

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE DIREITO**

THOMÁS ANDRADE DE OLIVEIRA

**PARTICIPAÇÃO SOCIAL E ARGUMENTAÇÃO NO STF:
O Caso da STA nº 175 – a Judicialização do Direito à Saúde**

Juiz de Fora

2014

THOMÁS ANDRADE DE OLIVEIRA

**PARTICIPAÇÃO SOCIAL E ARGUMENTAÇÃO NO STF:
O Caso da STA nº 175 – a Judicialização do Direito à Saúde**

Monografia apresentada à Faculdade de
Direito da Universidade Federal de Juiz de
Fora como requisito parcial para a obtenção do
título de bacharel em Direito.

Orientador: Prof. Mário Cesar Andrade

Juiz de Fora

2014

THOMÁS ANDRADE DE OLIVEIRA

**PARTICIPAÇÃO SOCIAL E ARGUMENTAÇÃO NO STF:
O Caso da STA nº 175 – a Judicialização do Direito à Saúde**

Monografia apresentada à Faculdade de Direito da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial a obtenção do título de bacharel em Direito.

Aprovada em 18 de julho de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Mário Cesar Andrade - Orientador
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Fellipe Guerra David Reis
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Brahwlio Ribeiro Mendes
Universidade Federal de Juiz de Fora

Dedico este trabalho à Deus, aos meus pais, Antonio Carlos e Maria Augusta, e às minhas irmãs, Laura e Thaís, pois são aqueles que sempre estiveram ao meu lado ao longo desses cinco anos, provendo amor, carinho, compreensão e, acima de tudo, forças para que este caminho fosse trilhado da forma mais leve e proveitosa possível.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos mestres da Faculdade de Direito da UFJF, com os quais tive prazer de conviver e admirar, em especial ao professor e amigo Mário Cesar, pela imensurável disponibilidade e atenção, orientando-me de maneira extremamente profícua e enriquecedora. Sem os seus ensinamentos, professor, nada disso teria se tornado possível.

RESUMO

Em 1999, foi inserido no controle de constitucionalidade pátrio, pelas Leis nºs 9.868 e 9.882, o instituto processual da audiência pública. O referido instrumento visa possibilitar um maior contato do Poder Judiciário com a comunidade a que atende, de modo a fornecer subsídios técnicos para a confecção dos votos dos Ministros do STF. No presente trabalho, busca-se investigar – a partir da análise de um caso concreto, as audiências públicas realizadas no contexto da Suspensão de Tutela Antecipada – STA nº 175 – se há um efetivo aproveitamento dos argumentos e posições técnicas apresentadas pelos expositores dos debates, isto sob o prisma da famigerada noção de democracia participativa e plural. A partir de um método qualitativo, baseado na coleta dos argumentos aduzidos pelos convidados a participar das audiências e no enfrentamento dos votos dos Ministros no julgamento da STA nº 175, constatou-se haver uma baixa ressonância do produto das deliberações na decisão proferida pelo STF. Isto frustra o diálogo entre expositores e julgadores, esvaziando a roupagem democrática, participativa e plural da audiência pública. Como forma de minimizar ou até mesmo eliminar o problema constatado, é proposto o estabelecimento de parâmetros objetivos a fim de nortear a utilização dos argumentos dos expositores – a formulação de quesitos a serem por eles respondidos.

Palavras-chave: Controle de constitucionalidade; Audiência pública; Democracia participativa.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	07
2	A DEMOCRACIA PARTICIPATIVA.....	09
3	A AUDIÊNCIA PÚBLICA NO DIREITO PÁTRIO.....	11
4	METODOLOGIA.....	18
5	ANÁLISE DA SUSPENSÃO DE TUTELA ANTECIPADA Nº 175.....	19
5.1	O AJUIZAMENTO DA STA Nº 175.....	19
5.2	AS AUDIÊNCIAS PÚBLICAS NA STA Nº 175.....	20
5.3	RESSONÂNCIA NOS VOTOS DOS MINISTROS DO STF.....	21
5.3.1	O acesso às prestações de saúde no Brasil – desafios ao Poder Judiciário.....	21
5.3.2	Responsabilidade dos entes da Federação e financiamento do SUS.....	22
5.3.3	Gestão do SUS – Legislação do SUS e universalidade do sistema.....	23
5.3.4	Registro na ANVISA e os protocolos e diretrizes do SUS.....	24
5.3.5	Políticas públicas de saúde – integralidade do sistema.....	25
5.3.6	Assistência farmacêutica do SUS.....	26
5.4	CONSIDERAÇÕES COMPLEMENTARES.....	27
6	CONCLUSÃO.....	31
	REFERÊNCIAS.....	33
	APÊNDICE A – Quadro de argumentos.....	35

1 INTRODUÇÃO

O instituto da audiência pública jurisdicional, conforme será abordado no presente estudo, é o mecanismo processual que foi introduzido no ordenamento jurídico nacional através das Leis n^{os} 9.868 (BRASIL, 1999a), que trata do processamento e julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) e da Ação Direta de Constitucionalidade (ADC), e 9.882 (BRASIL, 1999b), que cuida do processo e julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF). Embora prevista em diplomas legais que versam sobre o trâmite de questões referentes ao controle de constitucionalidade no seio da Suprema Corte brasileira, é possível também verificar a ocorrência da audiência pública em outras situações, como bem será delineado adiante.

Pode ser definida, preliminarmente, como um instrumento à disposição dos ministros do Supremo Tribunal Federal (STF), de modo a colaborar com a atividade jurisdicional por eles exercida e fomentar o detalhamento e enriquecimento de questões que extrapolem o âmbito jurídico, por meio do contato com especialistas, possibilitando, assim, uma participação mais ativa da sociedade civil no que tange a jurisdição constitucional.

Em um contexto de Estado Democrático de Direito e na perspectiva da atividade jurisdicional exercida pelo Supremo Tribunal Federal, a audiência pública mostra-se como uma ferramenta de significativa importância, especialmente em razão de seu potencial pluralizador do debate constitucional, em uma dimensão incluso-participativa.

A rigor, a audiência pública atende aos ideais e valores representativos de uma democracia pautada na representatividade e pluralidade, aproximando, desta forma, a sociedade e a corte constitucional de nosso país, criando um diálogo mais intenso entre estes dois lados. Por meio dela, podem ser levados aos ministros do STF uma gama de argumentos e visões a respeito da matéria em debate, o que, a princípio, aumenta, exponencialmente, a possibilidade de que a mais alta instância judiciária profira decisões mais justas e adequadas à questão.

Nesta toada, é compreendida, então, como um instrumento capaz de conferir maior legitimidade ao procedimento jurisdicional do STF, haja vista que, sob uma análise apriorística, gera a possibilidade de que as decisões da corte máxima sejam precedidas de um debate plural e enriquecedor, fincado em uma densa participação social.

Todavia, o que se busca nesta dissertação é justamente empreender uma investigação se, de fato, a audiência pública jurisdicional possui o condão de interferir no voto dos ministros do STF tornando-os mais técnicos e dotados de maior justeza. A partir da

análise de um caso concreto – a audiência pública realizada no contexto do julgamento da Suspensão de Tutela Antecipada nº 175, em que se discutiram questões relativas à judicialização do direito à saúde – será analisado se, de fato, há um aproveitamento das informações levantadas nos debates travados na audiência, isto sob o prisma da tão propagada noção de democracia participativa e plural.

Para o alcance de tal objetivo, realiza-se uma pesquisa qualitativa, coletando-se e catalogando-se os argumentos daqueles especialistas que expuseram suas opiniões durante as audiências públicas realizadas nos dias 27, 28 e 29 de abril e 4, 6 e 7 de maio de 2009. Posteriormente, analisam-se os votos dos ministros do Supremo, a fim de identificar “se” e “como” esses argumentos são abordados pelos ministros em seus votos. Assim, ambos são confrontados, com o intuito de se chegar a uma resposta ao questionamento proposto.

Desse modo, no primeiro capítulo, aborda-se a teoria da democracia deliberativa, ressaltando a insuficiência da democracia representativa. No segundo capítulo, discorre-se sobre o instituto das audiências públicas no direito positivo brasileiro, especificando sua previsão na jurisdição constitucional exercida pelo Supremo Tribunal Federal (STF). No terceiro capítulo, é apresentada a metodologia adotada para a presente pesquisa. No quarto capítulo, realiza-se a análise de como, quando do julgamento da Suspensão de Tutela nº 175, os ministros do STF trabalharam os argumentos suscitados durante a audiência pública. Na conclusão, ressalta-se como os ministros do STF, em geral, ignoram os argumentos levantados nas audiências públicas, frustrando tanto a pretensão técnica, quanto a pluralista dialógica.

2 A DEMOCRACIA PARTICIPATIVA

Adota-se como referencial teórico a teoria da democracia participativa e deliberativa, a qual se caracteriza pela possibilidade de participação direta dos cidadãos nos processos estatais de tomada de decisão e de controle da atuação dos poderes públicos. Portanto, sob esse paradigma, a participação democrática não se limita ao processo eleitoral periódico para o preenchimento dos mandados representativos.

Os agentes públicos responsáveis pelas decisões estatais devem justificá-la de modo acessível a todos os cidadãos aos quais elas são endereçadas, possibilitando questionamentos e uma adesão consciente e, até mesmo, uma resistência fundamentada (FARIA, 2000).

Para Habermas, a sociedade contemporânea é marcada pelo pluralismo e pela complexidade, gerando a necessidade de compatibilização das demandas sociais por meio de procedimentos que promovam a integração das diversas visões de mundo presentes na sociedade, possibilitando a construção coletiva da decisão das instituições políticas (FARIA, 2000).

As decisões devem ser tomadas a partir do diálogo entre os cidadãos interessados. Os participantes cooperariam uns com os outros, oferecendo e recebendo razões, e chegariam a um resultado comum (FARIA, 2000). Logo, as decisões públicas assim tomadas serão mais democraticamente legitimadas, em razão da cooperação em um processo deliberativo.

A democracia participativa e deliberativa está intimamente ligada à inferência de que a legitimidade das ações e decisões políticas advém da deliberação pública de coletividades de cidadãos livres e iguais. É cada vez maior a participação popular nas tomadas de decisão, seja pelo maior acesso às informações por parte dos cidadãos, e o consequente desejo de contribuição ao debate, seja pela maior necessidade de dados específicos e complexos por parte das instituições tomadoras de decisão.

Como exemplo dessa participação popular, tem-se as audiências públicas no STF, em que os ministros, diante de questões complexas e que normalmente envolvem diversos ramos da sociedade, dedicam um momento deste processo para ouvir os cidadãos e adquirir informações para uma melhor tomada de decisão.

Ressalte-se que apesar do aspecto contramajoritário do controle de constitucionalidade não resta impossível o fomento do potencial racionalizador e pluralizador do debate público.

Para Rais (2012, p. 34), as audiências públicas auxiliam a tomada de decisões, permitindo o diálogo entre a autoridade que decide e a sociedade que conhece as peculiaridades do objeto da decisão, seja pela *expertise* na área, seja por ser sujeito direto ou indireto dos efeitos da decisão que se seguirá.

Esse instituto de participação social exemplifica um constitucionalismo cooperativo, chamando a sociedade civil a auxiliar o Supremo Tribunal Federal no exercício de suas funções. A consolidação dessas audiências fomenta uma democracia deliberativa, na qual há a busca pelo equilíbrio entre os interesses divergentes, com o estabelecimento de acordos, verificação da coerência jurídica e escolha racional de instrumentos voltada para um fim determinado (BOTELHO, 2010, p. 174).

O objetivo de pluralização e racionalização do juízo de constitucionalidade realizado pelo STF pela participação da sociedade civil depende da efetivação de uma deliberação pública argumentativamente comunicativa. As audiências públicas somente lograrão êxito se os argumentos levantados pelos expositores nessas audiências forem abordados e trabalhados pelos Ministros dos STF, consumando um verdadeiro diálogo social.

Portanto, o principal objetivo do presente estudo é aferir como os Ministros do STF abordam os argumentos levantados pelos expositores nas audiências públicas.

Para a presente pesquisa, escolheu-se o julgamento da STA nº 175 e as respectivas audiências públicas realizadas em seu bojo, em razão de o seu objeto, a judicialização do direito à saúde, ser caracterizado pelo seu caráter social altamente problemático.

3 A AUDIÊNCIA PÚBLICA NO DIREITO PÁTRIO

A Constituição da República de 1988 (BRASIL, 1988) marca, institucionalmente, o final de um período autoritário iniciado no ano de 1964, no qual a sociedade brasileira se viu mutilada de quaisquer meios que possibilitassem sua plena participação política. Como é sabido, nesta época, diversos direitos vistos hoje como fundamentais sequer eram garantidos e fomentados pelo regime militar. Desta forma, ao término deste ciclo, a sociedade brasileira, tão sufocada anteriormente, encontrava-se na expectativa de que um regime democrático ressurgisse, invocando uma vontade política renovada e pautada na pluralidade e dignidade. Nesse contexto emergiu, assim, a Constituição Cidadã (BRASIL, 1988), carta política responsável por normatizar os anseios e valores sociais propugnados no período pós-ditadura.

A Lei Maior (BRASIL, 1988) surgiu, pois, a partir de uma formulação pautada na participação popular, sendo dotada de uma estrutura democrática, fruto de suas normas voltadas para a plena realização da cidadania. A Carta de 88 trilhou um caminho de valorização e qualificação da representação política e da cidadania, fortemente lesadas durante o regime ditatorial. Como consequência disto, fortaleceu a separação dos poderes, conferindo-lhes autonomia funcional e isenção, estabeleceu garantias aos parlamentares no exercício de suas respectivas funções políticas, enriqueceu a República com a previsão de institutos de democracia direta, como o plebiscito e o referendo, por exemplo, bem como fomentou canais de comunicação entre a sociedade civil e o Poder Legislativo.

Exatamente nesse arcabouço de ideais democráticos é que foi concebido o instituto da audiência pública no âmbito das comissões permanentes e temporárias do Congresso Nacional, por meio do regramento contido no artigo 58, § 2º, inciso II, da Constituição Federal (BRASIL, 1988). A referida norma jurídica estabelece que:

Art. 58. O Congresso Nacional e suas Casas terão comissões permanentes e temporárias, constituídas na forma e com as atribuições previstas no respectivo regimento ou no ato de que resultar sua criação.

(...)

§ 2º - às comissões, em razão da matéria de sua competência, cabe:

(...)

II - realizar audiências públicas com entidades da sociedade civil; (BRASIL, 1988)

Subjaz ao mencionado instituto jurídico a noção de otimização da participação político-administrativa dos cidadãos para além da raia do sufrágio, periodicizado de 2 (dois) em 2 (dois) anos. Destarte, a audiência integra o perfil dos Estados Democráticos de Direito

inspirados no constitucionalismo europeu que comporta a participação direta do povo no exercício do poder público (SILVA, 1999, p. 871).

Nesta toada, a figura em estudo foi de encontro aos princípios norteadores da Administração Pública estampados no artigo 37 da Constituição da República, como a publicidade, moralidade e eficiência, ganhando, deste modo, espaço também na seara administrativa, como na hipótese em que se exige a realização de audiência pública previamente à licitação de grande porte, consoante o disposto no artigo 39 da Lei nº 8.666 (BRASIL, 1993), a Lei das Licitações, que assim dispõe:

Art. 39. Sempre que o valor estimado para uma licitação ou para um conjunto de licitações simultâneas ou sucessivas for superior a 100 (cem) vezes o limite previsto no art. 23, inciso I, alínea "c" desta Lei, o processo licitatório será iniciado, obrigatoriamente, com uma audiência pública concedida pela autoridade responsável com antecedência mínima de 15 (quinze) dias úteis da data prevista para a publicação do edital, e divulgada, com a antecedência mínima de 10 (dez) dias úteis de sua realização, pelos mesmos meios previstos para a publicidade da licitação, à qual terão acesso e direito a todas as informações pertinentes e a se manifestar todos os interessados. (BRASIL, 1993)

Em momento posterior, há aproximadamente 15 anos, com a edição das Leis nºs 9.868/99 e 9.882/99 (BRASIL, 1999), a audiência pública passou a ter seu âmbito de aplicabilidade alargado, servindo como ferramenta processual à disposição do Supremo Tribunal Federal. Desta maneira, tornou-se figura presente nos três níveis de poderes – Executivo, Legislativo e Judiciário.

É de fundamental importância acrescentar que por trás dos diplomas legais que introduziram o instituto da audiência pública jurisdicional em nosso ordenamento é notório o influxo das ideias do jurista Peter Häberle sobre a jurisdição constitucional. O pensamento de Häberle (2002) permite conceber o real significado do instituto ora em análise.

O foco principal das ideias de Häberle (2002) sobre jurisdição constitucional e pluralidade, cristalizado na utilização da audiência pública jurisdicional e do *amicus curiae* – outro instrumento que permite a abertura do procedimento jurisdicional do STF por meio da intervenção de terceiros – é de que não é função exclusiva dos juízes a interpretação das normas constitucionais. Deste modo, o autor remete-nos à uma sociedade aberta dos intérpretes como locus de realização e de concretização permanente do projeto constitucional em processo contínuo, no qual a opinião pública exerce influência central. Segundo ele, levando em conta que a Constituição (1988) estrutura integralmente o Estado, dispondo tanto sobre a esfera pública quanto a privada, as forças sociais não podem ser vistas pelos juízes

como meros objetos ou destinatários da norma fundamental, mas de uma maneira mais ampla: devem ser consideradas como elementos integradores e ativos, isto é, como sujeitos do processo de concretização e interpretação da Constituição (1988).

Nesta esteira, aduz Carolina Suptitz (2008, p. 204) um paralelo entre a pluralidade de intérpretes constitucionais e a existência da audiência pública jurisdicional:

Segundo Häberle, o efetivo reconhecimento de que todos os que se encontram submetidos às normas constitucionais são seus intérpretes está a exigir a conformação do direito processual constitucional, ampliando e aperfeiçoando-se os “instrumentos de informação dos juízes” no que se refere “as formas de participação e à própria possibilidade de participação”. Ao fim e ao cabo, portanto, Häberle defende a adoção de instrumentos processuais que permitam ao juiz ser informado dos interesses dos cidadãos, grupos, parlamentares, partido políticos, etc, como é o caso das audiências (...). (SUPTITZ, 2008, p. 204)

Com efeito, o citado instituto possibilita o estreitamento dos laços entre o Poder Judiciário e a sociedade a que atende, tornando mais próxima a atividade jurisdicional exercida pela mais alta Corte do país e seus jurisdicionados, em uma significativa ampliação da participação da sociedade civil em nosso Estado Democrático de Direito.

Através dos artigos 9º, §§ 1º e 3º, e 20, §§ 1º e 3º, da Lei nº 9.868 (BRASIL, 1999a), bem como por meio do artigo 6º, § 1º, da Lei nº 9.882 (BRASIL, 1999b), o citado instituto emergiu no contexto da jurisdição constitucional brasileira. Embora criado no ano de 1999, o Supremo Tribunal Federal dele valeu-se, pela primeira vez, no ano de 2007, nos autos da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 3.510, a ADI das células-tronco embrionárias, em que se discutiu a constitucionalidade da norma insculpida no artigo 5º da Lei nº 11.105/2005, a Lei de Biossegurança.

É de grande valia salientar que a audiência pública consubstancia-se como uma ferramenta jurídica processual que permite uma participação democrática e plural da sociedade no procedimento jurisdicional do Supremo Tribunal Federal, dando margem a oitiva de diversos segmentos da sociedade civil, isto com o fito de gerar um lastro para que os ministros do STF possam proferir seus respectivos votos de forma mais adequada e justa possível.

Dado esse viés participativo e representativo, a audiência pública encontra ressonância não somente na legislação infraconstitucional, mas sobretudo na Constituição Federal (BRASIL, 1988), haja vista que nossa Carta Política traz em seu cerne a instituição de um Estado democrático e plural, fincado na dignidade da pessoa humana, e prevê inúmeras

outras hipóteses de participação popular direta nos Poderes da República, como é o caso do plebiscito (artigo 14, inciso I) (BRASIL, 1988), referendo (artigo 14, inciso II) (BRASIL, 1988) e a possibilidade de propor projeto de lei de iniciativa popular (artigo 14, inciso III e artigo 61, *caput*, parte final) (BRASIL, 1988), bem como a interposição de ação popular (artigo 5º, LXXIII) (BRASIL, 1988), somente a título de exemplificação.

Consoante os artigos 9º, § 1º, da Lei nº 9.868 (BRASIL, 1999a) e artigo 6º, § 1º, da Lei nº 9.882 (BRASIL, 1999b), em caso de existir necessidade de esclarecimento, nos autos de um processo que tramita perante o STF, sobre matéria de fato ou ainda na hipótese de notória insuficiência das informações existentes no caderno processual, o relator poderá convocar audiência pública para ouvir o depoimento de pessoas com autoridade e experiência na matéria em debate.

O artigo 9º, § 1º, da Lei nº 9.868 (BRASIL, 1999a), estabelece que:

Em caso de necessidade de esclarecimento de matéria ou circunstância de fato ou de notória insuficiência das informações existentes nos autos, poderá o relator requisitar informações adicionais, designar perito ou comissão de peritos para que emita parecer sobre a questão, ou fixar data para, em audiência pública, ouvir depoimentos de pessoas com experiência e autoridade na matéria. (BRASIL, 1999a)

Por sua vez, a inteligência do artigo 6º, § 1º, da Lei nº 9.882 (BRASIL, 1999b) dispõe que:

Se entender necessário, poderá o relator ouvir as partes nos processos que ensejaram a arguição, requisitar informações adicionais, designar perito ou comissão de peritos para que emita parecer sobre a questão, ou ainda, fixar data para declarações, em audiência pública, de pessoas com experiência e autoridade na matéria. (BRASIL, 1999b)

Contudo, não obstante o regramento legislativo acima exposto, há também previsão de convocação para a realização de audiência pública não aventada pela legislação competente. Citada hipótese está presente no Regimento Interno no STF (BRASIL, 2014), em seu artigo 13, inciso XVII, e artigo 21, inciso XVII, a saber:

Art. 13. São Atribuições do Presidente:

(...)

XVII – convocar audiência pública para ouvir o depoimento de pessoas com experiência e autoridade em determinada matéria, sempre que entender necessário o esclarecimento de questões ou circunstâncias de fato, com

repercussão geral e de interesse público relevante, debatidas no âmbito do Tribunal.

(...). (BRASIL, 2014)

Art. 21. São Atribuições do Relator:

(...)

XVII – convocar audiência pública para ouvir o depoimento de pessoas com experiência e autoridade em determinada matéria, sempre que entender necessário o esclarecimento de questões ou circunstâncias de fato, com repercussão geral ou de interesse público relevante. (BRASIL, 2014)

Com isso, nota-se que o instituto jurídico em comento pode ser concretizado no âmbito da Suprema Corte brasileira independentemente da existência de um processo específico que trate sobre a (in)constitucionalidade de uma norma jurídica. Esta inovação regimental possibilita a ampliação, indubitavelmente, do leque de situações em que será cabível a sua realização, a depender da adoção ou não, pelo Presidente do STF, de uma postura pró-ativa no que concerne a resolução das lides enviadas à Corte Máxima.

Não obstante, no que diz respeito ao procedimento, insta salientar que a audiência pública jurisdicional, a despeito de sua previsão legal e regimental, carece de uma devida regulamentação, não existindo qualquer comando normativo específico para o referido instituto ou até mesmo norma auxiliar nesse sentido. Tanto é assim que para a concretização das audiências públicas jurisdicionais frequentemente se faz uso da praxe empregada no STF e até mesmo de fontes subsidiárias, como reconhecidamente aconteceu com a primeira audiência pública da história do Supremo, relativa à ADIn nº 3.510, quando o procedimento adotado foi aquele previsto no Regimento Interno da Câmara dos Deputados. No caso do julgamento da STA nº 175 – objeto de análise do presente estudo – os balizadores procedimentais foram o Regimento Interno do STF (BRASIL, 2014), o qual prevê normas gerais para a tramitação de processos na casa, e as orientações fixadas pelo relator do caso, Ministro Gilmar Mendes, à época presidente da Corte.

Cumpre salientar que por mais que os ministros da Suprema Corte gozem de notório saber jurídico, é intrínseco a eles, em virtude de uma limitação humana que permeia todos nós, a incapacidade de dominarem todas as searas científicas. Nesta toada, é imprescindível o papel desempenhado pela audiência pública, pois permite um influxo de ideias e visões, as quais advém de especialistas, órgãos, entidades e demais entes da sociedade civil, os quais dispõem de um conhecimento técnico acerca da matéria *sub examine*. É inegável que cada vez mais as demandas que se submetem ao Poder Judiciário carregam consigo questões de diferentes áreas e ciências, sendo necessário, para a justeza e adequação das decisões, que haja uma deliberação plúrima de modo prévio ao julgamento das lides.

A finalidade da audiência pública jurisdicional é gerar maior publicidade a determinada questão a ser apreciada pela corte máxima de nosso judiciário, possibilitando um maior controle da sociedade civil com relação à conformação do ato jurisdicional (no caso, a decisão judicial a ser proferida pelo STF) e informando a comunidade sobre aspectos e particularidades essenciais da matéria alvo de análise pelos ministros do Supremo.

Todavia, é possível afirmar que a função precípua legalmente positivada da audiência pública realizada no seio do Supremo Tribunal Federal é de fornecer subsídios técnicos aos ministros, facilitando, assim, o julgamento.

O Estado, no exercício de sua atividade jurisdicional, abre espaço para uma colheita de informações oriundas da comunidade; contudo, a lei delimita, com já mencionado anteriormente, que somente podem participar desta oitiva “pessoas com experiência e autoridade na matéria” (BRASIL, 1999a), fato este que já escancara, de antemão, não ser possível uma participação ampla e irrestrita de todos os membros da sociedade.

Em assim considerando, a audiência pública jurisdicional nada mais é do que uma consulta pública a determinados entes da sociedade civil, com vistas a uma busca por informações técnicas – fornecidas por especialistas no assunto – acerca da matéria sob julgamento perante o STF. Assim, é realizada com o fito de suprir eventual vacância informativa notoriamente essencial ao conhecimento da causa, configurando significativo avanço no que tange as técnicas jurisdicionais tendo em vista a interdisciplinaridade típica da contemporaneidade.

Desta forma, o instituto em estudo assemelha-se ao laudo pericial eventualmente presente nos autos de um processo que tramita perante as instâncias ordinárias, haja vista que o produto das deliberações e debates é fruto da colheita de informações fornecidas por especialistas na demanda sob julgamento, provendo aos ministros um manancial de conhecimento técnico. Deste modo, estaríamos diante de uma verdadeira ferramenta instrutória a serviço do procedimento jurisdicional do STF.

Seria ela, desta forma, um meio perante o qual a suprema corte se reúne para ouvir a opinião de especialistas em determinada matéria, os quais, através de suas experiências na área, irão acrescentar e aprofundar tanto os debates quanto os conhecimentos dos ministros do STF, sendo solar o seu caráter deliberativo, visto que possibilita um influxo de argumentos técnicos, científicos, culturais e sociais, de modo a fornecer um aparato argumentativo sólido para que haja uma decisão judicial capaz de representar verdadeiro instrumento modificador do meio social.

Nota-se que a audiência pública serviria também com um instrumento capaz de conferir maior legitimidade à atividade desempenhada pelo Supremo Tribunal Federal, sobretudo porque a torna, numa análise apriorística, permeada de um debate fincado na participação popular. Com efeito, a princípio, possui em seu bojo a noção de democracia participativa e plural haja vista que, a rigor, viabiliza um contato mais incisivo da sociedade em um dos três poderes da república, favorecendo com que a comunidade goze de um instrumento capaz de influenciar diretamente nas decisões do STF.

Tecidas estas considerações, inegável parece ser a abertura empreendida pela audiência pública na jurisdição constitucional brasileira, a qual é, por sua própria natureza, significativamente fechada, um tanto quanto avessa a uma participação social. Visto deste modo, numa primeira interpretação, inegável seria o viés de democracia direta e participativa do mencionado instituto, uma vez que ele promove uma troca de experiências entre a sociedade civil e o Poder Judiciário, experiências estas que, a rigor, serão levadas em consideração quando da feitura dos votos dos ministros, embasando-os de uma forma melhor.

Entretanto, o que se busca no presente estudo é a verificação, com base em uma meticolosa análise de um caso concreto – a audiência pública ocorrida no contexto do julgamento da STA nº 175, a qual tratou sobre questões referentes à judicialização do direito fundamental à saúde – se de fato há o aproveitamento da técnica científica levada a conhecimento público através dos especialistas expositores na audiência, ou se, ao contrário, o referido instituto serve apenas para conferir uma falsa impressão de maior legitimidade às decisões do Supremo, transmitindo a sensação de uma roupagem vazia no que se refere ao seu viés de instrumento fomentador de uma democracia direta e participativa.

4 METODOLOGIA

Para a presente pesquisa adotou-se a metodologia da análise de conteúdo, por meio de seus polos cronológicos: a pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (BARDIN, 2011).

Nessa primeira fase, buscou-se a realização de três missões: a escolha dos documentos, com a leitura das notas taquigráficas das audiências públicas realizadas para a elucidação da judicialização do direito à saúde (BRASIL, 2009) e do acórdão da STA nº 175 (BRASIL, 2010), a serem submetidos a análise, a formulação da hipótese e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final (BARDIN, 2011).

Na exploração do material, aplicou-se a técnica de catalogação, com a identificação e segmentação dos trechos das falas dos expositores em que foi possível identificar argumentos favoráveis ou contrários ao pedido da STA nº 175. A partir dessa catalogação (Anexo A – Catalogação dos argumentos), procedeu-se a identificação dos principais temas destacados pelos expositores, reunindo em blocos temáticos as menções a um mesmo argumento e indicando a amplitude desse tema nas audiências públicas. Para esse fim, utilizou-se os blocos temáticos indicados pelo próprio STF, que reservou cada dia de audiência pública para um tema específico (Anexo A – Catalogação dos argumentos).

A partir dessa codificação por temas, passou-se a analisar como os temas e, conseqüentemente, os argumentos a eles relacionados foram abordados e trabalhados pelos Ministros do Supremo Tribunal Federal.

5 ANÁLISE DA SUSPENSÃO DE TUTELA ANTECIPADA Nº 175

5.1 O AJUIZAMENTO DA STA Nº 175

O Supremo Tribunal Federal (STF), no ano 2010, prolatou vários acórdãos relacionados ao direito fundamental à saúde para assegurar o tratamento por meio do fornecimento de remédios ou de cirurgias a pacientes e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Fora debatido, na ocasião, a aplicação do disposto no art. 196 da Constituição da República (BRASIL, 1988), em especial quanto à existência de um direito subjetivo de todos e de um correspondente dever do Estado, além de uma diretriz normativa de atendimento integral na área da saúde.

Nos autos do Agravo Regimental na Suspensão de Tutela Antecipada nº 175 (STA – 175 AgR/CE), o STF proferiu acórdão que manteve decisão concedida em pedido de antecipação de tutela, com a determinação do fornecimento de medicamento a usuário do SUS. O Ministro Gilmar Mendes, relator do processo em comento, apresentou de modo breve o deslinde da demanda até o momento do julgamento do Agravo Regimental. Constata-se que o recurso foi interposto pela União com o fito de suspender a tutela antecipada concedida à agravada beneficiária, pedido este que já havia sido negado pela Presidência do STF.

O caso *sub examine* tratou sobre a situação de uma jovem de 21 anos de idade, portadora de uma patologia crônica denominada “NIEMANN-PICK TIPO C, doença neurodegenerativa rara, comprovada clinicamente e por exame laboratorial, que causa uma série de distúrbios neuropsiquiátricos, tais como movimentos involuntários e paralisias progressivas” (BRASIL, 2010, p. 02-03). Observou-se que o uso de determinado medicamento poderia possibilitar um aumento da sobrevida da agravada, bem como melhora em sua qualidade de vida. Ocorre que a referida droga possui alto custo no mercado farmacêutico, obstando, assim, o tratamento da agravada de modo consubstancial.

Em apertada síntese, nas palavras do relator, a União – agravante no caso – requereu a “reforma da decisão (...) para buscar demonstrar a ocorrência de grave lesão à ordem, à economia e à saúde públicas” (BRASIL, 2010, p. 05).

A agravante argumentou, em breve síntese, que o medicamento pretendido pela agravada não poderia ser disponibilizado uma vez que não detinha registro pela ANVISA, além de não constar nos Protocolos e Diretrizes Terapêuticas do SUS, muito embora o Ministro (BRASIL, 2010) relator tenha destacado, em seu voto, que averiguou a existência de

registro válido para o remédio sob questão. Ele aduziu, ainda, que eventual fornecimento do medicamento sob litígio pelas vias judiciárias violaria a separação dos poderes, haja vista ser função exclusiva da Administração a definição de políticas públicas. Por fim, sustentou a ilegitimidade passiva da União, pois esta não seria o ente responsável pela dispensação do medicamento pleiteado, consoante as diretrizes programáticas do Sistema Único de Saúde.

Em linhas gerais, o que se discutiu no caso em comento foi o direito à saúde e seus desdobramentos, na medida em que o fornecimento do fármaco à agravada baseou-se em recomendação médica, isto com vistas à restauração e estabilização da saúde da paciente. Discutiu-se, também, dentre outras questões, a aplicação orçamentária em políticas públicas efetivas, a reserva do financeiramente possível, o princípio da vedação do retrocesso e o fornecimento de medicamentos não pertencentes à tabela do SUS.

O relator enfatizou que o alto custo do medicamento almejado pela agravada não justificaria a negativa de seu fornecimento e, ainda, que o citado fármaco fora prescrito por médico habilitado, além de ser recomendado pela Agência Europeia de Medicamentos. Dessa maneira, solidificado nos elementos constantes no processo, o STF manteve a determinação, concedida em sede de tutela antecipada, para que a União, o Estado e o Município fornecessem o medicamento requerido pela agravada.

5.2 AS AUDIÊNCIAS PÚBLICAS NA STA Nº 175

Com o intuito de subsidiar tecnicamente a decisão a ser proferida pelo STF, o Ministro Gilmar Mendes, relator do caso em análise, convocou a realização de audiências públicas, valendo-se, para tanto, da possibilidade legalmente conferida pelo art. 9º, § 1º, da Lei nº 9.868 (BRASIL, 1999a), além da abertura regimental permitida pelas normas do art. 13, XVII e art. 21, XVII do Regimento Interno do STF (BRASIL, 2014).

Assim, foram realizadas nos dias 27, 28 e 29 de abril e 04, 06 e 07 de maio de 2009, as audiências relativas à temática da judicialização da saúde. Contando com a presença de inúmeros especialistas na matéria, especialmente os gestores públicos, os membros da magistratura, do Ministério Público, da Defensoria Pública, da Advocacia da União, Estados e Municípios, além de acadêmicos e de entidades e organismos da sociedade civil. Nas exposições, foi levantada uma série vasta de informações e dados, sendo ouvidos 49 (quarenta e nove) expositores, os quais trouxeram à tona pontos dos mais diversos, seja com o enfoque pericial, cultural, político ou social.

A partir daqui, objetiva-se colocar que foram divididos os argumentos em temas, em uma divisão didática, a fim de possibilitar a análise ordenada da abordagem do material fornecido pelas audiências públicas pelos ministros do STF.

5.3 RESSONÂNCIA NOS VOTOS DOS MINISTROS DO STF

No julgamento da STA nº175, consoante as normas regimentais do STF, foi dada a voz ao relator do caso, o então Ministro Presidente Gilmar Mendes.

Mendes iniciou seu voto tecendo algumas considerações acerca das dimensões dos direitos fundamentais, bem como as suas características mais intrínsecas, aduzindo que os mesmos “não contêm apenas uma proibição de intervenção (*Eingriffsverbote*)” (BRASIL, 2010, p. 09), mas possuem também “um postulado de proteção (*Schutzgebote*)” (BRASIL, 2010, p. 09). Dessa forma, são direitos que carregam consigo em sua matriz “não apenas uma proibição de excesso (*Übermassverbot*), mas também uma proibição de proteção insuficiente (*Untermassverbot*)” (BRASIL, 2010, p. 09). Isso nos traz a noção de que o Estado deve sempre possuir uma postura pró-ativa no que tange a concretização de tais garantias constitucionais, na forma de ações prestacionais positivas.

5.3.1 O acesso às prestações de saúde no Brasil – desafios ao Poder Judiciário

O Relator salientou de maneira pontual que “é a dimensão prestacional (positiva) dos direitos sociais o principal argumento contrário à sua judicialização” (BRASIL, 2010, p. 10). Ele acrescentou ainda a noção de que com relação aos direitos sociais se faz necessário levar em conta que a prestação devida pelo Estado varia de acordo com a necessidade específica de cada cidadão, transportando, portanto, a noção de desigualdade material com vistas à concretização da igualdade formal. Em suas palavras, “gastar mais recursos com uns do que com outros envolve a adoção de critérios distributivos para esses recursos” (BRASIL, 2010, p. 11).

Realizado este raciocínio, o Min. Relator (BRASIL, 2010) acrescentou que em razão da inexistência de suportes financeiros suficientes para a satisfação de todas as necessidades sociais, a formulação das políticas sociais implicaria, invariavelmente, em escolhas alocativas. Em breve raciocínio, dizer isto nada mais é do que concluir que a política de implementação de políticas públicas encontrará sempre o óbice orçamentário, havendo a real necessidade de se realizar um plano estratégico governamental para que haja a

distribuição de recursos nas áreas prioritárias, isto é, onde há maior demanda pela atuação estatal. E essa escolha, pautada em diretrizes orçamentárias e estratégicas, seguiria “critérios de justiça distributiva (o quanto disponibilizar e a quem atender), configurando-se como típicas opções políticas, as quais pressupõem ‘escolhas trágicas’ pautadas por critérios de macrojustiça” (BRASIL, 2010, p. 11).

Como consequência disso, conforme pontuou o Ministro, emerge a questão acerca do papel do Judiciário no que se refere a concretização daquele mínimo existencial dos direitos fundamentais (exigência lógica do princípio da dignidade da pessoa humana). Levando em conta a vocação desse Poder como ente concretizador da justiça no caso concreto, ou seja, a microjustiça, surgem os questionamentos e problemas relacionados à judicialização da saúde.

Gilmar Mendes acrescenta, ainda, que tendo em vista a tamanha complexidade e profundidade desta relação conflituosa entre princípios jurídicos e diretrizes políticas, a qual se resume entre direitos individuais e bens coletivos, os juízos de ponderação passam a ser inevitáveis e ganham destaque.

Em seguida, o relator passou a tecer considerações acerca das características do direito à saúde estampada na Constituição Federal, em seu artigo 196: é um direito de todos e a sua garantia é um dever do Estado, o qual deve fomentar políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos. Desta forma, reforçou a noção de que é uma garantia fundamental calcada na universalidade, igualdade e integralidade.

Sopesando o bem coletivo e o individual, reforça o Ministro que “a garantia judicial da prestação individual de saúde, *prima facie*, estaria condicionada ao não comprometimento do funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2010, p. 17). Isto nos leva a crer que o fornecimento de insumos para a concretização deste direito por meio das vias judiciais não pode implicar em frustrações no tocante ao atendimento público, fato este que notadamente deve se balizar por meio da proporcionalidade e da ponderação de valores entre o bem individual e o coletivo.

5.3.2 Responsabilidade dos entes da Federação e financiamento do SUS

O Relator afirma ser competência comum dos entes da Federação o cuidado e zelo com a saúde, conforme consta na inteligência do art. 23, II da Constituição. Sendo assim, são solidariamente responsáveis, podendo figurar como legitimados passivos “nas demandas cuja

causa de pedir é a negativa, pelo SUS (seja pelo gestor municipal, estadual ou federal), de prestações na área de saúde.” (BRASIL, 2010, p. 17).

Pugnou também que o administrador não tem discricionariedade para deliberar sobre a oportunidade e conveniência de implementação de políticas públicas discriminadas na ordem social constitucional, uma vez que isso “restou deliberado pelo Constituinte e pelo legislador que elaborou as normas de integração” (BRASIL, 2010, p. 43).

Abordando a temática acerca da reserva do possível, assunto por diversas vezes levado à discussão no curso das audiências realizadas, o Min. Celso de Mello seguiu seu entendimento no sentido de que referida cláusula – ressalvada a ocorrência de motivo justo e objetivamente aferível – não pode ser invocada a qualquer preço, pelo Estado, com o fim de escusar-se, dolosamente, do cumprimento de suas obrigações constitucionais, notadamente quando essa conduta governamental negativa possuir o condão de nulificar ou até aniquilar direitos constitucionalmente assegurados. Com isso, tentou o Ministro Celso de Mello aventar que as garantias sociais previstas na Carta Política não podem ser deixadas em segundo plano, sob o pretenso argumento de escassez orçamentária, na medida em que são permeadas de alto grau axiológico, consubstanciando-se em preceitos de máxima importância em nosso ordenamento jurídico. Segundo ele, a concretização de direitos desta natureza, como é o caso da saúde, é impostergável, existindo, em casos semelhantes ao do recurso em julgamento, uma única opção ao julgador: dar preferência ao respeito indeclinável à vida e saúde humanas (BRASIL, 2010, p. 47).

Consoante aduziu o Ministro, situações como estas criam dilemas profundos, colocando de um lado “a necessidade estatal de tonar concretas e reais as ações e prestações de saúde em favor das pessoas” e, de outro lado, “as dificuldades governamentais de viabilizar a alocação de recursos financeiros, sempre tão dramaticamente escassos” (BRASIL, 2010, p. 47). Apesar destas ponderações, se impõe aos Juízes, como decorrência da posição de guardiões da Constituição que ocupam, o compromisso de “fazer prevalecer os direitos fundamentais da pessoa, dentre os quais avultam, por sua inegável precedência, o direito à vida e o direito à saúde.” (BRASIL, 2010, p. 47-48).

5.3.3 Gestão do SUS – Legislação do SUS e universalidade do sistema

Segundo o Relator (BRASIL, 2010), o fato de o Sistema Único de Saúde ter descentralizado sua funcionalidade e estrutura apenas reforça a obrigação solidária e subsidiária entre dos entes na efetivação do direito à saúde.

De forma incisiva, salientou o relator que talvez o problema que aflige a temática da judicialização talvez não seja propriamente de judicialização ou, em termos mais simples, de interferência do Poder Judiciário na criação e implementação de políticas públicas em matéria de saúde, pois o que ocorre, na quase totalidade dos casos, é apenas a determinação judicial do efetivo cumprimento de políticas públicas já existentes.

Para o Relator, se a prestação de saúde pleiteada não estiver entre as políticas do SUS, “é imprescindível distinguir se a não prestação decorre de uma omissão legislativa ou administrativa, de uma decisão administrativa de não fornecê-la ou de uma vedação legal a sua dispensação.” (BRASIL, 2010, p. 24).

Segundo o Min. Celso de Mello, incumbe ao poder público um dever de prestação positiva que somente se terá por cumprido, pelas instâncias governamentais, quando estas adotarem providências destinadas a promover, em sua máxima plenitude, a satisfação efetiva dos comandos elencados na carta constitucional. Tendo por base este entendimento, ele citou diversos julgados em que foi relator, nos quais se valeu deste posicionamento para conferir eloquência e fundamentação aos seus votos.

Não obstante, também teceu considerações com relação ao princípio da proibição do retrocesso, o qual, segundo ele, traduz “verdadeira dimensão negativa pertinente aos direitos sociais de natureza prestacional (como o direito à saúde)”. (BRASIL, 2010, p. 60). Ao tocar neste ponto, reforçando a tese aventada pelo Relator, trouxe a noção de que as conquistas sociais – as quais se revestem, hoje, sob o manto constitucional – não podem ficar a mercê da omissão estatal, sob pena de representar significativo retardo no avanço das garantias fundamentais. Eventual inoperância funcional dos gestores públicos na concretização dos deveres constitucionais não pode, sob hipótese alguma, representar obstáculos à execução da norma insculpida no art. 196 da Constituição Federal.

Feitas estas considerações, e também considerando a jurisprudência que se formou no Supremo Tribunal Federal sobre a questão alvo da discussão, decidiu o Ministro Celso de Mello em negar o pedido deduzido pela agravante, negando a suspensão da tutela antecipadamente concedida, confirmando, assim, o fornecimento da medicação necessária ao devido tratamento da agravada.

5.3.4 Registro na ANVISA e os protocolos e diretrizes do SUS

É importante frisar que questões levantadas nas audiências públicas realizadas, tais como a vedação à Administração Pública de fornecer fármaco que não possua registro na

ANVISA, foram enfrentadas, fato que denota a prestatividade do debate travado ao longo dos seis dias de diálogo.

Com efeito, o Ministro relator tocou em importante ponto, também abordado nas audiências, que é o fato de o Sistema Único de Saúde ser adepto da corrente da “medicina com base em evidências”. Dizer isso significa delinear que a atuação governamental é pautada em Protocolos Clínicos e em Diretrizes Terapêuticas, “que consistem num conjunto de critérios que permitem determinar o diagnóstico de doenças e o tratamento correspondente com os medicamentos disponíveis e as respectivas doses” (BRASIL, 2010). Dessa maneira, qualquer medicamento ou tratamento em desconformidade com os referidos paradigmas devem ser vistos com cautela.

5.3.5 Políticas públicas de saúde – integralidade do sistema

O Relator aduziu que o tratamento fornecido pelo SUS deverá ser priorizado em detrimento de opção diversa eventualmente escolhida pelo paciente, sempre que não for comprovada a ineficácia ou a impropriedade da política de saúde existente. Em que pese esse posicionamento, Gilmar Mendes afirmou ser possível o Poder Judiciário ou a própria Administração decidir que medida diferente da custeada pelo SUS seja fornecida a determinada pessoa que, por razões específicas do seu organismo, comprove que o tratamento fornecido pelo sistema público não é o eficaz em seu caso particular.

Neste sentido, reforçou a tese, também acampada por diversos expositores da audiência, da necessidade de revisão periódica dos protocolos já existentes.

Em contrapartida, asseverou o douto julgador que a inexistência de eventual Protocolo Clínico do SUS não pode significar violação ao princípio da integralidade do sistema, tampouco justificar a diferença entre as opções acessíveis aos usuários da rede pública e as disponíveis aos usuários da rede privada. Assim, buscou dizer que a omissão administrativa no fornecimento de medicação ou tratamento não pode obstar a concretização do direito à saúde. Em suas palavras:

Nesses casos, a omissão administrativa no tratamento de determinada patologia poderá ser objeto de impugnação judicial, tanto por ações individuais como coletivas. No entanto, é imprescindível que haja instrução processual, com ampla produção de provas, o que poderá configurar-se um obstáculo à concessão de medida cautelar. (BRASIL, 2010, p. 28)

Deste modo, o relator deixou clara a necessidade de instrução das demandas de saúde para que não ocorra a produção padronizada de peças processuais que, muitas vezes, não contemplam as especificidades do caso concreto, impedindo com que o julgador concilie a dimensão subjetiva (individual e coletiva) com a dimensão objetiva do direito à saúde.

Superadas todas estas constatações argumentativas, partiu o ilustre Ministro relator para a conclusão de seu voto. Inicialmente, fixou entendimento de que em matéria de saúde pública, “a responsabilidade dos entes da Federação deve ser efetivamente solidária” (BRASIL, 2010, p. 30), citando, para tanto, julgados do STF (RE 195.192-3/RS e RE-AgR 255.627-1) convergentes a este seu posicionamento, corroborando, assim, sua tese.

Em assim considerando, a decisão impugnada pelo pedido de suspensão de tutela (STA nº 175), ao determinar a responsabilidade da União no fornecimento do tratamento pretendido, segue as normas constitucionais que fixaram a competência comum (art. 23, II, da CF), a Lei Federal nº 8.080/90 (em seu art. 7º, XI) e a jurisprudência do STF, não configurando, assim, grave lesão à ordem pública.

5.3.6 Assistência farmacêutica do SUS

O Min. Relator destacou, ainda, que o alto custo de um tratamento ou medicamento que tem registro na ANVISA não é suficiente para impedir o seu fornecimento pelo Poder Público, assentando, também, que a lesão em face da agravada em eventual não disponibilidade do fármaco desejado seria muito maior do que a possível lesão à ordem pública e ao erário, dada a importância do direito em jogo. Com isso, posicionou-se no sentido de negar provimento ao pedido sob litígio.

Em seu voto, o Min. Celso de Mello corroborou as assertivas levadas à tona pelo relator do processo no que se refere à omissão da administração pública no tocante a concretização de políticas públicas constitucionalmente asseguradas. Segundo ele, o desrespeito à Constituição, fato este que pode ocorrer tanto mediante uma ação governamental quanto mediante uma inércia estatal, geram uma situação de inconstitucionalidade do poder público (BRASIL, 2010, p. 40).

Segundo ele, caso o Estado deixe de adotar medidas necessárias à realização concreta dos preceitos da Constituição da República, em ordem a torná-los efetivos, operantes e exequíveis, abstendo-se, em consequência, de cumprir o dever de prestação que a Constituição lhe impôs, “incidirá em violação negativa do texto constitucional” (BRASIL, 2010, p. 40). Daí resulta a inconstitucionalidade por omissão, que poderá se manifestar sob

sua forma total (quando nenhuma providência estatal é tomada) ou parcial (quando a medida levada à cabo pelo governo se mostra insuficiente). Em qualquer um dos casos, em níveis variados, estaria o poder público comportando-se de modo ofensivo ao texto constitucional.

O Min. Celso de Mello assim condensou suas ideias:

(...) a intervenção jurisdicional, justificada pela ocorrência de arbitrária recusa governamental em conferir significado real ao direito à saúde, tornar-se-á plenamente legítima (sem qualquer ofensa, portanto, ao postulado da separação dos poderes), sempre que se impuser, nesse processo de ponderação de interesses e de valores em conflito, a necessidade de fazer prevalecer a decisão política fundamental que o legislador constituinte adotou em tema de respeito e proteção ao direito à saúde. (BRASIL, 2010, p. 42)

Desta forma, percebe-se o enfrentamento, pelo Ministro, das questões referentes ao princípio da separação dos poderes e da ponderação de valores, também citados pelo Min. Gilmar Mendes.

5.4 CONSIDERAÇÕES COMPLEMENTARES

Os demais ministros presentes à sessão (Ellen Gracie, Eros Grau, Carlos Ayres Britto e Marco Aurélio), por sua vez, seguiram o entendimento constante no voto do Min. Relator Gilmar Mendes, não se aprofundando em uma linha argumentativa, restringindo-se, apenas, a negar provimento ao pedido de suspensão de segurança. Assim, eles deixaram de abordar os questionamentos e pontos suscitados ao longo dos seis dias de audiências públicas sobre a matéria da judicialização da saúde.

Ressalte-se que, doutrinariamente, muito se cogita que o instituto da audiência pública jurisdicional possibilita um maciço influxo de ideias previamente ao posicionamento dos julgadores do Supremo, o que permitiria uma intensa oxigenação de informações técnicas e valorativas a respeito da matéria sob julgamento. Deste modo, haveria um rico subsídio material a embasar o teor dos votos a serem proferidos.

Desta forma, como mencionado no início do presente trabalho, a audiência pública seria nada mais do que um instituto processual, à disposição da jurisdição do STF, com o fito de proporcionar maior técnica à prestação jurisdicional fornecida pelo Supremo Tribunal Federal.

Ademais, a audiência pública é um instituto caracterizado pela noção de democracia deliberativa e plural, na medida em que nela é dada voz para que a sociedade civil

se manifeste, tornando menos rígida e mais maleável a jurisdição constitucional exercida pela Suprema Corte, conferindo-lhe, portanto, maior legitimidade democrática. A ideia de participatividade e pluralidade reside exatamente neste ponto: a audiência pública promove uma abertura para o diálogo travado entre sociedade e Poder Judiciário, traduzindo, de certo modo, o ideal defendido por Häberle, segundo o qual todos aqueles que se encontram submetidos às normas constitucionais são intérpretes da mesma, devendo atuar de maneira a colaborar na construção do real sentido do texto constitucional (HÄBERLE, 2002).

Com efeito, cumpre ressaltar o seguinte ponto: vivemos em um Estado Democrático de Direito onde há a primazia de uma democracia semidireta (ou indireta), em que os cidadãos possuem voz por meio da representatividade, muito embora existam institutos no ordenamento jurídico pátrio que permitam uma influência mais incisiva da sociedade nas esferas de poder, como é o caso do plebiscito e do referendo. Neste contexto, a audiência pública surgiu com o condão de promover ainda mais esta interferência da sociedade no âmbito de atuação pública, uma vez que abriu as portas da mais alta instância do Judiciário à comunidade, estreitando os laços e enriquecendo o diálogo entre o meio social e os Ministros do STF, ainda que de forma limitada, uma vez que é possível apenas a oitiva de pessoas com experiência e autoridade na matéria em julgamento.

A audiência pública jurisdicional, inserida neste contexto, promove a democratização, mesmo que incidente em apenas um dos poderes de Estado – o Poder Judiciário – já que supera o modelo de democracia representativa que, indiretamente, também o atinge, em que os representantes, no entanto, não são os políticos eleitos, mas os julgadores que integram seus quadros funcionais, quais sejam, os juízes. A superação da democracia representativa tradicional promovida pela audiência pública é decorrência da aproximação da comunidade do centro de poder (no caso, o STF), o que é feito através de outros representantes – os participantes da audiência pública.

De certo, a audiência pública jurisdicional é exemplo da proliferação dos centros de poder, da pluralização democrática ou, dito de outro modo, da expansão da democracia representativa para os outros segmentos sociais em que atua o indivíduo. Sem dúvidas, referido instituto promove o rico debate entre a comunidade e o Poder Judiciário, haja vista a aproximação da sociedade a um dos centros de poder, ampliando, assim, os locais em que os cidadãos possam atuar e contribuir com a tomada de decisão.

Todavia, ao se traçar um paralelo entre as ideias e argumentos expostos ao longo dos seis dias de audiências realizadas e o teor dos votos dos Ministros do STF, percebe-se um nítido descompasso. Ressalvadas algumas hipóteses em que houve um enfrentamento e

aproveitamento direto das informações trazidas pelos expositores por parte do Min. Relator, verifica-se um evidente subaproveitamento de tudo aquilo que fora debatido e levantado durante os diálogos travados nas audiências.

Como se depreende do ANEXO A, houve um conteúdo extremamente volumoso de exposições e dados fornecidos pelos integrantes convidados a participar dos debates. Inúmeras ideias foram expostas, dados apresentados, doutrinas técnicas dialogadas e explicitadas. Contudo, verifica-se um notável descarte de inúmeros informes fornecidos por especialistas e peritos em diversas áreas (jurídica, médica, biológica, etc.).

Esse déficit entre os dados fornecidos pelos expositores e o aproveitamento argumentativo desse produto pelos ministros acaba por escancarar um efeito negativo, o qual recai sobre a real utilização das audiências públicas no seio da jurisdição constitucional, pois é factível pensar que variadas contribuições apresentadas acabam por ser desperdiçadas. Destarte, toda a complexidade do pluralismo social, que se pretende transmitir através do referido instituto no processo de interpretação constitucional, pode terminar sem impactar, de modo significativo, na decisão final a ser proferida pelo STF.

Mencionada constatação não se observa apenas no caso específico da STA nº 175, mas pode ser verificada também nas demais situações em que houve a realização prévia de audiência pública com o fito de instruir o julgamento de lide que tramita perante o Supremo, embora em graus distintos de subaproveitamento. O caso da Suspensão de Tutela Antecipada apenas evidencia de maneira mais emblemática esta realidade.

Com efeito, percebe-se que há uma baixa ressonância, nos votos proferidos pelos Ministros do STF, do produto resultante dos intensos debates travados quando da realização das audiências. O potencial democrático, participativo e plural do instituto ora em análise resta, deste modo, mal explorado.

Isto posto, há de se destacar que a noção de participatividade e pluralidade encontra sua máxima satisfação não somente com a simples abertura do procedimento constitucional da Suprema Corte à comunidade, mas com o real e máximo aproveitamento possível daquilo que fora produzido durante a realização da audiência. O que se quer dizer é que o ideal de democracia participativa e plural se concretiza, efetivamente, com um efetivo aproveitamento de todo o arcabouço informativo fornecido pelos expositores. Não basta somente ouvir, dar voz; é necessário que as vozes encontrem receptividade e sejam devidamente aproveitadas nos votos dos Ministros, em sua máxima proporção possível.

Não se pode permitir que a audiência pública jurisdicional se transforme em uma via de mão única, em que a comunidade abastece o STF de subsídios técnicos para a

confeção dos votos mas não há o retorno proporcionalmente esperado no que tocante à utilização do que fora exposto e debatido. É importante que se dê espaço ao rico diálogo entre a sociedade civil e o Supremo, como também é vital que o fruto desta interação possa efetivamente permear as ponderações e argumentações contidas na prestação jurisdicional ofertada pelos Ministros.

Sendo assim, contata-se a necessidade de existirem parâmetros objetivos no que diz respeito à forma como será tratado e aproveitado o manancial informativo fornecido pelos expositores da audiência. Para ser mais preciso, seria extremamente proveitoso que fossem elaborados quesitos objetivos, formulados a partir da demanda técnica exigida pelo caso a ser julgado pelo pleno do STF, os quais seriam respondidos mediante a prévia troca de informações.

Com isso, esta possibilidade não excluiria os debates e discussões a serem travados no seio da audiência a ser realizada, mas apenas permitiria uma maior objetização e concisão das conclusões e propostas oferecidas pelos expositores, facilitando o aproveitamento destas, fato este que, indubitavelmente, estimularia de maneira considerável a redução – ou até mesmo a eliminação – deste déficit de utilização do produto dos debates. Os participantes da audiência passariam a expor suas informações técnicas (e aqui nada há de inovador), mas condensariam suas deliberações na forma de resposta aos quesitos objetivamente formulados pelos Ministros.

A condensação das ideias e argumentos ofertados pelos debatedores na forma de respostas aos questionamentos propostos possibilitaria um estímulo maior no que tange a uma utilização mais eficaz dos aportes técnicos resultantes da deliberação pública, haja vista que os juízes da Corte passariam a trabalhar com uma matéria-prima mais concisa. Pode-se notar, consoante o ANEXO A, que muitos foram os argumentos trazidos à baila pelos expositores ao longo dos seis dias de debates.

Esta elaboração de quesitos objetivos passaria, então, a ser prevista nas Leis nºs 9.868 (BRASIL, 1999a) e 9.882 (BRASIL, 1999b), bem como no Regimento Interno do STF (BRASIL, 2014), comandos legais e regimentais os quais cuidam tanto da previsão quanto do procedimento da audiência pública jurisdicional, conferindo maior segurança jurídica à proposta e um melhor trato procedimental neste aspecto.

A citada proposta tornaria, desta forma, mais objetiva a consulta feita à comunidade, de modo a favorecer com que haja maior ressonância do conhecimento técnico e valorativo fornecido pela sociedade civil nos votos dos Ministros do STF, conferindo maior legitimidade técnica e democrática à prestação jurisdicional do Supremo Tribunal Federal.

4 CONCLUSÃO

O instituto da audiência pública jurisdicional previsto nas Leis nºs 9.868/99 e 9.882/99 e no Regimento Interno do STF mostra-se como uma ferramenta capaz de promover substancial abertura da atividade jurisdicional do STF à sociedade civil, fomentando um enriquecedor diálogo entre a sociedade e o Poder Judiciário.

Ao possibilitar uma abertura para que segmentos da comunidade possam ter voz no âmbito da jurisdição constitucional do Supremo – por meio da representatividade daqueles que detém experiência e autoridade na matéria sob litígio –, traduz os ideais de democracia participativa e plural, características estas que lhe são intrínsecas por força de sua própria natureza.

Com isso, é capaz de fornecer como obra-prima para a confecção dos votos um lastro técnico, fundado na exposição de ideias por parte de especialistas na demanda judicializada.

Ao realizar uma coleta de todas as informações e argumentos suscitados pelos quarenta e nove expositores, catalogando-os e dividindo-os por temas, foi empreendida uma profunda análise do substrato material resultante dos debates travados.

A partir deste ponto, em uma atividade analítica, confrontou-se os argumentos levantados pelos expositores com o teor dos votos dos Ministros, numa tentativa de averiguar o grau de ressonância do produto das audiências na decisão proferida pelos julgadores da Excelsa Corte.

Constatou-se, por fim, um significativo subaproveitamento, por parte dos Ministros, de toda a gama argumentativa produzida no decorrer dos dias em que as audiências ocorreram.

Assim, observa-se que a concretização da noção de democracia deliberativa e plural restou demasiadamente prejudicada, uma vez que, para tanto, seria necessária uma efetiva utilização das exposições e assertivas daqueles que participaram dos debates públicos. Conclui-se haver uma frustração do diálogo entre expositores e julgadores, fato este que, sem dúvida, desvirtua a essência do referido instituto.

Desta forma, o rico debate travado entre os diversos entes da sociedade civil não reverbera da forma esperada na decisão proferida pela Suprema Corte, o que pode colocar em xeque a real profundidade e dimensão da noção de democracia participativa.

Dizer isso é defender o viés democrático e plural da audiência pública. Um subaproveitamento frustra o diálogo entre os expositores e os Ministros do Supremo Tribunal

Federal, acabando por fulminar, de certo modo, esta participatividade e pluralidade, as quais se configuram como a razão de ser da audiência pública, dando margem, assim, para um eventual esvaziamento desta roupagem de democracia participativa e plural. Permitir essa referida desvirtuação do instituto é criar uma propaganda enganosa do mesmo: muitos são ouvidos, muito se é debatido, mas pouco se é aproveitado.

Com efeito, propõe-se, como forma de estimular a melhor utilização das visões apresentadas pelos expositores e assim minimizar – ou até mesmo fulminar – este constatado subaproveitamento, a formulação de quesitos objetivos (pelos Ministros) a serem propostos aos participantes dos debates, os quais resumiriam suas informações na forma de respostas a estes questionamentos.

É forçoso reconhecer que a figura da audiência pública jurisdicional brasileira não se encontra desenvolvida suficientemente. A decisão colegiada final e o modo como ela é formada não aproveitam as contribuições das audiências públicas de forma abrangente. Desta maneira, é essencial o refinamento deste instrumento processual para que a coletividade participe de modo mais incisivo e direto nos votos dos Ministros e, com isso, na prestação jurisdicional a ser fornecida pelo STF.

REFERÊNCIAS

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

BOTELHO, Marcos César. **A legitimidade da jurisdição constitucional no pensamento de Jürgen Habermas**. São Paulo: Saraiva, 2010.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 03 jun. 2014.

BRASIL. **Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1933**. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18666cons.htm>. Acesso em: 03 jun. 2014.

BRASIL. **Lei nº 9.868, de 10 de novembro de 1999**. Dispõe sobre o processo e julgamento da ação direta de inconstitucionalidade e da ação declaratória de constitucionalidade perante o Supremo Tribunal Federal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19868.htm>. Acesso em: 03 jun. 2014.

BRASIL. **Lei nº 9.882, de 03 de dezembro de 1999**. Dispõe sobre o processo e julgamento da arguição de descumprimento de preceito fundamental, nos termos do § 1º do art. 102 da Constituição Federal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19882.htm>. Acesso em: 03 jun. 2014.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Tribunal Pleno. **Agravo Regimental na STA n. 175**. Relator: Ministro Gilmar Mendes. Brasília, DF, 17 de março de 2010. DJe n. 76, Brasília, DF, 30 de abril de 2010. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=610255>>. Acesso em: 15 jul. 2014.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Notas taquigráficas das audiências públicas; 27, 28 e 29 de abril e 4, 6 e 7 de maio de 2009**. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verTexto.asp?servico=processoAudienciaPublicaSaude&pagina=Cronograma>>. Acesso em: 03 jun. 2014.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (STF). **Regimento Interno**: consolidado até a Emenda Regimental 49 e a Resolução 514/2013. Brasília: 2014. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verTexto.asp?servico=legislacaoRegimentoInterno>>. Acesso em: 03 jun. 2014.

COELHO, Inocêncio Mártires. **As idéias de Peter Häberle e a abertura da interpretação constitucional no Direito brasileiro**. Revista de Informação Legislativa, nº 137, jan/mar, 1998. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/web/cegraf/ri/Pdf/pdf_137/r137-16.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2014.

FARIA, Cláudia Peres. Democracia deliberativa: Habermas, Cohen e Bohman. In: **Lua Nova**; nº 49, 2000, p. 47-68.

GUTMANN, Amy; THOMPSON, Denis. O que é democracia deliberativa? In: **Revista brasileira de estudos constitucionais – REBC**; ano1, n. 1, jan./mar. 2007. Belo Horizonte: Fórum, 2007.

HÄBERLE, Peter. **Hermenêutica constitucional** – A sociedade aberta dos intérpretes da Constituição: Contribuição para a interpretação pluralista e “procedimental” da Constituição. Trad. Gilmar Mendes. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 2002.

RAIS, Diogo. **A sociedade e o Supremo Tribunal Federal**: o caso das audiências públicas. Belo Horizonte: Fórum, 2012.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito constitucional positivo**. 16 ed. São Paulo: Malheiros, 1999.

SUPTITZ, Carolina Elisa. **O instrumento jurisdicional da audiência pública e os movimentos de sincronia e anacronia com relação à comunidade contemporânea**. Dissertação Mestrado – Programa de Pós Graduação em Direito. São Leopoldo: Universidade do Vale do Rio dos Sinos, 2008.

ANEXO A – Quadro de argumentos

Data: 27, 28 e 29 de abril e 4, 6 e 7 de maio de 2009.

Data: 27 de abril de 2009.

“O ACESSO ÀS PRESTAÇÕES DE SAÚDE NO BRASIL – desafios ao Poder Judiciário”

I	
Antonio Fernando Barros e Silva de Souza	Procurador-geral da República
1. “Quem bate às portas do Judiciário para obter determinado medicamento ou tratamento o faz porque o Estado nega-lhe tal prestação.” (BRASIL, 2009, p. 02)	
2. “É importante destacar que a negativa da prestação não decorre sempre do mesmo fundamento. Três hipóteses podem ser sublinhadas: a) em alguns casos há política pública que não é executada; b) em outros a política pública é inadequada; e c) finalmente, há casos em que não há política pública definida.” (BRASIL, 2009, p. 02)	
3. “Vale dizer, em quase todos os casos, não existe clareza mínima sobre o tratamento previsto na política pública, o que motiva prescrições médicas, inclusive de médicos do SUS, que recomendam o uso de medicamentos e a realização de tratamentos não oferecidos ordinariamente pelo Sistema Único de Saúde, mas que consideram ser a melhor alternativa terapêutica.” (BRASIL, 2009, p. 02)	
3. “Além de alguns entes da federação não cumprirem a aplicação do mínimo de recursos previstos da EC nº 29 e da ineficiência dos mecanismos de controle sobre a aplicação dos recursos federais repassados aos gestores, fatores que potencializam o indiscutível subfinanciamento da saúde pública, não podemos esquecer que os recursos são finitos e as necessidades infinitas, de modo que não se pode dar tudo a todos.” (BRASIL, 2009, p. 02-03)	
4. “Segundo está estampado no inciso II do artigo 23 da Constituição da República, cuidar da saúde é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.” (BRASIL, 2009, p. 04)	
5. “A definição das responsabilidades, como já salientado, não é estática. (...) As responsabilidades vão sendo repactuadas tanto em virtude do processo de descentralização como por questões de ordem prática, tendo sempre por fim a otimização dos recursos e o aprimoramento dos sistemas público de saúde. Assim, uma decisão judicial em processo em que se pleiteia a prestação de determinada ação de saúde deve sempre levar em conta as pactuações vigentes.” (BRASIL, 2009, p. 05)	
6. “Ao ver do Ministério Público Federal, em princípio, a dispensação de medicamento excepcional deve estar apoiada em prescrição de médico credenciado do SUS. É relevante, todavia considerar, para que não se cometa injustiça, que em razão da notável extensão do território brasileiro, existem localidades desprovidas de uma adequada presença do SUS, isto é, locais em que se verifica a ausência de médicos especialistas. Não se revela razoável em tal hipótese exigir-se que o cidadão apresente prescrição feita por médico do SUS.” (BRASIL, 2009, p. 06)	
7. “Por outro lado, tendo em vista a relevância da questão do direito à saúde e a diretriz do atendimento integral, revela-se fundamental que o médico, integrante ou não do SUS, prescreva o medicamento nos termos estabelecidos pelo SUS, observando os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas quando se trata de medicamento excepcional.” (BRASIL, 2009, p. 06)	
8. “Obrigação do Estado de custear prestações de saúde não abrangidas em políticas públicas existentes (...) O direito do cidadão não pode ser limitado pela omissão da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, restringindo-se o direito às políticas públicas existentes, quando os medicamentos e procedimentos listados não se demonstram eficazes à preservação da saúde e da vida. Nestes casos, é imperioso que o Poder Judiciário tutele o direito à saúde na omissão da União, Estados e Municípios em fornecer os medicamentos e procedimentos necessários para o tratamento de toda e qualquer enfermidade, ainda que não constem da listagem oficial do Ministério da Saúde e/ou não sejam, atualmente, fornecidos pelo SUS.” (BRASIL, 2009, p. 06-07)	
9. “A decisão judicial, todavia, quando não houver política pública formulada, deve levar em conta as razões técnicas, médicas e econômicas para condenar o ente público à prestação do serviço de saúde. Em outras palavras, a decisão deve avaliar se a prescrição médica está de acordo com consensos ou posições majoritárias encontradas na literatura médica mais recente, e considerar que os recursos para saúde não são ilimitados e devem ser aplicados para garantir o direito à saúde como direito social, e não apenas como direito individual.” (BRASIL, 2009, p. 07-08)	

10. “Ainda que a escolha de uma determinada política em detrimento de outras possíveis ações (procedimentos ou medicamentos) seja ato discricionário, tal ato deve ser motivado, e está sujeito ao exame do Poder Judiciário.” (BRASIL, 2009, p. 08)
11. “O Ministério Público Federal entende que deve ser admitida a tutela do direito à saúde pelo Poder Judiciário, quando verificada a omissão do Estado na execução de políticas públicas existentes ou na omissão na formulação de políticas públicas.” (BRASIL, 2009, p. 08)
12. “A descentralização não pode ser invocada para negar o direito do cidadão.” (BRASIL, 2009, p. 09)
13. “Quando não for possível identificar a divisão de tarefas e o cumprimento delas, há responsabilidade solidária dos entes federativos pelas prestações necessárias para assegurar o direito à saúde dos usuários do SUS.” (BRASIL, 2009, p. 09)
14. “Como foi dito anteriormente, em cada política pública há uma divisão de tarefas/competências que não segue um padrão único de financiamento e execução. (...) O mesmo ocorre com relação a outras prestações de saúde, pois em cada local, em cada caso, em cada política há uma divisão de tarefas/competências que não segue um padrão único, e depende de pactuação que ocorre caso a caso.” (BRASIL, 2009, p. 09)
15. “Caso diverso ocorre quando o direito à saúde é lesado pela falta de formulação de política pública que garanta o direito à saúde. Como não foi formulada a política, não existe a divisão de tarefas/competência a responsabilidade é solidária.” (BRASIL, 2009, p. 10)
16. “A demanda por medicamento não registrado no território nacional há de ser avaliada com redobrada atenção. Se é certo que o Estado tem o dever de garantir saúde aos seus cidadãos, mais certo ainda é que não pode o Estado cancelar que esse mesmo cidadão possa correr risco no uso de um medicamento cuja eficácia não esteja comprovada, podendo colocar em risco o próprio bem jurídico que se quer preservar, qual seja, a vida.” (BRASIL, 2009, p. 10-11)
17. “O uso de medicamento não aprovado é feito por conta e risco do médico que o prescreve. Em regra não é devido o fornecimento de medicamento não aprovado.” (BRASIL, 2009, p. 11)
18. “Fraudes ao Sistema Único de Saúde Sabe-se que existem casos de fraude no ajuizamento de ações destinadas à obtenção de medicamentos não aprovados e não previstos nas listas dos SUS. As condutas ilícitas devem ser apuradas caso a caso. Para tanto é imprescindível a efetiva defesa da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, visto que em muitos casos as defesas circunscrevem-se a aspectos processuais ou exclusivamente de direito, com desprezo às questões fáticas que podem revelar a existência de fraude. Também é indispensável que se realize o acompanhamento da execução das decisões judiciais, conduta que poderá identificar casos de fraudes.” (BRASIL, 2009, p. 11)

II	
José Antônio Dias Toffoli	Advogado Geral da União
1. “Os investimentos e as dotações orçamentárias federais destinadas ao Ministério da Saúde, especialmente a política nacional de medicamentos, vêm aumentando a cada exercício, assim como os repasses aos demais entes da federação, integrantes do SUS, previstos no artigo 200 da Constituição Federal e na Lei nº 8.080/90.” (BRASIL, 2009, p. 02)	
2. “Os recursos estatais para a efetivação desse direito social são finitos, de modo que a judicialização indiscriminada no fornecimento de medicamentos à população, geralmente em sede de cognição sumária, representa sério risco à organização e ao planejamento das políticas públicas para a área da saúde.” (BRASIL, 2009, p. 01)	
3. “É isso o que a União vem defendendo em juízo, que há uma interferência do Poder Judiciário junto às políticas públicas na área de saúde.” (BRASIL, 2009, p. 03)	
4. “Muitos magistrados vêm fazendo uma análise voltada para o dramático caso concreto, optando pelo reconhecimento do direito individual à vida e distanciando-se das necessidades e dos anseios da coletividade, até mesmo em razão do apelo emocional intrínseco aos pedidos judiciais que têm por objeto o direito à saúde.” (BRASIL, 2009, p. 03)	
5. “O direito à saúde não implica garantia de acesso a todo e qualquer medicamento ou tratamento médico. (...) É necessário que as políticas públicas que contemplem a integralidade, a universalidade, a isonomia e a racionalidade nos usos dos fármacos devem ser observadas.” (BRASIL, 2009, p. 03-04)	
6. “(...) apenas o artigo 196, mais precisamente a expressão ‘A saúde é direito de todos e dever do Estado’ é que tem sido utilizada como fundamento nas decisões prolatadas pelos juízes, sem qualquer preocupação de enquadrá-lo em uma abordagem sistemática que permita aferir o real alcance que lhe quis atribuir a Constituição Federal.” (BRASIL, 2009, p. 04)	
7. “O desperdício de medicamento ou seu uso inadequado é, em última instância, desperdício de vidas. É	

fundamental, portanto, que haja uma seleção de quais fármacos serão fornecidos pelo SUS, a fim de que não haja desperdício de verbas públicas com o fornecimento de medicamentos não eficazes ou não efetivos à saúde dos usuários.” (BRASIL, 2009, p. 05-06)
8. “(...) resulta em ingerência indevida do Poder Judiciário em esfera precípua dos demais Poderes do Estado (Estado-Administração)” (BRASIL, 2009, p. 06)
9. “(...) cria nova modalidade de beneficiários, qual seja? Aquela que possui uma liminar e com isso terá tratamento preferencial” (BRASIL, 2009, p. 06)
10. “(...) altera a distribuição de recursos, desvia o orçamento destinado a cobrir os tratamentos básicos para as hipóteses não amparadas, sujeitos os menos favorecidos a um sistema em piores condições.” (BRASIL, 2009, p. 06)
11. “Forma-se, então, um sistema de saúde paralelo ao SUS, priorizando o atendimento das pessoas que, muitas vezes, sequer procuraram atendimento junto ao Sistema e vão diretamente ao Judiciário, ingressando com ação em detrimento dos usuários que aguardam o atendimento junto às unidades de atendimento credenciadas pelo SUS.” (BRASIL, 2009, p. 07)
12. “A decisão judicial que determina o bloqueio de verbas públicas para o cumprimento de tutela antecipada ou liminar além de violar preceitos da Constituição, artigo 100, §§ 2º e 3º, artigo 167, inciso II (...)” (BRASIL, 2009, p. 07)
13. “A decisão judicial que determina o bloqueio de verbas públicas para o cumprimento de tutela antecipada ou liminar (...) viola o direito à vida e à saúde dos usuários do SUS; portanto, o próprio artigo 196 e o princípio da proporcionalidade, diante da existência de outros meios coercitivos menos gravosos ao interesse público.” (BRASIL, 2009, p. 07)
14. “A decisão judicial que determina o bloqueio de verbas públicas para o cumprimento de tutela antecipada ou liminar (...) viola (...) o princípio da proporcionalidade, diante da existência de outros meios coercitivos menos gravosos ao interesse público.” (BRASIL, 2009, p. 07)
15. “Assim, a atuação do administrador está limitada pela cláusula de reserva do financeiramente possível. Esse é um dos fundamentos maiores da defesa da União junto às liminares que são concedidas para bloqueio de bens ou fornecimento de dados medicamentos e de serviços de saúde, a cláusula de reserva do financeiramente possível, devendo utilizar-se de escolhas que beneficiem a maior parte da população.” (BRASIL, 2009, p. 08)
16. “Em conclusão, (...) nesta inevitável colisão de direitos, deverá prevalecer a saúde coletivamente considerada e a garantia de implementação de políticas públicas verdadeiramente indispensáveis ao cidadão.” (BRASIL, 2009, p. 09)

III	
Leonardo Lorea Mattar	Defensor Público- Geral da União
1. “Como o Poder Judiciário e como o sistema de Justiça podem e devem intervir quando a Administração Pública não consegue, de forma plena, cumprir o seu dever constitucional.” (BRASIL, 2009, p. 03-04)	
2. “Senhores, é preciso frisar que a intervenção judicial somente ocorre quando há um déficit na prestação do serviço.” (BRASIL, 2009, p. 05)	
3. “Portanto, a Defensoria Pública da União defende e reconhece como essencial, para a própria garantia e a celeridade necessária, a existência da responsabilidade solidária (...)” (BRASIL, 2009, p. 07)	
4. “Com relação à possibilidade de bloqueios de bens. A Defensoria Pública da União também apresentou uma proposta de súmula vinculante, frente às reiteradas decisões do Supremo Tribunal Federal, citadas na petição apresentada, no sentido de que não há afronta ao art. 100, § 2º, da Constituição Federal.” (BRASIL, 2009, p. 07)	
5. “Com relação à possibilidade de bloqueios de bens. (...) Essa medida, senhores, é essencial em razão da urgência que acompanha sempre as demandas da tutela de Saúde, e para que se possa dar efetividade à norma constitucional.” (BRASIL, 2009, p. 07-08)	
6. “Portanto, este simples argumento de ausência de previsão prévia num orçamento não pode impedir a intervenção do Poder Judiciário dos órgãos do sistema de Justiça.” (BRASIL, 2009, p. 08)	
7. “O que estamos discutindo aqui é: em situações específicas, quando, por falta de vontade, por falta de planejamento, por qualquer outro motivo, o Estado não consegue cumprir aquilo a que se propôs, a elaborar as políticas públicas necessárias, pode ou não o Judiciário intervir? Pode e deve intervir, sim.” (BRASIL, 2009, p. 09)	
8. “Senhores, parece-me que culpar o sistema de Justiça por falhas na prestação de saúde ou até por um possível colapso é culpar, na verdade, o cidadão que demanda o Judiciário fazendo esse pedido.” (BRASIL, 2009, p. 09)	
9. “(...) não teria coragem (...) de apresentar este argumento: ‘Seu João, (...) o Estado não vai poder lhe	

auxiliar, porque se deferirmos seu pedido vamos bagunçar todo o sistema de organização da Saúde no País’.” (BRASIL, 2009, p. 10)
10. “(...) em relação à Reserva do Possível, parece-me que quatro elementos podem identificar se esse argumento deve ser acolhido pelo Poder Judiciário ou não: orçamento geral da União e dos Estados; orçamento destinado à área da Saúde; gastos com decisões judiciais na área da Saúde; e o superávit primário. Juntando esses elementos, provavelmente o juiz tenha condições de decidir se há, ou não, a possibilidade de aplicação; na reserva do possível, o meu entendimento é de que não é possível aplicação desse princípio para restringir o direito à saúde da população do País.” (BRASIL, 2009, p. 10-11)
11. “Enfim, parece-me que o Estado tem como elemento essencial garantir o direito à saúde e à vida dos brasileiros.” (BRASIL, 2009, p. 11)
12. “Cabe ressaltar também o efeito pedagógico dessas decisões. O governante, depois de alguns anos, verificando que esse direito é efetivamente um direito garantido, e isso estando claro e dito pelo Supremo Tribunal Federal, ele vai saber que é necessário alocar mais recursos da rubrica da saúde, sob pena de haver a intervenção do Poder Judiciário.” (BRASIL, 2009, p. 11)
13. “Com relação à credibilidade, Senhores. Dizer para a população do País que a norma que lhe garante a saúde não é uma norma de efetividade plena, que é uma norma programática, que é uma norma que tem limitações cria descrédito e insegurança com relação às normas e ao próprio Estado brasileiro.” (BRASIL, 2009, p. 12)

IV	
Alberto Beltrami	Secretário de Atenção da Saúde do Ministério da Saúde
1. “De plano, é preciso desmistificar a ideia que exista um conflito que coloca em lados opostos - de um lado, a sociedade brasileira em busca da ampliação de direitos de acesso a ações de serviços de saúde e, de outro lado, o Ministério da Saúde e os demais gestores do SUS (...).” (BRASIL, 2009, p. 03-04)	
2. “Diante do limite financeiro do Estado, é preciso determinar, sim, prioridades e como as ações de serviços e saúde serão realizadas em observância aos princípios constitucionais e do próprio SUS.” (BRASIL, 2009, p. 05)	
3. “(...) sim, com mais recursos disponíveis para o SUS poderíamos reduzir as desigualdades regionais; poderíamos reduzir as iniquidades alocativas e de acesso; poderíamos ampliar a cobertura a ações e serviços de saúde e inclusive incorporar novas tecnologias em insumos e medicamentos.” (BRASIL, 2009, p. 05)	
4. “(...) se nós tivéssemos mais recursos para a saúde, nessas circunstâncias, nós incorporaríamos todas as tecnologias, todos os insumos, todos os medicamentos que têm sido objeto de demandas judiciais, e que frequentemente o SUS tem-se visto obrigado a prover individualmente e, muitas vezes, incorporar acriticamente? A resposta a esse questionamento é também simples e direta: não, não incorporaríamos tudo. Incorporaríamos apenas aquelas tecnologias, insumos e medicamentos que não fossem experimentais, que tivessem fortes evidências científicas em torno de sua segurança, eficiência e eficácia, (...)” (BRASIL, 2009, p. 05-06)	
5. “Incorporaríamos apenas aquelas tecnologias, insumos e medicamentos que (...) guardassem uma estreita e adequada relação custo/benefício e custo/utilidade.” (BRASIL, 2009, p. 06)	
6. “E isso, senhores, é o que nós temos feito no SUS - o Ministério da Saúde e os gestores estaduais e municipais.” (BRASIL, 2009, p. 06)	
7. “É preciso evitar que um objeto de pesquisa ou uma hipótese sejam antecipados como conhecimento científico e tornem-se condutas utilizadas antes das verificações necessárias e que a saúde seja percebida como um produto de consumo e não como um bem público.” (BRASIL, 2009, p. 07)	
8. “Nenhum sistema público de saúde do mundo incorpora todas as alternativas terapêuticas existentes no seu mercado.” (BRASIL, 2009, p. 08)	
9. “Assim, todo o processo de incorporação deve observar as normas que disciplinam a validade técnico-científica e o acesso igualitário à saúde. A inobservância desses princípios pode gerar distorções, desigualdades, comprometer a estruturação e a funcionalidade do sistema de saúde.” (BRASIL, 2009, p. 08)	
10. “Quanto à obrigação do Estado de fornecer prestação de saúde por médico não do quadro do SUS ou sem o pedido que tenha sido feito previamente à Administração Pública, devemos dizer que isso traz como consequência a quebra de princípios do SUS, da integralidade assistencial e do acesso com Justiça.” (BRASIL, 2009, p. 08)	
11. “Por meio de ações judiciais, seria garantido acesso mais rápido a partes dos SUS para quem não utiliza o SUS.” (BRASIL, 2009, p. 08)	
12. “Quanto à obrigação do Estado de custear prestação de saúde não abrangida pelas políticas públicas,	

deve-se dizer que a política pública de saúde no Brasil é ampla e abrange a promoção de saúde, a prevenção e tratamento de doenças, bem como a reabilitação e os cuidados paliativos e tem como norte a 'utilização de epidemiologia para o estabelecimento de prioridades'." (BRASIL, 2009, p. 09)
13. "Uma eventual obrigação de custear as ações não abrangidas por essa política traz graves consequências para a gestão do SUS, para a sua estrutura, organização, planejamento, administração e financiamento." (BRASIL, 2009, p. 09)
14. "Quanto à obrigação do Estado de disponibilizar medicamentos ou tratamentos experimentais não registrados ou não aconselhados pelos protocolos clínicos, (...). Uma eventual obrigação desta natureza, antes de tudo, colocaria em risco a saúde dos próprios pacientes e, além disso, importaria ao SUS condutas diagnósticas e terapêuticas não aconselhadas por serem comprovadamente inefetivas, ou por serem ainda experimentais, ou por serem alternativas de pior ou igual resultados às disponíveis, ou por serem mais onerosas ou por pouco, ou nada, agregarem em termos de eficiência custo/benefício e custo/utilidade." (BRASIL, 2009, p. 09)
15. "Quanto à obrigação do Estado de disponibilizar medicamentos ou tratamentos experimentais não registrados ou não aconselhados pelos protocolos clínicos, (...). Uma eventual obrigação desta natureza, (...) importaria ao SUS condutas diagnósticas e terapêuticas não aconselhadas por serem comprovadamente inefetivas, ou por serem ainda experimentais, ou por serem alternativas de pior ou igual resultados às disponíveis, ou por serem mais onerosas ou por pouco, ou nada, agregarem em termos de eficiência custo/benefício e custo/utilidade." (BRASIL, 2009, p. 09-10)
16. "Somente protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas são capazes de definir adequadamente o rol de medicamentos a serem utilizados racionalmente no SUS." (BRASIL, 2009, p. 10)
17. "Não existe avaliação de uso, o que gera um enorme desperdício de recursos públicos." (BRASIL, 2009, p. 11)
18. "Quanto aos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, propomos atualizar os já existentes e elaborar novos protocolos, atualizando-os periodicamente, sempre com base na melhor evidência científica disponível;" (BRASIL, 2009, p. 11)
19. "Quanto à incorporação de novas tecnologias, insumos e medicamentos, propomos o aperfeiçoamento da Comissão de Incorporação de Tecnologias (CITEC), do Ministério da Saúde, ampliando sua composição, agilizando suas decisões e tornando o seu funcionamento mais transparente." (BRASIL, 2009, p. 11)
20. "Quanto à pesquisa, propomos aperfeiçoar a organização da pesquisa em redes de centros de referência para estabelecer nacionalmente resultados" (BRASIL, 2009, p. 11)
21. "Quanto à prescrição de medicamentos, especialmente os de alto custo, e adequado manejo dos pacientes, propomos incrementar a criação de Centros de Referência" – em conjunto com Estados e municípios (...)" (BRASIL, 2009, p. 11)
22. "Quanto às ações judiciais, propomos criar os mecanismos necessários para oferecer ao Judiciário – como há em alguns Estados – assessoria técnica em centros de referência, por profissionais ad hoc, sem conflito de interesses e sem relação com a assistência e prescrição aos pacientes." (BRASIL, 2009, p. 11)

V	
Flávio Pansiere	Representante do Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil
1. "Na ordem constitucional brasileira, os Direitos Fundamentais sociais são submetidos ao mesmo regime jurídico das garantias fundamentais e dos direitos individuais (...) com eficácia e aplicabilidade imediata, tanto numa perspectiva positiva como negativa." (BRASIL, 2009, p. 05)	
2. "De pronto, conjugando O Princípio da Dignidade da Pessoa Humana somado aos objetivos da República Federativa do Brasil, (...) tem como objetivo garantir a reprodução da vida humana de forma digna e sempre progressiva" (BRASIL, 2009, p. 06)	
3. "Assim, os que estão à margem, os que não têm acesso aos bens de saúde sociais mínimos como saúde, educação, lazer, moradia, entre outros, não poderão ser considerados cidadãos livres" (BRASIL, 2009, p. 06)	
4. "Não há que se imaginar (...) seja possível ao Estado negar-se a atender a qualquer indivíduo, sobre quaisquer alegações que seja, salvo aquelas de tratamentos absolutamente não recomendados pelo Estado, a possibilidade de garantia da vida deste." (BRASIL, 2009, p. 08)	
5. "No caso em tela, não me parece difícil, então, definir a impossibilidade de paralisação do tratamento sem compensação clínica adequada. Tal impossibilidade decorre da própria eficácia negativa do direito fundamental à saúde que impede a ação do Estado ou de particulares, que possam reduzir o nível de atendimento - tese esta que se constrói a partir da cláusula de proibição de retrocesso social" (BRASIL, 2009, p. 08)	
6. "Por mais que neste momento possa parecer que o Poder Judiciário está a determinar uma prestação, ao	

contrário, ele está apenas a garantir uma prestação já deferida pelo próprio Estado.” (BRASIL, 2009, p. 09)
7. “Porém, não se pode obstar a prestação do direito à saúde quando o próprio Estado não tiver especialista no caso, seja em razão de localidade desprovida de desenvolvimento, ou mesmo em área de saúde onde a iniciativa privada possua um avanço tecnológico muito mais aperfeiçoado.” (BRASIL, 2009, p. 11)
8. “Quanto ao segundo ponto que quero atacar aqui, que é a obrigação do Estado de custear a prestação de saúde não abrangida pelas políticas públicas existentes. (...) Não se pode impor limite à garantia do direito à saúde, desde que, fundado por protocolos clínicos, garantindo a todos o acesso a essa prestação do direito à saúde.” (BRASIL, 2009, p. 11-12)
9. “(...) quando se diz de tratamento universal e igualitário, por certo não está aqui a se excluir aqueles indivíduos que possuem doenças raras. Aqui se está em possibilitar a todos a possibilidade de cura de sua doença.” (BRASIL, 2009, p. 12)
10. “Nesse caso, remeto a responsabilidade, quando na ausência desses pelo custeio dessas medidas, a uma perspectiva de responsabilidade solidária de todos os entes.” (BRASIL, 2009, p. 13)
11. “Neste momento, então, encerro tratando da (...) obrigação do Estado fornecer medicamentos não licitados ou não previstos na lista do SUS. (...) Por certo, (...) a possibilidade para a garantia do tratamento desse indivíduo está na configuração de um critério de diferenciação desse indivíduo com os demais indivíduos que recebem aquela prestação. E aqui me parece que o fundamento da universalização do atendimento (...) é absolutamente relevantes quando, eu devo, sim, entender o atendimento de todos. Mas, se comprovado que esse indivíduo possui, por exemplo, uma reação alérgica, adversa a um tratamento, deve este por sua vez ter tratamento diverso como forma de garantia da sua própria dignidade, da dignidade de sua existência.” (BRASIL, 2009, p. 13-14)

VI	
Marcos Salles	Representante da Associação dos Magistrados Brasileiros - AMB
1. “(...) a preocupação de que, a pretexto de se corrigir distorções, não se venha restringir a atuação do magistrado, em todos os seus níveis, e do Poder Judiciário como um dos poderes da República.” (BRASIL, 2009, p. 01)	
2. “(...) alguns agentes políticos – aí, nós juízes, desembargadores e ministros – legitimam-se perante a sociedade de acordo com os mandamentos, princípios e valores constitucionais pelo que chamo de representatividade meritória.” (BRASIL, 2009, p. 02-03)	
3. “É dentro desse controle que prego aos senhores e às senhoras a necessidade de que esse profissional legitimado pela Constituição, pelo mérito selecionado – por concurso público -, que tenha, em razão dessa mesma Constituição, a mesma legitimidade dos demais membros dos demais Poderes, a exemplo do Executivo e do Legislativo.” (BRASIL, 2009, p. 06) “Da legitimidade do Poder Judiciário Nacional para assegurar políticas públicas no tocante ao direito à saúde, amparadas por preceitos e valores constitucionais.” (BRASIL, 2009, p. 10-11)	
4. “(...) nós temos a dignidade da pessoa humana, mas temos também a inafastabilidade da jurisdição.” (BRASIL, 2009, p. 09)	
5. “Da necessidade de constituição de comissões técnicas no âmbito do SUS, dos Estados da Federação, dos Municípios, com o fim de detectar irregularidades na dispensação de medicamentos e outras ações de trato com saúde pública, a exemplo de insumos, inclusive prótese e órtese, exames, tratamento, etc., objetivando constatar a ausência da implementação de tais políticas, ou até mesmo de fraudes (...)” (BRASIL, 2009, p. 11)	
6. “Regulamentar os recursos de saúde para garantir o subfinanciamento do setor, inclusive com maior repasse de recursos a Estados e Municípios.” (BRASIL, 2009, p. 11)	
7. “Prover maior participação e controle social e fiscalização dos recursos públicos.” (BRASIL, 2009, p. 11)	
8. “(...) garantir que os gestores proporcionem total atenção à saúde por meio de responsabilidade sanitária e administrativa, sob pena de incorrer em ato de improbidade administrativa.” (BRASIL, 2009, p. 11)	

VI	
Ingo Sarlet	Professor Titular da PUC/RS e Juiz de Direito
1. “Hoje mesmo, (...) é necessário superar a era dos extremos, tanto a rejeição da mera programaticidade é necessária quanto também rejeitar e controlar o famoso “pediu-levou”, não importa quem pediu, o que pediu, as consequências da decisão. A busca, portanto, de uma conciliação entre a dimensão subjetiva, individual e coletiva do direito à saúde e a dimensão objetiva da saúde como dever da sociedade e do	

Estado, e de como a judicialização deve ser sensível a ambas as dimensões.” (BRASIL, 2009, p. 03)
2. “A judicialização beneficia os mais abastados e os mais espertos, é o famoso efeito carona referido pela doutrina ‘Free Rider Effect’ de que se obtém pela Justiça aquilo que não se obteria pelo SUS.” (BRASIL, 2009, p. 04)
3. “Atender via judicial, foi tematizado aqui, prejudica necessariamente outros. Exemplo clássico do médico, então, que é obrigado a atender alguém, por decisão liminar, e excluir alguém do atendimento.” (BRASIL, 2009, p. 04)
4. “(...) a maior parte de hipóteses que dizem respeito a direito de ação no Brasil se trata de negação dos serviços já disponibilizados, já previstos em lei, já previstos nos protocolos do sistema de saúde.” (BRASIL, 2009, p. 05)
5. “Embora haja os caroneiros e o efeito perverso em alguns casos de decisões judiciais, o que é indiscutível, é evidente que essas distorções ocorrem, às vezes, por falta de cuidado em algumas decisões isoladas, essa discricionariedade também ocorre no sistema público de saúde.” (BRASIL, 2009, p. 05-06)
6. “É dupla exclusão do sistema: ou seja, temos que nos conformar a sermos atendidos na medida do sistema existente e não sermos atendidos, ainda que a lei, os protocolos imponham esse atendimento.” (BRASIL, 2009, p. 06)
7. “O direito à saúde não é o direito de igual acesso à falta, ainda que parcial, de bens e serviços essenciais em matéria de saúde, ainda que disponibilizados pela legislação existente.” (BRASIL, 2009, p. 06)
8. “O argumento, segundo alguns, (...) de que o direito à ação está beneficiando uma elite brasileira e não a cidadania, não aos pobres, o que também é uma perversão na perspectiva adotada.” (BRASIL, 2009, p. 07)
9. “Primeiro porque não há uma Defensoria Pública sequer instalada de forma eficiente em alguns Estados – o que deveria existir, mas não há.” (BRASIL, 2009, p. 07)
10. “Segundo que sabemos que consultar um médico que não seja do SUS (...) não significa que a pessoa não tenha tentado esperar alguns meses na fila do atendimento do SUS para obter uma pré-inscrição.” (BRASIL, 2009, p. 07)
11. “E sabe-se que pagar uma consulta de um médico é muito mais em conta, e é onde as pessoas conseguem os recursos do que depois conseguir o medicamento correspondente.” (BRASIL, 2009, p. 07)
12. “E o prévio esgotamento da via administrativa, esse, então, é catastrófico. É dizer que as pessoas fiquem meses esperando na fila pra conseguir uma pré-inscrição, mais alguns meses esperando pelo medicamento, pelo serviço, muitas vezes com uma fratura consolidada, (...). E é claro que esgotar a via administrativa significa realmente esgotar a pessoa a ponto de poder acessar o sistema Judiciário e de corrigir a situação de base.” (BRASIL, 2009, p. 07-08)
13. “O problema é quem decide com quais critérios. (...) E não necessariamente se comprove em cada caso que a decisão judicial implica, seja no sistema orçamentário, seja na exclusão do atendimento posterior de alguém, em função daquele que foi pedido naquele momento.” (BRASIL, 2009, p. 08)
14. “Há estudos atuais comprovando, categoricamente, que a União não gasta em nenhuma rubrica orçamentária aquilo que foi disponibilizado pelo orçamento, inclusive na área da Saúde. Há provas cabais de Estados e Municípios que não investem naquilo que foi imposto pela União no direito à Saúde.” (BRASIL, 2009, p. 09)
15. “O ônus da demonstração, ônus da prova da falta de recurso é do Poder Público; o ônus da necessidade do pedido é do particular.” (BRASIL, 2009, p. 10)
16. “Mas o controle judicial e também preventivo do orçamento, como um todo da sua execução, é um controle que o Judiciário pode fazer (...). Assim como o controle das informações sobre a execução do orçamento (...) são medidas que podem ser aperfeiçoadas e podem levar a uma melhor coordenação do sistema como um todo e minimização inclusive dos efeitos individuais.” (BRASIL, 2009, p. 10)
17. “Na Alemanha houve caso recente exatamente em relação à distrofia muscular, a síndrome de Duchene, reconhecendo a necessidade de o Estado pagar um tratamento alternativo, mas que se comprovou eficiente, no caso, e não estava escrito nos protocolos do Conselho Nacional (...). Ou seja, nós temos uma perspectiva de que essa porta de abertura para o caso individual não pode ser fechada, ainda que tenhamos de trabalhar de uma forma mais proativa na coordenação geral do sistema e na minimização desses efeitos.” (BRASIL, 2009, p.11-12)
18. “Aqui, talvez, as lições, a África do Sul, da Corte constitucional, com decisões, têm interagido com os demais Poderes cobrando planos e cronogramas, perdão, de execução, pode ser produtiva.” (BRASIL, 2009, p.12)
19. “Assessoria técnica que já foi implantada em alguns Estados, com alguns exemplos muito positivos, para balizar decisões em casos concretos e especialmente não esvaziar o poder do juiz de, no caso concreto, fazer o devido exame, mas cobrar do juiz a responsabilidade de não achar que está fazendo justiça em caso individual, mediante uma mera requisição de uma paciente que sequer o rosto ele

<p>enxergou, com uma liminar já pré-impressa, ou já pronta, no computador, uma petição inicial já pronta, da defensoria pública, e um parecer do Ministério Público, já pronto, anexado ao processo, sem sequer fazer um exame mais criterioso (...).” (BRASIL, 2009, p.12-13)</p>
<p>20. “(...) como se saúde fosse direito líquido e certo e não fosse um direito que deveria ser adequado às peculiaridades individuais ou mesmo de certos grupos da população.” (BRASIL, 2009, p.13)</p>
<p>21. “(...) que o Supremo não feche as portas para o exame responsável do caso, das distinções do caso concreto. Este diálogo é necessário e efeitos colaterais que realmente acontecem, com alguns abusos e excesso de decisões judiciais, são efeitos colaterais (...) que o sistema deve produtivamente minimizar, mas com os quais deve conviver.” (BRASIL, 2009, p.13)</p>

Data: 28 de abril de 2009.

“RESPONSABILIDADE DOS ENTES DA FEDERAÇÃO E FINANCIAMENTO DO SUS”

VIII	
Francisco Batista Júnior	Presidente do CNS (Conselho Nacional de Saúde)
<p>1. “(...) o Sistema Único de Saúde, sem a menor sombra de dúvidas, é a política pública mais democrática, mais inclusiva, mais transformadora que a população brasileira ganhou, conseguiu nesses últimos vinte anos”. (BRASIL, 2009, p. 01)</p>	
<p>2. “(...) no § 1º do artigo 198 e no que diz respeito ao financiamento do sistema, o estabelecimento claro da responsabilidade do financiamento das três esferas de governo, tendo como eixo estruturante e fundamental o orçamento da seguridade social.” (BRASIL, 2009, p. 02-03)</p>	
<p>3. “Na Lei nº 8.080, a nossa Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde, o artigo 3º, que para nós é absolutamente fundamental (...), tudo que pensado na reforma sanitária, tudo que garantido na Constituição Federal é motivo de anseio da população brasileira.” (BRASIL, 2009, p. 03)</p>	
<p>4. “(...) temos com certeza, no Brasil, uma legislação para dar suporte ao tema “Saúde” das mais avançadas que podemos imaginar.” (BRASIL, 2009, p. 05)</p> <p>“Se nós fizermos um paralelo, traçarmos um paralelo entre o que existe na legislação e o que tem acontecido durante esses vinte anos, nós percebemos uma distância enorme entre uma coisa e outra. E quais são as consequências disso? Primeiro, uma descentralização que nós consideramos inconsequente, (...) e que se convencionou chamar, inclusive, de prefeiturização. (...) Segundo, uma desresponsabilização importante dos entes estaduais e federal. Nós percebemos uma sobrecarga muito grande nos municípios. (...) Terceiro, um aprofundamento da lógica assistencialista, totalmente na contramão do que preconiza a nossa legislação. (...) Quarto, uma precarização do trabalho com comprometimento do serviço e das ações.” (BRASIL, 2009, p. 06-07)</p>	
<p>5. “É óbvio que o financiamento tem sido burocratizado, tem sido feito de forma conservadora através de pagamento por procedimentos; não é regulamentado ainda e é despolitizado.” (BRASIL, 2009, p. 05)</p>	
<p>6. “Enquanto temos na Constituição e na Lei Orgânica o dispositivo que estabelece o setor privado como sendo complementar – e está correto -, nós temos, na prática, um sistema onde o privado é absolutamente o principal. Naquilo que diz respeito ao alto custo, naquilo que diz respeito aos procedimentos especializados, hoje a dependência é total (...). Então, esse para nós é um ponto que está inviabilizando o sistema como um todo.” (BRASIL, 2009, p. 07)</p>	
<p>7. “Entendemos que a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, contemplando a Contribuição Social para a Saúde, é absolutamente vital. (...) o que temos como financiamento para a saúde no País é absolutamente insuficiente para viabilizar minimamente a proposta do Sistema Único de Saúde.” (BRASIL, 2009, p. 08)</p>	
<p>8. “(...) é fundamental que o próprio Governo Federal chame para si a responsabilidade de, política e financeiramente, ajudar os municípios a estruturar essa rede de atenção primária, essa rede de promoção, essa rede de proteção social e a rede de referência e contrarreferência também.” (BRASIL, 2009, p. 09)</p>	
<p>9. “Democratização e profissionalização da gestão do sistema e da gerência dos serviços com os próprios quadros do SUS.” (BRASIL, 2009, p. 09)</p>	
<p>10. “Autonomia administrativa, financeira e orçamentária dos serviços.” (BRASIL, 2009, p. 10)</p>	
<p>11. “Criação do serviço civil em saúde e da carreira do SUS para todos os trabalhadores, com responsabilidade das três esferas de governo. Nós não concordamos que profissionais possam ser formados à custa – no bem sentido – do Poder Público, à custa dos recursos públicos e depois se neguem peremptoriamente a prestar serviço aos SUS; e depois optem por trabalhar apenas no setor privado. (...) é fundamental, vital para o sistema que profissionais formados nas universidades públicas possam, sim, se entregar, despendendo parte</p>	

da sua realização profissional, do seu trabalho profissional, à rede pública em todo o País.” (BRASIL, 2009, p. 10)
12. “Por fim, priorizar a estruturação de uma rede de detenção primária e de ações intersetoriais das três esferas de governo.” (BRASIL, 2009, p. 10)
13. “Tudo isso que estou colocando aqui, em certa medida, em maior ou menor grau, está garantido na nossa legislação. É necessário apenas regulamentação de alguns aspectos, em alguns casos, e de decisão política, na maior parte dos casos.” (BRASIL, 2009, p. 10-11)

IX	
Antônio Carlos Figueiredo Nardi	Presidente do CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários da Saúde)
1. “Um dos grandes problemas de garantia do direito à saúde no Brasil é o subfinanciamento da saúde pública. (...) Mesmo que as três esferas tenham gasto com saúde R\$94,4 bilhões em 2007, temos um concreto e real subfinanciamento da saúde. Diante disso, defendemos veementemente a imediata regulamentação da Emenda Constitucional nº 29.” (BRASIL, 2009, p. 01-02)	
2. “Com a inserção de novas tecnologias, principalmente as que ainda não foram comprovadas cientificamente, corremos o risco de utilizar os recursos existentes em procedimentos terapêuticos que não contribuem para a saúde da população. (...) Nossa ideia é regular ações e serviços de saúde de forma científica e eficiente, (...) por meio de protocolos produzidos pro equipes técnicas altamente qualificadas, para que possamos melhorar o acesso de forma equitativa e com qualidade.” (BRASIL, 2009, p. 04)	
3. “Precisamos organizar os serviços de saúde em uma rede regionalizada e hierarquizada, articulando o cuidado em saúde e garantindo o acesso a uma integralidade regulada.” (BRASIL, 2009, p. 05)	
4. “Precisamos programar mecanismos mais ágeis para a incorporação de medicamentos e insumos na lista do SUS.” (BRASIL, 2009, p. 06)	
5. “(...) a responsabilidade solidária dos três gestores do SUS recai quase sempre sobre os municípios, pois a pessoa mora no município. A definição da integralidade da assistência expõe com clareza: essa integralidade deve ser feita no sistema e não em cada ente federativo individualmente considerado.” (BRASIL, 2009, p. 08)	
6. “Defendemos que o usuário do SUS, como cidadão, tem toda legitimidade de buscar seu direito, inclusive por meio de ação judicial. Contudo, cabe à Justiça agir racionalmente. Para tanto, propomos o fortalecimento dos mecanismos de regulação para o uso de novos procedimentos terapêuticos de eficácia comprovada. Ignorar o avanço tecnológico não é aceitável do ponto de vista ético e científico, contudo, não se espera que qualquer novidade de mercado seja incorporada a uma lista gratuita.” (BRASIL, 2009, p. 09)	

X	
Edelberto Luiz da Silva	Consultor Jurídico do Ministério da Saúde
1. “Como todos sabemos, o sistema de governo adotado no Brasil é o de uma República Federativa. O federalismo é uma decorrência natural da extensão do nosso território. A descentralização é também um princípio básico de Administração, tanto pública, quanto privada e, assim, foi considerada na Reforma Administrativa introduzida pelo Decreto-lei nº 200, de 1967. (...) o constituinte, inspirado no pensamento da Reforma Sanitária, erigiu a descentralização à categoria de diretriz a ser observada na execução das ações e serviços de saúde (...). Coerentemente com essa diretriz e para robustecê-la, inseriu na responsabilidade do Município, a prestação de serviços de atendimento à saúde da população, com a cooperação técnica e financeira da União e dos Estados-membros. O Município é, assim, a única instância integrante do SUS, com responsabilidade claramente definida pela Constituição.” (BRASIL, 2009, p. 01-02)	
2. “O financiamento do SUS não é responsabilidade exclusiva da União, mas também de Estados e Municípios cujas parcelas de participação serão estabelecidas em Lei Complementar, atualmente em trâmite pelo Congresso Nacional.” (BRASIL, 2009, p. 03)	
3. “(...) a União viu-se despojada de meios para a prestação de assistência médica diretamente a indivíduos, que passou à responsabilidade de Estados e Municípios, segundo o seu grau de complexidade.” (BRASIL, 2009, p. 03)	
4. “A responsabilidade solidária não se presume, segundo a lição do Código Civil, mas decorre da lei ou do contrato. Parece, pois, extremamente discutível que possa ser estabelecida por construção jurídica, quando a Constituição e as leis definiram a quem toca no caso de atendimento à saúde. A responsabilidade solidária concebe-se no âmbito do SUS sobre o conjunto das ações, mas não em cada tipo de ação nitidamente inserida na competência de cada ente político.” (BRASIL, 2009, p. 03)	
5. “A concepção de uma responsabilidade solidária tem levado os magistrados à condenação indistinta e	

<p>simultaneamente da União, Estados e Municípios na prestação jurisdicional reclamada pelo autor. Tal conduta tem contribuído para tumultuar o cumprimento da ordem ao invés de apressá-lo, especialmente diante da exiguidade dos prazos. (...) Daí resulta, muitas vezes, o tríplice cumprimento do comando judicial, com grande desperdício dos recursos orçamentários destinados à saúde.” (BRASIL, 2009, p. 04)</p>
<p>6. “Com a remessa de recursos do orçamento da União para o atendimento objeto da demanda judicial não parece haver razão maior para não ser prestado pela unidade federativa que os recebeu, especialmente no caso de medicamentos, cuja aquisição não difere de qualquer outro procedimento de compra.” (BRASIL, 2009, p. 04)</p>
<p>7. “As decisões judiciais são imprevisíveis, seja quanto à sua oportunidade, seja quanto ao seu objeto, de modo que é impraticável a formação de estoques, ao risco mesmo de perda de validade dos medicamentos. Estados e Municípios, responsáveis pela dispensação, respectivamente, de medicamentos especiais e de atenção básica, atentos à prevalência de doenças em seus territórios teriam certamente mais condições de formar estoques estratégicos.” (BRASIL, 2009, p. 05)</p>
<p>8. “Outro obstáculo a vencer é a distancia do domicílio do paciente, a ser coberta, desde a Capital federal, por via aérea e terrestre, até onde ele se encontra, com inevitável consumo de tempo, demasiado precioso para quem se encontre em risco de morte.” (BRASIL, 2009, p. 05)</p>
<p>9. “Tais providências encarecem o custo direto de cada prestação jurisdicional em cerca de R\$ 600,00, com a publicação do ato de dispensa de licitação e o transporte do medicamento, por empresa contratada, até a residência do autor, único meio capaz de minimizar os riscos de ser desviado.” (BRASIL, 2009, p. 05)</p>
<p>10. “O esforço para situar o atendimento próximo da população fica comprometido, porque a condenação da União propicia um retraimento de Estados e Municípios e a resultante desse processo é a reversão da descentralização fundada naquele objetivo.” (BRASIL, 2009, p. 05)</p>
<p>11. “As decisões judiciais endereçadas ao seu cumprimento só teriam sentido se fosse sua obrigação atender o pleito do autor na via administrativa. Se há esse convencimento e se se mantém essa tendência de condená-lo a tanto, terá, para afastar a coima de omissão, de estruturar uma rede de serviços assistenciais por todo o território nacional. Tal solução é inconcebível e inexecutável.” (BRASIL, 2009, p. 06)</p>

XI	
Agnaldo Gomes da Costa	Secretário de Estado de Saúde do Amazonas
<p>1. “O processo de descentralização e regionalização vem gradativamente transferindo aos Municípios deveres e responsabilidades na atenção à saúde da população que antes competiam ao Governo do Estado e ao Governo Federal, ampliam-se a autonomia e o poder de decisão municipal para a definição de ações estratégicas no enfrentamento dos problemas e necessidades locais.” (BRASIL, 2009, p. 02)</p>	
<p>2. “A partir de 2004, alguns medicamentos do componente “medicamentos de dispensação excepcional” passaram a ser adquiridos centralizadamente pelo Ministério da Saúde, no entanto, a maioria ainda é aquisição descentralizada pelas vinte e sete Secretarias Estaduais de Saúde (...). Uma solução para racionalizar os gastos na aquisição desses medicamentos seria a compra centralizada dos medicamentos desse componente, a exemplo do sucesso dessa estratégia nos medicamentos contra a AIDS.” (BRASIL, 2009, p. 03-04)</p>	
<p>3. “Essas e outras políticas, como a oferta de procedimentos na área da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, tornam o SUS fundamental para a população brasileira. (...) Ao organizar o acesso às ações e serviços de saúde em sistemas públicos universais, faz-se necessário buscar formas de compatibilizar as necessidades sanitárias da população com os orçamentos parcos, públicos, a partir de regras claras e transparentes, que empenham racionalidade à oferta de serviços de saúde.” (BRASIL, 2009, p. 05)</p>	
<p>4. “Assim, a integralidade corretamente interpretada no sistema de saúde racionaliza a oferta de serviços e, por isso, transforma-se em instrumento fundamental de melhoria da eficiência dos gastos” (BRASIL, 2009, p. 06)</p>	
<p>5. “É um grande desafio fazer a gestão de tecnologias em saúde num país com distintas necessidades. Portanto, é vital a observância dos preceitos da medicina baseada em evidências. (...) A adoção do princípio da medicina baseada em evidências e seu reflexo nos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas talvez seja o principal desafio que se coloca aos gestores do SUS. Trata-se de, respeitando ética e tecnicamente a prescrição médica, recorrer às orientações e evidências existentes na literatura médica atualizada.” (BRASIL, 2009, p. 06-07)</p>	
<p>6. “O Poder Judiciário tem recebido inúmeras demandas com descrição de situações clínicas dramáticas (...)” (BRASIL, 2009, p. 07) “Solicitam medicamento sem comprovação de eficácia e eficiência, sem a adequada relação custo/benefício e, às vezes, sem registro no Brasil; tratamentos sem reconhecimento do Conselho Federal</p>	

de Medicina dentre outros casos. (...) O Judiciário, diante dessas situações, acaba por conceder, liminarmente, o acesso a esses medicamentos e tratamentos obrigando o gestor a fornecer-lhes mediante as mais variadas punições. Para enfrentar essa questão, propomos a adoção de produção de prova técnica em que haja manifestação das esferas de gestão do SUS que, por sua vez, fornecerão subsídios baseados nas melhores evidências clínicas para fundamentar a decisão do Judiciário (...).” (BRASIL, 2009, p. 07-08)

XII

Rodrigo Tostes de Alencar Mascarenhas | Subprocurador-Geral do Estado do Rio de Janeiro

1. “(...) a posição que tem prevalecido no Judiciário brasileiro, com poucas, embora crescentes, exceções, é a de que qualquer pessoa tem o direito de obter, em questão de horas, todo e qualquer medicamento, todo e qualquer insumo, todo e qualquer exame, todo e qualquer tratamento, a qualquer custo (...). Com isso, o número de ações em matéria de medicamentos tem alcançado níveis extremamente preocupantes.” (BRASIL, 2009, p. 01)

2. “(...) o crescimento dessa demanda tem causado no Judiciário, no juiz de primeira instância que enfrenta com dificuldades esse problema, uma sensação de frustração decorrente da dificuldade no cumprimento, a tempo e a hora, dos mandados judiciais.” (BRASIL, 2009, p. 02)

3. “(...) o problema não está em ser mais criativo no cumprimento, e, sim, em enfrentar o problema e ver se essa dimensão totalitária, totalizante do princípio da universalidade merecer ser mantida no Brasil.” (BRASIL, 2009, p.03)

4. “Num País de recursos escassos, num País com tanta carência de atendimento à população, é impossível cumprir os objetivos constitucionais da República dispostos no artigo 3º sem que haja alguma ordem na atuação dos três entes federativos. A atuação com sobreposições, com falhas, as determinações para que três entes forneçam ao mesmo tempo o mesmo tratamento, pois assim tem sido a maioria dos dispositivos das decisões judiciais, é inviável (...).” (BRASIL, 2009, p. 05)

5. “(...) Ora, embora possa haver uma ou outra divergência entre os entes da federação, as regras são razoavelmente claras no que toca à dispensação de medicamentos, cabendo, basicamente, ao município a farmácia básica; aos Estados, os medicamentos ditos excepcionais; e à União, os medicamentos e os tratamentos estratégicos.” (BRASIL, 2009, p. 05-06)

6. “É que, na prática, no dia a dia das ações de medicamento - e na jurisprudência isso já se reflete -, o grande argumento é o do direito à vida. O direito à vida, com a sua centralidade na Constituição Federal, não pode ceder perante regras internas do SUS. (...) A grande questão é que, no máximo, sem medo de errar, nem um terço das ações referentes a medicamentos envolvem a emergência, envolvem o risco à vida assim entendida. (...) A maioria absoluta, repito, sem medo de errar, pelo menos dois terços das ações sobre medicamentos se referem a medicamentos de uso contínuo.” (BRASIL, 2009, p. 06-07)

7. “(...) Cada vez mais são comuns pedidos lavrados na seguinte forma: que seja determinada a entrega do medicamento “x”, e quaisquer outros que forem considerados necessários ao longo do tratamento. Com isso, Senhor Presidente, são criados títulos executivo-judiciais absolutamente em aberto que geram execuções que não terminam com um inchaço em progressão aritmética, quiçá geométrica do Judiciário (...). Ao contrário de um cidadão qualquer que pode pedir um medicamento na rede pública, esse poderá pedir todo e qualquer medicamento que um médico diga que é necessário para aquele tratamento, ainda que não mencionado expressamente no pedido e na sentença.” (BRASIL, 2009, p. 08-09)

8. “(...) integralidade significa todos os tipos de ações: a ação preventiva, que a Constituição expressamente diz que tem de ser aquela a que se dedique prioridade; a ação corretiva; a vigilância sanitária; a vigilância epidemiológica. Esse é o conceito de integralidade. Integralidade não pode ser entendida, Senhor Presidente, como totalidade, como todo e qualquer insumo, como todo e qualquer medicamento. E não pode não apenas porque não foi esse o objetivo daqueles que construíram o SUS, não foi esse o objetivo do Constituinte de 1988. (...) em nenhum país do mundo há um sistema, por mais rico e generoso que seja, que admita todo e qualquer tratamento, todo e qualquer insumo, todo e qualquer medicamento; não importa o seu custo.” (BRASIL, 2009, p. 10-11)

“Se essa questão não for enfrentada, o SUS, sem a menor dúvida, correrá um risco, e, cada vez mais, mais recursos orçamentários serão destinados a menos pessoas que têm o acesso à Justiça.” (BRASIL, 2009, p.11)

XIII

José Antônio Rosa | Representante do Fórum Nacional dos Procuradores-Gerais das Capitais Brasileiras

1. “Então, nós temos vivenciado, Senhor Presidente, nos municípios brasileiros, principalmente nas capitais, alguns exemplos de decisões judiciais de primeiro grau (...) determinando todo e qualquer tipo de inversão da ordem pública estabelecida e da legislação; como, por exemplo, decisões de que você deve comprar tal medicamento, ou

<p>tantos quantos forem necessários para o atendimento daquele paciente, independentemente de ter isso no estoque, independentemente de ter isso na lista do SUS (...). E aí determinar ao Estado, à União e ao município, que devem ser comprados por esses entes sem licitação pública, sem nenhum tipo de procedimento preliminar (...).” (BRASIL, 2009, p. 04)</p>
<p>2. “É preciso que haja decisão judicial, sim, (...) mas é preciso ter algumas cautelas aí nessa determinação.” (BRASIL, 2009, p. 05)</p> <p>“A primeira delas (...), que seja ouvido o gestor, que seja ouvido o médico, que seja ouvido aquele que opera o sistema para que ele possa dar o encaminhamento no prazo, (...) aquilo que for necessário para atender esse paciente ou entregar esse medicamento (...). Porque, caso isso não seja feito e sejam tomadas decisões da forma como vêm sendo tomadas pelo Judiciário, o prejuízo ao sistema é muito grande (...) porque nós não temos como buscar mais recursos para a saúde.” (BRASIL, 2009, p. 05)</p>

XIV	
Maria Helena Barros de Oliveira	Representante da FIOCRUZ
<p>1. “(...) ao realizarmos qualquer ato em saúde, estamos obrigatoriamente nos colocando no plano do princípio constitucional da dignidade da pessoa humana.” (BRASIL, 2009, p. 01)</p>	
<p>2. “Temos que ter clareza que não vamos avançar estrategicamente e nem efetivamente em relação às demandas que precisam ser enfrentadas na relação Poder Judiciário, Poder Executivo e os indivíduos, através do SUS, se nós seguirmos utilizando a expressão “judicialização da saúde como uma grande panacéia de todos os nossos conflitos e necessidades.” (BRASIL, 2009, p. 02-03)</p> <p>“É preciso refletir sobre as posturas, (...) que colocam a prática do Judiciário (...) qualificada de interventora e de que o mesmo está exercendo a função de executor da política de saúde.” (BRASIL, 2009, p. 03)</p>	
<p>3. “Não é possível reduzir o conceito de saúde à liberação de medicamentos, à liberação de determinados procedimentos médicos.” (BRASIL, 2009, p. 03)</p>	
<p>4. “Na verdade, não existe um diálogo permanente entre o Poder Judiciário e o Poder Executivo em relação à saúde, tendo como exceções pontuais experiências exitosas. É preciso a criação de espaços de consenso onde possa ser desenvolvida uma cultura em direito e saúde.” (BRASIL, 2009, p. 03-04)</p>	
<p>5. “É interessante destacar que não há qualquer formação de recursos humanos por parte das graduações, tanto das ciências da saúde, como também das ciências jurídicas em relação a essa área direito e saúde. (...) Enfim, ainda não tivemos uma formação, a nível das graduações das duas citadas ciências, em que a Saúde e o Direito ocupem um lugar privilegiado de aprendizado, e isso precisa ser construído.” (BRASIL, 2009, p. 05)</p>	

XV	
André da Silva Ordacgy	Defensor Público da União
<p>1. “Quando se fala em saúde pública, está se falando não só da prestação da saúde para o tratamento de doenças, enfermidades, mas também de profilaxia, de prevenção, de medidas e políticas públicas para o enfrentamento de eventuais doenças que possam vir a surgir.” (BRASIL, 2009, p. 02)</p>	
<p>2. “Como regra geral - e aí posso citar o exemplo da Justiça Federal no Rio de Janeiro -, para a Defensoria Pública da União, agora, ajuizar uma ação de medicamentos precisa juntar o laudo médico, e nesse laudo médico, além da descrição da doença e do remédio que o médico está indicando, é necessário que indique também o princípio ativo daquele medicamento, para que haja possibilidade de fornecimento de um medicamento genérico ou um mais em conta.. (...) Então, existe todo um cuidado na concessão das tutelas de saúde, hoje, pelo Poder Judiciário.” (BRASIL, 2009, p. 03-04)</p>	
<p>3. “Em relação ao pedido e suas especificações, temos a argumentar o seguinte: quando se pede, em uma ação judicial, determinado medicamento, costuma-se acrescentar outros medicamentos necessários para o tratamento daquela doença. Isso não significa um salvo-conduto para qualquer medicamento que aquele cidadão precise na vida dele, mas somente para aquela determinada doença que ele já tem. Por quê? Porque a doença pode adquirir resistência em relação ao medicamento; ele pode sofrer um agravamento no estado de saúde dele; e aí outros medicamentos far-se-ão necessários. Isso envolve inclusive princípios da economia processual, na medida em que se evitariam um ajuizamento de outras demandas judiciais, poderia ser prontamente atendido em uma só ação e assim evitaria que se abarrotasse o Poder Judiciário.” (BRASIL, 2009, p. 05)</p>	
<p>4. “Qual é a ideia conceitual da solidariedade jurídica? É a ideia de que o jurisdicionado, o paciente que precisa de medicamentos pode requerer esse medicamento necessário de um dos entes públicos, Município, Estado ou União Federal, ou de todos eles juntos. O que for melhor para ele. Isso por quê? Porque ele se encontra numa posição de fragilidade. Ele é a parte mais fraca e, ainda por cima, acometido de uma enfermidade. Então, ele necessita deste medicamento.” (BRASIL, 2009, p. 05)</p>	
<p>5. “O que poderia ser oferecido, em termos de soluções, para a solidariedade passiva em relação à</p>	

<p>argumentação dos diversos entes públicos aqui presentes? (...): a criação de um sistema de compensação financeira. Nesse sistema de compensação financeira, o município ou o Estado que tivesse arcado, dentro da repartição administrativa, das divisões administrativas do SUS, com medicamento que não seria de sua autoria, teria direito a uma compensação. Tem de haver boa vontade política para que isso seja exercitado.” (BRASIL, 2009, p. 06)</p> <p>“E é necessário, também, um controle informatizado dos medicamentos.” (BRASIL, 2009, p. 06)</p>
<p>6. “Em relação à segunda questão, reserva do possível financeira, temos a dizer o seguinte: numa comparação entre gastos, o jornal “O Valor Econômico”, de São Paulo, em 9 de abril de 2009, informou que o Governo Federal gastou quarenta e oito milhões de reais, em 2008, com atendimento a decisões judiciais. (...) Há duas semanas, o jornal “O Globo” publicou que o gasto com propaganda governamental chegou quase à ordem de quatrocentos milhões de reais. (...) O superávit primário do Governo Federal, no ano passado, foi R\$ 1,8 bilhão de reais.” (BRASIL, 2009, p.)</p> <p>“Então, só por aí se demonstra que, na verdade, há muita grita em relação à judicialização da saúde, mas, quando se pegam os dados concretos, percebe-se que, na verdade, não existe toda essa discrepância de valores.” (BRASIL, 2009, p. 08)</p>
<p>7. “O que a Defensoria Pública sugeriria a esta alta Corte? Diálogo entre os atores.” (BRASIL, 2009, p.)</p> <p>“Foi citada aqui uma boa iniciativa que envolve o Estado do Rio de Janeiro e a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro. E como funciona essa sistemática? Eles fizeram um termo de cooperação onde o jurisdicionado, quando ele comparece à Defensoria, ao invés de se ingressar com uma ação judicial, se verifica o termo de cooperação, verifica se a relação de medicamentos disponibilizados na Secretaria Estadual de Saúde, onde houve o compromisso de fornecimento, ao invés de se ajuizar ação, aguarda-se, é enviado um ofício à Secretaria Estadual de Saúde dentro desse termo de cooperação, onde se aguarda sessenta dias para que o Estado do Rio de Janeiro, voluntariamente, entregue esse medicamento. Em não o entregando, ajuíza-se então ação judicial. (...) De acordo com o Núcleo de Fazenda Pública da Defensoria do Estado do Rio de Janeiro, as ações foram reduzidas em 95%.” (BRASIL, 2009, p. 08)</p>
<p>8. “É óbvio que há determinados casos onde não vai ser possível se esperar sessenta dias; onde o medicamento não se encontra nessa listagem do termo de cooperação; e, aí, é oferecido, aqui no caso, uma segunda alternativa muito utilizada pela Defensoria Pública da União: a formação de Câmaras Prévia de Conciliação. (...)Essas instituições se reúnem; a elas são levados os casos concretos de maior dificuldade para que se encontre uma solução; em não havendo uma solução, é ajuizada então a ação judicial.” (BRASIL, 2009, p. 09)</p>
<p>9. “Outra solução viável. A transferência de determinados tratamentos de saúde pública à iniciativa privada.” (BRASIL, 2009, p. 10)</p>
<p>10. “A valorização da tutela coletiva é outra importante iniciativa na medida em que visa resolver o problema de forma coletiva, e não restrita a casos individuais.” (BRASIL, 2009, p. 11)</p>
<p>11. “A burocracia, hoje, pode ser um grande entrave, e tem sido, em grande parte das vezes, um grande entrave a solução dessas controvérsias sobre saúde pública. (...)Então, é necessário também reduzir a burocracia.” (BRASIL, 2009, p. 11)</p>

Data: 29 de abril de 2009.

“GESTÃO DO SUS – Legislação do SUS e Universalidade do Sistema”

XVI	
Adib Domingos Jatene	Ex-Ministro da Saúde e Diretor-Geral do Hospital do Coração em São Paulo
<p>1. “A gestão compartilhada, através das comissões bi e tripartite, resultou na elaboração de políticas públicas, todas com orçamento inferior às necessidades, o que levou ao estabelecimento de tetos. Todos os hospitais têm tetos, que, uma vez ultrapassados, o tratamento não é pago. (...) A administração do SUS realiza um enorme esforço para minimizar os prejuízos dessa limitação. Apesar disso, a remuneração pelos serviços prestados não chega, muitas vezes, sequer a cobrir os custos.” (BRASIL, 2009, p. 04)</p>	
<p>2. “No caso das ações judiciais que atingem o setor saúde, recorre-se diretamente ao Judiciário, frequentemente sem audiência prévia dos gestores da saúde e sem considerar as políticas públicas que buscam equacionar a maior eficiência diante das limitações dos recursos. Não há, no orçamento, um fundo para atender eventuais demandas judiciais. Nem a área econômica socorre o setor da saúde com aporte financeiro capaz de atender à determinação judicial.” (BRASIL, 2009, p. 05)</p>	
<p>3. “Acontece que as pessoas vão diretamente ao Judiciário, sem verificar se o seu pleito se enquadra nas prioridades das políticas do SUS.” (BRASIL, 2009, p. 06)</p>	
<p>4. “Quanto aos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, (...)propomos atualizar os já existentes e elaborar novos protocolos, atualizando-os a pelo menos cada dois anos. Quanto à incorporação de novas</p>	

<p>tecnologias, insumos e medicamentos, propomos o aperfeiçoamento da Comissão de Incorporação de Tecnologia, do Ministério da Saúde, ampliando sua composição, agilizando suas decisões e tornando seu funcionamento mais transparente. (...) Quanto à pesquisa, propomos aperfeiçoar a organização da pesquisa em rede de centros de referências para estabelecer nacionalmente resultados. Quanto às ações judiciais, propomos criar os mecanismos necessários para oferecer assessoria técnica em centros de referências, por profissionais ad hoc, sem conflito de interesses e sem relação com assistência e prescrição dos pacientes.” (BRASIL, 2009, p. 07-08)</p>
<p>5. “E aí que eu me animo a propor o seguinte: todo pleito em que se solicitar liminar para fornecimento de medicamento, produto, insumo e procedimento, que venha acompanhado da recusa da autoridade em atender ao pleito. Isso significa que a reivindicação foi apresentada e não atendida. Assim, a decisão do juiz seria sobre uma recusa do gestor do SUS. (...) Estou certo de que, se isso puder ser estabelecido como rotina, quem sabe com a edição de uma súmula vinculante, o número de ações sofreria redução significativa e as decisões seriam mais adequadas, levando mesmo a um estímulo da administração no aprimoramento de seus protocolos em benefício dos pacientes.” (BRASIL, 2009, p. 08)</p>

XVII	
Osmar Gasparini Terra	Presidente do Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS)
<p>1. “Várias tentativas de vinculação (...) aconteceram na década de 90, mas somente em 13 de setembro de 2000 foi aprovada e promulgada a Emenda 29, que determinou a vinculação e estabeleceu a base de cálculo de percentuais mínimos, mas ainda não foi regulamentado. (...) É preciso que a Emenda 29 seja regulamentada o mais urgente possível, para que se garantam efetivamente os cumprimentos, serviços e ações de saúde. Com essa regulamentação estaremos enfrentando o problema grave do subfinanciamento do SUS (...).Em 2005, segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde, gastou-se em saúde no Brasil 7,9% do PIB, sendo 44% de gasto público e 55,9% de gasto privado.” (BRASIL, 2009, p. 04)</p>	
<p>2. “Não se trata, portanto, de promover o acesso a qualquer medicamento, de qualquer forma, mas de selecionar aqueles que demonstrem ser seguros e eficazes.” (BRASIL, 2009, p. 07)</p> <p>“Assim, o escopo da ação estatal deve abranger medidas que garantam uma oferta adequada de medicamentos em termos de quantidade, qualidade e eficácia.” (BRASIL, 2009, p. 07)</p> <p>“Da mesma forma, no Brasil, não há nenhuma justificativa para que sistema público de saúde arque com despesas de métodos de diagnósticos ou terapêuticos que não estejam devidamente homologados pela autoridade sanitária nacional (ANVISA) – e que não façam parte de protocolos clínicos e terapêuticos do Ministério da Saúde.” (BRASIL, 2009, p. 08)</p>	
<p>3. “Paralelamente à necessidade de se dar acesso aos medicamentos àqueles que deles necessitam, é preciso ficar alerta para o processo de “medicalização” que vem ocorrendo na nossa sociedade, que tem entre outras causas a estimulação ao uso, patrocinado por empresas farmacêuticas que precisam assegurar retorno financeiro para supostos novos medicamentos. Além de não alcançarem os resultados terapêuticos propalados, os usuários muitas vezes estão sujeitos a reações iatrogênicas, decorrentes do seu uso.” (BRASIL, 2009, p. 09)</p>	
<p>4. “Os secretários entendem imprescindível que o Ministério da Saúde mantenha atualizados os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDT), com revisão periódica (...). Reconhecem como absolutamente necessária a regulamentação das obrigações do SUS no tocante à oferta e ao acesso a procedimentos diagnósticos e terapêuticos e dispensação de medicamentos, por meio de Lei Complementar que defina inclusive as competências e responsabilidades das diferentes esferas de governo. Propõem, ainda, a instituição de um colegiado em âmbito nacional, de caráter permanente e autônomo, para assessoramento direto ao Ministro da Saúde na definição de inclusões e exclusões de tecnologias no SUS.” (BRASIL, 2009, p. 11-12)</p>	

XVIII	
Claudia Fernanda de Oliveira Pereira	Procuradora-Geral do Ministério Público de Contas do Distrito Federal
Cátia Gisele Martins Vergara	Promotora de Justiça do Ministério Público do Distrito Federal
<p>1. “Inicialmente, há que se ressaltar que a situação de desabastecimento de medicamentos na área de saúde do Distrito Federal não se origina de falta de liberação de recursos federais do Ministério da Saúde para a Secretaria de Estado do Distrito Federal. As causas para o desabastecimento verificado vão desde aquisições antieconômicas de medicamentos, sem o compromisso com a busca do melhor custo/benefício (sem, por exemplo, redução do preço do fabricante e sem o regular processo licitatório), até a forma inadequada de gestão administrativa dos recursos repassados”. (BRASIL, 2009, p. 01-02)</p>	
<p>2. ““Inicialmente, gostaríamos de chamar a atenção para o que, em nosso entendimento, vem sendo chamado equivocadamente de judicialização da saúde (...). O Judiciário vem sendo provocado para que os poderes executivos, nos três níveis, deem cumprimento às políticas de saúde com as quais estão</p>	

<p>comprometidos por força de lei (...) ou por força dos planos ordinários de gestão por eles mesmos desenvolvidos na sua esfera de poder discricionário.” (BRASIL, 2009, p. 07)</p> <p>“Afirmamos que a crítica à judicialização que tenta caracterizar a intervenção judicial como usurpação do Poder Executivo pelo Poder Judiciário deve ser afastada prontamente.” (BRASIL, 2009, p. 07)</p> <p>“O Judiciário, na maior parte das ações judiciais de saúde, está apenas a determinar que a política pública de saúde democraticamente estabelecida seja cumprida em sua inteireza, ou, pelo menos, que as conseqüências da sua não execução fiel sejam minoradas.” (BRASIL, 2009, p. 07)</p>
<p>3. “O direito à saúde vem sendo confundido com o acesso a medicamentos e internações hospitalares. A assistência farmacêutica e a assistência hospitalar são, evidentemente, indispensáveis em qualquer sistema de saúde. Entretanto, o sistema não pode se resumir a elas.” (BRASIL, 2009, p. 09)</p>
<p>4. “Ao invés de prevenir, evitando a doença, estamos, na realidade, sempre pagando alto preço pela falta de prevenção. Esse custo poderia, em grande parte, ser evitado, se houvesse a reorganização do modelo de assistência à saúde e a porta de entrada do sistema passasse a ser a atenção básica e preventiva.” (BRASIL, 2009, p. 09)</p>
<p>5. “Quanto maior o desequilíbrio inicial no balanço entre ações preventivas e curativas, maior será a tendência de amplificação desse desequilíbrio no futuro, pois as ações curativas, em geral, demandam recursos em uma escala muitas vezes superior ao das ações preventivas.” (BRASIL, 2009, p. 10)</p>

XIX	
Vitore Maximiano	Defensor Público do Estado de São Paulo
<p>1. “Quero partir do pressuposto de que o orçamento brasileiro é um orçamento finito. Esta é uma realidade da qual nós não podemos dissociar.” (BRASIL, 2009, p. 02)</p>	
<p>2. “A renda é absolutamente associada à qualidade de vida, à expectativa de vida - não é nenhuma novidade para nós, evidentemente -, o que torna a questão do direito à vida e do direito à saúde algo extremamente dramático.” (BRASIL, 2009, p. 03-04)</p> <p>“As pessoas se deparam com o fato de que a sua limitada capacidade financeira a impedirá de receber um tratamento ou a medicação correta.” (BRASIL, 2009, p. 03-04)</p>	
<p>3. “Nós não diminuímos a importância da judicialização. Ela pode ser decisiva. (...) As questões que não são resolvidas pela via administrativa são levadas ao Judiciário. Então, não queremos, com a busca de uma solução alternativa, diminuir a importância da judicialização.” (BRASIL, 2009, p. 08)</p>	

XX	
Jairo Bisol	Presidente da Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde
<p>1. “O SUS é, desde a origem, conscientemente subfinanciado pelo poder público e, assim, mantido por sucessivas decisões políticas de governo.” (BRASIL, 2009, p. 05)</p>	
<p>2. “O SUS está sendo construído em cima de um modelo de ofertas oriundas do complexo industrial de grupos corporativos e dos planos privados de saúde, e não das demandas da população.” (BRASIL, 2009, p. 05)</p>	
<p>3. “O SUS está sendo construído com ênfase numa lógica assistencialista, subvertendo suas diretrizes e princípios constitucionais, especialmente o da integralidade.” (BRASIL, 2009, p. 05)</p>	
<p>4. “Por falta de investimento em controle, o SUS está sendo alvo, em muitos setores, de fraudes e desvios de recursos públicos decorrentes do apagamento deliberado da linha limítrofe entre o interesse público e o interesse privado, induzindo a uma relação promíscua entre ambos. É a falta de transparência que atinge o sistema.” (BRASIL, 2009, p. 05)</p>	
<p>5. “A indústria das portarias, promovendo um verdadeiro cipoal de atos normativos, dando a falsa impressão que normas administrativas, substituindo a própria realidade, caracterizam, por si, a efetividade de políticas públicas. E, de outro lado, acaba suprimindo a atuação legítima e inafastável do Poder Legislativo.” (BRASIL, 2009, p. 06)</p>	
<p>6. “A parte pública do sistema está sendo ameaçada por um desmanche racional e deliberado, pela precarização radical das relações de trabalho, das carreiras públicas, pela supressão progressiva dos concursos públicos, pela dupla militância, onde representantes dos interesses privados são agraciados, em algumas gestões, com funções diretivas, gerenciais e acabam trabalhando pela inviabilidade e pela destruição do sistema.” (BRASIL, 2009, p. 06)</p>	
<p>7. “A gestão do sistema está sendo objeto de privatizações e terceirizações frontalmente ofensivas à Constituição Federal, atropelando, inclusive, o domínio estatal dos atos de gestão de políticas públicas.” (BRASIL, 2009, p. 06-07)</p> <p>“A privatização e a terceirização do sistema, ameaças permanentes nas diferentes esferas de governo, é a expressão máxima da concretização de um SUS cada vez mais distante de sua base normativa, cada vez menos capaz de efetivar seus princípios e diretrizes fundantes, dentre eles, o princípio da universalidade.”</p>	

(BRASIL, 2009, p. 07) “A lógica sanitário é pública e não privada.” (BRASIL, 2009, p. 08)
8. “O arcabouço normativo que compõe o SUS, e que está positivado no texto constitucional, vem sendo violado com intensidade diuturna (...)” (BRASIL, 2009, p. 07)
9. “A universalidade do SUS implica irrestrito acesso de todos os cidadãos a um sistema público, racional e inclusor de saúde. Ela não pode ser confundida com a mera inserção ou permanência de algum segmento da população no mercado, irracional e excludor, de consumos de bens e serviços de saúde.” (BRASIL, 2009, p. 08) “O titular do direito à saúde é um cidadão e não um consumidor. O Ministério Público e o Poder Judiciário devem contribuir, no exercício das suas funções, para construir uma cidadania sanitária e não um consumismo no mercado emergente.” (BRASIL, 2009, p. 08-09)
10. “E por que um sistema tem que ser necessariamente público? (...) Porque somente um sistema público e universal pode enfrentar o desafio de efetivar, em benefício de toda a população, (...) alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente etc, e fazer isso com políticas sociais, públicas e econômicas, como preconizado pela Carta Magna no seu art. 196; (...) um sistema público faz saúde pública, segundo estratégias epidemiológicas, ou seja, definidas pelas necessidades da população e não pela necessidade do mercado, pela necessidade de perseguir lucro.” (BRASIL, 2009, p. 10)
11. “A natureza do direito à saúde é coletiva; a tutela que vem hoje sendo assegurada, infelizmente, é apenas a individual.” (BRASIL, 2009, p. 12)
12. “É preciso abrir um diálogo mais amplo, mais intenso entre o Executivo, Legislativo e Judiciário (...) e se busque também, urgentemente, a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, aportando mais recurso para o sistema, sem o qual não é possível se garantir um sistema universal da saúde.” (BRASIL, 2009, p. 14)

XXI

Paulo Ziulkosk

Presidente da Confederação Nacional dos Municípios

1. “A Carta Constitucional brasileira define claramente que os Municípios são autônomos.” (BRASIL, 2009, p. 03)
2. “Conflito de competência. A federação possui uma série de conflito entre os governos da União, Estado e Municípios.” (BRASIL, 2009, p. 03) “Sem que haja reforma, efetivo pacto federativo definido e cumprido na legislação, não adianta falar em nenhuma outra solução para o nosso País.” (BRASIL, 2009, p. 04)
3. “Criam-se contribuições que não são partilhadas, de modo a manter, cada vez mais, a União apoderada da arrecadação nacional.” (BRASIL, 2009, p. 04) “A distribuição da receita fiscal deixa ao Município a parte menor do bolo.” (BRASIL, 2009, p. 07)
4. “Para os Municípios é um tipo de atuação, para o Estado e a União é outra conduta (...). Houve um PIB novo no Brasil. Todo mundo sabe. E o que diz a Emenda 29? De 2004 para cá, se não houvesse a regulamentação? Que se aplicaria o valor do ano anterior com a correção nominal do PIB. Se houve um novo PIB, a União teria que obedecer ao PIB, e não aplicou, não pagou e o nosso sentido é esse: desviou esse valor da saúde. E não houve ninguém, tribunais, ninguém de contas, ninguém obrigando a União a cumprir isso que estava na lei. Então, houve descumprimento de lei. A lei tem de ser cumprida por todos, igualmente, não só pelo pequeno.” (BRASIL, 2009, p. 06-06)
5. “O subfinanciamento da saúde tem que ser creditado à União e aos Estados, e não aos Municípios. Tem que fazer justiça. Os Municípios estão cumprindo a sua parte muito acima do determinado pela lei; quem não cumpre são os Estados e a União.” (BRASIL, 2009, p. 07)
6. “A legislação vigente estabelece que a responsabilidade é tripartite.” (BRASIL, 2009, p. 08)

XXII

Ana Beatriz Pinto de Almeida Vasconcellos

Gerente de Projeto da Coordenação Geral da Política de Alimentos e Nutrição do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde

1. “O primeiro registro que gostaríamos de deixar claro é este: alimentos não são medicamentos. É importante deixar registrado porque, principalmente nas ações judiciais, isso se confunde muito frequentemente.” (BRASIL, 2009, p. 05)
2. “Frequentemente, nas ações judiciais, esta é a pergunta original: o produto é medicamento ou alimento? Ele é registrado ou não?” (BRASIL, 2009, p. 06) “Os alimentos especiais não são medicamentos, não têm a finalidade de curar ou tratar. (...) As ações judiciais estão apoiadas apenas na prescrição de alimentos especiais sem associação desta com avaliações da saúde, de nutrição, como determina a boa prática da nutrição clínica.” (BRASIL, 2009, p. 11)

XXIII	
Cleusa da Silveira Bernardo	Diretora do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas do Ministério da Saúde
1. “Nós não temos nenhum amparo legal para que possamos encaminhar pacientes para tratamento no exterior.” (BRASIL, 2009, p. 02)	
2. “Os tratamentos, objeto de encaminhamentos de pacientes para o exterior, ou são de caráter experimental e, portanto, não possuem qualquer evidência científica de eficácia, eficiência e segurança, ou estão contemplados na Tabela de Procedimentos do SUS, ou seja, disponíveis no território nacional.” (BRASIL, 2009, p. 02) “Hoje, o Brasil não deve nada, a país nenhum, no que diz respeito a qualquer tipo de tratamento, a qualquer tipo de atendimento. Então nós estamos e ficamos tranquilos quando nós defendemos que o nosso paciente tem que permanecer no território nacional e obter o seu atendimento aqui (...).” (BRASIL, 2009, p. 02)	

XXIV	
Alexandre Sampaio Zakir	Representante da Secretaria de Segurança Pública e do Governo de São Paulo
1. “O tema que abordaremos trata da judicialização da saúde como uma forma de burlar o Sistema Único. (...) Podemos relatar sucintamente, aqui, como o governo do Estado de São Paulo, a partir de 2003, diante do aumento irracional dessas demandas, passou a enfrentar o problema.” (BRASIL, 2009, p. 01) “Com o término dessas investigações, obtivemos dados relevantes para a compreensão dessa organização criminosa, claramente constituída para obrigar o Estado a fornecer medicamento através de ordens judiciais, alavancando, de forma clara, as vendas da indústria farmacêutica.” (BRASIL, 2009, p. 05-06) “Essa organização criminosa se estruturou e distribuiu suas tarefas conforme passaremos a expor. A base dessa organização criminosa, que tinha como tarefa criar a demanda para o consumo do medicamento, ela era composta por três integrantes: a organização não-governamental, médicos e advogados, cada um deles com as suas funções específicas. A organização não-governamental com a função de angariar pacientes; o médico com a função de prescrever a droga e o advogado de propor a ação judicial. (...) Tinham o representante comercial do laboratório, como função precípua de integralizar essas ações, funcionando da forma que poderíamos chamar como um verdadeiro peão (...). Imediatamente acima desse representante comercial se encontrava o gerente da indústria farmacêutica. Esses gerentes eram responsáveis pela intermediação das ações dos representantes comerciais e a indústria. (...) A estrutura tinha como objetivo forçar o Estado a fornecer a pacientes portadores de psoríase o remédio comercializado pela empresa, através de subterfúgios que iludiam o Judiciário, e obtinham, assim, a condenação para o fornecimento desses remédios.” (BRASIL, 2009, p. 06-07)	
2. “O maior prejuízo não se trata do prejuízo financeiro causado ao Tesouro, mas o prejuízo causado à vítima dessa organização criminosa, o paciente, muitas vezes que sequer era portador de psoríase, ou, se a portava, não portava em grau que justificasse a ministração de medicamento de droga tão forte, expondo a risco de morte essas pessoas.” (BRASIL, 2009, p. 08) “O resgate do prejuízo financeiro pode ser mensurado e faz parte das nossas ações o resgate desse prejuízo. Já o resgate do prejuízo à saúde dessas pessoas não pode ser mensurado.” (BRASIL, 2009, p. 09)	

Data: 04 de maio de 2009.

“REGISTRO NA ANVISA E PROTOCOLOS E DIRETRIZES DO SUS”

XXV	
Dirceu Raposo de Mello	Diretor-Presidente da ANVISA
1. “Nós temos dois momentos da vida do medicamento, desde a solicitação para o seu registro até a sua utilização, que é o momento da pré-comercialização, aí é onde a ANVISA observa para a concessão ou não do registro os atributos de eficácia, segurança e qualidade do produto e, após a concessão do registro - e só então após a concessão do registro -, passa-se à busca ou à fixação do preço definido. O preço leva em consideração o benefício clínico e o custo do tratamento.” (BRASIL, 2009, p. 02-03) “Medicamento sem benefício adicional não pode custar mais caro daquele que já existe para a mesma indicação.” (BRASIL, 2009, p. 03)	
2. “Nos últimos anos, a entrada de produtos novos no mercado é massiva. (...) Portanto, há a necessidade de avaliação técnica tanto para registro, como para incorporação de medicamentos, especificamente.”	

(BRASIL, 2009, p. 04)
3. “Depois dos estudos pré-clínicos, há a fase clínica, que é o primeiro passo para o registro. Nela observa-se a qualidade de dados, a segurança e bem-estar do sujeito da pesquisa; observam-se também as questões de saúde pública. O ensaio clínico, por fim, é, então, uma ferramenta regulatória com limitações, mas a melhor, até o presente, para a avaliação da eficácia e de registro de novos medicamentos.” (BRASIL, 2009, p. 05-06)
4. “Temos visto que o número de registros de produtos inovadores tem se mantido estável, com tendência a uma queda, a uma diminuição (...). É preciso também dizer que muitos produtos que se colocam como inovadores, na verdade, são mitos, são cópias com modificações estruturais de moléculas.” (BRASIL, 2009, p. 08)
5. “O uso racional de medicamentos é o que tem de ser perseguido depois do registro desse produto. (...) Segundo a OMS, o uso racional de medicamentos é quando o paciente recebe medicamentos apropriados para suas condições clínicas, em doses adequadas às suas necessidades individuais, e por um período adequado e ao menor custo para si e para a comunidade.” (BRASIL, 2009, p. 09)
6. “O registro na ANVISA avalia a eficácia e a segurança dos medicamentos. A incorporação do produto aos protocolos e diretrizes terapêuticas do SUS, após o registro, avalia a efetividade e a eficiência. São critérios diferentes.” (BRASIL, 2009, p. 10-11)

XXVI	
Geraldo Guedes	Representante do Conselho Federal de Medicina
1. “Entre as grandes lacunas apontadas para a saúde, para que a saúde se constitua num dos pilares da estratégia nacional de desenvolvimento, destaco quatro: a presença de uma significativa iniquidade de acesso, um modelo burocratizado de gestão, o subfinanciamento do SUS e a precarização do trabalho e o baixo investimento na qualificação de recursos humanos.” (BRASIL, 2009, p. 02)	
2. “Em análise comparativa com doze países da América, o que mais chama atenção é que o Brasil aparece atrás de todos os demais, exceto da Guatemala, em investimento público.. Este aporte, ainda precário de recursos públicos para a saúde é o fator mais grave a induzir um lento desenvolvimento do SUS (...).” (BRASIL, 2009, p. 03)	
3. “Não há perspectiva para consolidação do SUS, se não for resolvida a questão dos recursos humanos. É preciso que o Estado garanta a segurança social e trabalhista dos profissionais que assiste à população, proporcionando-lhes a tranquilidade necessária ao bom desempenho de suas funções.” (BRASIL, 2009, p. 04)	
4. “Consideramos fundamental o princípio bioético de justiça social, isto é, acesso universal e igualitário ao serviço de saúde para a população brasileira, cabendo ao Estado prover sua prestação.” (BRASIL, 2009, p. 06)	
5. “A princípio, portanto, um medicamento ou tratamento em desconformidade com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do SUS devem ser vistos com cautela, pois tendem a contrariar um consenso científico sobre a abordagem de um tratamento.” (BRASIL, 2009, p. 08)	
6. “Combater a escassez de recursos da saúde deve significar, em primeiro lugar, para nós, o combate às omissões do Poder Público e a efetiva redistribuição dos recursos.” (BRASIL, 2009, p. 09) “A garantia do acesso universal e igualitário ao serviço de saúde é tão importante quanto o atendimento integral (...).Essa garantia só será possível se os poucos recursos destinados à saúde forem criteriosamente aplicados.” (BRASIL, 2009, p. 09)	
7. “Os médicos só poderão adotar novos procedimentos com segurança para seus pacientes quando devidamente reconhecidos pela comunidade científica afeta à sua área de aplicação. E o órgão capacitado para determinar a viabilidade ou não de sua adoção pelos médicos é o Conselho Federal de Medicina (CFM).” (BRASIL, 2009, p. 13)	

XXVII	
Luiz Alberto Simões Volpe	Fundador do Grupo Hipupiara Integração e Vida
1. “Eu quero tocar, sim, vossas consciências e ressaltar a esta Corte, que irá definir se a integralidade é um conceito absoluto ou relativo, que cada pedido de liminar, em geral, não representa apenas um número, não representa apenas um gasto excessivo para a saúde pública. Representa, sim, vidas e famílias que, normalmente, estão em circunstâncias muito similares à minha.” (BRASIL, 2009, p. 04)	
2. “Os tratamentos experimentais devem continuar sendo custeados pelos laboratórios responsáveis pelos estudos.” (BRASIL, 2009, p. 04)	
3. “O Hipupiara defende como cumprimento ao direto constitucional à Vida que os medicamentos certificados internacionalmente pelo FDA nos Estados Unidos ou pela EMEA na Europa (medicamentos	

não licitados e não previstos nas listas do SUS), e cuja necessidade seja comprovada por receitas, laudos e exames, sejam disponibilizados administrativamente, sem a necessidade de intervenção judicial - mesmo sem abrir mão desta, para deixar bem claro.” (BRASIL, 2009, p. 05-06)
4. “Fica a sugestão, Senhor Presidente, de desburocratização na importação de insumos emergenciais em saúde. É inadmissível que um medicamento vital tenha o mesmo tratamento alfandegário que uma Lamborghini ou uma Bugatti.” (BRASIL, 2009, p. 06)
5. “Uma proposta administrativa, em momento algum, exclui a alternativa judiciária para a efetivação do direito à saúde.” (BRASIL, 2009, p. 09)
6. “Se tivermos a intenção de que o SUS seja elevado a patrimônio da humanidade, como é proposta do Ministério da Saúde, que o Hipupiara apaixonadamente apóia, não podemos prescindir da regulamentação da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29.” (BRASIL, 2009, p. 10)
7. “A Organização Mundial de Saúde recomenda fortemente que, sem a produção local de medicamentos e de conhecimentos, não será possível suprir as necessidades básicas para se prestar uma assistência universal, integral e equânime, de forma absoluta e não relativa.” (BRASIL, 2009, p. 10)

XXVIII	
Paulo Marcelo Gehm Hoff	Representante da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo e da Faculdade de Medicina da USP
1. “Quando discutimos a incorporação de novas medicações no SUS, discutimos justamente aquelas medicações que têm eficácia, mas alto custo, o que acaba gerando, obviamente, dificuldades a todas as fontes pagadoras, sejam elas estaduais, federais ou mesmo da iniciativa privada. Aqui creio que temos de chegar a algum tipo de consenso, para que isso possa ser feito de uma maneira criteriosa, de forma a ajudar os pacientes e não ameaçar a saúde financeira de todos os envolvidos.” (BRASIL, 2009, p. 02)	
2. “É verdade que, ocasionalmente, as medicações não-comprovadas são usadas por médicos e pacientes em uma situação de desespero. Medicina baseada na esperança, e não medicina baseada em evidências. Essa é uma realidade. Quando se tem o paciente sentado à sua frente, com um diagnóstico de câncer terminal, ele quer uma opção e, às vezes, o médico se sente compelido a usar uma medicação para a qual nem sempre há uma comprovação. Essa prática não deve ser encorajada, mas há de se reconhecer que existe esse fator.” (BRASIL, 2009, p. 05-06)	
3. “Acho que é importante ressaltarmos, a favor do SUS, que nem sempre os critérios para aprovação são necessariamente os mesmos critérios que transformam uma medicação em medicação clinicamente relevante.” (BRASIL, 2009, p. 07)	
4. “Entre as conclusões que eu poderia trazer está a importância de não ignorarmos os avanços dos tratamentos. Os pacientes com câncer vivem mais pelos avanços tecnológicos que têm sido incorporados ao tratamento. Esses avanços tecnológicos têm de ser incorporados de maneira ágil, porém criteriosa. Isso é fundamental. Creio que o objetivo do tratamento deve sempre ser melhorar a sobrevida e a qualidade de vida dos pacientes.” (BRASIL, 2009, p. 09-10)	
5. “Nossa saúde é subfinanciada, mas mesmo que aumentássemos em muito os recursos destinados à saúde, ainda assim teríamos de fazer escolhas importantes na hora de direcionar esses mesmos recursos. Portanto, os recursos têm de ser usados judiciosamente. A meu ver, o SUS deve cobrir as drogas aprovadas pela ANVISA, preferencialmente seguindo protocolos embasados clinicamente.” (BRASIL, 2009, p. 10)	

XXIX	
Paulo Dornelles Picon	Representante da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e do Hospital de Clínicas de Porto Alegre
1. “A própria OMS recomenda que sim, condutas não baseadas na evidência científica, portanto não protetoras, podem ser contestadas e devem ser contestadas.” (BRASIL, 2009, p. 02)	
2. “A proliferação de tratamentos cria iniquidades; (...) quando se defronta com interesses corporativos, os valores da sociedade passam a ser praticamente invisíveis (...) e em algumas estratégias multinacionais, o objetivo final das estratégias de propaganda é que um novo produto ou a nova tecnologia se torne uma política pública, porque assim está assegurado o mercado.” (BRASIL, 2009, p. 04)	
3. “Estamos construindo uma nova idéia, qual seja, a dos centros de referência regionais, com a aplicação de medicina baseada em evidências, com a aplicação dos protocolos e com a observação criteriosa dos pacientes, unindo gestão, atenção qualificada com a isenção, sim, de conflitos de interesse - a indústria não pode participar dos processos decisórios - e com a satisfação dos usuários.” (BRASIL, 2009, p. 09-10)	

XXX	
Claudio Maierovitch Pessanha Henrique	Coordenador da Comissão de Incorporação de tecnologia do Ministério da Saúde
1. “Qualquer produto não registrado na ANVISA não é considerado existente, legalmente no País. Portanto, não passa por avaliação com vistas à incorporação.” (BRASIL, 2009, p. 03) “O registro da ANVISA, como foi destacado, aqui, pelo seu Presidente, olha para as dimensões da segurança, da eficácia e da qualidade dos produtos.” (BRASIL, 2009, p. 04)	
2. “Ao aprovar a incorporação de uma tecnologia, o Sistema de Saúde e o Ministério da Saúde devem necessariamente aprovar, também, a forma dessa incorporação. Quer dizer, em que condições essa tecnologia será utilizada, para que pessoas, com que tipo de.” (BRASIL, 2009, p. 05-06)	
3. “Espera-se, então, (...) subordinar o olhar sobre as tecnologias ao olhar das necessidades, ao olhar do interesse público, da política pública voltada para a atenção das necessidades da população brasileira (...). Espera-se que isso privilegie o interesse público e não o interesse no fornecimento dos produtos segundo as prioridades de cada uma das empresas que traz essa oferta ao Ministério da Saúde.” (BRASIL, 2009, p. 06-07)	
4. “A grande preocupação - isso já foi bastante explorado pelos que me antecederam – é que a velocidade desejada pelos fornecedores de tecnologia é maior do que aquela que nos permite ter segurança para a incorporação, do que a própria velocidade que a produção do conhecimento científico permite oferecer aos gestores públicos para que façam a adoção segura de alguma tecnologia.” (BRASIL, 2009, p. 08)	
5. “O grande desafio, colocado hoje para os gestores públicos, é que se possam criar instrumentos para identificar quais são aquelas convicções científicas mais duradouras e que possam ser representadas em políticas públicas que serão colocadas a serviço da população brasileira com a máxima segurança, com o máximo de benefício possível.” (BRASIL, 2009, p. 09)	

XXXI	
Janaína Barbier Gonçalves	Procuradora do Estado do Rio Grande do Sul
1. “A atuação do Estado para garantir o direito à saúde está condicionada a políticas sociais e econômicas, o que significa que qualquer atuação nesse sentido deva ser de forma global e, inevitavelmente, atender aos planos orçamentários traçados nos artigos 165 e 167 da Constituição Federal.” (BRASIL, 2009, p. 01) “Assim, tendo a Constituição inserido o direito à saúde como um direito social a ser garantido a toda sociedade, incumbe ao Poder Público trabalhar para a adoção de políticas que visem beneficiar o maior número possível de pessoas, desde a atenção básica e a medicina preventiva até a assistência farmacêutica.” (BRASIL, 2009, p. 01)	
2. “A participação atuante e efetiva do Judiciário é imprescindível em um Estado democrático de Direito.” (BRASIL, 2009, p. 02) “O que se pretende (...) é contribuir para a compreensão do Poder Judiciário no que se refere à política de assistência farmacêutica no âmbito SUS, mormente ao fato de que a canalização de recursos para situações individualizadas, independente do valor a ser destinado e da organização do SUS, fere o espírito do artigo 196 da Constituição Federal, que é propiciar o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.” (BRASIL, 2009, p. 03)	
3. “A necessidade de protocolos, sempre fundamentados nas mais atuais pesquisas e técnicas científicas, é resultado de estudos realizados pela Organização Mundial de Saúde, que estimulam a criação de políticas de saúde baseadas em evidências e dirigidas especificamente ao uso racional de medicamentos. (...) O objetivo dos protocolos não é limitar ou restringir o acesso a medicamentos, mas regular a sua dispensação (...).” (BRASIL, 2009, p. 04)	
4. “As decisões judiciais que contrariam os protocolos vão de encontro à racionalização e à organização do sistema e, em consequência, ao próprio direito à saúde, sendo elementar que o Poder Judiciário legitime os protocolos clínicos do Ministério da Saúde, dando credibilidade a esses documentos médicos.” (BRASIL, 2009, p. 07)	
5. “Os entes públicos têm o dever legal de selecionar e proporcionar somente tratamentos aprovados pela ANVISA, comprovadamente eficazes e compatíveis com o seu nível de desenvolvimento.” (BRASIL, 2009, p. 08)	
6. “A Procuradoria-Geral do Estado do Rio Grande do Sul apresenta duas proposições: primeiro, que, observadas as competências e pactuações estabelecidas no SUS, o acesso aos medicamentos na via judicial, como regra, se dê somente quando regularmente registradas na ANVISA, nos termos do registro e em conformidade com as indicações dos protocolos de diretrizes clínicas e terapêuticas do Ministério da Saúde. Segundo, que o deferimento de medicamentos fora da lista do SUS ou sem registro na ANVISA, se houver, não constitua regra, mas sempre uma exceção; nunca em sede de antecipação de tutela, mas somente em sentença após a ampla dilação probatória.” (BRASIL, 2009, p. 10)	

XXXII	
Sueli Gandolfi Dallari	Representante do Centro de Estudos e Pesquisa de Direito Sanitário
1. “O direito à saúde, no Estado democrático brasileiro, está assim definido (...), no artigo 196 (...) como um direito de todos e que deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à diminuição do risco e o acesso da população aos serviços. (...) Isso significa afirmar que as ações que compõem a política de saúde se traduzem em atos normativos (...), mas elas também exigem a participação popular, porque essa é a única forma de se garantir o direito justo.” (BRASIL, 2009, p. 02)	
2. “O direito ao medicamento é parte do direito à saúde” (BRASIL, 2009, p. 02)	
3. “Esse mesmo direito ao medicamento, gozando da mesma complexidade do direito à saúde, tem aspectos ligados ao ambiente econômico e cultural que – diria – invocam mais especialmente o direito à fraternidade.” (BRASIL, 2009, p. 03)	
4. “O que queremos é aumentar a participação do Judiciário na garantia do direito à saúde, mas o que não queremos é transformar o juiz em médico ou gestor público.” (BRASIL, 2009, p. 04)	
5. “Há independência do juiz para decidir conforme a sua convicção (...), baseado nos princípios que ele aprendeu e que ele deve dominar: legalidade e justiça. (...) Queremos que ele as remeta, então, de ofício, sempre que encontrar políticas públicas inadequadas nesse exame, imediatamente ao legislador ou ao administrador público, conforme for a hipótese, porque assim ele estará cumprindo a Constituição, que diz que o direito à saúde deve ser assegurado mediante políticas econômicas e sociais.” (BRASIL, 2009, p. 05)	

XXXIII	
Leonardo Bandarra	Presidente do Conselho Nacional dos Procuradores-Gerais de Justiça do Ministério Público dos Estados e da União
1. “O impacto que as ordens dos magistrados ocasionam nos orçamentos municipais, estaduais e federal, em muitas ocasiões provocando eventual insuficiência de recursos para os atos da administração voltados à execução de programas de saúde de grande abrangência, é o argumento recorrente na defesa dos gestores públicos. Entretanto, também é verdade que a decantada insuficiência de recurso, não raro, esteve associada ao descumprimento massivo de investimentos mínimos pelos entes federativos, notadamente no que diz respeito à Emenda Constitucional nº 29.” (BRASIL, 2009, p. 02)	
2. “A situação se torna mais aguda quando se trata de drogas experimentais, sem previsão em protocolos do SUS ou em registros da ANVISA, às quais – noticia-se - o poder público é compelido a adquirir por ordens judiciais.” (BRASIL, 2009, p. 03-04)	
3. “Se uma grande parte dos recursos destinados à saúde for gasta na assistência a umas poucas pessoas, certamente uma grande parcela da população sofrerá pela falta de medicamentos destinados ao tratamento de doenças como tuberculose, hanseníase, malária, esquistossomose, dengue, AIDS, diabetes, etc.” (BRASIL, 2009, p. 04-05) “O esgotamento de fontes de custeio parece estar induzindo a soluções seletivas, reduzindo a extensão do próprio conceito de universalidade e integralidade.” (BRASIL, 2009, p. 06)	
4. “É necessário, na prática, promover o ajustamento entre as ações previstas no plano de saúde do ente federativo e os recursos a serem alocados na respectiva lei orçamentária para financiá-las.” (BRASIL, 2009, p. 06)	
5. “A judicialização mais que uma causa é o efeito de um determinado estado de coisas. Apesar das imperfeições, o nível de assistência farmacêutica que conseguimos alcançar o foi com a participação fundamental da magistratura. Ela não é produto da natureza das coisas ou do acaso, é uma dura e inestimável e consciente conquista da sociedade.” (BRASIL, 2009, p. 08)	
6. “Não é aceitável, em princípio e como princípio, a concessão de medicamentos não-registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária, pois não certificada a sua segurança terapêutica.” (BRASIL, 2009, p. 13)	

Dia 06 de maio de 2009.

“POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE – Integralidade do Sistema”

XXXIV	
Maria Inês Pordeus Gadelha	Consultora da Coordenação-Geral de Alta Complexidade do Departamento de Atenção Especializada do Ministério da Saúde
1. “Temos um sistema, na realidade, de financiamento público, mas em sua composição a maioria é de prestadores privados. Então, a autoridade pública, que é a gestora do SUS, ter condições de articular	

interesses tão diversos, públicos e privados, dentro de um sistema em que a maioria é de natureza privada, é o grande desafio para alcançar a integralidade do sistema.” (BRASIL, 2009, p. 01)
2. “Há de se pensar na integralidade do sistema, em si, que conjuga ações, atividades e políticas de promoção à saúde, de prevenção à doença, de terapêutica de doenças e de cuidados paliativos.” (BRASIL, 2009, p. 01-02)
3. “Se quisermos dar uma integralidade assistencial ao câncer, temos de integrar procedimentos clínicos e cirúrgicos. E, mesmo dentro desses procedimentos clínicos, temos também de integrar áreas específicas de atendimento e de conhecimento (...)” (BRASIL, 2009, p. 03)
4. “Mas o mais importante nesse modelo - na quimioterapia - é a condição do doente e da sua doença. Então, quanto mais ágil, oportuno e direto o fornecimento, maior é a qualidade da prestação desse serviço,” (BRASIL, 2009, p. 04)
5. “Todas as neoplasias malignas estão contempladas no SUS. Se elas têm indicação cirúrgica, indicação radioterápica, indicação quimioterápica ou hormonoterápica, aí está incluída.” (BRASIL, 2009, p. 06) “O acesso é universal na alta complexidade. No entanto, o que vemos de muito problemático é a integralidade assistencial no sistema - promoção, prevenção, tratamento e cuidados paliativos.” (BRASIL, 2009, p. 07)
6. “Resumir a questão da atenção oncológica no SUS a dinheiro, a gasto, a financeiro, é pouco. Temos de cuidar, obedecer ou observar a razão científica, mas a essa razão científica devem-se agregar conceitos morais, princípios morais, como a integralidade, que é um garantidor da qualidade e de melhores resultados.” (BRASIL, 2009, p. 09)

XXXV	
Jorge André de Carvalho Mendonça	Juiz da 5ª Vara Federal de Recife
1. “Não é verdade que os juízes de primeiro grau costumam conceder todas as liminares pedidas. Essa afirmação feita algumas vezes não tem base empírica (...)” (BRASIL, 2009, p. 01) “Eu tive o cuidado de fazer uma pesquisa nos tribunais regionais federais e percebi que (...) todas as liminares concedidas pelos juízes foram confirmadas no segundo grau. (...) Então, não é uma irresponsabilidade da primeira instância (...)” (BRASIL, 2009, p. 02)	
2. “A gente precisa ter equilíbrio; não podemos adotar a posição radical - nem da Administração, nem do administrado. (...) Equilíbrio é “decidir com base no mínimo existencial”. Ou seja, quando aquele pedido da parte for imprescindível para a própria sobrevivência dela, realmente não haverá como o Judiciário negar esse pedido.” (BRASIL, 2009, p. 08)	
3. “O juiz deve exigir a prova de que a parte não tenha efetivamente condição de adquirir aquele medicamento.” (BRASIL, 2009, p. 09)	
4. “Parece-me evidente também que o Judiciário não vai recusar – a questão que a Administração coloca –, em vez de determinar o fornecimento de um medicamento específico, que se forneça um medicamento genérico ou outro medicamento similar que apresente o mesmo componente ativo.” (BRASIL, 2009, p. 09)	
5. “Não podemos aceitar procedimentos meramente experimentais. Se aquele procedimento, aquele medicamento não tem comprovação científica de resultado, podendo prejudicar a saúde do próprio jurisdicionado, é claro que o juiz não vai determinar que ele seja realizado. (...) O problema é que, muitas vezes, essa comprovação técnica não é feita e o juiz não tem conhecimento de medicina ou conhecimento médico suficiente para saber se a informação do primeiro médico – o médico da parte – é ou não verdadeira.” (BRASIL, 2009, p. 10)	

XXXVI	
Luís Roberto Barroso	Representante do Colégio Nacional de Procuradores dos Estados e do Distrito Federal e Territórios
1. “A pior coisa que existe para o sistema é a sua desarrumação; a pior coisa que existe para o sistema é que as pessoas não queiram ser, por exemplo, secretários de saúde por medo de estarem sujeitos à prisão arbitrária ou sujeitos à ação de improbidade. Portanto, eu acho que é preciso olhar para o sistema de modo a procurar equilibrar as demandas legítimas e as circunstâncias dos gestores públicos de uma maneira geral.” (BRASIL, 2009, p. 02)	
2. “A judicialização tem uma óbvia faceta negativa. É que, na medida em que uma matéria precise ser resolvida mediante uma demanda judicial, é sinal que ela não pôde ser atendida administrativamente; é sinal que ela não pôde ser atendida pelo modo natural de atendimento das demandas, que é, por via de soluções legislativas, soluções administrativas e soluções negociadas. A faceta positiva é que, quando alguém tem um direito fundamental e esse direito não foi observado, é muito bom poder ir ao Poder Judiciário e merecer esta tutela.” (BRASIL, 2009, p. 02)	

3. “É a falta de critérios universais que tem tornado, no âmbito dos Estados, o sistema extremamente disfuncional e desigual.” (BRASIL, 2009, p. 03)
4. “Eu chamaria a atenção para um debate que, paralelamente à judicialização, precisa ser feito no Brasil, o debate no momento da elaboração do orçamento. Ali, sim, é o espaço do grande debate público sobre as políticas de saúde no país.” (BRASIL, 2009, p. 04)
5. “A primeira proposta relativamente simples é a definição de quem será o sujeito passivo nas demandas por prestações de saúde. (...) Precisaria, em nome da racionalidade, da eficiência e da economia de recursos escassos estabelecer que o réu da ação vai ser a entidade estatal responsável por aquela prestação e ponto. Com isso se evitam as multiplicações de atuações administrativas. (...) Penso que, quando haja dúvida razoável sobre quem é responsável, aí, sim, parece natural que a jurisprudência se incline pela solidariedade.” (BRASIL, 2009, p. 05)
6. “” (BRASIL, 2009, p.)
7. “Se alguém vai a juízo postular um determinado medicamento ou procedimento, simplesmente porque não existe uma política pública em relação àquela necessidade, ou a política pública é manifestamente inadequada, o Judiciário deve agir. E acho que o Judiciário deve agir não apenas atendendo à postulação individual, mas, onde não exista política pública, o Judiciário deve ser responsável por deflagrar um diálogo institucional e compelir a autoridade. Portanto, onde não haja um mínimo de atuação razoável, acho que a judicialização é possível e desejável não apenas para atender à postulação individual, mas para contribuir para a criação de alguma política pública.” (BRASIL, 2009, p. 06-07)
8. “A questão mais complexa é a hipótese em que a Administração Pública (...) já instituiu uma política pública que considera adequada. (...) Esta política pública elaborada pela Administração muitas vezes pode não atender a determinadas necessidades individuais.” (BRASIL, 2009, p. 07) “O que se deve decidir não é se uma pessoa deve merecer o provimento da sua postulação judicial; o que o Judiciário tem que decidir é se todas as pessoas que estão naquela situação merecem ser atendidas, porque, aí, em vez de se atender uma pessoa, cria-se uma política pública para atender àquela necessidade. Esta fórmula da judicialização individual favorece, como regra geral, quem tem mais informação, mais esclarecimento, mais acesso, seja advogado, seja a Defensoria Pública. (...) Essa transformação da ação individual em uma ação coletiva permite que se realize a ideia de universalização e a ideia de igualdade.” (BRASIL, 2009, p. 08)
9. “A intervenção do Judiciário pressupõe a existência de um litígio, de um conflito do não-atendimento espontâneo de uma pretensão. Portanto, é mais adequado que sejam definidos direitos e obrigações por via legislativa e administrativa, de modo que os litígios sejam residuais e não de massa. Então, ninguém pode estar conformado que a solução para o modelo seja a judicialização.” (BRASIL, 2009, p. 10)
10. “No caso de descumprimento das regras vigentes do sistema, a judicialização é inevitável e necessária.” (BRASIL, 2009, p. 11)
11. “O que o Judiciário verdadeiramente pondera é direito à vida e à saúde de uns contra o direito à vida e à saúde de outros. Portanto, não há solução juridicamente fácil nem moralmente simples nesta matéria.” (BRASIL, 2009, p. 11)

XXXVII

Valderilio Feijó Azevedo	Representante da Associação Brasileira de Grupos de Pacientes Reumáticos
1. “Existe um atraso, sem dúvida, mesmo nos países chamados Países do Bloco Desenvolvido para o Diagnóstico, de cerca de cinco a nove anos. Não deve ser muito diferente no nosso País. Acredita-se que quanto mais cedo, mais agressiva é feita essa terapêutica, portanto, depende de um diagnóstico precoce (...)” (BRASIL, 2009, p. 05)	
2. “Não é só a questão do diagnóstico; não adianta ter um belo diagnóstico, sem você poder fazer um tratamento adequado. Então, isso implica também na terapêutica e acesso também aos produtos farmacológicos relacionados à doença e outras terapêuticas não-farmacológicas (...)” (BRASIL, 2009, p. 05)	
3. “Deve existir a possibilidade de que esse debate seja amplamente discutido, também com a sociedade civil organizada, e que isso não seja levado só a grupos de técnicos do Executivo, mas a outras instâncias da sociedade civil.” (BRASIL, 2009, p. 11)	

XXXVIII

Helôisa Machado de Almeida	Representante da ONG Conectas Direitos Humanos
1. “O maior problema apontado pelos gestores de Saúde (...) é a escassez de recursos públicos e a necessidade de sua alocação da forma mais eficiente possível. Dessa forma, a análise dos preços que o	

<p>Poder Público paga pelos serviços de saúde e o impacto da proteção à propriedade intelectual nestes preços é imprescindível na busca de soluções sustentáveis para o acesso às prestações de saúde de alto custo pela população brasileira.” (BRASIL, 2009, p. 01-02)</p> <p>“A proteção intelectual impacta o preço do medicamento e, conseqüentemente, em seu acesso (...)” (BRASIL, 2009, p. 08-09)</p>
<p>2. “O sistema de proteção à propriedade intelectual constitui, em si próprio, contrário ao princípio da livre concorrência, pois autoriza o privilégio de exploração em monopólio, em oposição a terceiros.” (BRASIL, 2009, p. 02)</p> <p>“O que se percebe atualmente é que o privilégio de exploração advindo da proteção não tem gerado mais inovação, tampouco tem servido ao desenvolvimento econômico industrial, ou do interesse público (...)” (BRASIL, 2009, p. 03)</p>
<p>3. “A atual conformação do sistema de proteção à propriedade intelectual aumenta o preço e não incentiva a inovação. E de que a indústria farmacêutica, infelizmente, pratica uma atividade essencial de maneira predatória.” (BRASIL, 2009, p. 04)</p>
<p>4. “O medicamento deve ser tratado de forma diferenciada, quando da sua proteção patentária, e não como qualquer outra mercadoria, tal como ocorre hoje em dia” (BRASIL, 2009, p. 08)</p>
<p>5. “A proteção intelectual não necessariamente traz inovação – ou não como se havia prometido trazer – ou desenvolvimento econômico e tecnológico para o País” (BRASIL, 2009, p. 09)</p>
<p>6. “Pode-se analisar a manutenção da integralidade e universalidade dos serviços de saúde pelo viés da redução de custo, através do uso legítimo de flexibilidades e limitações à proteção intelectual, como a licença compulsória, (...), ou até previamente ao sinalizar a concessão de patentes para medicamentos essenciais e necessários à nossa população.” (BRASIL, 2009, p. 09)</p>
<p>7. “O Judiciário, ativo, independente e transparente (...) não deve se furtar a fazer valer a Constituição para todos e para cada um, impondo aos gestores públicos o dever, ou, ao menos, o constrangimento e o desafio de analisar o tema do acesso a medicamentos em sua completude, adotando não só políticas de saúde, mas, também, políticas industriais e econômicas que façam dos direitos sociais algo mais que um mero enunciado ou, nos dizeres dessa própria Corte, de uma mera promessa constitucional inconsequente.” (BRASIL, 2009, p. 10)</p>

XXXIX	
Paulo Menezes	Presidente da Associação Brasileira de Amigos e Familiares de Portadores de Hipertensão Arterial Pulmonar
<p>1. “Os medicamentos que desempenham esse importante e crucial papel no tratamento da hipertensão arterial pulmonar não estão na lista do Ministério da Saúde e, hoje, só são conseguidos graças ao Poder Judiciário que compele o Estado a cumprir o seu dever constitucional (e ético) de garantir a vida dos seus concidadãos.” (BRASIL, 2009, p. 03)</p>	
<p>2. “O fornecimento de medicamentos não listados em portarias do Governo deve constituir dever constitucional do Estado, desde que se comprove que foi seguido um algoritmo de tratamento para a patologia e que se esgotaram os efeitos dos medicamentos listados, não restando, para assegurar a vida do paciente, outra alternativa senão a introdução da medicação recomendada no relatório médico.” (BRASIL, 2009, p. 04)</p> <p>“Uma vez demonstrado pela classe médica, em laudo médico emitido em instituições de saúde reconhecidas pelo governo, que a medicação é fundamental para assegurar a vida do paciente, o fornecimento torna-se dever inquestionável dos órgãos de saúde.” (BRASIL, 2009, p. 05)</p>	
<p>3. “O argumento pecuniário que vem sendo o suporte da recusa do Governo para o fornecimento desses medicamentos se evidencia frágil, pois o primeiro dever do Estado para com o cidadão é o direito à vida.” (BRASIL, 2009, p. 06)</p>	
<p>4. “Se eventualmente esta Corte decidisse que o dever do Estado na área da saúde, no que se refere a medicamentos, limita-se àqueles constantes em listas do governo, a inclusão de um medicamento nessas listas poderia se tornar extremamente custosa” (BRASIL, 2009, p. 06)</p>	

XL	
Raul Cutait	Professor Associado da Faculdade de Medicina da USP; Médico Assistente do Hospital Sírio Libanês; Ex-Secretário de Saúde do Município de São Paulo
<p>1. “O médico tem que decidir junto com o que as políticas de saúde permitem e baseado no conhecimento científico.” (BRASIL, 2009, p. 02)</p>	
<p>2. “A Administração Pública é amarrada, dificulta decisões dinâmicas (...)” (BRASIL, 2009, p. 04)</p>	
<p>3. “Muitos dos que estão trabalhando no SUS, médicos e outros profissionais de saúde, nem sempre estão com os melhores conhecimentos para os momentos do dia-a-dia.” (BRASIL, 2009, p. 04)</p>	

4. “Pouco se discute quanto à gestão do conhecimento científico; esse, sim, é chave para que os processos administrativos possam resultar em melhor atendimento, em melhor utilização dos recursos disponibilizados.” (BRASIL, 2009, p. 05)
5. “É preciso entender que a ciência é algo dinâmico. (...) É preciso que sejam criados mecanismos para que tudo o que é novo seja incorporado de uma forma mais ou menos automática, não apenas quando existe uma demanda, uma pressão, tipo um processo judicial.” (BRASIL, 2009, p. 05) “A possibilidade de se obter condutas padronizadas, que virou algo bastante frequente nos últimos 15 anos, tem que ser colocada na prática, usando medicina baseada em evidências, utilizando “experts”, instituições acadêmicas e sociedades médicas (...)” (BRASIL, 2009, p. 06)

Data: 07 de maio de 2009.

“ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DO SUS”.

XXI	
Josué Félix de Araújo	Presidente da Associação Brasileira de Mucopolissacaridoses
1. “É dever do Estado garantir aos seus cidadãos o direito à saúde, sendo inconcebível a recusa do fornecimento gratuito de remédio a pacientes em estado grave e sem condições financeiras de custear as despesas com esses medicamentos necessários ao seu tratamento, seja esse medicamento simples ou de alto custo, desde que a não administração desse recurso ponha em risco a vida do acometido. Isso não vem sendo cumprido pelo Sistema Único de Saúde.” (BRASIL, 2009, p. 02)	
2. “A ausência de políticas públicas para as doenças raras deixam as famílias à mercê da indústria farmacêutica, da prescrição não baseada em evidência e da chamada judicialização, cujo termo tem sido utilizado de forma pejorativa recentemente.” (BRASIL, 2009, p. 04)	
3. “Venho, hoje, apelar ao Estado, em nome das pessoas que represento, e à Suprema Corte uma política que inclua, uma política includente; não uma política excludente, de extermínio, como a que tem sido adotada pelo SUS.” (BRASIL, 2009, p. 08)	

XXII	
Sérgio Henrique Sampaio	Presidente da Associação Brasileira de Assistência à Mucoviscidose
1. “O Programa de Medicamentos Excepcionais abriga apenas 105 (cento e cinco) medicamentos que atendem somente a 62 (sessenta e duas) doenças. O Programa é restritivo e desatualizado (...). Isso fere o princípio da proibição do retrocesso social.” (BRASIL, 2009, p. 03)	
2. “Ficou claro, nesta Audiência, que os investimentos na saúde sofreram decréscimos e desvios de finalidade (...) e, esses sim, são os reais motivos do esgotamento econômico do sistema, além dos gastos exacerbados em propaganda e publicidade” (BRASIL, 2009, p. 05)	
3. “Dizer que é ingerência do Judiciário estabelecer políticas de saúde eu não concordo. Isso é uma efetiva ação, uma ação positiva da implementação das políticas sociais pelo Judiciário.” (BRASIL, 2009, p. 11)	
4. “Deve-se criar, fiscalizar e efetivar protocolos clínicos de diretrizes terapêuticas, que sejam criados com legitimidade e tendo como objetivo primeiro a garantia da manutenção da VIDA dos cidadãos, evitando-se dessa forma a concretização de verdadeira Eugenia em nosso País, com o consequente Extermínio Coletivo Autorizado.” (BRASIL, 2009, p. 11-12)	

XXIII	
José Getulio Martins Segalla	Presidente da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica
1. “Faço uma defesa intransigente do SUS como um sistema público que garanta ao cidadão a promoção e cuidados básicos de saúde, prevenção e diagnóstico precoce do câncer e acesso ao tratamento multidisciplinar especializado em tempo hábil para o seu tratamento. Isso é possível, isso é viável; basta organização e vontade política.” (BRASIL, 2009, p. 05)	
2. “Área de Oncologia no SUS não dispõe de diretrizes clínicas e protocolos terapêuticos (...). Se, por um lado, isso dá aos prestadores a liberdade de escolher o tratamento que tem a sua preferência, por outro lado, prejudica a padronização e a avaliação de resultados e até dificulta a transferência de pacientes para outros serviços, além de impossibilitar o controle de qualidade do atendimento.” (BRASIL, 2009, p. 05-06)	
3. “A Tabela de Procedimentos do SUS para Oncologia atualmente em vigor é a mesma desde 1998, sem atualizações periódicas ou acréscimos de novos procedimentos (...). A última inclusão de novos procedimentos oncológicos ocorreu em 2002.” (BRASIL, 2009, p. 06)	

4. “Pior do que o subfinanciamento da Saúde, denunciado pelo próprio Ministro por diversas vezes, é a subprecificação praticada pelo Ministério ao pagar procedimentos com valores muito abaixo dos seus custos reais, sacrificando, com isso, a qualidade do atendimento e, muitas vezes, o próprio atendimento, que deixa de ser realizado.” (BRASIL, 2009, p. 07-08)
5. “O Ministério da Saúde não financia pesquisas clínicas no SUS, nem para estudar a incorporação de novas drogas, nem para avaliar tratamentos do ponto de vista farmacoeconômicos, nem para estudos de custo-efetividade ou custo-utilidade. (...) Não há como desenvolver pesquisas voltadas às realidades nacionais, nem regionais.” (BRASIL, 2009, p. 09)
6. “Não é possível negar tratamento a um cidadão baseado na premissa de que o câncer é raro.” (BRASIL, 2009, p. 10)
7. “Enquanto os governantes não demonstrarem intenção de corrigir o subfinanciamento, de corrigir as tabelas e processos de aprovação e incorporação de novas tecnologias, inclusive fomentando pesquisas clínicas para o SUS, o povo brasileiro continuará contando com a Justiça para fazer valer o seu direito de acesso à saúde.” (BRASIL, 2009, p. 12)

XLIV	
José Aristodemo Pinotti	Professor Titular Emérito da USP e Unicamp, Ex-Reitor da Unicamp e Ex-Secretário de Saúde do Estado de São Paulo
1. “O Congresso aprovou em 1.996, com total apoio do Governo, a malfadada Lei das Patentes, razão fundamental desse processo de judicialização, sem as salvaguardas recomendadas internacionalmente, de fabricação local e interregno, destruindo a indústria farmoquímica brasileira e nos tornando dependentes.” (BRASIL, 2009, p. 02)	
2. “A saúde pública se privatiza legal e ilegalmente, criando o que existe hoje: uma saúde pobre para os pobres remanescentes do SUS e uma saúde no mercado para quem tem 4 centavos para pagá-la e fugir das filas, da espera e dos maus tratos (...)” (BRASIL, 2009, p. 02)	
3. “A ANS e o Congresso permitem, há dez anos, ao arrepio da Constituição e da Lei Nº. 9.656, que os planos cobrem do usuário e utilizem, para procedimentos mais caros, o Sistema Público, sem ressarcir-lo, furto comprovado com auditorias repetidas do Tribunal de Contas da União, que chegam a dois bilhões de reais por ano.” (BRASIL, 2009, p. 02)	
4. “Por dentro do SUS, nessa ânsia de parasitar e transferir dinheiro público para o setor privado, terceiriza-se tudo, desde lavanderia, cozinha, segurança, até serviços especializados de anestesia, diálise, clínica médica, cirúrgica e a própria direção de hospitais, sangrando o público e abandonando a possibilidade de uma Política de Estado da Saúde, base estratégica de um Sistema único e equitativo” (BRASIL, 2009, p. 03)	

XLV	
Reinaldo Felipe Nery Guimarães	Secretário de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde
1. “Sobre o fenômeno da judicialização de medicamentos, (...) como representante do Ministério da Saúde, posso assegurar que não se trata nem de omissão, nem de inadequação de política pública.” (BRASIL, 2009, p. 01-02)	
2. “As diretrizes da política partem, também, da necessidade de uso racional dos bens para a garantia da própria saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde (...) Por uso racional, se entende a oferta de tratamentos, insumos e tecnologias que se justifiquem pelas melhores práticas terapêuticas e assistenciais, amparadas em evidências científicas seguras, estudos clínicos com resultados confiáveis e que, principalmente, tenham sido avaliados pelas instâncias regulatórias e de fiscalização no País, como é o caso da ANVISA.” (BRASIL, 2009, p. 03)	
3. “O direito à saúde é garantido a partir de políticas com preocupações sociais e econômicas, com a devida atenção às ações de prevenção, tal como previsto pelos artigos 196 e 198 da Constituição Federal.” (BRASIL, 2009, p. 04)	
4. “Medicamentos e vacinas não registrados na ANVISA, do ponto de vista da lei brasileira, não têm sua eficácia e segurança estabelecidas. Daí não poderem ser comercializados. Se é assim, não parece correto que venham a ser adquiridos pelo SUS mediante uma ordem judicial, pois ao invés de garantir o direito à saúde podem representar, inclusive, um risco à saúde por sua eficácia e segurança não comprovadas.” (BRASIL, 2009, p. 07)	

XLVI	
Antonio Barbosa da Silva	Representante do Instituto de Defesa dos Usuários de Medicamentos
1. “Ainda não temos uma política de medicamentos. Temos programas de governo que fornecem medicamentos.” (BRASIL, 2009, p. 01)	

<p>“O erro encontra-se (...) no fato de que não temos uma política de medicamentos que garanta nem mesmo os tratamentos básicos, inviabilizando também os de alto custo.” (BRASIL, 2009, p. 09)</p>
<p>2. “Faltam remédios sim, mas não faltam apenas os de alto custo, faltam também aqueles previstos nos programas do Ministério da Saúde, na Relação Nacional de Medicamentos (...). Isso ocorre em virtude de compras mal orientadas, estocagens erradas, falta de planejamento, ausência de farmacêuticos em toda a cadeia.” (BRASIL, 2009, p. 02)</p>
<p>3. “Outra situação que preocupa é o desprezo pela regra da economicidade na aplicação de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas por Governos estaduais, que em muitos casos optam por drogas mais caras. (...) Uma das razões para essa situação quase caótica é o superfaturamento (...) das tabelas de preços praticados pelos laboratórios, seja no varejo, seja nas licitações públicas.” (BRASIL, 2009, p. 04) “As patentes são outro fator que levam a distorções inaceitáveis. Temos medicamentos cujo custo de produção é de R\$3,00 e o preço comercial chega a mais de R\$1.000,00 uma ampola.” (BRASIL, 2009, p. 08)</p>
<p>4. “Não temos um mercado livre e concorrencial, hoje, haja vista que a indústria de medicamentos dita os preços, o mercado, as regras (...). Temos um sistema desordenado e ineficaz, com a perda rotineira de remédios em depósitos públicos (...).” (BRASIL, 2009, p. 09)</p>

XLVII	
Ciro Mortella	Presidente da Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica
<p>1. “(...) pensamos que, em primeiro lugar, o SUS deva dar cobertura apenas aos medicamentos registrados pela ANVISA no Brasil.” (BRASIL, 2009, p. 01)</p>	
<p>2. “(...) pensamos que o sistema não deve fornecer produtos experimentais ou que ainda não tenham sido comprovados cientificamente pela melhor prática de pesquisa.” (BRASIL, 2009, p. 02)</p>	
<p>3. “Precisamos pontuar que a avaliação e a incorporação de novas tecnologias merecem atenção e urgentes melhoras quanto a sua operacionalização.” (BRASIL, 2009, p. 03)</p>	
<p>4. “É preciso dizer que no Brasil nenhuma empresa farmacêutica tem liberdade para fixar seus preços. Isso raramente é lembrado. A empresa (...) precisa solicitar às autoridades regulatórias o preço do novo produto (...).” (BRASIL, 2009, p. 05)</p>	
<p>5. “(...) precisa-se evitar apresentar o setor farmacêutico como inimigo público. Isso não vai levar a lugar nenhum.” (BRASIL, 2009, p. 06)</p>	
<p>6. “(...) nós defendemos que o paciente tenha a possibilidade de buscar na Justiça a garantia de seu direito ao melhor atendimento. Isso porque haverá exceções, haverá casos não contemplados pelo melhor trabalho que consigamos fazer. E, nesse caso, o paciente deve, sim, encontrar na Justiça, a garantia do seu melhor tratamento.” (BRASIL, 2009, p. 06)</p>	

XLVIII	
Débora Diniz	Fundadora do Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero - ANIS
<p>1. “(...) temos ferramentas suficientes para enfrentar o desafio do justo por meio da política pública, sem restringir o caminho da judicialização aos casos em que efetivamente a política venha a se caracterizar como injusta.” (BRASIL, 2009, p. 02)</p>	
<p>2. “A tese da reserva do possível parte do falso pressuposto de que o orçamento é absolutamente inflexível e de que finitude orçamentária se confunde com escassez (...).” (BRASIL, 2009, p. 02)</p>	
<p>3. “(...) entendemos que parte importante da judicialização do direito à saúde não visa garantir o direito à vida, mas o princípio da dignidade da pessoa humana. A saúde não é um fim em si mesmo, mas um meio para garantir a dignidade.” (BRASIL, 2009, p. 04)</p>	
<p>4. “Nem toda demanda por assistência em saúde decorre de necessidades. Portanto, nem toda demanda deve ser atendida pelas políticas de saúde.” (BRASIL, 2009, p. 04)</p>	
<p>5. “(...) é da ausência de transparência quanto às justificativas para a inclusão ou não de um novo produto e da ausência de mecanismos recursais no Executivo, em caso de controvérsia, que se originam grande parte dos casos de judicialização do direito à saúde nessa matéria.” (BRASIL, 2009, p. 06)</p>	
<p>6. “O Ministério da Saúde explicitou as diretrizes para a decisão de como os recursos em saúde serão aplicados na política de assistência farmacêutica. (...) Por isso, a transparência da justificação das decisões é instrumento decisivo para a estabilidade da política de assistência farmacêutica no país.” (BRASIL, 2009, p. 08-09)</p>	
<p>7. “(...) quanto mais implícitas forem as diretrizes, quanto menos transparentes forem as deliberações, maior força os agentes à beira do leito assumirão para o desenho da política e, infelizmente, maior caráter discricionário será dado à garantia do justo em saúde.” (BRASIL, 2009, p. 10)</p>	
<p>8. “(...) na ausência de critérios explícitos e na falta de transparência sobre as justificações de inclusão, ou não, de um novo produto na política de assistência farmacêutica, a judicialização cresce em nome do</p>	

princípio da precaução do direito à vida. (...) Nosso entendimento é que a devida regulação da política poderá se mostrar um caminho eficaz para a garantia do justo em saúde.” (BRASIL, 2009, p. 11-12)

XLIX

Ministro José Gomes Temporão

Ministro de Estado da Saúde

1. “(...) o SUS é uma política do Estado brasileiro, igualitária e não segregadora, o marco da maior inclusão social de que se tem notícia em nosso país.” (BRASIL, 2009, p. 02)

2. “(...) os recursos para manter qualquer sistema de saúde público ou privado exigem racionalidade na sua aplicação. Mas não somente por conta da sua finitude, como sói pensar a maioria, mas porque há de também se manter a integridade técnica, científica e ética das ações desenvolvidas e dos serviços de saúde prestados”. (BRASIL, 2009, p. 03-04)

“(...) por racionalidade deve-se entender a aplicação de recursos materiais e humanos, não somente financeiros, naquilo que origine maiores e melhores resultados aos menores custos e gastos, o que garante a sustentabilidade do SUS como uma real política pública de saúde.” (BRASIL, 2009, p. 08)

3. “(...) estamos falando, isto, sim, de um ambiente fortemente monopólico, dominado por interesses econômicos que desconsideram o equilíbrio da justiça, pelo que criam de assimetria entre necessidades e saúde e voracidade do capital. Nisso, a força do governo, como regulador, passa a ter relevância máxima (...).” (BRASIL, 2009, p. 05)

4. “Acho que a via judicial bem educa o gestor omissos que não provê dentro da sua competência e responsabilidade os bens e serviços de saúde, mas também acho que ela não pode se constituir em meio de quebrar os limites técnicos e éticos que sustentam o Sistema Único de Saúde, impondo o uso de tecnologias, insumos ou medicamentos (...).” (BRASIL, 2009, p. 09)

“(...) quanto aos casos de omissão em que uma determinada tecnologia, insumo ou medicamento, já incorporado ao SUS, presente nos protocolos estabelecidos, por qualquer motivo não esteja disponível e ao alcance do usuário. Nesse caso inexistente controvérsia sobre o quanto a via judicial bem educa o gestor omissos.” (BRASIL, 2009, p. 12)

5. “(...) para mim, o que fica em xeque são os gastos feitos com procedimentos ou medicamentos, ainda experimentais, ou sem a necessária comprovação de efetividade, custo/efetividade, custo/benefício e custo/ utilidade o que, em última análise, nós faz a todos cúmplices, além do desperdício de recursos públicos de algo que é ainda mais grave: da maior exposição de pessoas a risco.” (BRASIL, 2009, p. 10)

“(...) de outro lado, ao contrário, não se pode impor como conduta real o que ainda está sendo pesquisado (...).” (BRASIL, 2009, p. 13)

6. “(...) é preciso que preliminarmente se diga: registro na ANVISA não significa automaticamente incorporação ao Sistema Único de Saúde. Nenhum sistema público de saúde do mundo incorpora, acriticamente, todas as alternativas terapêuticas disponíveis em seus mercados. A incorporação (...) deve ser criteriosa, passando por uma adequada avaliação de eficiência e eficácia, efetividade, custo/benefício e custo/utilidade. Uma vez incorporadas, devem ser objeto de protocolo clínico e de diretrizes terapêuticas que orientem sua utilização de forma racional.” (BRASIL, 2009, p. 14)