamento cirúrgico para melhora do formato do crânio e para prevenção de hipertensão intracraniana e sequelas neurológicas futuras	NICOLAS ELEAKIN SIMÕES MENDES DE BARROS	SIM
9.	5001072-78.2015.8.13.0290	29/11/2019	PRADAXA (dabigatrana)	AMÉRICO MENDES DA COSTA	NÃO com base na estratégia
10.	5001141-13.2015.8.13.0290	20/07/2015	EVEROLIMUS 5mg/dia	MEIRE DA CONCEIÇÃO DE AQUINO	SIM
11.	5001293-61.2015.8.13.0290	29/07/2015	Dabitrana 150+150 (Pradaxa),	JOSE ILARIO VENANCIO	NÃO com base na estratégia

12.	5001344-72.2015.8.13.0290	31/07/2015	internação compulsória do paciente em clínica especializada	ALVERINO AUGUSTO DE CARVALHO	SIM
13.	5001346-42.2015.8.13.0290	31/07/2015	TICAGRELOR 90 mg	VALMIR MONTEIRO CAMPOS	SIM
14.	5001849-63.2015.8.13.0290	2015 e Jesp 20/02/2019	exame OCT	ALICE SANTOS ALVARENGA	SIM
15.	5002076-53.2015.8.13.0290	21/09/2015	internação compulsória para tratamento de álcool em clínica especializada	DEUZA APARECIDA MOTA	SIM
16.	5002244-55.2015.8.13.0290	29/09/2015	RESPIRIDONA	GRASIELE CRISTINA TEIXEIRA	SIM, com citação da estratégia
17.	5002750-31.2015.8.13.0290	14/10/2015 JESP30/10/2017	Gabapentina 400mg	ROSILENE VAZ LOBATO	Sim, com observação a estratégia
18.	5003205-93.2015.8.13.0290	03/11/2015 JESP11/07/2019	cirúrgico artroplasia total primária do joelho.	CARLOS ANTONIO DE SOUZA	NÃO
19.	5003209-33.2015.8.13.0290	03/11/2015	realização do procedimento cirúrgico	JOSE GOMES JUNIOR	Não, intimado a contestar, conciliar
20.	5003755-88.2015.8.13.0290	16/12/2015	Internação compulsória	EDGARD DA CRUZ FONTOURA	SIM
21.	5000152-07.2015.8.13.0290	11/07/2018	exame Pet oncológico (FDG–PET/tomografia computadorizada),	CHRISTIANE CAROLINE FERNANDES EGUARDINO	SIM

Em 21 processos com pedidos liminares, em 17 a tutela foi deferida sem a análise do mérito.

ANEXO II

PROCESSOS EM SEGUNDA INSTÂNCIA

N	Número	Acesso a Saúde	Autor	Recuso
1	1.0000.18.1009 77-0/001	Exame de Eletroretinograma	NEIDE APARECIDA ROBSON	Sim declinou competência
2	1.0000.17.0372 61-9/001	exames de PROPEDEÚTICA e de TROMBOFILIA	ANDREA DE SOUSA RODRIGUES	Sim
3	1.0000.20.0818 21-9/001	medicamento ACIDO URSODEXOLICÓLICO 300mg	MARIA DE FÁTIMA DE S. O. FERREIRA	Sim Declinou comp
4	1.0000.15.0522 36-5/001	750 ml da dieta ao dia, o que equivale a 21 L da dieta ao mês (11 latas ao mês).	KEVERSON OLIVEIRA NONATO	Sim Manteve
5	5000441- 37.2015.8.13.0 290	internação com intubação orotraqueal e uso de ventilação mecânica	ODETE FERREIRA BARBOSA (AUTOR)	Não
6	1.0290.15.0110 88-7/002	INSULINA LEVEMIR (05 UI/ dia)	LUIZ EDUARDO SILVA MONGE	Sim
7	5000714- 16.2015.8.13.0 290	CAVERDILOL, FINESTERIDA, DOXASOZINA (Duomo), DRUSOLO, BRIMONIDINA E TRAVATAN	GRIGORIO ALVES	Não
8	1.0000.18.0215 96-4/001	tratamento cirúrgico para melhora do formato do crânio e para prevenção de hipertensão intracraniana e sequelas neurológicas futuras	NICOLAS ELEAKIN SIMÕES MENDES DE BARROS	Sim
9	1.0000.16.0066 59-3/001	PRADAXA (dabigatrana)	AMÉRICO MENDES DA COSTA	Sim, não houve deferimento de tutela Ventilou ressarcimento

10	1.0000.15.0663 41-7/002	EVEROLIMUS 5mg/dia	MEIRE DA CONCEIÇÃO DE AQUINO	Sim, decisão com base na PNM 11SES fornecer mensal de cerca de R\$13.278, 38 reais
11	5001293- 61.2015.8.13.0 290	Dabitrana 150+150 (Pradaxa),	JOSE ILARIO VENANCIO	Não
12	5001344- 72.2015.8.13.0 290	internação compulsória do paciente em clínica especializada	ALVERINO AUGUSTO DE CARVALHO	Não
13	5001346- 42.2015.8.13.0 290	TICAGRELOR 90 mg	VALMIR MONTEIRO CAMPOS	Não Paciente desistiu
14	1.0000.18.0970 27-9/001	exame OCT	ALICE SANTOS ALVARENGA	Sim, Declinou competênci a
15	5002076- 53.2015.8.13.0 290	internação compulsória para tratamento de álcool em clínica especializada	DEUZA APARECIDA MOTA	Não
16	1.0000.15.0863 91-8/002	RISPIRIDONA	GRASIELE CRISTINA TEIXEIRA	Sim, ventilou PNM
17	1.0000.15.0957 25-6/001	Gabapentina 400mg	ROSILENE VAZ LOBATO	Sim, declarou incompetê ncia
18	1.0000.18.1373 74-7/001	cirúrgico artroplasia total primária do joelho.	CARLOS ANTONIO DE SOUZA	SIM REMETEU AO JESP
19	5003209- 33.2015.8.13.0 290	realização do procedimento cirúrgico	JOSE GOMES JUNIOR	NÃO
20	5003755- 88.2015.8.13.0 290	Internação compulsória	EDGARD DA CRUZ FONTOURA	NAO
21	5000152- 07.2015.8.13.0 290	exame Pet oncológico (FDG–PET/tomografia computadorizada),	CHRISTIANE CAROLINE FERNANDES EGUARDINO	Não

ANEXO III

PROCESSOS EM SITUAÇÃO DO PROCESSO

N	Acesso a Saúde	Autor	Situação
1	Exame de Eletroretinograma	NEIDE APARECIDA ROBSON	Processo ativo
2	exames de PROPEDEÚTICA e de TROMBOFILIA	ANDREA DE SOUSA RODRIGUES	Processo arquivado exame realizado pelo Município
3	medicamento ACIDO URSODEXOLICÓLICO 300mg	MARIA DE FÁTIMA DE S. O. FERREIRA	Processo ativo, Declinou competência
4	750 ml da dieta ao dia, o que equivale a 21 L da dieta ao mês (11 latas ao mês).	KEVERSON OLIVEIRA NONATO	Processo arquivado, fornecido pelo Município
5	internação com intubação orotraqueal e uso de ventilação mecânica	ODETE FERREIRA BARBOSA	Processo arquivado, falecimento
6	INSULINA LEVEMIR (05 UI/ dia)	LUIZ EDUARDO SILVA MONGE	Processo ativo, declinou competência JESP, em sentença informou o valor R\$ 94,94
7	CAVERDILOL, FINESTERIDA, DOXASOZINA (Duomo), DRUSOLO, BRIMONIDINA E TRAVATAN	GRIGORIO ALVES	Processo arquivado, falecimento
8	tratamento cirúrgico para melhora do formato do crânio e para prevenção de hipertensão intracraniana e sequelas neurológicas futuras	NICOLAS ELEAKIN SIMÕES MENDES DE BARROS	Processo arquivado, sentença solidária,
9	PRADAXA (dabigatrana)	AMÉRICO MENDES DA COSTA	Processo arquivado, JESP declinou competência da justiça Federal

10	EVEROLIMUS 5mg/dia	MEIRE DA CONCEIÇÃO DE AQUINO	Processo arquivado, Acórdão com base na PNM para SES fornecer mensal de cerca de R\$13.278,38 reais, prejudicado em função da mudança de endereço da paciente.
11	Dabitrana 150+150 (Pradaxa),	JOSE ILARIO VENANCIO	Processo arquivado, desistência pelo MP, visto que o medicamento similar ofertado pelo município surtiu efeito.
12	internação compulsória do paciente em clínica especializada	ALVERINO AUGUSTO DE CARVALHO	Processo arquivado, peticionado apenas contra o Município.
13	TICAGRELOR 90 mg	VALMIR MONTEIRO CAMPOS	Processo arquivado. Paciente desistiu
14	Exame OCT	ALICE SANTOS ALVARENGA	Sim, Declinou competência
15	Internação compulsória para tratamento de álcool em clínica especializada	DEUZA APARECIDA MOTA	Não
16	RISPIRIDONA	GRASIELE CRISTINA TEIXEIRA	Sim, ventilou PNM
17	Gabapentina 400mg	ROSILENE VAZ LOBATO	Sim, declarou incompetência
18	cirúrgico artroplasia total primária do joelho.	CARLOS ANTONIO DE SOUZA	SIM REMETEU AO JESP
19	realização do procedimento cirúrgico	JOSE GOMES JUNIOR	NÃO
20	Internação compulsória	EDGARD DA CRUZ FONTOURA	NAO
21	exame Pet oncológico (FDG-PET/tomografia computadorizada),	CHRISTIANE CAROLINE FERNANDES EGUARDINO	Não

ANEXO IV

IMPACTO FINANCEIRO

Processo	Acesso à saúde	Valor	Valor
5001072-78.2015.8.13.0 290	PRADAXA R\$ 120,00 (dabigatrana)	R\$ 1.440,00	R\$ 1.440,00
5001293-61.2015.8.13.0 290	Dabitrana R\$ 280,00 (Pradaxa),	R\$ 2.880,00	R\$ 2.880,00
5002244-55.2015.8.13.0 290	RESPIRIDONA R\$ R\$ 30,00	R\$ 360,00	R\$ 360,00
5003205-93.2015.8.13.0 290	Cirúrgico artroplasia total primária do joelho. R\$ 20 MIL	R\$ 20.000,00	
5003209-33.2015.8.13.0 290	realização do procedimento cirúrgico	R\$ 20.000,00	
		R\$ 44.680,00	R\$ 4.680,00

ANEXO V

SEGUNDA INSTÂNCIA DECISÃO COM BASE NO RESP 1.657.156



Poder Judiciário do Estado de Minas Gerais
Tribunal de Justiça



Nº 1.0000.19.157287-4/001

AGRAVO DE INSTRUMENTO-CV

Nº 1.0000.19.157287-4/001

AGRAVANTE(S)

AGRAVADO(A)(S)

INTERESSADO(A)S

6ª CÂMARA CÍVEL

VESPASIANO

ESTADO DE MINAS GERAIS

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO

DE MINAS GERAIS

MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DA LAPA

DECISÃO

Vistos.

Trata-se de recurso interposto contra a decisão proferida nos autos da Ação Civil Pública ajuizada pelo **MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS** em face do **ESTADO DE MINAS GERAIS** e do **MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DA LAPA**, que deferiu o pedido de tutela antecipada para determinar que os réus forneçam, no prazo de 10 (dez) dias, os medicamentos Risperidona e Ritalina, conforme prescrição médica, sob pena de multa diária de R\$500,00 (quinhentos reais) limitada a R\$50.000,00 (cinquenta mil reais), bem como bloqueio da quantia necessária para o financiamento dos fármacos pleiteados (documento n. 06).

O agravante sustenta que, com o intuito de se viabilizar o acesso universal e igualitário à saúde preconizado na Constituição da República e na Lei Federal n. 8.080/90, são implementadas políticas de padronização de medicamentos como forma de propiciar a eficiente prestação do serviço público de saúde. Afirma que o colendo Superior Tribunal de Justiça firmou tese jurídica para estabelecer requisitos que devem ser exigidos de forma cumulativa para se obrigar o SUS a fornecer medicamentos não padronizados. Salaria que toda e qualquer comercialização de medicamentos no território nacional depende de prévio registro da ANVISA. Alega que os relatórios médicos apresentados não atestam inequivocamente que o uso do medicamento solicitado não pode ser substituído por eventuais alternativas terapêuticas oferecidas pelo SUS. Argui que é imprescindível que se exija da paciente a apresentação de receita



Poder Judiciário do Estado de Minas Gerais
Tribunal de Justiça



Nº 1.0000.19.157287-4/001

atualizada, que deverá ficar retida para recebimento mensal dos medicamentos. Defende que não é possível a fixação de multa coercitiva em face da Fazenda Pública no caso de descumprimento da determinação judicial. Assevera que é evidente a necessidade de se conferir um prazo razoável para que a medida seja cumprida. Pugna pelo provimento do recurso (documento n. 01).

A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Poder Público prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, garantindo o fornecimento de tratamento de forma gratuita para pacientes do SUS, em vista da urgência e consequências que possam acarretar sua não realização.

No caso concreto, conforme se depreende da Nota de Esclarecimento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica expedida pela Secretaria de Estado de Saúde, os fármacos Cloridrato de Metilfenidato (Ritalina) e Risperidona não são disponibilizados pelo SUS nos Programas Oficiais de Assistência Farmacêutica (documento n. 03, p. 11).

A propósito, destaco que a "obrigatoriedade do poder público de fornecer medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS" foi a matéria afetada no REsp n. 1.657.156/RJ, de relatoria do eminente MINISTRO BENEDITO GONÇALVES, tendo o colendo Superior Tribunal de Justiça firmado a seguinte tese:

(...) Constitui obrigação do Poder Público o fornecimento de medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS, desde que presentes, cumulativamente, os requisitos fixados neste julgado, a saber:

I - Comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS;



Nº 1.0000.19.157287-4/001

II - Incapacidade financeira de arcar com o custo do medicamento prescrito; e

III - Existência de registro na ANVISA do medicamento.

Outrossim, em referido julgamento, a Primeira Seção do colendo Tribunal Superior modulou os efeitos da seguinte forma:

MODULAÇÃO DOS EFEITOS

Por fim, cabe tratar da questão referente aos processos em curso que não atendem aos critérios acima descritos porquanto estão sendo definidos somente neste recurso repetitivo.

Nos termos do art. 927, § 3º, do CPC/2015:

Art. 927. Os juízes e os tribunais observarão:

[...]

§ 3º Na hipótese de alteração de jurisprudência dominante do Supremo Tribunal Federal e dos tribunais superiores ou daquela oriunda de **julgamento de casos repetitivos, pode haver modulação dos efeitos da alteração no interesse social e no da segurança jurídica.**

Sendo assim, verifica-se que o caso em tela impõe a esta Corte Superior de Justiça a modulação dos efeitos deste julgamento, pois vinculativo (art. 927, inciso III, do CPC/2015), no sentido de que **os critérios e requisitos estipulados somente serão exigidos para os processos que forem distribuídos a partir da conclusão do presente julgamento.**

Opostos Embargos de Declaração, o mencionado Tribunal Superior acolheu parcialmente o recurso para esclarecer que o requisito do registro na ANVISA afasta a possibilidade de fornecimento de medicamento para uso "offlabel", salvo caso autorizado pela referida agência, ainda que de forma precária.

Foi dada nova modulação de efeitos, de forma que "os requisitos cumulativos estabelecidos são aplicáveis a todos os processos



Poder Judiciário do Estado de Minas Gerais
Tribunal de Justiça



Nº 1.0000.19.157287-4/001

distribuídos na primeira instância a partir de 4/5/2018", o que é o caso dos autos, visto que a ação originária foi distribuída em 25.10.2019.

Em análise preliminar, não verifico haver relevância na fundamentação recursal, visto que o relatório médico juntado pela parte autora atesta que o paciente "encontra-se em tratamento regular em razão de TDAH (F90.1) + Déficit cognitivo com alterações de comportamento (F70.1)", sendo que, a princípio, a justificativa para a prescrição dos fármacos é a de que o menor apresenta melhora em seu diagnóstico somente com o citado tratamento, bem como que a ausência de fornecimento dos medicamentos pode ocasionar grave comprometimento do bem estar do mesmo (documento n. 03).

Na atual fase processual, com a devida vênia, não cabe desconstituir o laudo médico fornecido por profissional especializado que acompanha o paciente e afirma a necessidade dos fármacos requeridos, sobretudo quando não há elementos suficientes para refutar a referida prescrição.

Ademais, consoante informa o próprio relatório médico anexado, o medicamento Cloridrato de Metilfenidato (Ritalina) está registrado na ANVISA, não havendo, a priori, outros produtos com o mesmo princípio ativo ou capacidade terapêutica similar oferecidos pelo SUS (documento n. 03, p. 07).

Por sua vez, não obstante o fármaco Risperidona tenha sido prescrito de forma "off label" pelo médico que acompanha o paciente, verifica-se da simples pesquisa junto à rede mundial de computadores que o medicamento possui registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária desde 28.03.2016, válido até março de 2021 (<https://consultas.anvisa.gov.br/#/medicamentos/25351893415201638/>)

Outrossim, observo que a parte agravada está sendo patrocinada pelo Ministério Público do Estado de Minas Gerais, o que, **a princípio**, evidencia a hipossuficiência da família.



Poder Judiciário do Estado de Minas Gerais
Tribunal de Justiça



Nº 1.0000.19.157287-4/001

Dessa forma, presentes cumulativamente todos os requisitos fixados no julgamento do REsp n. 1.657.156/RJ, constitui obrigação do Poder Público o fornecimento dos medicamentos em questão, ainda que não incorporados em atos normativos do SUS, de modo que a atribuição do efeito suspensivo neste momento processual ocasionaria, na realidade, perigo de dano inverso, colocando em risco a saúde do paciente.

Ausentes os requisitos para a suspensão do ato impugnado (artigo 1.019, I, CPC), ADMITO O PROCESSAMENTO DO AGRAVO DE INSTRUMENTO, recebendo-o somente no efeito devolutivo.

Intime-se a parte agravada para resposta, no prazo legal.

Dê-se vista à douda Procuradoria de Justiça.

Após, conclusos.

Belo Horizonte, 22 de novembro de 2019.

DES. EDILSON OLÍMPIO FERNANDES
Relator

ANEXO VI**PRIMEIRA INSTÂNCIA DECISÃO COM BASE NO RESP 1.657.156****JUIZADO ESPECIAL DA FAZENDA PÚBLICA**

PROCESSO Nº : 0061466-68.2017.8.13.0290
PROMOVENTE : MARIA DA CRUZ FIGUEIREDO GUIMARÃES
1ºPROMOVIDO : MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DA LAPA

A promovente requer que o promovido seja compelido a lhe fornecer, continuamente, os medicamentos VENLAFAXINA e LAMOTRIGINA, nos moldes que seu médico prescreveu, por estar acometida com transtorno depressivo grave com sintomas psicóticos (CID 10 F32.3). Argumenta que por ser carente de recursos financeiros, não possui meios de adquirir o medicamento e que este não vem sendo disponibilizado pelos entes públicos.

Pois bem, em abril deste ano, a 1ª Seção do Superior Tribunal de Justiça afetou o Recurso Especial 1.657.156, da relatoria do ministro Benedito Gonçalves, para julgamento pelo sistema dos recursos repetitivos, tendo delimitado a questão controvertida nos seguintes termos: obrigatoriedade de fornecimento, pelo Estado, de medicamentos não contemplados na Portaria nº 2.577/2006 do Ministério da Saúde (Programa de Medicamentos Excepcionais).

A seção, ainda, com base no art. 1.037, II, do Código de Processo Civil, também determinou a suspensão, em todo o território nacional, dos processos pendentes, individuais e coletivos, que versem sobre a questão afetada.

Mas, cuidando-se de direito à saúde, em que há pleito de natureza urgente, com risco imediato à vida da promovente, penso que há de se compatibilizar a técnica processual com a prestação de tutela efetiva do direito material em discussão, de modo que com base no poder geral de cautela, associado à dignidade da pessoa humana, à proporcionalidade e à razoabilidade, com fulcro no disposto no art. 314 do CPC, passo à análise da tutela de urgência requerida.

Para a concessão da tutela prevista no art. 300, do CPC, necessária a presença de elementos que evidenciem a probabilidade do direito e o perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo

Destarte, pela análise dos autos, entendo que os requisitos exigidos para o deferimento da medida não estão presentes, uma vez que para se impor ao Estado e ao Município a obrigação de fornecer drogas que não constam da lista de medicamentos que devem ser fornecidos pelo SUS, há necessidade de se comprovar que os medicamentos seriam eficazes para o tratamento do mal que acomete a postulante, bem como que a utilização dos medicamentos fornecidos pelo SUS para o tratamento da moléstia não alcançariam o resultado almejado.

No caso dos autos, o relatório médico de f.16 nada diz sobre a maior eficiência da medicação requerida sobre a medicação padronizada.

E, segundo as respostas rápidas de números 375/2013 e 313/2014, elaboradas pelo Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde – NATS, o SUS disponibiliza alternativas terapêuticas de igual eficácia clínica e cuja indicação deve obrigatoriamente anteceder à do medicamento VENLAFAXINA e que não foram encontradas evidências científicas consistentes que corroborem a indicação da LAMOTRIGINA no tratamento da doença que acomete a promovente.

Como se vê, as notas técnicas em anexo revelam que não há a superioridade do medicamento prescrito quando comparado com a medicação padronizada.

Destarte, como a Constituição da República, em seu artigo 196, assenta que "a saúde é um direito de todos e dever do Estado", cujo atendimento deve ser integral (art. 198, II), deve-se sopesar o princípio da integralidade com o princípio da universalidade, de forma que não seria razoável se impor à administração pública a dispensação de medicamento diverso do padronizado, quando este não se revela imprescindível para o tratamento do paciente se confrontado com as alternativas terapêuticas disponíveis na rede pública de saúde.

Diante o exposto, INDEFIRO A TUTELA DE URGÊNCIA pleiteada.

Expeça-se mandado para citação do Município de São José da Lapa, na pessoa do Prefeito ou Procurador do Município devidamente habilitado, para, querendo, oferecer defesa no prazo de 30 dias, intimando-o, no mesmo ato sobre a presente decisão de indeferimento da tutela de urgência e da suspensão do feito.

Após, decorridos os prazos de defesa, em cumprimento a ordem proferida no Recurso Especial 1.657.156, da relatoria do ministro Benedito Gonçalves, SUSPENDO o andamento do presente feito até que ocorra o julgamento definitivo do referido recurso pelo colendo Superior Tribunal de Justiça.

Intime-se a promovente para ciência da presente decisão de indeferimento da tutela de urgência e da suspensão do feito.

Cumpra-se observando a recomendação 4/2017 da Corregedoria.
Vespasiano, 7 de junho de 2017.

Cristiana Martins Gualberto Ribeiro
Juíza de Direito