



UNISUL

UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA

LETÍCIA CAMPOS DE BEM

**A JUDICIALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ESTADO DE
SANTA CATARINA**

Palhoça (SC)

2009

LETÍCIA CAMPOS DE BEM

**A JUDICIALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ESTADO DE
SANTA CATARINA**

Monografia apresentada ao Curso de graduação em
Direito da Universidade do Sul de Santa Catarina –
UNISUL, como requisito parcial para obtenção do título
de Bacharel em Direito.

Orientadora: Prof^a Cristina Mendes Bertoncini, Msc.

Palhoça (SC)

2009

LETÍCIA CAMPOS DE BEM

**A JUDICIALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ESTADO DE
SANTA CATARINA**

Esta monografia foi avaliada pela banca e julgada apropriada à obtenção do título de Bacharel em Direito e aprovada em sua forma final pelo Curso de Direito da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Palhoça (SC), 08 de junho de 2009.

Orientador: Prof. Cristina Mendes Bertoni, Msc.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Examinador:
Universidade do Sul de Santa Catarina

Examinador:
Universidade do Sul de Santa Catarina

TERMO DE ISENÇÃO DE RESPONSABILIDADE

A JUDICIALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ESTADO DE SANTA CATARINA

Declaro, para todos os fins de direito, que assumo total responsabilidade pelo aporte ideológico e referencial conferido ao presente trabalho, isentando a Universidade do Sul de Santa Catarina, a Coordenação do Curso de Direito, a Banca Examinadora e o Orientador de todo e qualquer reflexo acerca desta monografia.

Estou ciente de que poderei responder administrativa, civil e criminalmente em caso de plágio comprovado do trabalho monográfico.

Palhoça (SC), 08 de junho de 2009.

Letícia Campos de Bem

A quem não conheço, por ter me dado os
olhos com que hoje consigo ver.
Aos meus pais por me ensinarem a enfrentar
o medo de não enxergar.
Ao olhar da minha irmã que demonstra o
verdadeiro sentido de ver, o amor familiar.

Muito obrigada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Universidade do Sul de Santa Catarina, na figura do reitor Ailton Nazareno Soares, à Coordenação do Curso Direito e a todos aqueles que em algum momento sensibilizaram-se com a minha luta quando não tive a companhia dos meus olhos.

A todos que, de alguma forma, auxiliaram o desenvolvimento do presente estudo. Em especial, agradeço aos meus amigos e colegas de trabalho integrantes do Núcleo de Acompanhamento das Ações Judiciais NAAJ/SES pela oportunidade de realização deste trabalho, pelo conhecimento compartilhado, pela companhia de todas as tardes e pela certeza de ter feito grandes amigos.

Ao meu namorado, Rodrigo Ullmann Corrêa, pelo amor e carinho, pela tranquilidade e paciência que me foram essenciais para manter o equilíbrio e bom humor.

À Graziela Santos, companheira de todos os dias e horas de faculdade pela sensibilidade de uma grande amiga.

À todos, o meu muito obrigada.

“O problema fundamental em relação aos direitos do homem, hoje, não é tanto o de justificá-los, mas o de protegê-los”. (Norberto Bobbio)

RESUMO

O estudo trata da possibilidade do cidadão obter, através da via jurisdicional, o acesso à assistência farmacêutica. A saúde está positivada no texto constitucional na qualidade de um direito fundamental o qual o Estado deve garantir mediante políticas públicas. Na colocação prestacional, o direito à saúde confere que o Poder Público realize ações destinadas a prevenir e tratar as doenças. Diante desse dever fundamentalmente positivado, criou-se o Sistema Único de Saúde – SUS, cujas ações e serviços são ponderados, em especial, pelos princípios da universalidade de acesso, integralidade de atendimento, descentralização político-administrativa e sob a conjugação de recursos. Na esfera do SUS, foi implantado o programa nacional de medicamentos, disponibilizados pelo Poder Público, mediante critérios estabelecidos pela Administração Pública. No entanto, sendo negada tal assistência farmacológica ao cidadão, este poderá buscar, através do Poder Judiciário, a tutela do seu direito. Sobre os limites dessa judicialização podem-se citar os princípios da reserva do possível, da razoabilidade e proporcionalidade em que os dois últimos citados têm total competência para limitar a dispensação dos fármacos mediante o judiciário. Assim, cabe ao magistrado aplicar, com ponderação, o confronto entre o direito fundamental do homem e aos limites fáticos e jurídicos impostos. Com a problemática que versa sobre a judicialização da assistência farmacêutica, o Estado de Santa Catarina instituiu um sistema de controle administrativo para tentar minimizar e gerenciar os efeitos causados pelas ações de medicamentos, trabalho que pode servir como modelo para muitos outros Estados e Municípios.

Palavras-chaves: Direito à saúde. Medicamentos. Demandas Judiciais.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Número de ações cadastradas	61
Gráfico 2 – Pedidos de compra direta	62
Gráfico 3 – Ações judiciais	66

LISTA DE TABELAS

Tabela I – Ações Judiciais por ano propostas contra o Estado de Santa Catarina (fonte DIAF e NAAJ.....	60
Tabela II - Tabela informativa dos gastos de 2001 a 2007 na compra de medicamentos de ordens judiciais	61
Tabela III – Número de Ações Judiciais de medicamentos, por ano, impetradas contra o Estado de Santa Catarina e a porcentagem de crescimento	66
Tabela IV – Valor gasto, em reais, na compra de medicamentos de ordens judiciais nos anos de 2001- 2008.....	66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACM – Associação Catarinense de Medicina.

CEME – Central de Medicamentos.

CMDE – Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional.

COJUR – Consultoria Jurídica.

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

CRM – Conselho Regional de Medicina.

DIAF – Diretoria de Assistência Farmacêutica.

GECOM – Gerencia de Compras.

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social.

LOS – Lei Orgânica da Saúde.

MEJUD – Medicamentos Judiciais.

NAAJ/SC – Núcleo de Acompanhamento das Ações Judiciais de Santa Catarina.

NAAJMESTE - Núcleo de Acompanhamento das Ações Judiciais do Meio Oeste.

NAAJNORDESTE - Núcleo de Acompanhamento das Ações Judiciais do Nordeste.

NAAJNORTE - Núcleo de Acompanhamento das Ações Judiciais do Norte.

NAAJOESTE - Núcleo de Acompanhamento das Ações Judiciais do Oeste.

NAAJSERRA - Núcleo de Acompanhamento das Ações Judiciais da Serra.

NAAJSUL - Núcleo de Acompanhamento das Ações Judiciais do Sul.

NAAJVALE - Núcleo de Acompanhamento das Ações Judiciais do Vale do Itajaí.

NOBs – Normas de Organização Básica do Sistema Único de Saúde.

OAB – Ordem dos Advogados do Brasil.

PCDT – Protocolos Clínicos e Diretrizes.

PGE/SC – Procuradoria Geral do Estado de Santa Catarina.

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais.

SC – Santa Catarina.

SES – Secretária de Estado da Saúde.

STJ – Superior Tribunal de Justiça.

SUR/SES – Superintendência de Regulação da Secretária de Estado da Saúde.

SUS – Sistema Único de Saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE	13
2.1 PROCESSO HISTÓRICO DE RECONHECIMENTO DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS DO HOMEM.....	13
2.2 CONCEITO, CARACTERÍSTICAS E CLASSIFICAÇÃO DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS DO HOMEM.....	18
2.3 SAÚDE ENQUANTO DIREITO PRESTACIONAL EXÍGIVEL	23
3 PODER PÚBLICO E A CONCESSÃO DE MEDICAMENTOS	29
3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS.....	29
3.2 DOS PRINCÍPIOS ESPECÍFICOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS...32	
3.2.1 Universalidade do acesso	34
3.2.2 Integralidade de assistência.....	35
3.2.3 Descentralização político-administrativa	38
3.2.4 Conjugação de recursos.....	40
3.3 POLÍTICA DE MEDICAMENTOS E FORNECIMENTO ATRAVÉS DO SUS – PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS	42
4 A JUSTICIABILIDADE DO DIREITO À SAÚDE.....	46
4.1 RESERVA DO POSSÍVEL	46
4.2 A RAZOABILIDADE E A PROPORCIONALIDADE.....	50
4.3 CONFIGURAÇÕES DO ESTADO DE SANTA CATARINA NAS AÇÕES JUDICIAIS DE MEDICAMENTOS.....	59
4.3.1 Benefícios que o NAAJ/SC trouxe ao Estado de Santa Catarina.....	64
5 CONCLUSÃO	70
REFERÊNCIAS.....	73
ANEXOS	76
ANEXO A – Fluxograma da chegada e encaminhamento da ação judicial no NAAJ.....	77
ANEXO B – Relação de 20 medicamentos/produtos mais solicitados em ações judiciais	78
ANEXO C – Diretoria de assistência farmacêutica, DIAF	79

ANEXO D – Medicamentos padronizados SES/SC	84
---	-----------

1 INTRODUÇÃO

O Direito à Saúde é complexo por si só, razão pela qual o indivíduo depara-se com limitações na sua aplicabilidade.

Pode-se dizer, então, que o ponto principal do presente trabalho versa sobre a configuração e posição da saúde no ordenamento jurídico brasileiro, na qualidade de um direito e dever fundamental do homem, regido pela Constituição de 1988.

A Constituição Federal prevê no artigo 6º a seguridade do Direito à Saúde a todos os brasileiros. Em seguida, já no artigo 196 estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”. Na prática, a situação não se apresenta de forma tão clara, sendo o problema da presente monografia, verificar a dificuldade do cidadão em ter um atendimento de qualidade no campo da saúde e, por outro lado, demonstrar como o Estado enfrenta inúmeros obstáculos para proporcionar um serviço com a qualidade esperada.

Dentro deste contexto, o trabalho apresenta como objetivo geral estudar a Judicialização da Assistência Farmacêutica e tem como objetivos específicos, analisar o direito à saúde como um direito fundamental, apresentar o sistema único de saúde e, ainda, como é realizada a prestação de medicamentos pelo Estado de Santa Catarina.

Para o desenvolvimento dos objetivos pretendidos, a monografia foi dividida em três capítulos. O primeiro tópico a ser discutido e analisado, no presente trabalho, versará sobre a relevância de considerar o Direito à Saúde como um direito fundamental do homem. No mesmo capítulo, será apresentada uma visão histórica do tema. Far-se-á menção, também, à maneira como é apresentada a exigibilidade desse direito. Em seguida, será delimitado, com exatidão, o conceito da nomenclatura “direitos fundamentais do homem”, sendo o termo adotado como referencial desse estudo.

Já em outro momento, o estudo buscará uma ligação entre os Direitos Fundamentais do Homem e o Poder Público. Basicamente, abordará a estrutura apresentada pelo poder público em garantir um acesso universal a todos que careçam.

Com esse intuito, uma parte do trabalho é dedicada a examinar o Sistema Único de Saúde - SUS. No entanto, serão privilegiados somente aspectos gerais, visto a complexidade do mesmo. Será dada ênfase aos princípios que regem o SUS, em especial: a universalidade do acesso, a integralidade da assistência, a descentralização político-administrativa e a conjugação de recursos.

Analisando, ainda, a estrutura do Sistema Único de Saúde fornecido pelo Estado, é imperioso destacar a existência de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, empregados enquanto critérios de dispensação de medicamentos, e a conexão estabelecida com o direito fundamental do homem.

Por sua vez, para finalizar o estudo, propõe-se averiguar a problemática da judicialização da assistência farmacêutica, dando um enfoque constitucional às discussões doutrinárias e jurisprudenciais a respeito do tema.

Em que pese a relevância dessa problemática, mister focalizar a intenção do estudo que, por ora, tratará dos possíveis limites constitucionais para a concessão de medicamentos através da via jurisdicional e, como proposta para a referida problemática, será apresentada a estrutura que o Estado de Santa Catarina criou para controlar e minimizar os efeitos da judicialização da assistência farmacêutica.

A monografia foi desenvolvida pelo método dedutivo, iniciando com a premissa maior, direito à saúde como direito fundamental, para a premissa menor, que é a judicialização da assistência farmacêutica. E como técnicas de pesquisas foram utilizadas leitura de livros, de artigos e da Carta Magna, bem como, foi efetuada uma pesquisa documentada junto à Secretaria, com o objetivo de obter dados que constatassem os problemas enfrentados pelo Estado com a judicialização da assistência farmacêutica.

2 DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE

A origem e os direitos fundamentais do homem serão abordados neste capítulo; analisando, desta forma, o direito à saúde enquadrado como um deles.

2.1 PROCESSO HISTÓRICO DE RECONHECIMENTO DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS DO HOMEM

Antes de adentrar no referido tema, é importante destacar os ensinamentos de Norberto Bobbio que relata, com objetividade, a problemática dos direitos fundamentais. Bobbio (2004, p.11) aponta que “o problema fundamental em relação aos direitos do homem, hoje, não é tanto o de justificá-los, mas o de protegê-los”.

O processo histórico dos direitos fundamentais está integralmente ligado ao surgimento do constitucionalismo no final do século XVIII. A sua positivação veio através das questões sociais, culturais, econômicas e políticas diretamente influenciadas pelo pensamento jusnaturalista. (MORAES, 2007, p. 6).

Conforme os ensinamentos de José Afonso da Silva (2004, p. 172), as primeiras declarações referentes a direitos humanos surgiram da combinação entre condições ideais (subjetivas) e condições materiais (objetivas) que consentiram com a afirmação de determinados valores enquanto direitos inerentes ao ser humano.

Nessa acepção, a título de condições ideais, subjetivas ou lógicas, que deram sustentação à inspiração filosófica para o surgimento das declarações de direitos, encontram-se: a) o pensamento cristão, colocado como filosofia humana de igualdade entre os homens; b) a doutrina racionalista que, em aversão ao endeusamento e a tese de direitos conaturais, encontrou o apoio para conceituar os direitos inerentes a pessoa humana; e, c) o pensamento iluminista, como formador dos valores individuais pertencentes nas primeiras declarações dos direitos fundamentais. (SILVA, 2004 p. 174).

Corroborando com o entendimento acima, Norberto Bobbio (2004, p. 25), a respeito da historicidade dos direitos humanos, explana que os direitos não

surgem todos de uma só vez e, sim, através do contínuo movimento socioeconômico, da ampliação dos conhecimentos e da intensificação dos meios de comunicação, gerando novas demandas de liberdade e poderes. (BOBBIO, 2004, p. 53).

A classificação proposta por Karal Vasak, sobre o processo de afirmação gradativa dos direitos do homem é referência para confirmar a evolução da consciência sobre o tema, através da teoria das “gerações dos direitos”. (apud SLAIBI FILHO, 2006, p. 312). A aludida teoria foi apresentada em aula inaugural dos Cursos do Instituto Internacional dos Direitos do Homem, em 1979, em Estrasburgo, permanecendo sua aplicação nos direitos fundamentais atuais. (BONAVIDES, 2001, p.517).

Faz-se necessário, primeiramente, versar sobre a crítica existente na doutrina quanto à colocação da nomenclatura empregada “*gerações*” que, nesse sentido, induz entendimentos equivocados de substituição de um direito fundamental por outro, uma transformação. Assim, não demonstrando o real sentido da expressão. Portanto, o termo mais adequado seria “*dimensões*” que demonstra expansão, cumulação e fortalecimento dos direitos fundamentais, esclarecendo que a discordância versa apenas na esfera terminológica. (SARLET, 2001, p. 49).

A trilogia dos revolucionários franceses *liberdade, igualdade e fraternidade* deram aos direitos fundamentais a base para sua universalidade material, em substituição da universalidade abstrata contida no jusnaturalismo do século XVIII. (BONAVIDES, 2001, p. 516). Representando, dessa maneira, cada uma das gerações de direitos a ser conquistada.

A primeira dimensão dos direitos fundamentais está diretamente ligada aos direitos da liberdade, direitos individualizados de resistência ou oposição diante do Estado. Bobbio (2004, p. 62) esclarece, dizendo: “chamo de ‘liberdades’ os direitos que são garantidos quando o Estado não intervém”.

Logo, são direitos que chegam para limitar uma esfera de não-intervenção do estado na autonomia individualista, exigindo uma privação dos poderes públicos, motivo pelo qual são classificados como direitos de defesa ou direitos *perante* o Estado. (SARLET, 2001, p. 51).

Nesse entendimento, Paulo Bonavides (2001, p. 518) discorre: “São direitos que valorizam primeiro o homem-singular, o homem das liberdades

abstratas, o homem da sociedade mecanicista que compõem a chamada sociedade civil”, é sábio dizer que são os direitos ligados ao denominado Estado Liberal.

Ingo Wolfgang Sarlet (2001, p. 50) entende como direitos da primeira dimensão, entre outros, o direito à vida, à liberdade, à propriedade e à igualdade, por assumirem basicamente a origem no direito natural.

Referenciando o tema de abordagem desse trabalho, pode-se dizer que o direito à saúde vincula-se ao direito à vida; nesse sentido, portanto, é um direito elencado no rol da primeira geração. Na intenção de assegurar o direito à vida, o indivíduo procura políticas de acesso à saúde que melhor garantam o seu bem-estar e que, conseqüentemente, protejam o direito à vida. (Schwartz, 2001, p. 52).

O autor supracitado (2001, p.52), quando explana sobre a saúde *‘curativa’* do individualismo liberal, refere-se ao direito do indivíduo ter livre acesso na procura dos serviços que melhor garantam a sua saúde, devendo-se entender como políticas voltadas à saúde privada.

Refletindo sobre o preceito de Schwartz (2001, p. 53), é notório afirmar que há uma conveniente identidade estrutural entre os direitos fundamentais da primeira dimensão e da segunda dimensão. Por exemplo, é complexo desvincular o direito à vida (preceituado como direito da primeira dimensão) do direito à saúde (considerado de segunda dimensão). Partindo deste entendimento, aceitável considerar que o direito à saúde faz parte da primeira dimensão. (SCHWARTZ, 2001, p. 53).

Os direitos da segunda dimensão surgiram no século XIX, em decorrência dos problemas socioeconômicos que acompanharam a revolução industrial. A particularidade desses direitos é a sua dimensão positiva do Estado em proteger um “bem-estar social”. Diferenciam-se por concederem aos seres humanos direitos e prestações sociais por parte do Poder, como por exemplo: assistência social, trabalho, educação e saúde. Foi após a Segunda Guerra, no século XX, que esses direitos fundamentais foram positivados em várias constituições e tratados internacionais. (SALERT, 2001, p. 51).

Como ressalva Bonavides (2001, p. 518), esses direitos fundamentais “nasceram abraçados ao princípio da igualdade”, suportaram uma eficácia confusa, em decorrência de não dominarem as garantias freqüentemente abastecidas pelos instrumentos de proteção aos direitos da liberdade. Com a normatização da

aplicabilidade imediata, ocorreu o fim da “crise de observância e execução” dos novos direitos fundamentais.

A finalidade de concretização desses direitos é permitir não só a vivência do cidadão, mas ao mesmo tempo sua inserção social, de maneira virtuosa, na vida em coletividade. Não adiantaria o positivismo de inúmeras igualdades ou liberdades se a essência de uma vida proba não estivesse garantida.

Não diverge a lição de Ingo Wolfgang Sarlet (2002, p.51):

[...] com a positivação de direitos sociais, econômicos e culturais, contemplados até mesmo como um pacto internacional específico (Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, de 1966) se pretendeu em última análise, a compensação das gritantes desigualdades sócio- econômicas acarretadas ao logo da revolução industrial (embora esta, à evidência, não tenha implantado a pobreza no mundo), buscando a concretização da idéia de justiça material, por meio de uma liberdade e igualdade não meramente formais, bem como é o caso da liberdade de associação sindical e do direito de greve.

A expressão “social” que é mencionada nos direitos de segunda dimensão pode ser justificada através das lutas ideológicas das classes menos favorecidas, partindo do princípio da justiça social, “a título de compensação, em virtude da extrema desigualdade que caracterizava (e, de certa forma, ainda caracteriza) as relações como classe empregadora, notadamente detentora de um maior ou menor grau de poder econômico”. (SARLET, 2001, p. 52).

Portanto, os direitos sociais da segunda dimensão, direitos de igualdade, surgiram com a intenção de diminuir as disparidades socioeconômicas, exigindo o desempenho positivo do Estado pelo meio de prestações sociais. (CUNHA JÚNIOR, 2004, p. 206).

É respeitável mencionar que a primeira alusão feita à saúde pela Constituição Federal de 1988 foi a partir do artigo sexto que reconhece o direito à saúde como um direito social. Logo, a saúde é, também, um direito de segunda dimensão.

A solidificação dos direitos de terceira dimensão, nos ordenamentos constitucionais, surgiu com o intuito de oferecer consciência às nações em níveis diferentes de desenvolvimentos. Os direitos qualificados como de terceira dimensão são aqueles ligados à fraternidade que, indiscutivelmente, são acrescentados aos direitos de liberdade e igualdade. (BONAVIDES, 2001, p. 522).

Os direitos de fraternidade ou solidariedade, como também são denominados os direitos fundamentais da terceira dimensão, têm como característica “o fato de se desprenderem, em princípio, da figura do homem-indivíduo como seu titular, destinando-se à proteção de grupos humanos (família, povo, nação)”. Portanto, são os direitos fundamentais evoluídos de uma nação modernamente organizada. (SARLET, 2001, p. 52).

No meio de inúmeros direitos fundamentais dessa dimensão, os mais mencionados são: “o direito à paz, à autodeterminação dos povos, ao desenvolvimento, ao meio ambiente e à qualidade de vida, o direito à conservação e utilização do patrimônio histórico e cultural e o direito de comunicação”. (SARLET, 2001, p. 53).

Para Pérez Luño (apud SARLET, 2001, p.53), “os direitos fundamentais da terceira dimensão, podem ser atendidos como acontecimento denominado de ‘poluição das liberdades’, que marca o processo de deterioração sofrido pelos direitos e liberdades fundamentais.” A poluição (resultado inevitável, advindo da tecnologia) vem afetando inúmeros direitos, em especial, com maior prejuízo, o direito ao meio ambiente e à qualidade de vida.

A Comissão dos Direitos Humanos das Nações Unidas, em 1977, amparada pelo pensamento de Etienne-R. Mbaya formalizou o reconhecimento do “direito ao desenvolvimento”, mediante resolução. O aludido direito descreve tanto o Estado como os indivíduos. (BONAVIDES, 2001, p.523).

O jusfilósofo supracitado acredita que quando “um sistema de direitos se faz conhecido e reconhecido, abrem-se novas regiões da liberdade que devem ser exploradas”, aceitando que será ininterruptamente um processo sem fim. (BONAVIDES, 2001, p. 523).

Nessa geração de direitos, depara-se com os direitos titulados de “direitos transindividuais” ou “difusos”, “direitos coletivos” ou ainda “individuais homogêneos”, na qual o direito à saúde pode ser incluído. (SCHWARTZ, 2001, p.54).

Partindo da premissa acima, Morais (1995 apud SCHWARTZ, 2001, p.54) posiciona-se:

Não pode negar que a saúde é *direito difuso* – já que inexistente determinação de seus titulares, e o bem jurídico (a saúde) é indivisível. Logo, é direito difuso, conforme regra do art., 81, I, do Código de Defesa do Consumidor pátrio, e, portanto, patrimônio da humanidade. A consequência é que

ninguém pode, em relação a ela, avocar propriedade. Dessa forma, a veríamos como promoção da saúde.

Além disso, a saúde pode ser enquadrada como *direito de solidariedade*, no sentido da ligação ao trabalho e à alimentação adequada. Um direito visando ao aspecto comunitário, ou seja, “a um Estado que busca a construção de uma ordem social e jurídica com fundamento na solidariedade”. Um direito em concordância com o dispositivo 225 da CF/88, na eterna busca da mais perfeita “qualidade de vida”. (MORAES, 1997 apud SCHWARTZ, 2001, p. 54).

A doutrina, inclusive, tende a positivar uma quarta dimensão de direitos fundamentais, embora muito questionada no campo jurídico. A essa dimensão agregariam direitos como o direito à democracia direta, ao pluralismo e à informação. A luta por essa nova dimensão traria como finalidade a contenção de uma globalização política de origem neoliberal. (BONAVIDES, 2001, p. 524). Há uma vertente que alega que essa quarta geração surgiu através da evolução genética, assim, incluindo os direitos às pesquisas biológicas. (BOBBIO, 2004, p. 53).

Com o avanço da biotecnologia e bioengenharia, principais estimuladores da quarta dimensão pode-se, também, correlacionar o direito à saúde no que tange as questões ligadas aos procedimentos genéticos como a clonagem de seres humanos. (SCHWARTZ, 2001, p.54).

Destarte, pode-se afirmar que o direito à saúde está inserido na teoria das dimensões; logo, passando por todas essas dimensões de direitos. Como ensina Ingo Wolfgang Sarlet (2001, p. 49), as dimensões ou gerações possuem um caráter cumulativo, de complementaridade, de expansão e não de alternância, visando ao seu fortalecimento.

Assim, como explana Mello (2000 apud SCHWARTZ, 2001, p. 56), a saúde pode ser considerada um bem primário no sentido de anteceder aos demais.

2.2 CONCEITO, CARACTERÍSTICAS E CLASSIFICAÇÃO DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS DO HOMEM

No que diz respeito à terminologia utilizada na doutrina positivista, é notória a dificuldade de definir um conceito sinótico e preciso para os Direitos

Fundamentais. Isso fica ainda mais difícil com a miscelânea de outras expressões, tais como: “Direitos Humanos”, “Direitos do Homem”, “Direitos Subjetivos Públicos”, “Direitos Humanos Fundamentais”, “Direitos Naturais”, “Direitos Individuais”, “Liberdades Fundamentais ou Liberdades Públicas”, “Direitos Fundamentais do Homem”.

É importante esclarecer que não será realizada uma análise científica entre as diferentes nomenclaturas, mas sim apresentar conceitos para definir a que classe de direito pertence o direito à saúde, enfatizando as que mais se relacionam com o tema.

Como primeiro apontamento, é relevante destacar que a doutrina fundamentalista moderna rejeita a terminologia *direitos naturais* por traduzir a idéia de que esses direitos seriam direitos congênitos, ou melhor, inatos. *Naturais* inclinava o entendimento de advindos da natureza, das coisas ou da racionalidade humana, independente de qualquer contrato social. (CANOTILHO, 2000, p. 394). Critica-se a referida expressão por desconsiderar a historicidade do Direito, já mencionada no presente estudo, embora não podendo esquecer que a positivação do direito reconheceu valores que assumem uma dimensão pré-estatal e supra-estatal¹ tal como, o direito à vida, intensamente ligado à saúde. (SARLET, 2001, p. 34).

Analisando a terminologia *direitos humanos*, observa-se que é a mais utilizada no direito internacional, nas situações jurídicas em que o ser humano, independente da sua vinculação, é visto em caráter universal. Quanto a essa *vinculação*, tenta-se esclarecer que é uma dependência a uma ordem constitucional. Assim, entende-se como a menos adequada para abordagem do tema em questão. (SARLET, 2001, p. 34).

Algumas nomenclaturas, tais como: direitos individuais, liberdades individuais ou liberdades públicas, não se encaixariam na proposta do trabalho visto que refletem a filosofia individualista, entre as quais o direito à saúde não está classificado. (CANOTILHO, 2000, p. 395).

¹ A respeito desse entendimento José Afonso da Silva (2004, p. 176), conclui que os direitos fundamentais “não são normas de valor supraconstitucional ou de natureza supra-estatal como querem Duguit e Pontes de Miranda”. Salientando a desarmonia em relação ao referido publicista, o qual alega que mais do que normas positivadas (constitucionais) são o embasamento legitimador do Estado e da ordem jurídica como um todo.

Da mesma forma a terminologia “direitos individuais”, no entendimento de Silva (2004, p. 177), é empregada com o intuito de indicar, exclusivamente, um grupo dos direitos fundamentais: os direitos ou liberdades civis. Dentro dessa classificação que será abordada no decorrer desse estudo, encontram-se positivados os direitos fundamentais como direito à vida, à igualdade, à liberdade, à segurança e à propriedade.

Perez Luño (2005, p.36) relata que os direitos públicos subjetivos são uma classe que está historicamente acoplada ao funcionamento de um determinado tipo de Estado; logo, Estado Liberal. Portanto, tal concepção já foi superada pelo desenvolvimento socioeconômico atual².

No meio de inúmeras terminologias empregadas pela doutrina, a que melhor se adéqua no propósito dessa pesquisa seria *Os Direitos Fundamentais do Homem* que, no ensinamento de José Afonso Silva (2004, p.178) conceitua:

Direitos fundamentais do homem constitui a expressão mais adequada a este estudo, porque, além de referir-se a princípios que resumem a concepção do mundo e informam a ideologia política de cada ordenamento jurídico, é reservada para designar, no nível do direito positivo, aquelas prerrogativas e instituições que ele concretiza em garantias de uma convivência digna, livre e igual de todas as pessoas.

Corroborando com a lição acima, é importante analisar, separadamente, as palavras fundamentais e do homem, que compõem a expressão Direitos Fundamentais do Homem.

Fundamentais, Silva (2004, p.178) entende “que se trata de situações jurídicas sem as quais a pessoa humana não se realiza, não convive e, às vezes, nem mesmo sobrevive”, ou seja, significa situações as quais o cidadão não alcança a realização plena, particularidade presente nas demandas judiciais que envolvem o direito à saúde. Esclarece, também, que a expressão “do homem” destina-se a toda espécie humana sem distinção no sentido de *pessoa humana*, sobretudo precisam ser materialmente consolidados e não positivados por mera declaração formal.

Nesse momento é importante repassar os ensinamentos de José Afonso Silva (2004, p.178):

² A crítica no sentido de utilizar a expressão direitos públicos subjetivos não condiz com a realidade do Supremo Tribunal Federal onde a referida nomenclatura em decisões demandadas na área da saúde.. (BRASIL. Supremo Tribunal Federal. RE 271286 AgR/RS e RE – AgR 393175/RS).

Direitos fundamentais do homem significa *direitos fundamentais da pessoa humana* ou *direitos fundamentais*. É com esse conteúdo que a expressão *direitos fundamentais* encabeça o Título II da Constituição, que se completa, com *direitos fundamentais da pessoa humana*, expressamente, no art. 17.

Konrad Hess (apud BONAVIDES, 2001, p.514) quando explana sobre direitos fundamentais, apresenta duas acepções: uma de maior alcance, voltada à criação de uma vida na liberdade e na dignidade humana, mais apropriada para o nosso estudo, e outra totalmente restrita e ligada à positivação, ao defini-los como aqueles direitos classificados como tal pelo ordenamento vigente.

Essas duas acepções de conceber os *direitos fundamentais do homem* - uma pautada ao direito positivado, outra mais globalizada - será abordada, com mais clareza, no próximo tópico onde será apresentado a dupla fundamentalidade do direito à saúde.

Por ora, é satisfatório compreender que não se trata de acepções incompatíveis; mas sim, de delimitações íntimas e cada vez mais inter-relacionadas. Dessa maneira, os direitos fundamentais (ou direitos humanos fundamentais) brotam e desenvolvem-se com as Constituições que os reconheceram. (SARLET, 2001, p. 37).

É respeitável, nesse momento, também, proporcionar um conceito de saúde, nos moldes do art. 196 da CF/88 (SCHWARTZ, 2001, p. 43):

Um processo sistêmico que objetiva a prevenção e cura de doenças, ao mesmo tempo que visa a melhor qualidade de vida possível, tendo como instrumento de aferição a realidade de cada indivíduo e pressuposto de efetivação a possibilidade de esse mesmo indivíduo ter acesso aos meios indispensáveis ao seu particular estado de bem-estar.

A doutrina constitucionalista relata que os direitos fundamentais do homem apresentam-se em elevada posição hermenêutica em relação aos demais direitos do ordenamento jurídico, com características diversas. Tais como: Imprescritibilidades - os referidos direitos não prescrevem, ou seja, não se perdem pelo decurso do prazo; Inalienabilidade - impossibilidade de transferência seja de forma gratuita ou onerosa; Irrenunciabilidade - é a característica mais polêmica, pois trás consigo discussões no âmbito da renúncia ao direito à vida e a eutanásia; Inviolabilidade - devem ser respeitados independentes de qualquer ato, sob pena de responsabilidade civil, administrativa e criminal; Efetividade - o Poder Público deve atuar no sentido de garantir a efetivação dos direitos e garantias positivados

Universalidade – abrange a todos os indivíduos, independentemente de sua raça, sexo, credo, nacionalidade ou persuasão política; Interdependência – previsões positivadas com propósitos de atingirem suas finalidades, ex.: previsão de prisão somente em casos de flagrante ou por ordem judicial competente; e Complementaridade – os direitos fundamentais devem ser interpretados de forma conjunta, globalizada, com o fim voltado aos objetivos previstos pelo legislador constituinte. (MORAES, 2007, p. 23).

Importante explicar que a doutrina apresenta várias classificações terminologias sobre os direitos fundamentais. Modernamente, a teoria baseada na ordem histórica cronológica, já apresentada, foi a que constitucionalizou os direitos fundamentais do homem. (MORAES, 2007, p. 21).

O ordenamento constitucional brasileiro agrupa os direitos fundamentais que são baseados no critério do seu conteúdo, ou seja, leva em consideração a origem, a natureza do bem tutelado. (SILVA, 2004 p. 182). De tal modo, subdivididos em cinco capítulos, formando um único Título da Constituição Federal de 1988. (MORAES, 2007, p. 23).

Apenas para demonstrar mais uma classificação, Moraes (2007, p.23) estabeleceu cinco espécies ao gênero direito e garantias fundamentais, tais como: direitos individuais e coletivos, direitos sociais, direitos de nacionalidade, direitos políticos, direitos relacionados à existência, organização e participação em partidos políticos.

Os direitos individuais e coletivos, assim apresentados, correspondem aos ligados ao conceito de pessoa humana, como por exemplo: direito à liberdade, à dignidade, à honra e à vida, basicamente, os elencados no artigo quinto da CF/88.

Na segunda classe, a mais pertinente para o estudo dessa monografia, estão os direitos sociais, vistos como liberdades positivas intimamente ligadas a uma prestação de um Estado Social de Direito, com finalidade de proporcionar uma melhor condição humana aos hipossuficientes, objetivando igualdade social. A CF/88 consagra os direitos sociais a partir do artigo sexto.

Os direitos de nacionalidades vinculam o indivíduo a um Estado, qualificando esse indivíduo como membro do povo, com total capacidade para exigir proteção, mas, em contrapartida, cumprindo com os deveres a eles impostos.

Os direitos políticos correspondem aos elencados no art.14 da CF/88. São normas que regulamentam as formas de atuação da soberania popular e, por fim, os

direitos relacionados à existência, à organização e à participação em partidos políticos, positivados pela Constituição Federal para materializar o sistema representativo.

2.3 SAÚDE ENQUANTO DIREITO PRESTACIONAL EXIGÍVEL

Um assunto que deve ser evidenciado, antes do assunto saúde enquanto direito prestacional exigível, é a problemática da dupla fundamentalidade do direito à saúde.

Já mencionados, os direitos fundamentais do homem podem dispor de tal denominação por dois motivos: a) um sentido mais restrito, isso implica estar do mesmo modo definidos no ordenamento jurídico e acolchoados de fundamentalidade formal; e b) baseado no seu conteúdo, podem ter uma classificação material – materialmente fundamentais - mesmo que sobrepujem decisões fundamentais sobre a composição básica da sociedade e do Estado. (SARLET, 2001, p. 86).

Corroborando com a lição, Canotilho (2000, p. 400) ensina:

Há direitos fundamentais consagrados na constituição que só pelo facto de beneficiarem da positivação constitucional merecem a classificação de constitucionais (e fundamentais), mas o seu conteúdo não se pode considerar materialmente fundamental; outros, pelo contrário, além de revestirem a forma constitucional, devem considerar-se materiais quanto à sua natureza intrínseca (direitos formal e materialmente constitucionais).

Partindo dessa premissa, pode-se dizer que há direitos fundamentais positivados os quais gozam de fundamentalidade formal, mesmo dando a entender que seu conteúdo seja materialmente de direito fundamental. Ao mesmo tempo, existem direitos que desfrutam a fundamentalidade material e não têm positivação, seu conteúdo permite que sejam nivelados aos direitos formalmente fundamentais. Por fim, há direitos com dupla fundamentalidade, ou seja, ao mesmo tempo formal e materialmente fundamentais. São classificados dessa maneira porque apresentam previsão constitucional e decisões no âmbito do judiciário. (SARLET, 2001, p. 95).

Assim, no ordenamento jurídico brasileiro, os direitos são definidos como fundamentais em decorrência do critério formal e material, de caráter complementar e, por conseguinte não excludente.

O direito à saúde, tema do estudo, é agraciado por essa dupla fundamentalidade. Seria desprezível se não analisássemos de que maneira ele (direito à saúde) encontra-se disposto no ordenamento jurídico pátrio; aferindo, portanto, a sua fundamentalidade formal.

“Art. 6º - São direitos sociais a educação, a *saúde*, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”, essa foi a primeira menção à saúde feita pela Constituição Federal de 1988 que está normatizada no Título II do mesmo ordenamento, consagrada nos Direitos e Garantias Fundamentais.

Portanto, se a fundamentalidade formal de um direito fundamental está espontaneamente ligada ao ordenamento jurídico, ou seja, positivada na Constituição do Estado; logo, o direito à saúde está evidente para os brasileiros, ao menos, munido de fundamentalidade formal. (SARLET, 2001, p. 85).

É de suma importância apontar as quatro conseqüências relevantes da fundamentalidade formal: a) as normas que garantem os direitos fundamentais são postas no cume da ordem jurídica; b) por apresentarem essa classificação, normas constitucionais, têm procedimentos agravado de alteração, assim construindo empecilho formal para sua modificação; c) estão sujeitos aos limites da fundamentalidade material (cláusulas pétreas) da reforma constitucional – art. 60, § 4º, inciso IV CF/88³; e d) decisões tomadas pelos entes públicos legislativos, administrativos e judiciais servirão de parâmetro material, vinculando imediatamente os poderes públicos, art. 5º, § 1º, da CF/88⁴. (CANOTILHO, 2000, p. 373).

Todavia, além desse aspecto formal, é possível constatar a fundamentalidade de um direito baseado em um critério material. O significado para isso é que há direitos, em especial à saúde, que seu conteúdo e substância pertencem ao corpo fundamental do ordenamento jurídico pátrio. (SARLET, 2001, p. 80).

³ Art. 60. A Constituição poderá ser emendada mediante proposta: § 4º - Não será objeto de deliberação a proposta de emenda tendente a abolir: IV - os direitos e garantias individuais.

⁴ 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: § 1º - As normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata.

A fundamentalidade material de um direito está relacionada à importância do bem jurídico tutelado. Assim, para um direito ser considerado materialmente fundamental, a sua base deve ser indispensável para a construção e manutenção de um Estado ou sociedade. (CANOTILHO, 2000, p. 373).

Conforme previsto no art. 1º da Constituição de 1988⁵, a República Brasileira é um Estado Democrático de Direito. Apesar da ausência de positividade expressa no direito constitucional pátrio, também se configura como um Estado Social. Importante esclarecer que ainda existe discrepância na doutrina a respeito desse assunto. Mesmo assim, a qualificação do Brasil não deixa de ser um Estado Social de Direito, pois, no seu corpo constitucional, os direitos fundamentais sociais assumem consagração expressa. (SARLET, 2001, p. 65). Não resta dúvida, portanto, que a saúde também é um direito materialmente fundamental, pelo fato de constituir parte integrante do estruturalismo básico de um Estado.

No direito à saúde, a sua fundamentalidade material é evidente, obtida pelo grande valor do bem jurídico tutelado: a vida. Compondo uma íntima ligação com a dignidade humana, expressamente fundamentada no art. 1º, inciso III⁶ da CF de 1988. Portanto, mesmo que a saúde não pertencesse ao catálogo constitucional pátrio, como direito positivo, gozaria da fundamentalidade material para se fazer presente no rol dos Direitos Fundamentais do Homem. (SARLET, 2001, p. 93).

Já tecidas algumas considerações a respeito da fundamentalidade do direito à saúde, impraticável o seu esgotamento em virtude da complexidade do assunto, vamos agora partir para o tema apresentado inicialmente.

Os direitos fundamentais do homem podem ser estudados baseados no duplo aspecto jurídico: enquanto direitos *subjetivos individuais* e como elementos *objetivos fundamentais*. (SARLET, 2001, p. 141).

Analisados a partir da perspectiva jurídico-objetiva, os direitos fundamentais do homem apresentam-se enquanto decisões valorativas que alicerçam todo o positivismo jurídico até mesmo fornecendo diretrizes para órgãos executivos, legislativos e judiciários. (SARLET, 2001, p. 141). No que tange as

⁵Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos.

⁶Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: III - a dignidade da pessoa humana;

perspectivas-subjetivas dos direitos fundamentais do homem, entende-se como possibilidades que tem o seu titular de fazer valer judicialmente os poderes, as liberdades, ou mesmo o direito que lhe foi outorgado pela norma. (SARLET, 2001, p.155).

É notório que os direitos fundamentais do homem desempenham inúmeras e diversificadas funções no ordenamento pátrio, motivo pelo qual a doutrina apresenta a multifuncionalidade desses direitos que não se restringem a uma única função. (Sarlet, 2001, p.181).

Paulo Bonavides (2001, p. 586) leciona:

A multilateralidade dessa relação certifica que os direitos fundamentais já não ficam restritos à cidadania burguesa, ao seu Direito, ao seu Estado Legislativo, ao seu código, a sua razão, senão que se irradiam por igual, materialmente, a todas as camadas sociais, levando consigo um novo direito - o direito do Estado constitucional, o direito da Constituição, da Sociedade, do sistema, dos princípios constitutivos que fundamentam uma República democrática de Direito, como a da Constituição de 1988. Princípios que abrangem, entre outros, em nosso ordenamento constitucional, a dignidade da pessoa humana, os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa e o pluralismo político, sem os quais não se chega à democracia enquanto direito da quarta geração. (v.art.1º Constituição Federal).

A classificação, apontada no estudo a respeito da função exercida pelos direitos fundamentais, foi formulada por Georg Jellinek (apud SARLET, p. 181 e ss) tendo por base a posição do cidadão em relação a determinado Estado. Ainda que, não seriam necessárias maiores digressões sobre o tema, compete apenas mencionar as duas categorias que são importantes para o bom desenvolvimento do objeto do presente estudo.

Por conseguinte, ao analisar o entendimento de Jellinek (apud, SARLET, p. 181) a respeito das funções dos direitos fundamentais humanos, é possível identificar que deles deriva um *status negativus* o qual confere ao indivíduo uma esfera de liberdade imune ao *jus imperii* do Estado. Por outra vertente, o referido autor reconhece um *status positivus* em que o indivíduo poderia se assegurar da possibilidade de usufruir de certos estabelecimentos estatais e de exigir deles ações positivas.

Corroborando com a lição, Germano Schwartz (2001, p.71) ensina que: “todos os direitos sociais possuem uma característica positiva, que é a obrigação do Estado de agir, de prestar o serviço”. Ao posto, nem todos (embora sejam a maioria)

têm características negativas, aquela em que o Estado tem o dever de abster-se de atos que possam vir a prejudicar os direitos sociais.

O direito à saúde possui ambas as características:

O direito à saúde é direito protegido negativamente contra a intervenção do Estado e, ao mesmo tempo, garantindo positivamente pelas prestações estatais. Diz-se, pois, que o direito de status negativus e de status positivus, sendo certo que não raro se convertem uma na outra ou se complicam mutuamente a proteção constitucional positiva e negativa. (SANTOS; CARVALHO, 1995 apud SCHWATRZ, 2001, p. 58-59).

Ingo Wolfgang Sarlet (2001, p. 293) também ensina que os direitos fundamentais à prestação têm por elemento um comportamento positivo por parte do destinatário, seja de caráter fático ou normativo.

Já ilustrado anteriormente, os direitos fundamentais, sem exceção, são direitos com aplicabilidade imediata. Desse modo, mesmo em sua dimensão prestacional, o direito à saúde necessita ajustar-se pelo primado da máxima eficácia possível. A quantificação dessa eficácia, todavia, estará sujeita sempre a sua forma de positivação no documento constitucional e das particularidades do seu objeto. (SARLET, 2006, p. 284).

Ingo Wolfgang Sarlet (2001, p. 303) ressalta que boa parte da doutrina afirma que os direitos sociais prestacionais; portanto, o direito à saúde, carecem de materialização legislativa infraconstitucional e de circunstâncias socioeconômicas. Destarte, costumam ser positivados de forma vaga, formando lacunas no seu texto constitucional.

Por esse motivo, não é aceita a sua condição de legítimos direitos subjetivos aos direitos sociais prestacionais. Logo, não poderiam gerar para o seu titular uma prestação dedutível em Juízo. (SARLET, 2001, p. 304).

Sobre a lição Norberto Bobbio (2004, p. 51) educa:

Quando os direitos do homem eram considerados unicamente como direitos naturais, a única defesa possível contra a sua violação pelo Estado era um direito igualmente natural, o chamado direito de resistência. Mais tarde, nas Constituições que reconhecem a proteção jurídica de alguns desses direitos, o direito natural de resistência transformou-se no direito positivo de promover uma ação judicial contra os próprios órgãos do Estado.

Corroborando com a lição de Bobbio, o órgão máximo da Justiça do Brasil, Supremo Tribunal Federal entende que a saúde é, sim, um direito subjetivo.

O direito público subjetivo à saúde representa prerrogativas jurídicas indisponíveis asseguradas à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República (art. 195). (BRASIL.Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário 271.286/RS).

É evidente que o Estado não garante universalmente o direito à vida; logo, também não garante o direito à saúde, mas nem por isso teríamos a faculdade de pensar que esse direito seja apenas uma pretensão moral. Diante dessa conjuntura é que o ente público deve e pode tutelar a vida. (SARLET, 2006, p. 274).

Os direitos à educação, à assistência e à saúde não deixam de ser classificados como direitos subjetivos pelo fato de não possuírem condições materiais e institucionais indispensáveis à fruição dessas prerrogativas. (CANOTILHO apud SILVA, 2004, p.152).

Por isso, se tais normas não são atendidas, ocorre o inadimplemento, violação de um direito fundamental do homem por parte do ente público, por parte do Estado. (SILVA, 2004, p. 150).

Conseqüentemente, não se pode eliminar a possibilidade do cidadão pleitear administrativa e judicialmente a concretização de medidas positivas (até mesmo o fornecimento de medicamentos, como será abordado no decorrer deste estudo) destinada à concretização do direito fundamental à saúde.

Partindo dos ensinamentos acima, é importante apresentar de que forma o Poder Público se preparou para garantir o direito à saúde, sobretudo na dispensação de terapias medicamentosas aos enfermos.

3 PODER PÚBLICO E A CONCESSÃO DE MEDICAMENTOS

Depois de analisar o Direito à Saúde, de acordo com o reconhecimento histórico, a verificação do conceito, as características próprias, os tipos de classificações e a total aplicabilidade; é importante difundir uma visão sobre de que forma o Poder Público preparou-se para garantir o referido direito, principalmente, na dispensação de terapias medicamentosas aos enfermos.

3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

O Sistema Único de Saúde - SUS, criado pela Constituição Federal de 1988, é uma das conseqüências da “Reforma Sanitária”, apresentada durante a Assembléia Nacional Constituinte de 1986/1987, com o objetivo de diminuir os problemas sanitários. Problemas esses como: baixa cobertura assistencial da população, deficiência no atendimento a todos os tipos de doenças, carência e transparência dos critérios relacionados aos gastos públicos. (FIGUEIREDO, 2007, p. 96).

Antes do surgimento do SUS, foi criado, com a Lei nº 6.229/75, o Sistema Nacional de Saúde. Apesar do sucesso que repercutiu na época, era notório identificar sinais de inoperância e ineficiência. O sistema precisava de alguns ajustes como: aprimorar o gerenciamento, melhorar e buscar a qualidade dos serviços relacionados à saúde pública, entre outros. Nesse período, as ações voltadas à promoção e à prevenção de saúde eram de competência, quase que exclusiva, do Ministério da Saúde. A assistência médico-hospitalar era prestada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS – autarquia vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social; logo, não possuía uma universalidade do serviço, pois só alcançava os trabalhadores e dependentes da economia formal (os segurados do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS). Para o restante da população, o acesso à saúde era limitado, restrito aos poucos hospitais públicos ou à assistência proporcionada por entidades filantrópicas, sistema extinto em 1990, após a promulgação da Lei nº 8.080/90 e 8.142/90

(FIGUEREDO, 2007, p. 96). (BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990; BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990).

Na época, o “Movimento da Reforma Sanitária Brasileira” almejava uma nova política de saúde totalmente democrática, unificada e universalizada; modificando a desigualdade de assistência prestada à população, ou seja, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, proibindo a cobrança dos serviços prestados. (MARTINS, 2008, p. 68).

Essa evolução foi alcançada através do Sistema Único de Saúde (SUS) que obteve a sua regulamentação infraconstitucional (MARTINS NETO, 2008, p. 68), através das Leis nº 8.080/90 - Lei Orgânica da Saúde - (LOS) e nº 8.142/90 (FIGUEREDO, 2007, p. 96). As referidas leis expressam as conquistas contidas na Constituição, mantendo e aprofundando a suas ambigüidades, mas também reiterando, mais operativamente, os princípios da reforma sanitária incorporados na Carta Magna. (MENDES, 1999, p. 62).

A Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 (LOS) veio para operacionalizar as disposições constitucionais, referentes às condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços. Já a Lei 8.142 de dezembro de 1990, mantendo a mesma filosofia, trouxe a intenção de regulamentar os princípios organizativos do Sistema Único de Saúde, denominado SUS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, p. 60).

Na Constituição Federal Brasileira, a saúde é definida como resultante de políticas socioeconômicas, sendo dever do Estado e direito da coletividade cujas ações e serviços devem ser providos pelo Sistema Único de Saúde, organizados segundo princípios específicos. Tema que será analisado no próximo tópico desse estudo. (MENDES, 1999, p. 62).

Assim, Carvalho (2003, p. 26), corrobora com o estudo, enfatizando o bem-comum, a coletividade do Sistema Único de Saúde:

A conformação em sistema impõe que o SUS subsista como um conjunto de unidades, serviços e ações que interagem para um fim comum, em que o adjetivo ‘único’ determina que as diretrizes e princípios estabelecidos constitucionalmente devam ser seguidos de forma unívoca nos três níveis da federação.

O SUS foi instituído com função de mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, ofertando serviços com

qualidade, não levando em conta o fator econômico do indivíduo. “Tem por objetivo promover a saúde, priorizando as ações preventivas e democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e riscos à saúde”. (MARTINS NETO, 2008, p. 68).

O Sistema Único de Saúde é definido como:

Um sistema público e nacional, baseado no princípio da universalidade, a indicar que a assistência à saúde deve atender a toda a população. Tem como diretrizes organizativas a descentralização, com comando único em cada esfera governamental; a integralidade do atendimento e a participação da comunidade. (FIGUEREDO, 2007, p.97).

A Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 o define como:

[...] conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, incluídas as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade.

Art. 4º. O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS é amparado, também, por instrumentos normativos colaboradores da norma, denominados de Normas Operacionais Básicas – NOBs, que orientam a operacionalização do sistema. Os instrumentos são formalizados por portarias ministeriais, e seu conteúdo definido de maneira compartilhada entre o Ministério da Saúde e os representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS – e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS. (FIGUEIREDO, 2007, p. 97).

As NOBs consistem em fixadores de táticas e ações do Sistema Único de Saúde, a partir de avaliações periódicas; objetivando induzir, estimular mudanças, aprofundar e reorientar o sistema, definir novas estratégias, prioridades, diretrizes, enfim, normatizar o Sistema – SUS. (FIGUEIREDO, 2007, p. 97).

O SUS é composto por centros e postos de saúdes, hospitais (incluindo os universitários), laboratórios, hemocentros (banco de sangue), além de fundações e institutos de pesquisas. (MARTINS, 2008, p. 70).

Através do Sistema Único de Saúde, todos os indivíduos têm direito a consultas, exames médicos, internações e tratamentos nas Unidades de Saúde

vinculadas ao sistema, sejam públicas (esfera municipal, estadual e federal), ou privadas, contratadas pelo poder público. (MARTINS, 2008, p. 71).

Faz parte do Sistema Único de Saúde o controle da ocorrência de doenças, como também o equilíbrio da quantidade de remédios, de exames, de alimentos, higiene e adequação de instalações que prestam o serviço público onde atua a Vigilância Sanitária. (MARTINS, 2008, p. 70).

A LOS no Capítulo II, artigo sétimo, trata dos princípios e diretrizes do SUS, estabelecendo, que além das diretrizes constitucionais, as ações e serviços de saúde, públicos e privados, devem obedecer a alguns princípios.

[...] a universalidade de acesso; a integralidade de assistência; a preservação da autonomia das pessoas; a igualdade; o direito à informação; a divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; a utilização da epidemiologia para o planejamento das ações; participação da comunidade; a descentralização político – administrativa, com direção única em cada esfera de governo.⁷

Para o objetivo geral desse estudo, essa estrutura de funcionamento e conhecimento já apresentada do Sistema Único de Saúde, é suficiente para basear o entendimento a respeito da judicialização da saúde. Um estudo mais aprofundado do SUS que analisasse a sua estruturação, sua forma de gestão pública, a relação com entidades privadas de saúde e demais assuntos correlacionados, seguramente demandaria o desenvolvimento de uma pesquisa própria que não cabe e não ilustra o objeto do presente trabalho.

3.2 DOS PRINCÍPIOS ESPECÍFICOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

Conforme já citado, os princípios que regem o Sistema Único de Saúde estão transcritos no capítulo II, especificamente no artigo sétimo da Lei nº 8.080 (Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde). Os princípios específicos do SUS definem as garantias dos indivíduos frente às políticas públicas de saúde, fazendo delas o instrumento de operacionalização do Sistema Único de Saúde e majorando os direitos dos cidadãos.

⁷ Capítulo II, art. 7º da Lei nº 8.080/90.

Justamente por ser considerado um sistema, com rede hierarquizada e integração tripartite (União, Estados e Municípios) nas ações e serviços públicos sanitários, tem princípios próprios de funcionamento e estruturação. (PENTEADO DE CARVALHO, 2003, p. 4).

Através desses preceitos, é que o Sistema Sanitário Brasileiro adquire o seu formato, o seu conteúdo e a sua direção; equivalendo, portanto, a princípios e diretrizes para a atuação ou intervenção nas questões sanitário-jurídicas. (PENTEADO DE CARVALHO, 2003, p. 5).

Segundo lição de Marga Barth Tessler (2004, p. 52), os princípios de atenção à saúde no SUS são os seguintes: a) princípio da saúde como direito, b) princípio da unidade do sistema SUS, c) princípio da integralidade do atendimento, d) princípio da preservação da autonomia das partes, e) princípio do direito à informação às pessoas assistidas, f) princípio da igualdade, g) princípio da participação da comunidade, h) princípio da solidariedade no financiamento, ou da diversidade da base de financiamento, i) princípio da vinculação de recursos orçamentários, j) princípio da ressarcibilidade ao SUS, l) princípio da prevenção ou precaução, m) princípio da beneficência, n) princípio do não-retrocesso, o) princípio da justiça.

Não se pode esquecer das diretrizes traçadas no artigo 198⁸ da Constituição Federal de 1988 (descentralização, atendimento integral, e participação popular) que se entrelaçam com os aludidos princípios do SUS.

No que pese todos os princípios em relação a sua importância na compreensão do Sistema Único de Saúde, é importante reproduzi-los. Em especial, diante da limitação e do objeto de estudo desse trabalho que se propõe analisar o acesso pela via judicial a terapias medicamentosas, assumem especial importância os princípios da universalidade de acesso, da integralidade de assistência, da descentralização político-administrativa e da conjugação de recursos os quais passam a ser analisados.

⁸ 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.

3.2.1 Universalidade do acesso

Antes da Constituição Federal de 1988, a forma institucional do Sistema de Saúde Brasileiro era qualificada por um duplo padrão que distinguia e afastava Saúde Pública da Medicina Previdenciária. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2003, p.14).

Estavam subordinadas ao Ministério da Saúde às instituições imputadas ao controle de endemias, que controlavam e administravam as ações de vigilância sanitária e controle de doenças transmissíveis. Ao Ministério estava a responsabilidade das ações voltadas a Saúde Pública. Deste modo, a assistência médico-hospitalar era realizada, no campo do serviço público, apenas para os segurados da Previdência Social; logo, aos cidadãos integralizados no trabalho formal. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2003, p.14).

A real configuração da época refletia o mapa de desigualdades socioeconômicas que conspurcava a sociedade brasileira. A separação entre Saúde Pública da Medicina Previdenciária correspondeu a uma forma diferenciada de reconhecimento de direitos sociais, muito mais importante do que o simples fato de responsabilidade de atuação de cada órgão. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2003, p.14).

Assim, o acesso aos serviços prestados à população em relação à saúde, apenas era tutelado aos indivíduos que cooperavam para o sistema previdenciário; portanto, a garantia do direito à saúde acontecia nos moldes de um 'seguro social' com o qual o cidadão, mediante o pagamento, fazia a sua contribuição especial. (CARVALHO; SANTOS, 2006, p. 63).

Existia, conseqüentemente, uma bipartição entre as atividades de cunho preventivo das quais a responsabilidade era do Ministério da Saúde, e as de cunho curativo que eram de imputações ao Ministério da Previdência e Assistência Social. Essa bifurcação, contudo, não mais existe. (CARVALHO; SANTOS, 2006, p. 64).

Durante a década de 80, ocorreu a reivindicação pela universalidade do acesso e o reconhecimento do direito à saúde como direito universal e de dever do Estado; portanto, uma inovação no modelo brasileiro relacionado à saúde pública. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2003, p.14).

A universalidade está presente na norma da seguinte forma: “a saúde é direito de todos e dever do Estado⁹, todos os brasileiros e estrangeiros que vivem no Brasil devem ter “acesso aos serviços de saúde, em todos os níveis de assistência¹⁰, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie¹¹, independentemente de vínculo previdenciário ou qualquer tipo de seguro-saúde. (BRASIL. Ministério Da Saúde, 2003, p. 63).

O referido princípio trata da possibilidade de atenção à saúde a todos os cidadãos brasileiros, em conformidade com a necessidade apresentada. A administração pública tem a obrigação de conduzir, da melhor maneira, a necessidade fática da sua comunidade, adotando instrumentos técnicos de planejamento de tal modo que sejam realizados estudos epidemiológicos situacionais e apresentar propostas concretas de solução dos problemas existentes em cada comunidade. No entanto, uma má gestão da administração pública, no que tange os problemas relacionados à saúde, gera desperdício de toda ordem. (BRASIL. Ministério Da Saúde, 2003, p. 63).

Cumprе mencionar, sucintamente, que quando os Promotores Públicos acompanham o funcionamento do sistema de saúde, planejamento sanitário, fica mais fácil identificar as falhas, antes da população ser obrigada a exigir, na Justiça, os seus direitos individuais sobre o acesso aos serviços de saúde. (BRASIL. Ministério Da Saúde, 2003, p. 64).

3.2.2 Integralidade de assistência

Com o surgimento da Constituição Federal de 1988, o legislador traçou, como uma das diretrizes do SUS, o princípio do atendimento integral, priorizando a

⁹ Art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil 1988.

¹⁰ Art. 7º, I, da lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde – LOS).

¹¹ A proposta apresentada nesse trabalho não aceita uma reflexão mais aprofundada no assunto, portanto, José Américo Penteado de Carvalho (2003, p.17) apresenta discussões doutrinárias e jurisprudenciais, onde uma minoria entende que as ações e serviços de saúde não precisam ser dirigidos aos hipossuficientes. Tal entendimento vai de encontro ao aprendizado sobre o direito fundamental do homem à saúde até agora apresentado. Portanto, a situação socioeconômica do cidadão, por si só, não exime o Estado da obrigação que lhe é imposta, não obstante possa vir a impedir a tutela por via da razoabilidade e proporcionalidade, temas estes que serão analisados na última parte do estudo.

saúde preventiva, mas sem afetar os serviços assistenciais, conforme o artigo 198, inciso II¹². A integralidade de assistência significa que todos os indivíduos têm o direito de serem assistidos e atendidos sempre que houver necessidade, independente da situação risco ou agravo (doença), utilizando ou não, medicamentos, equipamentos, funcionários, entre outros. (PENTEADO DE CARVALHO, 2003, p. 27).

Segundo Germano Schwartz (2001, p.108), “a integralidade significa que todas as ações e serviços de saúde (promoção, proteção ou recuperação) são uma realidade única e inseparável”.

Sobre a integralidade de assistência a CF/88 e a LOS definem:

Entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema. O SUS deve garantir ao cidadão o direito de atenção à Saúde, desde as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças até os tratamentos especializados e de recuperação, quando exposto a qualquer tipo de agravo.

Pode-se dizer, assim, que a intenção da norma constitucional no que tange a integralidade de assistência abarca o dever do Estado em fornecer ações e serviços públicos de saúde preventivos e curativos necessários para tutelar a saúde individual e/ou coletiva. (PENTEADO DE CARVALHO, 2003, p. 28).

A respeito do assunto acima, José Américo Penteado de Carvalho explica:

O dever do estado em garantir a saúde coletiva e individual não poderia prescindir da integralidade, conquanto a saúde não pode ser parcelada, oferecida em porções, por partes, de modo limitado como se limitada fosse a incidência do princípio da dignidade da pessoa humana . (PENTEADO DE CARVALHO, 2003, p.28).

Através do artigo sexto, inciso I, alínea “d” da LOS, inclui a assistência farmacêutica no campo de atuação do Sistema Único de Saúde. Assim expressa:

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS): I - a execução de ações: a) de vigilância sanitária; b) de vigilância epidemiológica; c) de saúde do trabalhador; e d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica; [...].

¹² 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.

Conseqüentemente, o primado da integralidade comina que, existindo prescrição médica adequada onde haja a prestação da terapia recomendada, até mesmo no que fere o fornecimento de medicamentos, impõe que devem ser proporcionados e dispensados os devidos cuidados terapêuticos àqueles de que, comprovadamente, necessitem. (PENTEADO DE CARVALHO, 2003, p. 24).

Desse modo, o cidadão tem o direito de receber, após avaliação e diagnóstico, a atenção terapêutica necessária e individualizada para o seu bem-estar, em todos os graus de complexidade dos serviços. (CARVALHO; SANTOS, 2006, p.67).

Complementando o entendimento acima, Guido Ivan de Carvalho e Lenir dos Santos (2006, p. 67), ensinam:

O direito de o cidadão obter do serviço público de saúde a atenção terapêutica deve pautar-se por alguns pré-requisitos, entre eles o de o cidadão ter decidido livremente pelo sistema público, submetendo-se aos seus regramentos técnicos e administrativos.

Referente às reivindicações de procedimentos não incorporadas ao Sistema Único de Saúde, os autores supramencionados explanam:

A assistência terapêutica é integral – no sentido da necessária terapêutica para o paciente e [também] no sentido de sua vinculação com o sistema: ou se opta pelo público ou se escolhe o privado, e paga-se por ele. O SUS é integral e não ‘complementar’ ao setor privado, além de ser de livre escolha do paciente – sempre que quiser, ele poderá optar pelo serviço público, só que terá de fazê-lo de maneira integral e não de forma fracionada. (CARVALHO; SANTOS, 2006, p. 70).

No que profere as demandas medicamentosas, no âmbito do SUS, é claro as observações dos autores acima; aplicando, totalmente, o princípio da razoabilidade e proporcionalidade que será estudado no momento oportuno. O fato de o sistema exigir alguns pré-requisitos, não quer dizer que se trata de uma medida imperiosa ao cidadão, submetê-lo às regras administrativas previstas na obtenção de terapias medicamentosa.

Isso, no entanto, não evita que o indivíduo; ao verificar recusado o seu direito fundamental: o direito à saúde, procure o judiciário para propor ação judicial na intenção de pleitear o tratamento medicamentoso de que necessita, resguardando o seu bem-maior: a vida.

3.2.3 Descentralização Político-administrativa

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 198, apresenta as diretrizes de organização do SUS que, em seu inciso primeiro, declara a descentralização dos serviços de saúde, constituída de direção única em cada esfera governamental. A Lei nº 8.080/90 também preceitua em seu artigo sétimo, inciso IX, como um dos princípios do Sistema Único de Saúde, enfatizando a descentralização dos serviços no âmbito municipal e a regionalização e hierarquização das redes de serviços de saúde.

Referente à descentralização, os municípios apresentam situação profundamente preocupante, pois a maior parte da verba orçamentária é dedicada à medicina curativa e ambulatorial, enfraquecendo as políticas sanitárias, voltadas à medicina preventiva. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2003, p. 65).

Compete aos municípios; [...] organizar e prestar, diretamente ou sob regime de concessão ou permissão, os serviços públicos de interesse local, incluído o de transporte coletivo, que tem caráter essencial; [...] prestar com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população. (Art.30, V e VII, da Constituição Federal do Brasil de 1988).

Esse princípio garante a autonomia política e administrativa de cada um dos entes federados nas suas atribuições legais. Assim, cada ente é autônomo, nos limites de seu território e nos termos da LOS, para dispor da maneira de que bem entender dos objetivos do Sistema Único de Saúde, incluindo organização e execução das ações e serviços de saúde. (PENTEADO DE CARVALHO, 2003, p. 72).

Seria oportuno destacar que a descentralização político-administrativa adotada não decorre da vontade do ente estatal, ao contrário da descentralização administrativa, mas sim da diretriz prevista constitucionalmente e da distribuição de competências segundo a legislação infraconstitucional. (DI PIETRO, 2005, p. 361).

Guido Ivan de Carvalho e Lenir dos Santos (2006, p. 81), complementam: “a política de saúde pública foi definida a partir de critérios que privilegiam uma centralização normativa ao lado de uma descentralização

executiva”. Desse modo, justificando a alínea “a” do inciso IX do artigo 7º da LOS¹³. Portanto, o cumprimento das ações e serviços de saúde tende a ser conferido ao ente que fique em contato direto com administrado. Permitindo, assim, que o cidadão que utiliza o serviço de saúde pública tenha maior facilidade de identificar o responsável pela ação, atuando no gerenciamento governamental.

A descentralização declara vital seriedade para impedir a centralização de poder político-econômico e administrativo, uma vez que preconiza a diluição de atribuições. (GERSCHMANN; VIANA, 2005, p. 317).

Destarte, passando a integrar a transferência de responsabilidades e competências à descentralização das ações e serviços de saúde, determina ao mesmo tempo, o repasse de recursos financeiros apropriados e a garantia da autonomia institucional. (KLEBA, 2005, p. 182).

Algo importante a ser mencionado é a proposta de regionalização e hierarquização das ações e serviços públicos de saúde que compõem o cumprimento do imperativo da descentralização. A regionalização e a hierarquização são figuras organizativas que instrumentalizam o método de idealização do processo, permitindo o funcionamento com racionalidade de meios e fins. Impedindo a duplicidade preceituada no inciso XIII, do artigo 7º da Lei nº 8.080/90. (CARVALHO; SANTOS, 2005, p. 83).

Pode-se compreender a regionalização como a acomodação espacial dos serviços de saúde, com o objetivo de atender à população de uma determinada região e que tais ações e serviços sejam hierarquizados, em níveis, cada qual com

¹³ Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo; a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. (grifo do autor).

resolutividade própria, de forma a atender, por completo, todos os graus de complicação. (CARVALHO; SANTOS, 2005, p. 82).

3.2.4 Conjugação de recursos

As ações e serviços que integram o Sistema Único de Saúde obedecem, ainda, ao princípio da conjugação dos recursos que está diretamente ligado ao preceito da unicidade, conforme o artigo sétimo, inciso XI, da LOS, expressa:

Princípio da conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios na prestação de serviços de assistências à saúde da população.

O princípio da unicidade supracitado merece uma atenção, devido à interligação entre os dois preceitos na qual se baseia toda a estruturação do Sistema Único de Saúde. (CARVALHO; SANTOS, 2005, p. 83). Justificando o porquê da noção de sistema, que pressupõe a existência de partes não só articuladas entre si, mas que funcionem como estruturas organizadas. (PENTEADO DE CARVALHO, 2003, p. 92).

O amoldamento entre a descentralização político-administrativa do Sistema Único de Saúde e o princípio da unicidade tornam imprescindíveis a interdependência entre as três esferas estatais na formulação, coordenação e execução das ações e dos serviços de saúde. (CARVALHO; SANTOS, p. 154).

Assim, o recurso financeiro do SUS é de responsabilidade comum da União, Estados e Municípios, definida pela Constituição Federal de 1988 em seus artigos 195 e 198.

Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, [...].

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, [...].

A obrigatoriedade das contrapartidas de recursos competentes de cada campo de aproveitamento em ações e serviços de saúde sobreveio com a emenda

constitucional nº 29, de setembro de 2000, que estabeleceu os percentuais mínimos que deveriam ser aplicados. (BRASIL. Ministério Da Saúde, 2003, p. 75).

A regra de transação proposta para o período de 2000 a 2004, no âmbito orçamentário dos entes federados (União, Estados e Municípios) determinava que, para os Estados e Municípios, fossem fixados percentuais crescentes à razão de 20% ao ano, a partir de um patamar de 7% da receita vinculável a ser destinado em 2000. Dessa maneira, os Estados ficaram forçados a locarem no mínimo 12% das receitas em ações e serviços de saúde. (BRASIL. Ministério Da Saúde, 2003, p. 70).

Esperava-se, portanto, que os três entes gestores do Sistema Único de Saúde unissem atividades na intenção de obter a excelência dos serviços prestados; visto que um sistema de saúde compartimentado deixaria de ser um sistema. (PENTEADO DE CARVALHO, 2003, p. 93).

Para findar esse tópico, é significativo ressaltar que a repartição feita pela legislação infraconstitucional e por normativas internas não tem condão de eximir nenhum dos entes federados da obrigação constitucional imposta de promover, proteger e recuperar a saúde, assim é que a jurisprudência brasileira vem entendendo.

MANDADO DE SEGURANÇA - FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO E FRALDAS DESCARTÁVEIS - RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DA UNIÃO, DOS ESTADOS E DO MUNICÍPIO - SAÚDE - DIREITO GARANTIDO CONSTITUCIONALMENTE. - No que toca ao direito do cidadão à saúde e à integridade física, a responsabilidade do Município é conjunta e solidária com a dos Estados e a da União. E, tratando-se de responsabilidade solidária, a parte necessitada não é obrigada a dirigir seu pleito a todos os entes da federação, podendo direcioná-lo àquele que lhe convier. O Sistema Único de Saúde, tendo em vista o seu caráter de descentralização, torna solidária a responsabilidade pela saúde, alcançando a União, os Estados e os Municípios. - Comprovada a imprescindibilidade de utilização de determinado medicamento por pessoa necessitada, este deve ser fornecido de forma irrestrita, sendo que a negativa do Município implica ofensa ao direito à saúde, garantido constitucionalmente. (BRASIL. Tribunal de Justiça de Minas Gerais. MS nº 1.0145.06.305351-9/001(1)).

Mister apresentar alguns pontos referente a origem, estruturação e políticas adotadas pelo Sistema Único de Saúde Brasileiro.

3.3 POLÍTICA DE MEDICAMENTOS E FORNECIMENTO ATRAVÉS DO SUS – PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS

Historicamente, a assistência farmacêutica, no âmbito público, teve a mesma política adotada nas ações e serviços de saúde. Uma atividade destinada a atender, exclusivamente, a população previdenciária e executada de maneira centralizada, sobretudo após a criação da Central de Medicamentos – CEME em 1971. (BRASIL. Ministério Da Saúde, 2003, p. 12).

Todavia, com a chegada da Constituição Federal de 1988, a forma de atenção à saúde no Brasil foi intensamente alterada, conforme já estudado, passando a ser um direito de todos. Concomitantemente, em concordância com a diretriz constitucional do atendimento integral e com o princípio da integralidade de assistência, o artigo sexto, inciso I, alínea “d”, da Lei nº 8.080/90 inclui a execução de ações voltadas à assistência farmacêutica e à formulação da política de medicamentos, inciso VI.

Com a Portaria nº 3.916 de 30/10/1998, a Assistência Farmacêutica alcançou um extraordinário impulso, implantando uma Política Nacional de Medicamentos que reconheceu a sua real importância para o sistema de saúde brasileiro. A referida portaria agenciou a reorientação do modelo da assistência farmacêutica, deixando de se restringir à obtenção e distribuição de medicamentos. (BRASIL. Ministério Da Saúde, 2003, p. 12).

A partir desse momento, a Política Nacional de Medicamentos tornou-se basilar para garantir a real melhoria das condições de assistência farmacêutica da população que tem como objetivo fundamental garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, bem como agenciar o uso coerente e o acesso dos cidadãos às terapias medicamentosas ditas essenciais. (BARROS, 2006, p. 10).

Partindo do propósito acima, os três entes federados na sua atuação como gestores do Sistema Único de Saúde, fundado no princípio da conjugação dos recursos, precisarão trabalhar juntos para ajustar a assistência farmacêutica conforme as diretrizes da Política Nacional de Medicamentos, Portaria nº 3.916/98, assim descritas: a) adoção de relação de medicamentos essenciais; b) regulamentação sanitária de medicamentos; c) reorientação da assistência

farmacêutica; d) promoção do uso racional de medicamentos; e) desenvolvimento científico e tecnológico; f) promoção da produção de medicamentos; g) garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; e por fim, h) desenvolvimento e capacitação de recursos humanos. (BARROS, 2006, p. 10).

Para o presente estudo, pode considerar-se, de uma significância maior, a diretriz que apregoa a adoção de uma lista administrativa de medicamentos essenciais, deixando claro que todos possuem incomensurável importância nas terapias medicamentosas.

Conforme preceitua a Organização Mundial de Saúde, medicamentos essenciais são definidos como aqueles “de máxima importância, que são básicos, indispensáveis e imprescindíveis para atender às necessidades de saúde da população e que devem ser acessíveis em todo o momento, na dose apropriada, a todos os segmentos da sociedade”. (BRASIL. Ministério Da Saúde, 2003, p. 9).

Os medicamentos essenciais devem compor a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME. Essa listagem serve de referência e base para a definição das relações de medicamentos essenciais nos âmbitos estaduais e municipais, conforme suas particularidades. Colocando, portanto, em prática, o princípio da descentralização da gestão; deste modo que “estas instâncias são, com a participação financeira e técnica do Ministério da Saúde, responsáveis pelo surgimento de suas redes de serviços”. (BRASIL. Ministério Da Saúde, 2003, p. 120).

Existe, também, o Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional, criado para suprir de forma individualizada todos os níveis de complexidade, visado no princípio da assistência integral. (CARVALHO; SANTOS, 2006, p. 64).

Renilson Rechem de Souza (apud BARROS, 2006, p.14), acrescenta:

Medicamentos de dispensação em caráter excepcional ou de auto custo, são aquelas substanciais medicamentosas cuja aquisição governamental, é feita em caráter excepcional, individual, e com recursos financeiros independentes daqueles destinados aos medicamentos da RENAME, utilizando critérios especiais para dispensação.

Através dessa política, os prestadores de assistência médica e farmacêutica podem adquirir, excepcionalmente, medicamentos não incluídos na RENAME, quando a natureza e/ou gravidade da doença exigissem, desde que não

pudessem ser trocados por outro medicamento listado. (BRASIL. Ministério Da Saúde, 2003, p. 14).

A Portaria nº 2.577/06 do Ministério da Saúde regulamenta o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional - CMDE¹⁴, definindo a lista de medicamentos excepcionais (apresentam nessa lista, hoje, 102 fármacos em 208 apresentações farmacêuticas), os CID (Classificação Internacional de Doenças) para os quais a prescrição é autorizada, valores de repasse aos estados e normas de acesso¹⁵.

No que tange essas regras de acesso, foram criados Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para cada um desses fármacos, com o objetivo de racionalizar a sua prescrição e dispensação. (BARROS, 2006, p. 15).

O Ministério da Saúde tem mais ou menos 40 mil medicamentos registrados sob inúmeras formas de apresentação, perante isso seria necessária uma triagem racional, objetivando proporcionar maior eficiência administrativa e uma ajustada resolubilidade terapêutica. (BRASIL. Ministério Da Saúde, 2003, p. 31).

Guido Ivan de Carvalho e Lenir Santos (2006, p. 68) alertam:

A dispensação de terapias não pode ser realizada de forma aleatória, mas deve ser pautada por protocolos, regulamentos técnicos e outros parâmetros técnicos-científicos-biológicos, respaldados pela comunidade científica, de modo a conjugar tecnologia e recursos financeiros com as reais necessidades terapêuticas

Os autores supracitados (CARVALHO; SANTOS, 2006, p. 69), complementam: “sem critérios para a incorporação da infinidade de recursos tecnológicos hoje existentes [...] não haverá equidade na organização dos serviços de saúde. Uns terão, talvez, até o desnecessário, e os outros não terão o essencial.

Não é tarefa fácil definir o que deve ser colocado à disposição da população, pois a lei determina que devem ser oferecidos a todos, sem distinção, as terapias que, em conformidade com os critérios técnicos, científicos, médicos e biológicos, serão necessários para suprir o imperativo da assistência integral. (CARVALHO; SANTOS; 2006 p. 69).

¹⁴ O CMDE caracteriza-se como estratégia da política de assistência farmacêutica que objetiva disponibilizar medicamentos em caráter especial no âmbito do Sistema Único de Saúde para tratamentos de agravo.

¹⁵ Fonte: NAAJ/SES.

Por conseguinte, os protocolos clínicos foram instituídos com o propósito de aclarar os critérios de diagnóstico de cada enfermidade; o tratamento medicamentoso disponível e as dose adequadas; os mecanismos de controle, acompanhamento e verificação dos resultados; e a racionalização da prescrição e do fornecimento dos fármacos. (PICON apud BARROS, WELLINGTON, 2006, p. 15).

Para verificar os critérios de inclusão estabelecidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT, previstos para as enfermidades cobertas pelo programa, é necessário que o paciente passe por uma avaliação clínica e laboratorial em alguma das unidades do Sistema Único de saúde. (BRASIL, 2004, p. 32).

Muitas decisões judiciais têm exigido o fornecimento de medicamentos que não estão de acordo com a indicação estabelecida nos PCDT. Fato que pode expor o paciente a tratamentos inócuos, como também gerar gastos desnecessários ao poder público que poderiam ser aplicados em outras situações.

Sobre o assunto Mariana Filchtner Figueiredo (2007, p. 224) descreve:

No que concerne ao fornecimento de fármacos ou à prestação de tratamento em saúde, a elaboração de protocolos terapêuticos pode indicar uma diretriz segura a todas as partes envolvidas, trazendo a opção pela conduta sanitária a ser seguida para foros e científicos. Além disso, a criação de mecanismos de controle das prestações oferecidas, por meio de instrumentos simples como a exigência de prestação de contas e tutelas judiciais outorgadas, podem afastar os abusos e, a final colaborar para o emprego adequado das verbas públicas.

Assim sendo, diante do exposto até aqui, o Poder Público ao negar o acesso a medicamentos que o paciente alega necessitar, para resguardar a saúde, oferece razão para buscar a satisfação através da via jurisdicional, tema esse a ser tratado no terceiro e último capítulo desse estudo.

4 A JUSTICIABILIDADE DO DIREITO À SAÚDE

Este capítulo apresentará circunstâncias relacionadas à eficácia jurídica e social dos direitos fundamentais do homem, em especial, o direito à saúde; tomando como base a teoria da reserva do possível, o princípio da razoabilidade e proporcionalidade. Finalizando, demonstrará de que forma o Estado de Santa Catarina vem administrando a questão da judicialização da saúde.

4.1 RESERVA DO POSSÍVEL

A fim de introduzir este tópico, é respeitoso ressaltar os ensinamentos de Norberto Bobbio (2004, p. 63) que afirma: “para a efetiva realização dos direitos fundamentais do homem, é necessária a existência de condições objetivas que não dependam da boa vontade daqueles que os proclamam, nem dos bons intuitos daqueles que possuem meios para protegê-los”.

O direito à saúde, na judicialização medicamentosa e assistencial, pode passar por algumas restrições. No contexto atual, tais restrições raramente são observadas nas demandas judiciais, diante da urgência de se garantir o direito tutelado, no caso desse estudo, o direito à saúde. Infelizmente ou felizmente, por se tratar de um direito garantidor de um bem-maior: a vida, alguns magistrados deixam de examinar as reais circunstâncias postas na lide. (FIGUEIREDO, 2007, p. 13).

Partindo desse pressuposto, faz-se necessária a imposição de limites à atuação do Poder Judiciário, de forma que uma estrutura criada para resguardar o indivíduo, não o coloque em situações de dependência ao poder conferido a outro cidadão. (ASSIS, 2007, p. 109).

É respeitável os ensinamentos de Mariana Filchtiner Figueiredo (2007, p.103):

A idéia de justiciabilidade do direito à saúde aponta diretamente para o reconhecimento de posições jurídico-subjetivas em favor de quem titule esse direito, seja no sentido de exigir respeito e não-interferência (pretensão

defensiva), seja no que concerne a demandas por proteção e fornecimento de bens (pretensões de caráter prestacional). Cuida-se, portanto, da investigação acerca dos limites e das possibilidades dentro dos quais o direito à saúde é exigível, ou seja, eficaz e assegurado, ainda que pelo recurso à via judicial.

Em meados de 1970, dois juristas alemães deram origem à teoria da “reserva do possível” que foi consolidada pela jurisprudência constitucional adotada na época. O alemão Häberle inventou a “reserva de caixas financeiras”, idealizando que os direitos sociais ficariam sob a reserva das capacidades financeiras do Estado, prestações financiadas pelos cofres públicos. Martens, o outro jurista alemão, reforçando o ensinamento acima, afirmava que os direitos subjetivos públicos somente seriam assegurados no âmbito do possível e do adequado. (CANOTILHO, 2000, p. 108).

A partir desse momento, a teoria da reserva do possível passou a ter significância, no que tange a obrigação do Estado em disponibilizar recursos financeiros para suprir a política de saúde necessária à população. Tendo o administrador público, no campo da discricionariedade, liberdade para gerir o orçamento, prevalecendo o interesse público. (FIGUEIREDO, 2007, p. 132).

Conforme já mencionado, a jurisprudência alemã teve papel importante para a materialização da teoria. Foi no julgamento promovido pelo Tribunal Constitucional Alemão, em decisão conhecida como *Numerus Clausus* (BverfGE n.º 33, S. 333) no qual a lide versava sobre estudantes que não haviam sido admitidos em universidades de Hamburgo e Munique, valendo-se da garantia constitucional prevista: “todos os alemães têm direito a escolher livremente sua profissão, local de trabalho e seu centro de formação” que pleiteava autorização para ingresso no ensino superior, mesmo inexistindo vaga. (ASSIS, 2007, p. 163).

Ingo Wolfgang Sarlet (2001, p. 264), a respeito do julgado alemão, entende: “[...] a prestação reclamada deve corresponder ao que o indivíduo pode razoavelmente exigir da sociedade, de tal sorte que, mesmo em dispondo o estado de recursos e tendo poder de disposição, não se pode falar em uma obrigação de prestar algo que não se mantenha nos limites do razoável”.

O Estado deve amoldar sua possibilidade às necessidades dos indivíduos que nele habitam, dando importância à pretensão social associada ao equilíbrio econômico-financeiro. Demonstrada, de forma clara, a incapacidade econômica do ente, desta não se poderá exigir a efetivação do cumprimento da garantia

constitucional, exceto uma política de bem-estar social voltada à universalidade. Nesse sentido, entende-se que o Estado pode invocar a teoria da reserva do possível, justificando o não cumprimento da obrigação imposta pela Carta Magna. (MARIN, 2009, p. 42).

A jurisprudência corrobora com o mesmo entendimento:

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL. ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. DIREITO À SAÚDE. LEGISLAÇÃO CONSTITUCIONAL E INFRACONSTITUCIONAL. OBSERVÂNCIA DOS LIMITES DA RESERVA DO POSSÍVEL, E DAS NORMAS INFRACONSTITUCIONAIS A RESPEITO DOS CRITÉRIOS DE REPARTIÇÃO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DA SAÚDE. Em nosso ordenamento jurídico, o direito à saúde foi priorizado tanto pelo legislador constituinte quanto pelo legislador infraconstitucional, sendo responsabilidade do Estado (gênero) o fornecimento de medicamentos àqueles que dos mesmos necessitem observados, entretanto, os limites da reserva do possível, bem assim como os critérios de repartição de competências no âmbito da saúde, sob pena de prejudicar-se, ou até mesmo inviabilizar, o sistema público de saúde. ASTREINTES. DESCABIMENTO. ORIENTAÇÃO DA CÂMARA. Afigura-se descabida a cominação de multa por dia de atraso no fornecimento de medicamento, uma vez que tal imposição apenas contribui para o agravamento das finanças públicas, gerando novo ônus a ser suportado por toda a sociedade, sem atingir a efetividade almejada o provimento mandamental. AFASTAMENTO DA CONDENAÇÃO DO ESTADO AO PAGAMENTO DAS CUSTAS PROCESSUAIS. É descabida a condenação do Estado ao pagamento das custas processuais, uma vez que se trata de processo afeto à Justiça da Infância e da Juventude, onde as ações são isentas de custas, a teor do disposto no artigo 141, §2º, do ECA. Agravo retido provido, e recurso de apelação provido. (BRASIL. Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. Apelação e Reexame Necessário Nº 70023896202).

A reserva do possível abrange pelo menos duas dimensões principais, quais sejam: uma dimensão fática, ligada à idéia de limitação dos recursos materiais, normalmente igualados pela doutrina aos recursos financeiros que os Estado pode dispensar; e uma dimensão jurídica, referente à competência jurídica ou ao poder de disposição de que carece titular o destinatário das obrigações impostas pelos direitos fundamentais sociais a prestações materiais, no sentido de possuir competência suficiente para decidir sobre a alocação dos recursos existentes. (FIGUEIREDO, 2007, 134).

Sobre a dimensão fática, ou seja, a escassez dos recursos financeiros Gustavo Amaral (2001, p. 130) apresenta o seguinte ensinamento:

Escassos são todos os recursos finitos, já que, em tese, será possível ocorrer uma situação onde seja necessário realizar opção disjuntiva entre atender a um reclamo ou outro, embora teoricamente ambos devam ser atendidos, pois o recurso não é suficiente para o atendimento de todos.

Assim sendo, as prestações positivas em direitos fundamentais, como no caso, o direito à saúde, não encontram conexão necessária em deveres estatais, sendo exigências despidas da necessária relação de implicação recíproca entre direito e dever. (FIGUEIREDO, 2007, 134).

A problemática versa sobre duas facetas: de um lado, o Estado deve garantir ensino, saúde, moradia, segurança, lazer, no alcance de suas disponibilidades orçamentárias, sob pena de afetar o desenvolvimento das políticas públicas, baseado na reserva do possível. Por outro lado, há o princípio do mínimo existencial, consequência do princípio da dignidade da pessoa humana que atribui ao Estado o dever de assegurar o ínfimo para que o indivíduo tenha uma vida digna. (COELHO, 2006, p. 131).

Ana Paula De Barcellos (apud TORRES, 2004, p. 447) dá a definição de mínimo existencial:

O mínimo existencial que ora se concebe é composto de quatro elementos, três materiais e um instrumental, a saber: a educação fundamental, a saúde básica, a assistência aos desamparados e o acesso à justiça. Repita-se, ainda uma vez, que esses quatro pontos correspondem ao núcleo da dignidade da pessoa humana a que se reconhece eficácia jurídica positiva e, *a fortiori*, o status de direito subjetivo exigível diante do Poder Judiciário.

É necessário, portanto, fazer escolhas não calamitosas ao atendimentos dos direitos fundamentais, em razão da escassez de recursos para satisfação de todos os direitos públicos, haverão de ser feitas escolhas de uns em detrimento de outros. (COELHO, 2006, p. 133).

A respeito do tema, as palavras de Helena Beatriz Cesarino Mendes Coelho (2006, p. 137):

Nessa senda, temos que os direitos fundamentais sociais estão previstos em normas constitucionais de cunho programático que podem desaguar em direitos subjetivos a prestações, quando, fazendo-se a ponderação dos princípios em jogo – de um lado, o princípio da liberdade fática e, do outro, os princípios da separação dos poderes e da democracia, assim como os princípios materiais opostos –, prevalecer o primeiro, enfatizando-se que isso ocorrerá, *a priori*, na hipótese de prestações que integrem o mínimo existencial. Todavia, o equacionamento da questão não se esgota na ponderação de princípios jurídicos, porque hão de ser considerados os elementos econômico-financeiros envolvidos na situação concreta. Há situações em que não existem condições fáticas reais de atendimento de todos que postulam a prestação essencial, tornando-se inevitável a realização de escolhas trágicas. Nesse caso, haverá espaço para escolha – um exercício de discricionariedade –, em que o Estado deverá estabelecer critérios de alocação de recursos e, pois, de atendimento das demandas, tornando-se legítima a não entrega da prestação demandada para aqueles

que não estejam enquadrados nos critérios. Por isso, o fator custo dos direitos é de ser adicionado nesta equação, cabendo, prefacialmente, aos Poderes Executivo e Legislativo, a tarefa sobre a decisão do atendimento dos direitos fundamentais sociais, através da implementação de políticas públicas. Isto, todavia, não significa que tais decisões fiquem imunes ao controle judicial. Absolutamente. Caberá sempre ao Poder Judiciário sindicar os atos tomados pela Administração, averiguando, com base no panorama fático-jurídico concreto, se eles revestem-se ou não de razoabilidade, afigurando-se legítimos ou não.

Em suma, deve-se aceitar que a limitação de recursos existe e é uma realidade que acomete o Poder Público. Nunca se esquecendo, no entanto, do dever que o Estado tem de selar pela promoção do bem-estar do indivíduo, cuja base é garantir as condições de sua própria dignidade que abarca, além da proteção dos direitos individuais, condições materiais mínimas de existência. (MARIM, 2009, p. 48).

Destarte, a solução para o caso concreto, posto a apreciação do judiciário, no que tange a efetivação dos direitos fundamentais do homem, está em prevalecer o bem mais proeminente, observando os critérios da proporcionalidade e razoabilidade que ensina: “o respeito ao conteúdo mínimo dos direitos a prestações sociais, no sentido de um conjunto de prestações materiais indispensáveis para uma vida digna”. (SARLET, 2002, p. 59).

4.2 A RAZOABILIDADE E A PROPORCIONALIDADE

Das limitações à concessão de terapias medicamentosas através do sistema judiciário a que possui uma maior efetividade de gerar restrição em relação às ações propostas é a utilização dos princípios da razoabilidade e da proporcionalidade.

Faz-se necessário analisar, em primeiro lugar, os conceitos doutrinários do referidos princípios, separadamente, para sim, confrontar com o assunto principal do estudo: o direito à saúde.

Na idéia de direito já contém uma pitada de razoabilidade, pois sua intenção é regulamentar condutas, através de normas que sejam aceitas pelos cidadãos, esperando que os indivíduos razoáveis obedeçam ao ordenamento jurídico, ainda que pelo receio de uma punição. (BRAGA, 2008, p. 49).

Corroborando com o entendimento, Wilson Steinmetz (2001, p. 183) destaca:

O que não é razoável não pode ser considerado jurídico e, no âmbito do Direito, dizer que uma decisão não é razoável significa que, do ponto de vista de seu conteúdo, ela é aceitável ou, mais precisamente, ela é substantiva ou materialmente aceitável. A razoabilidade diz respeito ao conteúdo, portanto, e não à forma.

O sistema da *common law*¹⁶ originou o princípio da razoabilidade, sendo este, uma derivação do princípio do *due process of law* (devido processo legal¹⁷), quando em 1215, na Inglaterra, o Rei João Sem Terra estabeleceu a *Magna Carta*, deixando claro que nenhum cidadão seria condenado, por ter praticado qualquer que fosse o delito, sem ser submetido previamente a um julgamento. (MORAES, 2002, p. 113).

A Constituição dos Estados Unidos da América foi quem concedeu *status* constitucional à razoabilidade, em decorrência das amargas experiências históricas vivenciadas. Inicialmente, sua aplicabilidade estava restrita somente para o processo penal vigente na época. Depois, veio a ser utilizada como utensílio de defesa e garantia dos direitos individuais do homem. A razoabilidade era praticada no controle de atos normativos, ou seja, qualquer arbitrariedade do Poder Público que viessem a ferir os direitos individuais. (BARROSO, 2004, p. 219).

Cármén Lúcia Antunes Rocha (1994, p. 113) expressa:

¹⁶ Roscoe Pound (apud, Oliveira, 2000, p. 178) chama a atenção para dois traços marcantes do *common law*: a doutrina dos precedentes judiciais e a doutrina da supremacia da lei ou do direito, por trás das quais existe a razão, em oposição ao elemento de vontade [...] A doutrina dos precedentes significa que as causas devem ser julgadas por princípios indutivamente da experiência judicial do passado, não por dedução de regra estabelecida arbitrariamente pelo soberano. Em outras palavras, a razão, e não a vontade arbitrária, há de ser o último fundamento da decisão. A doutrina da supremacia do direito é redutível à mesma idéia. É uma doutrina segundo a qual o soberano e todos os seus representantes estão vinculados a agir conforme princípios, e não pela vontade arbitrária; são obrigados a seguir a razão, em vez de serem livres para seguir o capricho [...] A doutrina do *common law* é uma doutrina da razão aplicada à experiência.

OLIVEIRA, Cybele. Devido processo legal. Revista de Direito Constitucional e Internacional. São Paulo, a. 8, n.32 p. 178 – 179, jul./set. 2000.

¹⁷ Atualmente, a doutrina é unânime em fundar o princípio da razoabilidade no devido processo legal, tendo o Supremo Tribunal Federal chegado a fundamentá-lo no art. 5º, § 2º, CR/88. De qualquer forma, além de não ficar adstrito à matéria administrativa, pois, como princípio geral, tende a abranger

A razoabilidade engloba a existência de razão suficiente na atividade da Administração, devendo ser justa e adequada, embasada em dispositivo legal e escorada numa necessidade social específica que garanta o fundamento de validade da conduta do Estado. Para tanto, é preciso que a ação administrativa seja reta, baseada em normas jurídicas, com o intuito de se empregarem e adotarem as providências necessárias que demonstrem o rigoroso cumprimento das finalidades engendradas pela Administração. Assim, não lhe basta a satisfação das normas legais no tocante ao fim a que elas se dedicam, é imprescindível que ela utilize os meios estritamente adequados para atingi-los. Por esse princípio, determina-se que a Administração assuma somente decisões razoáveis, ou seja, racionais, pautadas pelo bom senso e, por conseguinte, pelas regras da boa administração.

Maria Sylvia Zanella Di Pietro (2005, p.81) ensina: que com o princípio da razoabilidade “o que se pretende é considerar se determinada decisão, atribuída ao Poder Público, de integrar discricionariamente uma norma, contribuirá efetivamente para um satisfatório atendimento dos interesses públicos”. Analisando o pensamento acima, é notório verificar a obrigatoriedade de possuir uma relação de conexão entre oportunidade e conveniência, de um lado, e a finalidade, de outro ¹⁸.

Observa-se que a Administração Pública utiliza o princípio da razoabilidade como parâmetro de valoração dos atos, como escopo de apreciar se eles estão apoiados por valores de justiça e equidade. Por conseguinte, o ato administrativo será aceitável quando tiver em conformidade com a razão, com o bom senso, tomando em consideração os juízos de moderação e harmonia. (COELHO, 2002, p. 61).

Sobre o assunto, Lúcia Valle Figueiredo (apud DI PIETRO, 2005, p. 81) educa:

Discricionariedade é a competência-dever de o administrador, no caso concreto, após a interpretação, valorar, dentro de um critério de razoabilidade, e afastado de seus próprios *standarts* ou ideologias, por tanto, dentro do critério da razoabilidade geral, qual a melhor maneira de concretizar a utilidade pública postulada pela norma.

Na visão de Herbert Hart (apud COELHO, 2002, p. 59), a razoabilidade se constitui “em um importante elemento moral de interpretação e justificação das

todos os campos do ordenamento, é insuscetível de supressão pelo contribuinte derivado, em virtude de se constituir cláusulas pétreas, nos termos do art. 60 da Carta Magna. (BRAGA, 2008, p. 75).

¹⁸ No decorrer do estudo casos concretos do judiciário catarinense permitirá um melhoramento do entendimento.

escolhas dos intérpretes-aplicadores, já que estes devem buscar um razoável acolhimento de suas decisões”.

Sobre o princípio da proporcionalidade, pode-se apontar, de início, que sua normatização não está expressa no ordenamento jurídico-brasileiro. Contudo, há vários dispositivos e princípios espalhados na norma que oferece acolhimento. (COELHO, 2002, p. 79).

Pode-se ponderar que a proporcionalidade assume espécie de diretriz orientadora, contida no ordenamento jurídico. A analogia da idéia de justiça traz em si um princípio “jurídico-material de justa medida”, no senso de justiça ao caso concreto. Logo, “o princípio da proporcionalidade é um princípio do Direito justo que deriva imediatamente da idéia de justiça. Indubitavelmente conecta com a idéia de ‘moderação’ e de ‘medida justa’ no sentido de equilíbrio”. (apud FIGUEIREDO, 2007, p. 121).

Constata-se que o princípio da proporcionalidade versa em um âmbito de vedação de excessos, agenciando uma ponderação coerente e cuidadosa do administrador público com finalidade de reduzir qualquer espécie de sacrifício sem justificação. (FREITAS, 2007, p. 57).

É respeitoso acolher os ensinamentos de Juarez Freitas (2007, p. 67) que apresenta três subprincípios da proporcionalidade:

a) subprincípio da adequação de meios e fins – tal diretriz exige relação de pertinência entre os meios escolhidos pelo administrador e os fins coligados pela lei ou pelo ato administrativo. Guardando parcial simetria com o princípio da proibição de excessos, a medida implementada pelo Poder Público precisa se evidenciar não apenas conforme aos fins almejados, mas também, apta a realizá-los. [...]; b) o subprincípio da necessidade – o que esse princípio impõe não é tanto a necessidade dos fins, mas a justificável dos meios mobilizados pelo Poder Público. Quando há muitas alternativas, o Estado deve optar em favor daquela que afetar o menos possível os interesses e as liberdades em jogo. É que “o cidadão tem direito à menor desvantagem possível”; c) o subprincípio da proporcionalidade em sentido estrito – a cláusula da proporcionalidade *strictu sensu* decorre do reconhecimento de que os meios podem ser idôneos para atingir o fim, mas desproporcionais em relação ao custo/benefício. Sem incorrer no simplificador cálculo utilitário ou na mera análise econômica, a proporcionalidade em sentido estrito indaga pelo “preço a pagar. Vale dizer, faz a conta dos ganhos e perdas, ao apurar se os ônus não são desmesurados. Aqui, os princípios se entrelaçam com os princípios da economia, da eficiência e da eficácia.

Tentando simplificar os ensinamentos acima, pode-se dizer que o princípio da proporcionalidade rege-se por três subprincípios, a saber: a) da

adequação entre meios e fins: que determinando a maneira de realizar o ato administrativo, busca-se sempre a sua finalidade; b) da necessidade: determina que o cidadão tem direito a menor desvantagem possível; c) da proporcionalidade em sentido estrito: determina a economicidade, a eficiência do ato administrativo. (FREITAS, 2007, p. 67).

No que pulsa à razoabilidade, pode-se dizer que carece de adequação entre os meios e os fins. Já na proporcionalidade, o que predomina é a existência de uma necessidade, ou seja, analise se a decisão administrativa foi devidamente cogente para obtenção da finalidade normativa. De tal modo, quando se verifica uma dimensão de desproporcionalidade, desvio de finalidade em maior ou menor grau, a medida se vestirá de arbitrariedade. (DI PIETRO, 2005, p. 81).

Fica claro observar uma conexão entre o princípio da razoabilidade e da proporcionalidade, em suas respectivas essências. Como no caso da doutrina de Maria Sylvia Zanella Di Pietro (2005, p. 81) que prefere não fazer distinção entre os princípios e, sim, a conexão. Sendo essa, ligada na acepção dos requisitos da necessidade e da adequação.

Odete Medauar (2005, p. 150) leciona:

Melhor englobar no princípio da proporcionalidade o sentido de razoabilidade. O princípio da proporcionalidade consiste, principalmente, no dever de não serem impostas, aos indivíduos em geral, obrigações, restrições ou sanções em medida superior àquela estritamente necessária ao atendimento do interesse público, segundo critério de razoável adequação dos meios aos fins. Aplica-se a todas as atuações administrativas para que sejam tomadas decisões equilibradas, refletidas, com avaliação adequada da relação custo-benefício, aí incluído o custo social.

No Judiciário Catarinense, pode-se encontrar casos que exemplifiquem, claramente, o uso dos referidos princípios nas lides que versam sobre a concessão de terapias medicamentosas pelo Poder Público. O caso a ser apresentado aborda portadores de uma doença rara, a Distrofia Muscular de Duchene¹⁹.

¹⁹ Associação Brasileira de Distrofia descreve a patologia como: uma doença neuromuscular de origem genética, cuja característica principal é o enfraquecimento progressivo da musculatura esquelética, prejudicando os movimentos e levando na maioria das vezes o portador a uma cadeira de rodas. Ela possui uma especificidade que a distingue sobremaneira das demais deficiências motoras: qualquer esforço muscular que cause um mínimo de fadiga contribui para a deterioração do tecido muscular. Isto porque o defeito genético ocorre pela ausência ou formação inadequada de proteínas essenciais para o funcionamento da fisiologia da célula muscular. Na literatura médica são catalogados mais de trinta tipos de distrofia. Cada tipo possui características específicas quanto ao início da apresentação dos sintomas, quanto ao grupo muscular mais comprometido, e quanto à

Cristiane Sagatto (2008) faz referência a um dos casos de Distrofia Muscular de Duchene no Estado de Santa Catarina. Note alguns trechos da referida reportagem:

Para uns, a única esperança de cura; para outros, a venda de falsas ilusões. Sob o signo dessa polêmica, uma operação inédita na América Latina foi realizada na sexta-feira 28 no Hospital Samaritano, em São Paulo. O fisiologista chinês Peter Law, radicado nos Estados Unidos, obteve apoio de médicos brasileiros para aplicar a técnica de transplante de mioblastos, um método experimental que ele acredita poder beneficiar pacientes com distrofia muscular do tipo Duchenne. A doença é hereditária, tida como incurável e provoca a falência respiratória pela degeneração progressiva dos músculos. A operação foi feita em dois meninos de 10 e 12 anos. Resta aguardar o resultado.[...] O transplante proposto pelo especialista é considerado ineficaz pela Associação Americana de Distrofia Muscular (MDA) e também por sua equivalente brasileira (Abdim).[...] A operação consiste em implantar nos pacientes células jovens doadas por outras crianças para fornecer a proteína distrofina, responsável pelo fortalecimento das fibras musculares e ausente nos portadores da doença. [...] "Cientistas de todo o mundo concluíram durante um congresso em 1992 que o benefício da técnica não compensaria o esforço do paciente e decidiram bani-la", confirma Rita de Cássia Pavanello, médica da Associação Brasileira de Distrofia Muscular. Para cobrir a deficiência em um único músculo seria preciso centenas de injeções aplicadas de tempos em tempos. [...] Law cobra US\$ 125 mil pelo tratamento. [...] **O catarinense João Batista Gonçalves Cordeiro participou da pesquisa de Law depois que o Supremo Tribunal Federal obrigou o estado de Santa Catarina a custear metade do tratamento (grifo nosso).** A outra parcela

progressão da doença. Devido à fraqueza e atrofia muscular podem surgir algumas deformidades físicas, tais como: contraturas, hiperlordoses e escolioses. A distrofia muscular de Duchenne (DMD) apresenta um padrão de herança recessiva ligado ao cromossomo X, afetando apenas crianças do sexo masculino. No sexo feminino, ocorre a inativação de um dos cromossomos X e, portanto mulheres são apenas portadoras do gene da distrofia, não apresentando o quadro clínico. No caso de uma mulher portadora do gene engravidar, se a criança for do sexo masculino, a probabilidade de vir a ser afetada é de 50% e se for do sexo feminino o risco de vir a ser portadora do gene é de 50%. Na maioria dos casos, ao colher a história do desenvolvimento motor da criança, encontra-se um atraso na aquisição da marcha, que ocorre por volta dos dezoito meses de idade; porém, os primeiros sintomas da DMD surgem por volta de três a cinco anos de vida, caracterizados por quedas frequentes, dificuldade em pular, correr, subir escadas ou levantar do chão. São conseqüentes do enfraquecimento proximal e simétrico da musculatura, que ocorre de forma gradual e ascendente, ou seja, iniciando-se em cintura pélvica e membros inferiores havendo após uma progressão para a musculatura do tronco e postural, da cintura escapular e dos membros superiores. A evolução da DMD, decorrente da degeneração muscular, ocorre de tal forma que a criança por volta de sete a treze anos de idade fica incapacitada de realizar a marcha independentemente. Com a necessidade da utilização da cadeira de rodas, os encurtamentos e os problemas posturais se intensificam, ocasionando normalmente uma cifoescoliose e deformidades em flexão de membros superiores e inferiores, conseqüentes das contraturas que ocorrem devido ao posicionamento contínuo na posição sentada e pelo próprio processo da doença. Quando há rotações das vértebras na coluna, conseqüentemente há uma deformidade na caixa torácica, que juntamente com a fraqueza da musculatura, leva a complicações respiratórias repetitivas, sendo estas e o comprometimento cardíaco as causas mais frequentes do óbito do paciente. No momento, não existe ainda nenhum medicamento capaz de bloquear ou retardar o processo de degeneração do músculo, porém em várias partes do mundo estão sendo realizadas pesquisas, no sentido de encontrar a cura das diversas distrofias musculares. Sendo assim, a fisioterapia, com os seus diversos recursos, é de extrema importância para permitir ao paciente uma melhor condição da musculatura. (ABIDIM, 2009)).

foi arrecadada por meio de campanhas e o garoto viajou seis vezes a Memphis para receber 400 injeções. Segundo sua mãe, Hermínia Cordeiro, aparentemente não houve melhora. "Não faria de novo", diz Hermínia. [...] o método empregado: Um pequeno pedaço de músculo é extraído de crianças doadoras e cultivado em laboratório. O material dá origem a células jovens, chamadas de mioblastos, que serão fornecidas aos pacientes. Na data marcada, 50 bilhões de mioblastos são injetados em músculos de todo o corpo. Essas células musculares embrionárias produzem distrofina, a proteína necessária à saúde dos músculos. [...] Após 60 dias, começa a fusão das células implantadas das nativas. [...] a maior parte das novas células é rejeitada, o que torna necessários sucessivos transplantes. (grifo do autor).

O caso citado pela revista trata-se de uma Ação Cautelar Inominada (nº 004.96.009436-6 ²⁰, da comarca de Araranguá – SC) na qual o autor João Batista Gonçalves Cordeiro (menor impúbere, acometido por patologia rara Distrofia Muscular de Duchene), representado por sua mãe Hermínia Otília Gonçalves Cordeiro, almejam ver reconhecido o direito de ter tratamento médico, custeado pelo Estado de Santa Catarina.

Em 11 de dezembro de 1996, o réu, Estado de Santa Catarina foi condenado, liminarmente, a disponibilizar e arcar com a quantia de R\$ 85.500,00 (oitenta e cinco mil e quinhentos reais) necessária à conclusão do tratamento no qual houve o transplante de células mioblásticas, realizado exclusivamente pela Clínica *Cell Therapy Foundation*, localizada nos Estados Unidos da América. Assim, a Juíza de Direito, Gabriela Gorini Martignago, sentenciou da seguinte forma:

JULGO PROCEDENTE A AÇÃO ORDINÁRIA DE RECONHECIMENTO DE DIREITO promovida por JOÃO BATISTA GONÇALVES CORDEIRO REPRESENTADO POR SUA MÃE HERMÍNIA OTÍLIA GONÇALVES CORDEIRO para, convalidando os efeitos da liminar anteriormente deferida, reconhecer o direito do Autor de ter concluído o tratamento aqui mencionado e condenar o requerido no pagamento do montante apontado na exordial. CONDENO o réu ao pagamento das custas processuais, bem como de honorários advocatícios em 10% do valor da causa, com fulcro no artigo 20, §3º, "a" a "c" do Código de Processo Civil. Como consequência, JULGO PROCEDENTE a medida cautelar em apenso, condenando o requerido no pagamento das custas processuais e honorários advocatícios, estes arbitrados em 10% sobre o valor atribuído à demanda, com fulcro no artigo 20, § 3º, "a" a "c", do Código de Processo Civil. Decorrido o prazo de recurso voluntário, encaminhe-se ao Egrégio Tribunal de Justiça para reexame necessário. Publique-se. Registre-se. Intime-se. (BRASIL. Tribunal de Justiça de Santa Catarina. Processo nº 004.96.009436-6)

²⁰ Cumpre informar que o processo em questão não é segredo de justiça.

O réu, desta forma, utilizando-se dos recursos processuais, admitidos por lei, interpôs recurso de apelação. Proferindo o seguinte acórdão:

DIREITO À SAÚDE. TRATAMENTO MÉDICO NO EXTERIOR. CUSTEIO PELO ESTADO. OBRIGAÇÃO INEXIGÍVEL. Distrofia Muscular de Duschene. Transplante de mioblastos. Terapia ineficaz e enganosa. FATO A SER CONSIDERADO NA ENTREGA DA PRESTAÇÃO JURISDICCIONAL DEFINITIVA. (BRASIL. Tribunal de Justiça de Santa Catarina. Apelações Cíveis ns. 2001.023602-8 e 2003.016201-1, de Araranguá.)

O Tribunal de Justiça de Santa Catarina utilizou-se de pareceres de cientistas brasileiros, especializados na patologia, Dr^a. Mayana Zatz, Presidente da Associação Brasileira de Distrofia Muscular, e Dr^a. Rita de Cássia M. Pavanello, Médica Responsável pela mesma associação, que não acreditam na eficácia do tratamento, também da Resolução nº 1.367/2002 do Conselho federal de Medicina, que veda, em todo o território nacional, “a utilização do procedimento conhecido como transferência de mioblastos, em Distrofia Muscular Progressiva de Duschene ou em qualquer outra patologia muscular, por tratar-se de procedimento ineficaz e prejudicial ao paciente pela ocorrência de graves efeitos colaterais” e inúmeros argumentos científicos e jurídicos para reformar a sentença de primeiro grau.

Sobre a sentença prolatada em primeira instância, é necessário registrar a boa-fé do juiz que na perspectiva de oferecer melhor qualidade de vida e uma possível cura do tratamento, sentenciou dessa forma.

Portanto, o Desembargador Newton Janke, no acórdão supracitado ensina:

Se o juiz, em sede cautelar, foi governado pela perspectiva de que a nebulosa terapia alienígena “podia dar certo”, outro caminho, entretanto, há de tomar se, após a cognição exauriente, restar demonstrado, por categorizados e responsáveis pronunciamentos médicos, que o tratamento era ineficaz ou, quando não, tratava-se de um engodo.

Entretanto, com os resultados negativos o Desembargador, conclui: “o direito à saúde clama pela interpretação à luz do princípio da razoabilidade, porque não se mostra razoável o custeio dos tratamentos médicos no exterior sem lançar

mão de qualquer espécie de controle dos procedimentos praticados, sejam modernos e eficientes ou experimentais e absurdos”.

Jurisprudência do Tribunal de Justiça de Santa Catarina no mesmo sentido:

CONSTITUCIONAL - SEGURIDADE SOCIAL - DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE - DESPESAS COM O TRATAMENTO - OBRIGAÇÃO ATRIBUÍDA AO ESTADO - EFICÁCIA TERAPÊUTICO.

Não há como impor ao Estado (CF, art. 196; Lei n.º 8.080) o ônus de custear tratamento médico de elevado custo se a sua eficácia não é reconhecida cientificamente. (BRASIL. Tribunal de Justiça de Santa Catarina. El n. 01.014226-0, de Lages. Rel. Des. Newton Trisotto, julgado . em 11.09.02. Disponível em: <www.tj.sc.gov.br>. Acesso em 31 abr. 2009).

Nota-se, assim, que o Judiciário não restringe a concessão de prestações concernentes aos Direitos Fundamentais do Homem, no caso, o direito à saúde, sem olvidar de ponderar o caso concreto aos preceitos da razoabilidade e proporcionalidade.

As demandas judiciais de saúde vêm aumentando a cada minuto, ainda não sabidos os fatores desse crescimento. O que não se pode deixar de registrar é que milhares de ações de medicamentos pleiteiam fármacos relacionados nas listas de medicamentos da farmácia básica ²¹. Medicamentos esses, que o poder público disponibiliza à população com verbas do povo ²².

Deste modo, fica elucidada a existência de limitações à concessão judicial de medicamentos, sobretudo no que diz respeito às diretrizes edificadas nos princípios da razoabilidade e proporcionalidade.

O Estado de Santa Catarina é mais um afetado com a gama de ações propostas no judiciário visando ao fornecimento de medicamentos, órteses/próteses e serviços. Sem pretensão de esgotar o assunto, serão apresentadas as alternativas que o Estado tem encontrado para minimizar a problemática das ações de medicamentos judiciais.

²¹ Exemplificando: autos nº 045.09.001513-9. Dos quatro medicamentos pleiteados pela autora, três estão na relação de medicamentos disponíveis na farmácia básica, o outro o medicamento, o seu preço varia entre R\$ 14.91 a R\$ 19.14, na seguinte apresentação – 300mg c/ 30caps. Referente ao valor em reais do medicamento. (CONSULTA DE MEDICAMENTOS, 2009).

²² Os dados não referenciados foram obtidos na Secretaria de Estado da Saúde – Ses/Sc – Núcleo de Acompanhamento de Ações Judiciais – NAAJ/SC.

4.3 CONFIGURAÇÕES DO ESTADO DE SANTA CATARINA NAS AÇÕES JUDICIAIS DE MEDICAMENTOS²³

Cabe destacar que para elaboração deste capítulo foram realizadas visitas ao Núcleo de Acompanhamento de Ações Judiciais – NAAJ/SES - no qual o sistema interno serviu como fonte de pesquisa documental.

O alto número de ações propostas contra O Estado de Santa Catarina acabou gerando dificuldades administrativas e jurídicas. Em abril 2007, com a intenção de minimizar os efeitos da judicialização medicamentosa, o Secretário Luiz Eduardo Cherem, e a Diretora Geral da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina Carmen Emília Bonfá Zanotto autorizaram a criação de uma estrutura independente à Consultoria Jurídica – COJUR - que, até então, era o setor responsável pelo recebimento e acompanhamento das ações.

Em julho do mesmo ano, foi concretizada a instalação do NAAJ (Núcleo de Acompanhamento das Ações Judiciais), com a definição do espaço (12ª andar do prédio central da SES/SC) e a composição do quadro de pessoal.

O principal objetivo de criar o setor era direcionar as ações judiciais de medicamentos e outros serviços para uma só equipe especializada, pois, anteriormente, eram encaminhadas a vários setores (DIAF, COJUR, GABINETE), não havendo uma porta única de entrada das demandas; objetivando oferecendo um serviço qualificado de apoio aos demais setores e órgãos. Deste modo, as Gerências de Saúde, as Procuradorias e o próprio Poder Judiciário encaminham as decisões e documentos ao NAAJ, evitando extravio de documentação e a não inclusão do paciente no cadastro, acarretando o não-cumprimento da decisão judicial.

Entre outras metas e objetivos a serem alcançados pelo NAAJ, os prazos têm uma valorização diferente, cumprir as demandas judiciais conforme determinado é o objetivo majoritário, mesmo enfrentando complicações com prazos exíguos para o total cumprimento das ações. Decisões em que o paciente necessita de um

²³ Foram realizadas visitas ao NÚCLEO DE ACOMPANHAMENTO DAS AÇÕES JUDICIAIS – NAAJ/SES – no qual o sistema interno serve como fonte.

fármaco importado e que deve ser disponibilizado em 24 ou 48 horas para o cumprimento total da demanda é um dos casos impossíveis de cumprir, visto que o Estado administra o orçamento popular; e, como manda a regra, alguns princípios devem ser cumpridos.

Um fluxograma elaborado pelo setor já surgiu efeito; pois, agora, na maioria dos casos, os prazos foram estendidos para 15 a 30 dias²⁴. Ressalte-se que, da chegada da ação judicial ao NAAJ, o tempo de cadastro e providências em média não ultrapassa 48 horas.

O Núcleo ainda presta atendimento direto aos pacientes, procuradores, juízes e promotores, esclarecendo dúvidas sobre os procedimentos de entrega e aquisição dos medicamentos.

O Tribunal de Justiça, PGE, NAAJ/SES, DIAF, OAB e algumas entidades de classes (ACME, CRM) buscam, juntos, a conscientização das ações judiciais e um entrosamento de conhecimentos e experiências com uma única finalidade: a coletividade.

A tabela abaixo demonstra o número de ações judiciais de medicamentos contra o Estado de Santa Catarina – SES/SC no período de 2000 a 2007.

Ano	Número de Ações
2000	01
2001	07
2002	24
2003	84
2004	272
2005	528
2006	1673
2007	2511

Tabela I – Ações Judiciais por ano propostas contra o Estado de Santa Catarina (fonte DIAF e NAAJ).

Conforme demonstrado, é notório o elevado crescimento das ações judiciais contra o Estado, visando ao fornecimento de medicamentos e outros serviços. Sendo registrado em 2007 o montante de 47 milhões de reais somente em

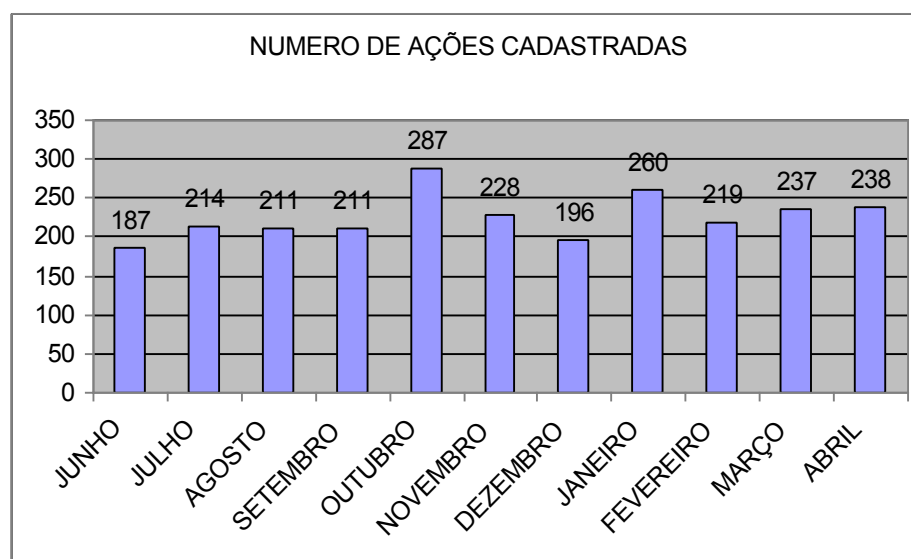
²⁴ Anexo: Fluxograma da Chegada e Encaminhamento da Ação Judicial no NAAJ. Com o fluxograma o NAAJ/SES evitou multas pelo descumprimento da ordem judicial, e a penalização dos gestores por crime de desobediência.

medicamentos para o cumprimento das ordens judiciais, por conseguinte afetando o orçamento financeiro.

ANO	GASTO
2001	R\$ 38.362,07
2002	R\$ 131.452,07
2003	R\$ 2.814.786,35
2004	R\$ 6.510.045,48
2005	R\$ 10.511.968,64
2006	R\$ 28.919.166,41
2007	R\$ 47.061.176,19

Tabela II - tabela informativa dos gastos de 2001 a 2007 na compra de medicamentos de ordens judiciais (fonte: DIAF)

O gráfico confirma o número de ações judiciais cadastradas entre 01/06/2007 até 30/04/2008, totalizando 2.488 ações.



O grupo atuante no NAAJ/SES é composto de uma equipe multidisciplinar, fazendo parte, também, COJUR e a DIAF, pois já atuavam na área antes da implementação do núcleo. A equipe é composta de profissionais na área técnica de medicamentos (farmacêuticos e bioquímicos), servidores com conhecimento técnico, assessores jurídicos que, juntos, minimizam e controlam os problemas decorrentes da judicialização dos medicamentos.

O setor jurídico-administrativo tem a função de receber as demandas judiciais, com os documentos que o instruem, dando o efetivo encaminhamento para os setores responsáveis, objetivando a tramitação rápida e resposta imediata das

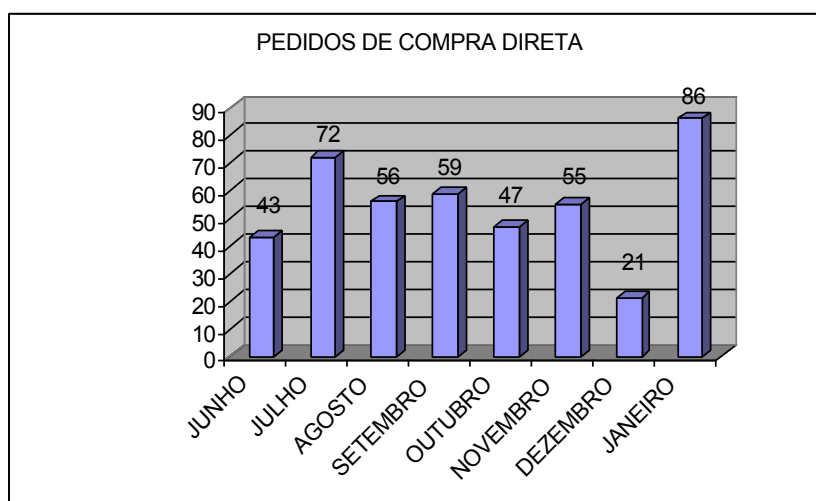
questões suscitadas, adotando os trâmites necessários para cada caso. Utilizam como ferramenta o programa de cadastro de Medicamentos Judiciais (MEJUD) que disponibiliza todos os dados do paciente, o número do processo judicial e o documento originário que compõem as ações.

O setor, também, é responsável em prestar informações às Procuradorias, às Comarcas e aos Órgãos relacionados ao Núcleo. Ao mesmo tempo, solicita os documentos necessários para o cumprimento das decisões, receituário médico, indispensável para a correta administração do medicamento, verificando a dosagem e o medicamento receitado.

Posteriormente ao cadastramento no sistema – MEJUD e a conferência de todos os documentos necessários ao encaminhamento do processo judicial, o setor de farmácia efetua a inclusão dos medicamentos solicitados, compondo o histórico do paciente e os relatórios de compra. O sistema MEJUD é utilizado, também, pela Diretoria de Assistência Farmacêutica – DIAF, facilitando a emissão dos relatórios de pacientes e medicamentos cadastrados pelo NAAJ/SES, com o intuito de programar as necessidades do estoque e fornecer os medicamentos aos pacientes.

O gráfico abaixo demonstra o número de aquisições de medicamentos solicitados à Gerência de Compras - GECOM²⁵. O encaminhamento ao setor se dá por alguns motivos, pode ser por inexistência de licitação, por se tratar de medicamento novo no mercado, ou ainda, pela falta do mesmo em estoque.

²⁵ No período de junho de 2007 a janeiro de 2008, foram 439 solicitações de compra a GECOM, sendo destas 26 solicitações de importação.



Uma das atribuições do setor farmacêutico é formular pareceres²⁶, positivos ou não, quando provocados por pacientes em relação aos medicamentos não padronizados pelo SUS, de forma estritamente técnica, mediante a atualização de um banco de dados com as características e a indicação correta do medicamento, apresentando alternativas terapêuticas disponibilizadas pelo SUS.

As informações utilizadas para o embasamento do banco de dados, empregado pela equipe técnica nos pareceres (uso terapêutico, segurança e eficácia) são baseadas em ampla consulta bibliográfica, sítios eletrônicos científicos de reconhecida idoneidade, bem como pela vasta discussão entre os servidores efetivos da SES.

O NAAJ, por meio dos farmacêuticos e bioquímicos que prestam serviços ao Núcleo em conjunto com a DIAF, também responde pela atualização do site (banco de dados), munindo os Procuradores de informações técnicas, sugestões terapêuticas para possíveis trocas dos medicamentos prescritos nas ações e opções de tratamento disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde, usados em favor do Estado.

As pactuações com os outros entes: Municípios e União, figurados também como réus nas ações, implantado em abril 2008, já demonstraram reflexos positivos, inclusive com a proposta da União em ressarcir o Estado com 50% dos

²⁶ Os pareceres são as “negativas”, nomenclatura utilizada no cotidiano. As “negativas” nem sempre exprimem negação ao fornecimento do fármaco pleiteado. Isto porque, a Administração pode, por meio dela, disponibilizar outro medicamento com os mesmos componentes, suprimindo, igualmente, as necessidades do tratamento.

valores empregados nos medicamentos oncológicos. Houve êxito, também, em relação a alguns Municípios que se responsabilizaram pelo fornecimento de medicamentos “básicos”, fraldas e outros, suavizando o planejamento econômico-financeiro e logístico do NAAJ e DIAF.

Ao mesmo tempo, o Núcleo responde pelas demandas judiciais referentes às unidades hospitalares, setores da SES/SC, unidades conveniadas, ou empresas contratadas para o devido cumprimento.

Nos casos de fornecimento de exames e consultas médicas, os documentos são encaminhados à Superintendência de Serviços Especializados e Regulação – SUR/SES - que autoriza e/ou providência agendamento através da Central de Marcação de Consultas, retornando a situação ao Núcleo para que sejam prestadas as informações ao Juízo.

Não existindo nenhuma das possibilidades acima suscitadas, o processo é encaminhado a GECOM (Gerência de Compras); para que seja ministrada a aquisição do procedimento, posteriormente, o Núcleo oficia o Juízo competente da disponibilidade do serviço ou material.

Assim sendo, fica registrada a preocupação, o trabalho e a eficiência desenvolvida pelo Núcleo de Acompanhamento das Ações Judiciais do Estado de Santa Catarina em controlar e minimizar a problemática das ações de fornecimento de medicamentos, partindo sempre dos princípios de razoabilidade e proporcionalidade em detrimento ao bem-comum dos catarinenses.

4.3.1 Benefícios que o NAAJ/SC trouxe ao Estado de Santa Catarina

Em tão pouco tempo, o projeto implantado para controle da judicialização medicamentosa em Santa Catarina apresentou alguns efeitos positivos.

Pode-se citar como um dos efeitos: “O Chamamento da União aos processos”. O Superior Tribunal de Justiça (STJ) definiu que a Justiça Federal deve decidir sobre a inclusão ou não da União em ações judiciais as quais pleiteiam o

fornecimento de medicamentos que não são distribuídos pelo Serviço Único de Saúde (SUS). (DE FATO, 2008). Com o referido entendimento, a Procuradoria Geral do Estado de Santa Catarina (PGE/SC) reforçou a tese de que a União deve ser incluída como co-responsável nas ações de medicamentos²⁷. Desse modo, o Estado de Santa Catarina recebe um importante benefício financeiro, pois é fato que os primeiros valores de ressarcimentos já estão depositados em conta específica do Estado para o ressarcimento judicial.

Ainda, diante do acordo administrativo entre o Estado e a União, evitou-se o fornecimento de medicamentos em duplicidade, pois quando da citação da União o paciente recebia o medicamento, ocorrendo o mesmo com o Estado. Muitas vezes, o fornecimento era efetuado, também, pelo Município, isso tem sido evitado com os processos de pactuação.

Outro resultado com o chamamento da União aos processos está relacionado aos valores que começaram a ser desembolsados por este ente, o que não ocorria anteriormente, ficando em uma posição confortável. A União, em 2007, havia gastado com ações judiciais apenas 23 milhões de reais, contra 47 milhões gastos pelo Estado de Santa Catarina. Diante disso, a União iniciou estudos de novas padronizações de medicamentos.

Outro efeito refere-se aos prazos processuais, já citados no presente estudo, o trabalho realizado em conjunto com a PGE/SC e o Poder Judiciário, surtido efeito, hoje são raros os casos de prazos menores do que cinco dias, sempre com a possibilidade do contato por ofício, e-mail ou telefone, solicitando dilação do prazo.

O Poder Judiciário suspendeu algumas liminares, desde a implementação do Núcleo, fato quase impossível de ocorrer quando se falava de ações de medicamentos (1.360 suspensões conforme relatório emitido pelo NAAJ/SES). Uma das hipóteses para as suspeições possa estar justificada no estreitamento da

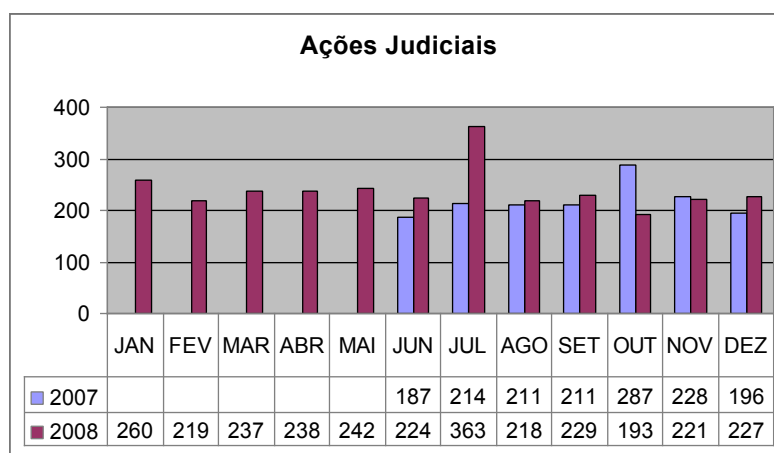
²⁷ Manifestação unânime da 1ª Seção do STJ - Conflito de Competência Nº 89.271/SC - "A teor da súmula 150/STJ, *'compete à Justiça Federal decidir sobre a existência de interesse jurídico que justifique a presença, no processo, da União, suas autarquias ou empresas públicas'*. A orientação é aplicável qualquer que seja a forma de intervenção de ente federal na relação processual, inclusive por *'chamamento ao processo'*, *'nomeação à autoria'* e *'denúnciação da lide'*." (BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Agravo de Instrumento n. 2008.018659-3).

relação entre NAAJ/SES, Procuradores, Juízes e Promotores, analisando juntos, a real situação do caso concreto.

O número de ações judiciais para obtenção de medicamentos continuou crescendo em 2008, porém em uma porcentagem de crescimento menor que nos anos anteriores, conforme tabela abaixo.

ANO	Número de Ações Novas	% CRESCIMENTO/ANO
2000	1	
2001	7	600%
2002	24	243%
2003	84	250%
2004	272	224%
2005	528	94%
2006	1673	217%
2007	2511	50%
2008	2871	14%

Tabela III – Número de Ações Judiciais de medicamentos, por ano, impetradas contra o Estado de Santa Catarina e a porcentagem de crescimento. (fonte: DIAF e NAAJ).



No entanto, o gasto com a compra dos medicamentos para o cumprimento dessas ações, apesar da porcentagem de crescimento em relação aos anos anteriores ter diminuído, ainda possui um crescimento considerável. Apesar dos esforços da DIAF para negociar preços mais baixos, isso se deve, provavelmente, ao maior número de ações para obtenção de medicamentos de custo elevado.

ANO	GASTO	% CRESCIMENTO/ANO
2001	R\$ 38.362,07	

2002	R\$ 131.452,07	242%
2003	R\$ 2.814.786,35	2.041%
2004	R\$ 6.510.045,48	131%
2005	R\$ 10.511.968,64	61,5%
2006	R\$ 28.919.166,41	175%
2007	R\$ 47.061.176,19	63%
2008	R\$ 65.276.931,02	39%

Tabela IV – Valor gasto, em reais, na compra de medicamentos de ordens judiciais nos anos de 2001- 2008. (fonte: DIAF)

Esses são alguns dos aspectos de grande relevância que o Estado de Santa Catarina tem obtido após a criação do Núcleo de Acompanhamento das ações judiciais. Visto como exemplo para muitos Estados e Municípios que passam pela mesma problemática da judicialização da assistência farmacêutica.

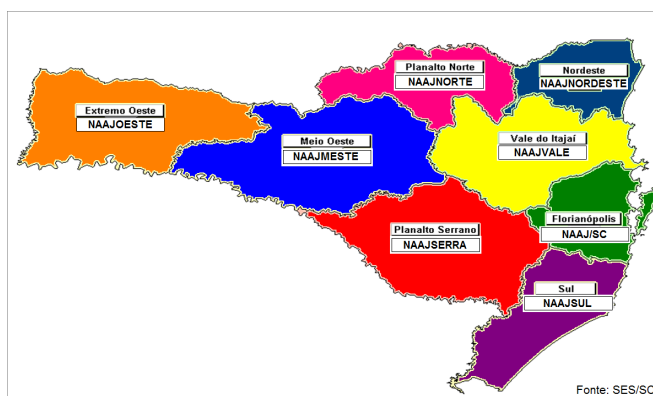
Uma forma de melhorar a nova sistemática é a elaboração de uma desconcentração do Núcleo de Acompanhamento das Ações Judiciais em todo o território catarinense. Deve-se deixar claro que o objetivo versa sobre uma “desconcentração” e não “descentralização”.

Para melhorar o entendimento da proposta passa-se a expor a diferença entre desconcentração e descentralização. Maria Sylvia Zanella Di Pietro (2005, p. 361) oferece de forma clara essa distinção:

Descentralização é a distribuição de competências de uma para outra pessoa, física ou jurídica. Difere da **desconcentração** pelo fato de ser uma distribuição interna de competências, ou seja, uma distribuição de competência dentro da mesma pessoa jurídica; sabe-se que a Administração Pública é organizada hierarquicamente, como se fosse uma pirâmide em cujo ápice se situa o Chefe do Poder Executivo. As atribuições administrativas são outorgadas aos vários órgãos que compõem a hierarquia, criando-se uma relação de coordenação e subordinação entre uns e outros. Isso é feito para descongestionar, desconcentrar, tirar do centro um volume grande de atribuições, para permitir seu mais adequado e racional desempenho. A **desconcentração** liga-se à hierarquia. A **descentralização** supõe a existência de, pelo menos duas pessoas, entre as quais se repartem as competências.(grifo da autora).

Partindo da diferenciação, a proposta a ser apresentada versa sobre uma administração regionalizada (REGIÃO DE LEIRIA, 2009) da judicialização da

assistência farmacêutica. A estrutura dessa regionalização do Núcleo de Acompanhamento as Ações Judiciais (NAAJ) seria subdividido por regiões. Conforme o mapa abaixo:



A estrutura localizada na Grande Florianópolis onde já está implantado o NAAJ/SC serviria de sede central; as demais seriam as subdivisões (NAAJSUL, NAAJSERRA, NAAJVALE, NAAJMESTE, NAAJOESTE, NAAJNORTE, NAAJNORDESTE).

Cada subdivisão estaria composta por uma equipe de no mínimo um profissional da área jurídica (advogado) e um da área farmacêutica (farmacêutico), sendo sempre fiscalizados e orientados pela sede.

Partindo dessa estruturação, acreditar em melhoramentos fica extremamente fácil e, sem deixar de mencionar que o custo para manter essas subdivisões estaria bem aquém do benefício esperado.

Outro ponto a ser explorado nessa nova estrutura seria verificar o que é necessário para cada região, tanto na questão médico-hospitalar quanto na assistência farmacêutica.

Visto a diversidade climática existente no Estado, as complicações relacionadas à saúde são extremamente particularizadas. Com o trabalho do NAAJ/SC podem ser observados alguns casos como: um cidadão do planalto serrano tem maior propensão de ser acometido por uma doença respiratória, necessitando de tratamento adequado, do que um que vive na grande Florianópolis que não está tão exposto a baixas temperaturas. s

Necessidades que serão observadas com a implementação das subdivisões do Núcleo de Acompanhamento das Ações Judiciais, diagnosticando os tipos de fármacos pleiteados judicialmente e quais as doenças que mais acometem os indivíduos daquela região, objetivando uma maior satisfação do serviço prestado pelo governo.

Não cabe, nesse curto espaço do estudo, solucionar a problemática da judicialização da assistência farmacêutica, mas apenas apresentar uma alternativa de controle e conseqüentemente uma melhor qualidade ao cidadão catarinense, deixando uma brecha para possíveis trabalhos.

5 CONCLUSÃO

O presente estudo teve como base analisar a complexa problemática que versa sobre o direito à saúde, iniciando com o processo histórico de reconhecimento dos direitos fundamentais do homem. De tal modo, que ficou constatado que o direito à saúde e conseqüentemente o direito à medicação, figuram-se no âmbito do direito da segunda dimensão, no qual a sua efetivação está diretamente ligada ao Poder Público.

Verificou-se também que, dentre as nomenclaturas apresentadas pela doutrina e pela jurisprudência a mais adequada seria: “Direitos Fundamentais do Homem”, pois possui uma base que expressar de forma intensa o real sentido das palavras.

Após a positivação da saúde pelo texto constitucional de 1988, exatamente no artigo 6º e confirmada no artigo 196, refletiu-se uma importância de extrema relevância. Por ser positivada e constatada que é um direito fundamental do homem, a sua efetivação está atrelada a inúmeras conseqüências.

Concretizar o direito à saúde não é tarefa fácil, visto que inúmeras dificuldades persistem em sua existência. A realidade social, econômica e cultural são elementos limitadores dessa efetivação, e apenas a norma, não tem força para sustentar a sua tutela. De tal modo, que a sua solução não prossegue apenas no plano jurídico e sim em um contexto global.

Resultou ainda, que a saúde se apresenta na sua função prestacional de forma vaga e tendo como pré-requisito o elo com as condições fáticas, para transformar uma pretensão moral em realização pessoal.

A segunda parte da pesquisa trouxe como objetivo observar de que maneira o Poder Público garante o direito fundamental à saúde, partindo de uma análise superficial, no entanto esclarecedora do Sistema Único de Saúde (SUS). No primeiro instante averiguou-se a importância do referido sistema ser constituído de princípios.

Como princípios norteadores do SUS encontram-se: o *princípio da universalidade de acesso*, que incide em proporcionar promoção igualitária a todos os indivíduos no que tange os serviços de assistência a saúde, tal fato, que até a Constituição Federal de 1988, existia uma limitação ao acesso as políticas de saúde. Apenas os cidadãos que contribuíam com a previdência social tinham o seu direito tutelado.

Outro princípio que trouxe coesão a pesquisa, foi o princípio da integralidade de assistência, concluindo que todas as ações e serviços necessários à promoção, proteção e recuperação do direito à saúde deve ser de competência do Estado Democrático de direito, incluindo desde a medicina curativa como a preventiva.

A política adotada pelo Administrador Público em criar listas administrativas de fornecimento de medicamentos teve como impacto promover a racionalização de fornecimento de fármacos não incluídos nos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. Visando a qualidade e segurança do medicamento a que o enfermo será submetido. Nesse sentido os principais documentos são: as Portarias do Ministério Público da Saúde nº 3.916/98 e nº 2.577/06 que dispõem, respectivamente, sobre os medicamentos essenciais e excepcionais.

Através dos protocolos clínicos e diretrizes pode-se oferecer para qualquer indivíduo que necessite da assistência farmacêutica, medicamentos cientificamente comprovados quanto a sua eficácia, zelando pela vida do indivíduo. Como pode-se observar em muitos casos a prescrição médica ainda não teve a sua eficácia comprovada com relação à patologia apresentada, considerado então como medicamento experimental, não padronizado pelo Ministério da Saúde. Não limitando o enfermo a procurar o judiciário para solucionar tal conflito.

Foi observado também, que o elevado número de demandas judiciais pleiteando medicamentos vem causando grandes complicações aos agentes públicos, concluindo que as demandas são ilimitadas e os recursos limitados, através da reserva do possível. Desse enfoque, pode-se concluir que os magistrados não podem ignorar a realidade social, pois é nessa realidade que deve ser fundamentada a sua decisão.

Nessa esteira de limitadores à judicialização da assistência farmacêutica foram encontrados os princípios da proporcionalidade e razoabilidade, instrumentos indispensáveis à boa administração dos direitos fundamentais do homem. As

decisões relacionadas à saúde do cidadão devem ser motivadas pela tríade de: adequação, necessidade e finalidade, resguardando a eficácia e eficiência dos direitos fundamentais da coletividade, ou seja, resguardadas a essência do princípio da Supremacia do Interesse Público.

Para o controle dos processos de medicamentos ficou apontado que a política administrativa adotada pelo Estado de Santa Catarina está trazendo efeitos positivos para o Estado, servindo de modelo para outros Estados e Municípios.

Após o estudo da judicialização da assistência farmacêutica em Santa Catarina, fica observado que a regionalização (desconcentração) do sistema implementado no Estado facilitaria o controle das necessidades de cada região, diminuindo, em longo prazo, os custos dispensados em ações judiciais para a concessão de medicamentos.

Com uma visão generalizada do estudo pode-se concluir com convicção que mediante essa convergência de interesses e necessidades tanto do lado social individual como do social coletivo apenas chegará uma solução quando houver a superação dos conflitos, ou seja, uma humanização dos indivíduos. Portanto, não deve ser considerado apenas o direito fundamental do homem, mas também, o direito fundamental à boa Administração Pública.

REFERÊNCIAS

ABDIM Associação brasileira de distrofia muscular. Disponível em: <<http://www.abdim.org.br>>. Acesso em 16 abr. 2009.

BARROS, Wellington Pacheco. **Elementos de direito da saúde**. Porto Alegre: TJRS, 2006.

BARROSO, Ana Paula de. **A eficácia jurídica dos princípios constitucionais: o princípio da dignidade da pessoa humana**. Rio de Janeiro: Renovar, 2004.

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

BONAVIDES, Paulo. **Curso de direito constitucional**. 11. ed. São Paulo: Malheiros, 2001.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **RE 271286 AgR/RS e RE – AgR 393175/RS**. Disponível em: <www.stf.gov.br>. Acesso em: 20 maio 2009.

_____. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário 271.286/RS**. Relator Ministro Celso de Mello. Informativo STF nº 210, de 22/11/2000. Disponível em: <www.stf.gov.br>. Acesso em 18 maio 2009.

_____. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/L8080.htm>. Acesso em 12/05/2009.

_____. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990: dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências inter-governamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Presidência da República**. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8142.htm>>. Acesso em 10 abr. 2007.

_____. Tribunal de Justiça de Santa Catarina. **El n. 01.014226-0, de Lages**. Rel. Des. Newton Trisotto, julgado . em 11.09.02. Disponível em: <www.tj.sc.gov.br>. Acesso em 31 abr. 2009

_____. Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. **Apelação e reexame necessário nº 70023896202**. Sétima Câmara Cível. Relator: Ricardo Raupp Ruschel. Julgado em 25/06/2008. Disponível em: <www.tjrs.gov.br>. Acesso em 15 abr.2009.

_____. Tribunal de Justiça de Minas Gerais. **MS nº 1.0145.06.305351-9/001(1)**. Relator: Heloisa Combat. Julgado 15/01/2008. Disponível em: <www.tj.mg.gov.br>. Acesso em 15 maio 2009.

_____. Tribunal de Justiça de Santa Catarina. **Processo nº 004.96.009436-6**. Relatora Gabriela Gorini Martignago. Julgado em 07/08/2000. Disponível em: <www.tjsc.gov.br>. Acesso em: 13 abr. 2009.

_____. Tribunal de Justiça de Santa Catarina. **Apelações Cíveis ns. 2001.023602-8 e 2003.016201-1**, de Araranguá. Relator Des. Newton Janke. Disponível em: www.tj.sc.gov.br>. Acesso em 13 abr. 2009.

_____. Tribunal de Justiça de Santa Catarina. **El n. 01.014226-0, de Lages**. Rel. Des. Newton Trisotto, julgado . em 11.09.02. Disponível em: <www.tj.sc.gov.br>. Acesso em 31 abr. 2009

_____. Superior Tribunal de Justiça. **Agravo de Instrumento n. 2008.018659-3**. Relator Min. Teori Albino Zavascki. Disponível em: <www.stj.gov.br>. Acesso em: 30 maio 2009.

CANOTILHO, J.J. Gomes. **Direito constitucional e teoria da constituição**. 4. ed. Coimbra: Almedina, 2000.

CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde. Comentários à Lei Orgânica da Saúde**. 2ªed., São Paulo: Unicamp, 2006.

COELHO, Paulo Magalhães da Costa. Controle jurisdicional da administração pública. São Paulo: Saivá, 2002.

CONSULTA DE MEDICAMENTOS. Disponível em: <http://www.consultaremedios.com.br.>. Acesso em: 31 maio 2009.

CUNHA JÚNIOR, Dirley da. **Controle judicial das omissões do poder público**: em busca de uma dogmática constitucional transformadora à luz do direito fundamental à efetivação da constituição. São Paulo, 2004.

DE FATO. inf. br. **Tranquilidade na visita do governador**. 03/03/2007. Disponível em: < <http://www.defato.inf.br/content/view/5094/84/> REMÉDIOS GRATUITOS>. Acesso em 30 maio 2009.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito administrativo**. 18 ed. São Paulo A Atlas, 2005.

FIGUEIREDO, Lucia Valle. **Curso de direito administrativo**. 5 ed. São Paulo: Malheiros, 2007.

FREITAS, Juarez. **Discrecionariade administrativa e o direito fundamental à boa administração pública**. São Paulo: Malheiros, 2007.

GERSCHMAN, Saimon; VIANA, Américo. Descentralização e desigualdades regionais em tempos de hegemonia **liberal**. In: **LIMA, Nataniel (org.)**. **Saúde** e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

KLEBA, Maria Elisabeth. **Descentralização do Sistema de Saúde no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

MARTINS NETO, João dos Passos. **Direitos fundamentais: conceito, função e tipos**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008.

MEDAUAR, Odete **Direito administrativo moderno**. 9 ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2005.

MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS. **Portaria nº 2577/06 do Ministério da Saúde**. Disponível em: < http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/temas/medicamentos/elacao_medicamentos_excepcionais.pdf>. Acesso em 15 abr. 2009.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MORAES, Alexandre de. **Direitos humanos fundamentais**. 8. ed. São Paulo: Atlas S.A. 2007.

PENTEADO DE CARVALHO, José Américo. **Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde Faculdade De Direito Curso de Especialização à Distância em Direito Sanitário para Membros do Ministério Público e da Magistratura Federal** Monografia. 2003. 125 f. Universidade de Brasília – UNB Brasília-DF, 20 de fevereiro de 2003.

PÉREZ LUÑO, Antonio Enrique. **Derechos humanos, estado de derecho y constitución**. 9. ed. Madrid, 2005.

REGIÃO DE LEIRIA. Disponível em: <<http://www.regiaoделеiria.pt/?lop=conteudo&op=705f2172834666788607efbfca35afb3&id=2d2a0ebb402be10d2dcc631a25c9456e%20>>. Acesso em 30 maio 2009.

ROCHA, Carmem Lúcia Antunes. **Princípios constitucionais da administração pública**. Belo Horizonte: Del Rey, 1994.

SAGATTO, Cristiane. **Cirurgia polêmica é feita pela primeira vez no Brasil em portadores de distrofia muscular**. Técnica Experimental. Revista Época. 15. ed, de 31808/2008. Disponível em: <http://epoca.globo.com/edic/19980831/brasil4.htm>>. Acesso em: 31 abr. 2009.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SCHWARTZ, Germano André Doederlein. **Direito à Saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 23. ed. São Paulo: Malheiros, 2004.

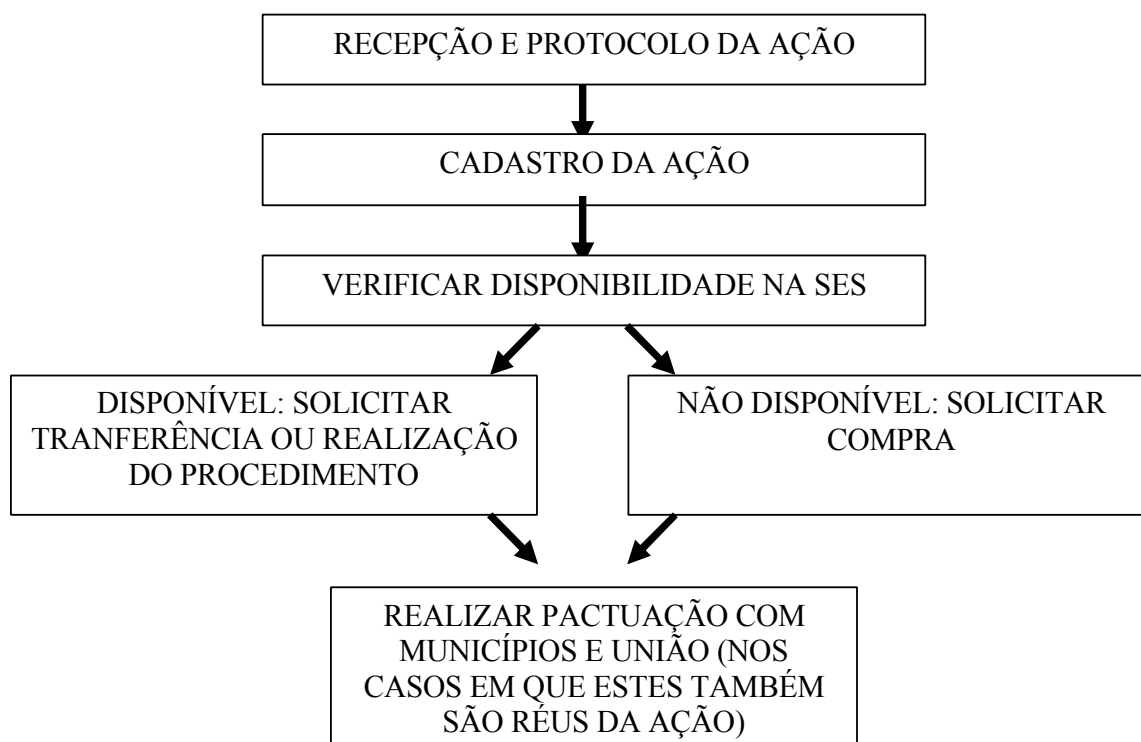
SLAIBI FILHO, Nagib. **Direito constitucional**. Rio de Janeiro: Forense, 2004.

_____. **Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na constituição de 1988**. Interesse Público, Sapucaia do Sul, ano 3, v.12, p. 91- 107, out./des. 2001.

TORRES, Ricardo Lobo. O Mínimo Existencial, os Direitos Sociais e a Reserva do Possível. In: NUNES, António Avelãs; COUTINHO, Jacinto Nelson de Miranda (Org.). **Diálogos constitucionais**. Rio de Janeiro: Real, 2004.

ANEXOS

ANEXO A - Fluxograma da chegada e encaminhamento da ação judicial no NAAJ:



ANEXO B - Relação dos 20 medicamentos/produtos mais solicitados em ações judiciais

Nomenclatura	Processos
TIRA REATIVA PARA GLICEMIA ADVANTAGE C/ 50	255
ADALIMUMAB 40MG FRASCO 0,8ML	249
TIOTROPIO,BROMETO 18MCG	223
CLOPIDOGREL 75MG	195
PROPATILNITRATO 10MG - SUSTRATE (BLISTER C/ 25 CPS)	183
INSULINA GLARGINA 100UI/ML FRASCO 10ML	166
SINVASTATINA 20MG	163
OMEPRAZOL 20MG (CX C/28COMP)	161
ACIDO ACETIL SALICILICO 100MG	151
INFLIXIMABE 100MG	149
INSULINA GLARGINA 100UI/ML REFIL3ML	147
CLONAZEPAN 2MG (CONT. B1)	115
ATENOLOL 50MG	99
LOSARTAN 50MG	99
FORMOTEROL, FUMARATO 12MCG + BUDESONIDA 400MCG - FORASEQ	96
ISOSSORBIDA, MONONITRATO 20MG	91
FLUOXETINA, CLORIDRATO 20MG (CONT. C1)	90
SERTRALINA, CLORIDRATO 50 MG (CONTR. C1)	89
INSULINA ASPART NOVORAPID 100UI/ML REFIL 3ML	88

ANLODIPINA, BESILATO 5MG	87
-----------------------------	----

Relação dos 20 itens mais solicitados nas ações judiciais,
por ordem decrescente de número de processos (relatório
emitido na data 20/01/09).

ANEXO C – Diretoria de assistência farmacêutica - DIAF

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Da Diretoria de Assistência Farmacêutica - DIAF

À Diretoria de Assistência Farmacêutica, subordinada diretamente à Superintendência de Vigilância em Saúde, compete:

- I. participar da formulação e implementação da Política Estadual de Assistência Farmacêutica e de Medicamentos, incluindo hemoderivados, vacinas e imunobiológicos, enquanto partes integrantes da Política Nacional de Saúde, observados os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde;
- II. prestar cooperação técnica e realizar supervisões para o aperfeiçoamento da capacidade gerencial e operacional dos Municípios no âmbito da sua atuação;
- III. planejar e coordenar a organização e o desenvolvimento das ações sob sua competência;
- IV. formular, propor diretrizes e coordenar as ações de produção estatal de medicamentos, como suporte às ações de saúde;
- V. normatizar, promover e coordenar a organização da assistência farmacêutica, nos diferentes níveis da atenção à saúde, obedecendo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde;
- VI. coordenar a elaboração e a execução de programas e projetos em áreas e temas no âmbito de suas atribuições;
- VII. planejar, coordenar e controlar as atividades relacionadas com a programação, aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos e insumos estratégicos para a saúde, em particular para a assistência farmacêutica;
- VIII. propor acordos e convênios com o Governo Federal, Estados, Distrito Federal e Municípios para a execução de programas e projetos especiais no âmbito do SUS, no limite de suas atribuições;
- IX. promover ações de suporte aos agentes envolvidos no processo de assistência farmacêutica, com vistas à sustentabilidade dos programas e projetos em sua área de atuação, em conjunto com a Gerência de Desenvolvimento de Recursos Humanos;
- X. estabelecer metas, acompanhar e avaliar o desempenho dos programas, projetos e serviços farmacêuticos no âmbito do Sistema Único de Saúde, em articulação com as demais Diretorias da Secretaria de Estado da Saúde;
- XI. coordenar, acompanhar e avaliar a execução de programas e projetos relacionados à produção, aquisição, distribuição, dispensação e uso de medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde;
- XII. coordenar os sistemas de informações da Assistência Farmacêutica visando fornecer aos demais órgãos do sistema as informações necessárias ao controle e avaliação das atividades desenvolvidas no âmbito da Diretoria;
- XIII. implementar a política de garantia de qualidade na produção de medicamentos da gerência do Laboratório Industrial Farmacêutico do Estado de Santa Catarina;

- XIV. coordenar a padronização de medicamentos no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde;
- XV. coordenar o Plano Diretor de pesquisa, produção e desenvolvimento do Laboratório Industrial Farmacêutico do Estado de Santa Catarina.

SUBSEÇÃO I

Da Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica

À Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica, subordinada diretamente à Diretoria de Assistência Farmacêutica, compete:

- a. participar da elaboração do Plano Estadual de Assistência Farmacêutica e outros itens relacionados;
- b. executar, acompanhar e avaliar o Plano Estadual de Assistência Farmacêutica;
- c. estabelecer interfaces com os gestores municipais do Sistema Único de Saúde visando a qualificação dos produtos e serviços farmacêuticos;
- d. formular e propor critérios e normas relativas à regulamentação das ações de assistência farmacêutica;
- e. estabelecer normas, critérios, parâmetros e métodos para a garantia da qualidade e avaliação dos produtos e serviços inerentes à assistência farmacêutica;
- f. estabelecer indicadores para avaliação de serviços farmacêuticos;
- g. prestar cooperação técnica para o aperfeiçoamento da capacidade gerencial e operacional dos municípios no âmbito da assistência farmacêutica;
- h. fomentar ações intersetoriais e assessoramento aos gestores municipais do Sistema Único de Saúde quanto à formação e capacitação dos trabalhadores em saúde envolvidos no processo de assistência farmacêutica;
- i. coordenar a elaboração de materiais técnico-pedagógicos em assistência farmacêutica;
- j. planejar, articular e monitorar as ações inerentes a projetos ou programas estratégicos específicos no âmbito da assistência farmacêutica;
- k. assessorar a Diretoria na coordenação da permanente atualização da Relação Estadual de Medicamentos Essenciais;
- l. propor e avaliar acordos, convênios e contratos pactuados com Estados, Distrito Federal, Municípios, órgãos da Administração direta, instituições e empresas para desenvolvimento de ações de assistência farmacêutica e prestação de serviços na área de medicamentos, incluindo hemoderivados, vacinas e imunobiológicos, para o Sistema Único de Saúde;
- m. acompanhar e avaliar os programas e projetos relacionados ao planejamento, aquisição e distribuição de medicamentos, incluindo hemoderivados, vacinas e imunobiológicos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, bem como das respectivas ações de assistência farmacêutica, em articulação com os gestores;
- n. emitir pareceres técnicos relativos a processos no âmbito de atuação da Diretoria.

SUBSEÇÃO II

Da Gerência de Programação e Suprimento

A Gerência de Programação e Suprimentos, subordinada diretamente à Diretoria de Assistência Farmacêutica, compete:

- a. Assessorar a direção da Diretoria de Assistência Farmacêutica no âmbito de suas atribuições.
- b. Assessorar a direção da Diretoria na coordenação da permanente atualização da Relação Estadual de Medicamentos Essenciais.
- c. Participar dos processos de normatização das atividades relativas ao seu âmbito de atuação.
- d. Realizar semestralmente a programação de aquisição de medicamentos e outros insumos relacionados.
- e. Manter cadastro informatizado e atualizado de pacientes e de medicamentos e outros insumos relacionados.
- f. Articular-se com as demais Diretorias e Órgãos da Secretária de Estado da Saúde visando estabelecer a programação de necessidades de medicamentos e outros insumos relacionados.
- g. Articular-se com a Gerência do Laboratório Industrial Farmacêutico do Estado de Santa Catarina visando a programação da produção de medicamentos.
- h. Distribuir, gerar, analisar, e emitir relatórios de produção de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo, no âmbito de sua atuação.
- i. Articular-se com as Regionais de Saúde e Municípios visando o perfeito desempenho do sistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo, no âmbito de sua atuação.
- j. Efetuar e acompanhar o cumprimento das determinações de ordem judicial de medicamentos e insumos.
- k. Coordenar as atividades relacionadas ao recebimento, conferência, guarda, conservação e distribuição dos medicamentos e outros insumos no âmbito da Diretoria.
- l. Receber e analisar as solicitações de medicamentos e outros insumos provenientes dos centros de custos e municípios.
- m. Expedir nota de entrega dos medicamentos e outros insumos.
- n. Articular-se com os municípios visando o perfeito desempenho do sistema de distribuição estadual de medicamentos.
- o. Realizar supervisões de rotina, no âmbito de sua atuação, junto aos municípios e demais unidades da saúde visando identificar imperfeições no Sistema de Programação e corrigi-las.
- p. Representar a Diretoria em congressos, reuniões e outras atividades que fizer necessário.

SUBSEÇÃO III

Da Gerência do Laboratório Industrial-Farmacêutico do Estado de Santa Catarina

À Gerência do Laboratório Industrial-Farmacêutico do Estado de Santa Catarina, subordinada diretamente à Diretoria de Assistência Farmacêutica, compete:

- a. implementar a Política de Qualidade do Laboratório Industrial Farmacêutico do Estado de Santa Catarina;
- b. garantir o cumprimento das diretrizes de qualidade estabelecidas no Manual de Boas Práticas de Fabricação;
- c. elaborar e supervisionar o plano de aplicação das atividades a serem desenvolvidas pelo Laboratório Industrial Farmacêutico do Estado de Santa Catarina para a produção de medicamentos e submetê-lo a aprovação da Diretoria;
- d. elaborar e atualizar os procedimentos operacionais padronizados e outros documentos necessários para a garantia da qualidade dos medicamentos;
- e. garantir que os produtos sejam produzidos e armazenados de acordo com a legislação vigente;
- f. aprovar as instruções relativas as operações de produção, inclusive os controles em processo, e assegurar a estrita implementação das mesmas;
- g. assegurar que os registros de produção sejam avaliados e assinados por pessoal designado, antes de serem encaminhados ao controle de qualidade;
- h. assegurar que as validações dos processos, as calibrações e controle dos equipamentos sejam executados e registrados;
- i. elaborar plano anual de capacitação de recursos humanos do Laboratório Industrial Farmacêutico do Estado de Santa Catarina, em conjunto com a Gerência de Desenvolvimento de Recursos Humanos;
- j. garantir o cumprimento das normas relativas ao manejo dos resíduos gerados pela produção e controle de qualidade;
- k. elaborar, acompanhar e avaliar o Plano Diretor de pesquisa, produção e desenvolvimento do Laboratório Industrial Farmacêutico do Estado de Santa Catarina.

SUBSEÇÃO IV

Da Gerência de Administração da Assistência Farmacêutica

A Gerência de Administração de Assistência Farmacêutica, subordinada diretamente à Diretoria de Assistência Farmacêutica, compete:

- a. Assessorar a Diretoria de Assistência Farmacêutica no âmbito de suas atribuições.
- b. Supervisionar os processos de controle físico e contábil dos estoques de medicamentos e dos outros insumos relacionados.
- c. Acompanhar e administrar operacionalmente acordos, convênios e contratos pactuados com Estados, Distrito Federal, municípios e órgãos da Administração Direta, instituições e empresas para desenvolvimento de ações de assistência farmacêutica e prestação de serviços na área de medicamentos e outros insumos para o SUS.
- d. Coordenar as atividades administrativas relacionadas a Pessoal, Informática, Serviços Gerais, Aquisições, Materiais, Equipamentos e Patrimônio, Protocolo e Expediente, e Manutenção no âmbito da Diretoria.
- e. Encaminhar junto aos órgãos da SES os pedidos de diárias, ajuda de custo e outros que se fizerem necessários.
- f. Auxiliar as outras gerências em todos os aspectos administrativos que se fizerem necessários.
- g. Gerenciar junto à SES os recursos financeiros, humanos e materiais necessários ao funcionamento da Diretoria de Assistência Farmacêutica.
- h. Coordenar os processos de controle físico e contábil dos estoques de medicamentos e outros insumos.
- i. Assegurar que as solicitações de compras de matérias-primas, materiais de embalagens, material de expediente e de consumo não venham a interromper o processo produtivo do Laboratório Industrial Farmacêutico do Estado de Santa Catarina.
- j. Manter atualizado no âmbito da Diretoria os contratos e convênios entre a SES e/ou outras instituições e outros de interesse do Estado.

- k. Acompanhar sistematicamente todos os processos relativos à recursos humanos, bem como informar a Diretoria de Recursos Humanos da SES todas as alterações efetivadas.
- l. Garantir a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos e instalações.
- m. Acompanhar junto a Gerência de Compras da SES, até a sua conclusão, todos os processos de compras de medicamentos e dos demais insumos relacionados.
- n. Representar a Diretoria em congressos, reuniões e outras atividades que fizer necessário.

ANEXO D – Medicamentos padronizados/SES/SC

MEDICAMENTOS PADRONIZADOS/SES/SC	
Padronizados	Novos Medicamentos
Acetato de Glatiramer 20mg	Adalimumab 40mg frasco 0,8ml
Acetato de Leuprolida 3,75mg	Alendronato de sodio 70mg
Acitretina 10mg	Alfacalcidol 1mg
Acitretina 25mg	Atorvastatina 20mg
Alendronato de Sódio 10mg	Beclometasona 200mcg cápsula+inalador
Atorvastina 10mg	Beclometasona 400mcg (60 cápsulas + inalador)
Azatioprina 50mg	Bezafibrato 200mg
Beclometasona, Dipropionato 250mcg/200doses	Bezafibrato 400mg
Bromocriptina 2,5mg	Cabergolina 0,5mg
Budesonida 200mcg/100doses	Calcitonina sintetica de salmao 200ui
Calcitriol 0,25mcg	Ciprofibrato 100 mg
Ciclosporina Sol. Oral 100mg/ml	Ciprofloxacina 250mg
Ciclosporina 100mg	Eritropoetina 10.000 ui
Ciclosporina 50mg	Entacapon 200mg
Ciclosporina 25mg	Etanercept 25mg
Cloridrato de Ciprofloxacina 500mg	Formoterol 6mg+budesonida 200mcg - turbohaler
Clozapina 100mg	Formoterol, fumarato 12mcg + budesonida 400mcg 60 cap + inalador
Complemento Alimentar para Fenilcetonúricos/menores de 1 ano	Formoterol, fumarato 12mcg + budesonida 400mcg 60 doses turbohaler

Complemento Alimentar para Fenilcetonúricos/maiores de 1 ano	Formoterol, fumarato 6mcg + budesonida 200mg 60 cap + inalador
Danazol 100mg	Gabapentina 300mg
Deferoxamina, Acetato 500mg	Gabapentina 400mg
Desmopressina 0,1mg/ml, Acetato	Genfibrozila 600mg
Donepezil 10mg	Genfibrozila 900mg
Donepezil 5mg	Interferon alfa 2b 10.000.000
Dornase Alfa 2,5mg	Lamotrigina 25mg
Enzima Pancreática 4.500UI (Lipase, Amilase, Protease)	Levodopa 100mg + benserazida 25mg hbs
Enzima Pancreática 12.000UI (Lipase, Amilase, Protease)	Levodopa 200mg + benserazida 50mg
Enzima Pancreática 18.000UI (Lipase, Amilase, Protease)	Levodopa 250mg + carbidopa 25mg
Eritropoetina Humana Recombinante 2000U	Levotiroxina sodica 150mcg
Eritropoetina Humana Recombinante 3000U	Lovastatina 20mg
Eritropoetina Humana Recombinante 4000U	Lovastatina 40mg
Filgrastima 300mcg	Mesalazina 1.000mg supositório
Fludrocortisona 0,1mg	Mesalazina 250mg-supositorio
Fumarato de Formoterol 12 mcg / Pó Inalante 60 doses (turbuhaler)	Mesalazina 500mg supositório
Fumarato de Formoterol 12 mcg (capsula c/ inalador)	Mesalazina 800mg
Goserelina 3,6mg	Mesalazina enema 3g frasco 100ml
Goserelina 10,8mg	Metotrexato reconstituído 25mg/ml
Hidrocloreto de Sevelamer 800mg	Micofenolato sodico 180mg
Hidrocortisona 10mg	Micofenolato sodico 360mg
Hidrocortisona 20mg	Octreotida lar 20mg
Hidróxido de Ferro 100mg	Octreotida lar 30mg
Hidroxiuréia 500mg	OCTREOTIDA 0,1mg/ml
Imiglucerase 200UI	Pravastatina 10mg
Imunoglobulina Hepatite B 100mg	Pravastatina 20mg
Imunoglobulina Humana 1g	Pravastatina 40mg
Imunoglobulina Humana 5g	Quetiapina, fumarato 100mg
Infliximab 100mg(Amp)	Quetiapina, fumarato 200mg
Interferon Alfa Peguilado 80mcg, 100mcg e 120mcg (Frs/Amp)	Quetiapina, fumarato 25mg
Interferon Alfa 2b 3.000.000UI	Raloxifeno 60mg
Interferon Alfa Peguilado 180mcg	Risperidona 2mg

Interferon Beta 1a 6.000.000UI (22mcg)	Salbutamol 100mcg aerosol
Interferon Beta 1a 6.000.000UI (30mcg)	Sinvastatina 10mg
Interferon Beta 1b 9.600.000UI	Sinvastatina 40mg
Interferon Beta 1a 12.000.000UI (44mcg)	Sinvastatina 80mg
Isotretinoína 10mg	Tolcapone 100mg
Isotretinoína 20mg	Topiramato 100mg
Lamivudina 150mg	Topiramato 25mg
Lamotrigina 100mg	Topiramato 50mg
Leflunomide 20mg (Cp)	
Levotiroxina Sódica 25mg	
Lebotiroxina Sódica 50mg	
Levotiroxina Sódica 100mg	
Mesalazina 400mg	
Mesalazina 500mg	
Metotrexato 2,5mg (Cp)	
Micofenolato Mofetil 500mg	
Octreotida Lar 10mg	
Olanzapina 5mg	
Olanzapina 10mg	
Penicilamina 250mg	
Pramipexol 0,125mg	
Pramipexol 0.25mg	
Pramipexol 1mg	
Ribavirina 250mg	
Riluzol 50mg	
Risperidona 1mg	
Rivastigmina 1,5mg	
Rivastigmina 3,0mg	
Rivastigmina 4,5mg	
Selegelina 5mg	
Sinvastatina 20mg	
Sirulimus 1mg (Drg)	
Sirulimos Sol. Oral 1mg/ml	
Somatotrofina Recombinante Humana 4UI	
Sulfassalazina 500mg	
Sulfato de Hidroxicloroquina 400mg	
Tacrolimus 1mg	
Tacrolimus 5mg	
Toxina Botulínica Tipo A 100UI	
Toxina Botulínica Tipo A 500UI	
Vigabatrina 500mg	
Ziprasidona 40mg	

Ziprasidona 80mg (Cp)	
-----------------------	--