



CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR CESREI LTDA
CESREI FACULDADE
CURSO DE BACHERELADO EM DIREITO

ISABEL CRISTINA PESSOA OLIVEIRA

**A ATUAÇÃO DA DEFENSORIA PÚBLICA ESTADUAL DA PARAÍBA NA
COMARCA DE CAMPINA GRANDE-PB, NA ANÁLISE DOS PROCESSOS
JUDICIAIS PARA A AQUISIÇÃO DO MEDICAMENTO RANIBIZUMABE
(LUCENTIS®)**

Campina Grande
2022

ISABEL CRISTINA PESSOA OLIVEIRA

**A ATUAÇÃO DA DEFENSORIA PÚBLICA ESTADUAL DA PARAÍBA, NO
NÚCLEO DE ATENDIMENTO DE CAMPINA GRANDE, NA JUDICIALIZAÇÃO
DOS PROCESSOS PARA A AQUISIÇÃO DO MEDICAMENTO RANIBIZUMABE
(LUCENTIS®)**

Trabalho monográfico apresentado à
Coordenação do Curso de Direito do Centro de
Educação Superior CESREI LTDA - CESREI
Faculdade, como requisito parcial para a obtenção
do grau de Bacharel em Direito.

Orientadora: Prof^a. Ma. Renata Maria Brasileiro
Sobral Soares.

Campina Grande

2022

O48a

Oliveira, Isabel Cristina Pessoa.

A atuação da Defensoria Pública Estadual da Paraíba na Comarca de Campina Grande-PB, na análise dos processos judiciais para a aquisição do medicamento ranibizumabe (Lucentis®) / Isabel Cristina Pessoa Oliveira. – Campina Grande, 2022.
73 f.

Monografia (Bacharelado em Direito) – Centro de Educação Superior Cesrei Ltda., Cesrei Faculdade, 2022.

"Orientação: Profa. Ma. Renata Maria Brasileiro Sobral Soares".

1. Direito à Saúde. 2. Medicamento de Alto Custo. 3. Políticas Públicas.
4. Saúde Pública. I. Soares, Renata Maria Brasileiro Sobral. II. Título.

CDU 342.746(043)

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECÁRIA SEVERINA SUELI DA SILVA OLIVEIRA CRB-15/225

ISABEL CRISTINA PESSOA OLIVEIRA

**A ATUAÇÃO DA DEFENSORIA PÚBLICA ESTADUAL DA PARAÍBA, NO
NÚCLEO DE ATENDIMENTO DE CAMPINA GRANDE/PB, NA JUDICIALIZAÇÃO
DOS PROCESSOS PARA A AQUISIÇÃO DO MEDICAMENTO RANIBIZUMABE
(LUCENTIS®)**

Aprovada em: 07 de dezembro de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Ma. Renata Maria Brasileiro Sobral Soares

Faculdade Reinaldo Ramos – FARR

Orientadora

Prof^a Ma. Andréa Silvana Fernandes de Oliveira

Faculdade Reinaldo Ramos – FARR

(1º Examinadora)

Prof. Me Gustavo Giorgio Fonseca

Faculdade Reinaldo Ramos – FARR

(2º Examinador)

Aos meus pais (*in memoriam*) José Pessoa daSilva e Noêmia Cavalcanti Pessoa da Silva, os quais foram as bases da minha estrutura e me fizeram o que sou.

À minha irmã Cristina (*in memoriam*) que, embora ausente, me acompanhou por todos os dias, desenhando sua alegria na minha.

Ao meu filho Fabio de Souza Oliveira Filho, o qual sempre me fez firmar os pés do chão.

Ao amor acolhido, meu esposo Thúlio Antunes de Arruda, o qual me deu apoio, suporte, e navegou comigo abdicando de momentos significativos durante os cinco anos dessa trajetória.

AGRADECIMENTO

A Deus, que me fez acreditar que tudo é uma questão de querer.

À minha sobrinha Kelmma Pollyanna Pessoa Barros Viana, pelo apoio e prazer de me ver realizada.

À amiga e advogada Jimenna Kelly Luiz de Oliveira, a qual sempre me incentivou, ensinou e vibrou a cada etapa vencida.

Aos meus amigos e colegas de curso, em especial a Verônica, Letícia, Guilherme, Renato, Tomaz e Adeval, pelo dia a dia, pelos finais de semanas podados por uma causa maior, e pelas alegrias, as quais irão fazer parte das minhas belas memórias.

À Prof^a. Dr^a. Cosma Ribeiro de Almeida, professora de TCC I e TCC II, por sua grande colaboração na construção e acompanhamento deste trabalho.

A todos os professores, sem os quais não chegaria até aqui.

À minha orientadora Prof^a. Ma. Renata Sobral, por todo aprendizado, orientação, paciência e confiança, os quais foram imprescindíveis para a conclusão deste trabalho.

Ao Núcleo de Atendimento da Defensoria Pública da Comarca de Campina Grande-PB, pela colaboração e fornecimento dos dados, os quais foram imprescindíveis a minha pesquisa e por toda contribuição despendida a este trabalho.

Por fim, não poderia deixar de agradecer a Gilda Oliveira, por ter sido uma das maiores colaboradoras para a conclusão e realização deste curso. Sem esse apoio não teria realizado este sonho.

"O que faz andar a estrada? É o sonho. Enquanto a gente sonhar a estrada permanecerá viva. É para isso que servem os caminhos, para nos fazerem parentes do futuro".
(Couto, 1992)

RESUMO

A Saúde Pública no Brasil é um tema frequentemente abordado na sociedade. O direito à saúde é garantido a todos pela Constituição Federal de 1988, sendo um direito indissociável do direito à vida e que fomenta o valor da igualdade entre as pessoas. Cabe ao Estado fornecer meios que disponibilize acesso aos serviços de saúde através de políticas públicas. Na prática, contudo, a efetivação plena do referido direito se configura como um dos principais desafios para efetivação dos direitos sociais, possibilitando assim a judicialização do direito à saúde. A fim de garantir a eficácia de tal direito, o presente trabalho visa analisar a atuação da Defensoria Pública do Estado da Paraíba (DPE/PB), especificamente, no Núcleo de Atendimento de Campina Grande, no âmbito da judicialização do direito à saúde. Justifica-se o aprofundamento das discussões para compreender a atuação do Núcleo na judicialização do direito à saúde para a concessão do medicamento de alto custo Ranibizumabe (Lucentis®). Para isso, utilizou-se a pesquisa documental e bibliográfica através da análise legislativa, doutrinária e jurisprudencial, como também por meio da coleta de dados do sistema de Processo Judicial Eletrônico (PJE) e do Sistema de Informação Gerencial dos Relatórios de Atividades (SIGRA). Quanto ao método de análise, realiza-se por meio do método qualitativo, pois possibilita alcançar a natureza e a abrangência do tema. Por fim, concluiu-se que o Núcleo de Campina Grande tem contribuído para a promoção do acesso ao direito à saúde por meio do ajuizamento de ações, impulsionando assim o judiciário para promover através da judicialização o exercício do direito, além da atuação pelo poder de requisição do órgão, nas demandas relativas à assistência à saúde.

Palavras-chave: direito à saúde; medicamento de alto custo; políticas públicas.

ABSTRACT

Public Health in Brazil is a topic frequently discussed in society. The right to health is guaranteed to all by the Federal Constitution of 1988, being a right inseparable from the right to life and which promotes the value of equality among people. It is up to the State to provide means to provide access to health services through of public policies. In practice, however, the full realization of that right is constituting one of the main challenges for the realization of social rights, thus enabling the judicialization of the right to health. In order to guarantee the effectiveness of this right, the present work aims to analyze the performance of the Public Defender of the State of Paraíba (PDS/PB), specifically, in the Service Center of Campina Grande, within the scope of the judicialization of the right to health. It justifies deepening the discussions to understand the role of the Nucleus in the judicialization of the right to health for the concession of the high-cost drug Ranibizumab (Lucentis®). For that, documental and bibliographical research was used through legislative analysis, doctrinal and jurisprudential knowledge, as well as through the collection of data from the Electronic Judicial Process (EJP) and the Management Information System for Reports of Activities (MISRA). As for the method of analysis, it is carried out through the method qualitative, as it makes it possible to reach the nature and scope of the theme. Finally, it was concluded that the Nucleus of Campina Grande has contributed to the promotion of access to the right to health through the filing of lawsuits, thus boosting the judiciary to promote the exercise of rights through judicialization, in addition to acting through the body's requisition power, in demands related to health care.

Keywords: right to health; high-cost medicine; public policy.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
 1 A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	12
1.1 Conceitos de saúde.....	15
1.2 A saúde pública e a Constituição Federal de 1988	16
1.3 A administração e a repartição de competência na saúde pública.....	18
1.4 Positivações do direito à saúde e a lei 8.080/90.....	Erro! Indicador não definido. 2
1.5 Descentralização na legislação do sus.....	245
 2 O DIREITO À SAÚDE E A ATUAÇÃO DO PODER JUDICIÁRIO	28
2.1 A judicialização da saúde como meio de garantia ao tratamento médico	28
2.2 A atuação do poder judiciário como instrumento de realização dos direitos fundamentais	32
2.3 Interferência do poder judiciário em relação à saúde e ao fornecimento gratuito de medicamentos.....	35
2.4 A reserva do possível e a garantia do mínimo existencial	37
 3 A DEFENSORIA PÚBLICA	43
3.1 A defensoria pública e o acesso à justiça.....	44
3.2 A Defensoria Pública e a garantia do direito à saúde	47
3.3 O exercício da Defensoria Pública na judicialização da saúde e a falta de medicamentos.....	50
3.4 A Defensoria Pública do Estado da Paraíba.....	52
3.4.1 Evolução histórica da Defensoria Pública do Estado da Paraíba	52
3.4.2 Estrutura e atuação funcional da Defensoria Pública no Estado da Paraíba.....	53
3.5 Funcionamento do núcleo de Campina Grande/PB	54
3.6 Atuação da Defensoria Pública na judicialização do direito à saúde no núcleo de atendimento de Campina Grande/PB	55
3.6.1 Aquisição do Medicamento Ranibizumabe (Lucentis®) pela via Judicial	57
 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS.....	63

INTRODUÇÃO

Os direitos sociais estão estabelecidos na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 6º, caracterizados como prestações e garantias que deveriam ser, supostamente, proporcionadas pelo Estado com intuito de reduzir as desigualdades existentes em sociedade. Entre eles está o direito à saúde. Conforme previsto pelo art. 196 da Constituição Federal de 1988: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

O direito à saúde pública é um direito fundamental constitucionalmente garantido e estabelecido como dever do Estado. No entanto, pela carência de políticas públicas de saúde e sua limitação econômica e orçamentária, o Estado não cumpre com a efetiva aplicabilidade a essa norma constitucional. Assim, o Poder Judiciário, com o intuito de garantir a aplicabilidade e a efetividade do direito fundamental à saúde, por meio de decisões judiciais que impõe ao Estado o cumprimento do fornecimento de medicamentos e tratamentos necessários a quem pleiteia. A judicialização da saúde sucede pela busca do princípio da dignidade humana, ou seja, emerge como meio para a satisfação do mínimo existencial e garantia da necessidade básica de se ter saúde.

Todavia, perante a alegação do Poder Público de insuficiência de recursos financeiros para que se escuse do dever de implementação da saúde, deve haver a ponderação entre os princípios do mínimo existencial e da reserva do possível, com o fim de se obter, diante da prestação jurisdicional, uma harmonização entre tais princípios.

O problema da pesquisa se concentra na aquisição do medicamento Ranibizumabe (Lucentis®) que, embora houvesse sido incorporado na lista da RENAME, pela Portaria SCTIE/MS nº 18, de 7 de maio de 2021, não dispensa a propositura de processo judicial para sua aquisição.

Diante disso, discute-se sobre o dever do Poder Público de fornecer fármacos àqueles que necessitam e se encontram em situação de vulnerabilidade econômica frente à limitação orçamentária do respectivo ente público.

De forma a se evitar a alegação pelo Poder Público do princípio da reserva do possível como fator limitador à garantia de tratamento para pacientes diabéticos

hipossuficientes e assegurar o mínimo existencial, a hipótese formulada se baseia na necessidade de certificar a vinculação dos recursos a serem despendidos em saúde definindo o percentual das receitas dos entes públicos que deve ser destinado às ações e serviços públicos de saúde, de acordo com suas respectivas participações, impossibilitando que a garantia à saúde e ao mínimo existencial sejam dados de maneira individualizada, mas, sim, como objetos de políticas públicas bem definidas.

Dessa maneira, o objetivo geral da pesquisa é analisar, por meio da Defensoria Pública Estadual, especificamente no Núcleo de Atendimento da Comarca de Campina Grande/PB, as dificuldades pelas quais o medicamento Lucentis® não chega com mais rapidez ao paciente hipossuficiente acometido, por exemplo, de Retinopatia Diabética, examinando decisões judiciais do Tribunal de Justiça da Paraíba proferidas durante o período de julho a setembro de 2022, em que as dificuldades orçamentárias dos entes públicos são alegadas como empecilho ao exercício do direito fundamental à saúde de portadores da Retinopatia Diabética, que não possuem tratamento adequado e se encontram em situação de vulnerabilidade econômica.

Os objetivos específicos, por sua vez, são: identificar as dificuldades burocráticas para a aquisição do fármaco Ranibizumabe; verificar a falta de políticas públicas para inclusão da medicação em programas federais (SUS); observar a morosidade em judicializar o medicamento Lucentis®; averiguar porque as pessoas hipossuficientes procuram o procedimento judicial e não o administrativo.

Na busca por medicamentos e insumos que visam a um tratamento adequado para pacientes diabéticos, observa-se o quão dificultoso é garantir que pessoas que não possuem condições financeiras consigam o tratamento conveniente que assegurará sua saúde e uma vida digna frente ao alto custo para que se obtenha o Lucentis®.

Diante da condição de pobreza, que, atualmente, é a realidade de muitos brasileiros, juntamente com a correspondência de parcela da população portadora de diabetes, entende-se que o estudo de pesquisa em como obstar que o princípio da reserva do possível seja utilizado como fator limitador da garantia à saúde de diabéticos hipossuficientes é de extrema relevância jurídica e social para que se busque a efetividade máxima dos mandamentos constitucionais previstos na Constituição de 1988.

Diante do paradoxo entre o direito à saúde e a limitação orçamentária do Estado, Barroso (2007, p. 21) e Andrade (2020, p.26-27) reafirmam o papel e a decorrência da judicialização da saúde em face da ineficiência das políticas públicas de saúde:

Assim, se uma política pública, ou qualquer decisão nessa matéria, é determinada de forma específica pela Constituição ou por leis válidas, a ação administrativa correspondente poderá ser objeto de controle jurisdicional como parte do natural ofício do magistrado de aplicar a lei.

O referencial teórico se encontra com base na linha de raciocínio do jurista, que dispõe sobre a necessidade da atuação do Poder Executivo de forma a alinhar o orçamento público com as devidas políticas públicas de saúde, buscando evitar que a indisponibilidade financeira do Poder Público seja alegada como impedimento para o fornecimento de medicamentos e garantia à saúde para portadores hipossuficientes de DM1 (BARROSO, 2007, p. 23; ANDRADE, 2020, p.21).

A abordagem do problema se dará por meio de pesquisa qualitativa. Busca-se compreender o porquê de as dificuldades orçamentárias dos entes públicos serem alegadas como empecilho ao fornecimento adequado de medicamentos e insumos aos portadores de Diabetes hipossuficientes, por meio da contextualização social e política recente.

A escolha pelo método hipotético-dedutivo se justifica pela criação de uma hipótese a partir de uma determinada compreensão. Traduz na pesquisa de forma que se tem a percepção de que a realocação dos recursos públicos disponíveis em políticas públicas bem definidas e harmônicas com a previsão constitucional do direito à saúde juntamente com a garantia do mesmo de forma coletiva, evitando-se a judicialização da saúde, formula a hipótese final de que esta seria a forma de evitar que pacientes hipossuficientes não tenham por garantido um tratamento adequado para Diabéticos por insuficiência orçamentária.

Quanto às técnicas utilizadas, a busca documental será meio para a realização da pesquisa. Por fim, o instrumento de coletas de dados, realizado no Sistema de Informação Gerencial dos Relatórios de Atividades (SIGRA), consiste na interpretação dos dados obtidos a partir da consulta de ações judiciais.

1 A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

A saúde pública no Brasil, concebida como política de Estado, teve início no governo de Getúlio Vargas, e se desenvolveu durante os governos do regime militar e do movimento sanitário da década de 1980. O modelo de saúde pública implantado por Vargas era caracterizado por uma assistência previdenciária, ou seja, só teria direito a atendimento gratuito no sistema de saúde pública aquele que estivesse empregado e se contribuísse para a previdência social. Esse modelo foi ampliado e tornou-se mais concentrador à medida que correspondia aos interesses privados em detrimento do acesso dos cidadãos. A centralização do poder estava nas mãos do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), órgão executivo do Governo Federal responsável pela gestão da assistência médica e previdência social (HASENCLEVER et al, 2021, p. 401; SOUZA, 2022, p.12).

A burocracia do INAMPS era composta basicamente por representantes das associações de hospitais e da indústria farmacêutica, o que garantia o interesse dos provedores privados de serviços. Por isso foi utilizado como instrumento político durante as décadas posteriores, até mesmo depois da implantação do SUS, para garantir o antigo modelo. Representava a unificação da Assistência Médica e da Previdência Social. Em outras palavras, ambas as políticas estavam dependentes uma da outra, ainda mais quando se falava no “rombo da previdência” – situação por meio da qual os recursos da saúde era utilizados para sanar os déficits da previdência social. Outra característica marcante do antigo modelo foi o incentivo dado ao sistema hospitalar privado, estimulado com a migração da classe média descontente com o seguro público e por isenções fiscais do governo e com a falta de regulação específica das seguradoras (HASENCLEVER et al, 2021; SOUZA, 2022, p.15).

Sendo assim, as características do antigo modelo favoreciam aos grupos privados, particularmente ao sistema hospitalar privado e aos grupos e associações de médicos, em detrimento do cidadão brasileiro desiludido com a falta de qualidade da saúde pública, quando esse tinha direito ao acesso. Por essa razão e pela falta de poder político das classes menos favorecidas que o movimento sanitário da época – também descontente, mas com barganha política e conhecimento técnico – tomou a frente nas discussões sobre um novo modelo de atenção à saúde. O

movimento sanitário defendia uma reforma abrangente e de orientação redistributiva desde o final da década de 1970. Defendia a universalização da cobertura, a extensão dos programas preventivos e de atenção básica à população de baixa renda, o aumento do controle sobre os provedores privados e a descentralização. A descentralização era uma questão chave dessa demanda, isso pelo fato de a concentração do poder nas mãos do INAMPS favorecer uma significativa influência dos prestadores privados na formulação da política nacional de saúde (ARRETCHE, 2005, p.504; OLIVEIRA et al, 2022, p. 307).

A instalação de Nacional Constituinte foi uma chance clara de incluir, na nova Constituição, os objetivos do movimento sanitário referentes à reforma no modelo assistencial de saúde. A Assembleia Constituinte foi uma oportunidade política de constitucionalizar os anseios do movimento sanitário. As principais mudanças foram a gratuidade e universalidade na oferta dos serviços de saúde em qualquer nível de atendimento, bem como a responsabilidade estatal para sua provisão; unificação da política de saúde em qualquer nível de governo, o que elimina a dualidade entre medicina preventiva e curativa; transferência do comando da política para o Ministério da Saúde, desvinculando a assistência médica da previdência social; e, por último, inclusão do princípio da descentralização, transferência das responsabilidades de gestão da saúde pública em direção ao Município (ARRETCHE, 2005; OLIVEIRA et al, 2022, p. 307).

A Constituição de 1988 institucionalizou a criação de um novo modelo de saúde pública no Brasil: o Sistema Único de Saúde (SUS). A demanda histórica pela universalização e gratuidade da saúde pública foi institucionalizada em princípios gerais. Essas diretrizes vão direcionar todas as ações concernentes desde o planejamento até a prestação de serviço na ponta (ao cidadão). O SUS é dividido em princípios finalísticos e organizativos. Os princípios finalísticos são a universalidade, a integralidade e a equidade. A Universalidade garante o atendimento a todas as pessoas sem qualquer distinção social, econômica ou de raça. A Equidade reconhece a igualdade no atendimento de todos os cidadãos perante o Sistema Único de Saúde, ao passo que a integralidade diz respeito à combinação das ações de saúde voltadas ao mesmo tempo para a prevenção e para a cura (BRASIL, 2022, p.124; OLIVEIRA et al, 2022).

Para fazer valer o princípio finalístico, surge o princípio organizativo para arquitetar a organização do SUS. Eles estão divididos em regionalização e

hierarquia, resolubilidade, controle social, complementaridade do setor privado e, por último, descentralização. A rede de serviços do SUS deve ser organizada de forma regionalizada e hierarquizada, permitindo um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de uma área delimitada, favorecendo ações e serviços de saúde compatíveis com a realidade local, sendo os casos mais graves, referenciados, transferidos para níveis maiores de complexidade, a exemplo de hospitais especializados ou até para outros Municípios. A regionalização do atendimento se baseia na ideia de que praticamente todos os Municípios não estão preparados para ofertar todos os serviços de saúde. Por isso, a divisão em regiões, nas quais são delimitadas como, onde e qual prioridade serão ofertados os serviços, resume a regionalização e a hierarquização. A exigência do serviço de saúde em enfrentar e resolver problemas relacionados à saúde da população caracteriza a resolubilidade (OLIVEIRA et al., 2022).

O outro princípio finalístico a caracterizarmos é que trata do controle social, compreendido fundamentalmente pela participação dos cidadãos. O Controle social é a garantia constitucional de que a população – através de suas entidades representativas – poderá participar do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução, em todos os níveis desde o federal até o local – participação essa feita nos conselhos de saúde. Em seguida, a complementaridade do setor privado é uma garantia constitucional se houver insuficiência na oferta de serviços de saúde pelo setor público, deve seguir todos os requisitos previstos em lei. Uma peculiaridade da nossa lei, garantida pela Constituição, é a contratualização com os hospitais filantrópicos e universitários, o que significa a contratação de serviços através de convênios entre a entidade pública e fundações, entidades privadas, filantrópicas etc. (ALF GALLON; MUELLER; FREES, 2022, p.54; OLIVEIRA et al, 2022).

Por último, verificamos o que significa a descentralização que é entendida como uma redistribuição das responsabilidades das ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da ideia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Sendo assim, contempla uma profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo, com a tendência ao processo de enfoque da gestão no Município, a chamada municipalização da saúde (SOLLA, 2006; REZENDE, 2006; MALAMAN et al., 2021, p.2-6).

1.1 CONCEITOS DE SAÚDE

Para se tratar da judicialização da saúde, antes é necessário que se entenda a amplitude da definição do conceito de saúde. A complexidade do conceito se baseia em seus diversos fatores de incidência, como fatores econômicos, sociais e culturais. Como tradução de suas multifaces, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1946). Em uma publicação de 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU) reforça esse conceito, apontando quatro condições mínimas para que um Estado assegure o direito à saúde ao seu povo: disponibilidade financeira, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade do serviço de saúde pública do país (BRASIL, 2022, p.124).

Diante da multidimensionalidade em torno da conceituação de saúde, em 1986 na VIII Conferência Nacional de Saúde definiu-se saúde como:

(...) a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. 2- A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. (BRASIL, 1986)

Embora a definição de saúde tenha se tornado abrangente de forma a se caracterizar não apenas como a ausência de doença, na prática o seu conceito não está desprendido de limitações e dificuldades. Entende-se que a forma de disposição da saúde se dá pela ideia do que seja saúde. Sendo assim, pela lógica conceitual de que esta seria a inexistência de enfermidades, durante muitos anos sua garantia se deu apenas pela promoção de assistência médica em situações de adoecimento. De acordo com o Conselho Nacional de Ministros da Saúde (CONASS, 2015, p. 17), “a interpretação constitucional é de extrema importância para a efetivação do direito à saúde, principalmente quando conjugada com outras regulamentações que constituem política pública”. Dessa forma, a elaboração do conceito de saúde estabeleceu uma relação direta com a garantia do poder público. Portanto, a saúde deve ser conceituada como uma situação de equilíbrio entre a

busca pelo bem-estar e a consciência de que existem condições básicas e suficientes para que a saúde seja garantida e efetivada pelo Estado.

1.2 A SAÚDE PÚBLICA E A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

No Brasil, a saúde foi legitimada pela Constituição Federal de 1988 como um direito social em seu art. 6º: “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”. Em seguida, em seu Art. 196, a Constituição de 1988 garantiu, como responsabilidade comum entre a União, os estados, municípios e o Distrito Federal, que:

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

Ao longo das Constituições brasileiras, o tópico da saúde não tinha destaque como demonstrado acima. A primeira Constituição a inovar neste aspecto foi a de 1934, trazendo, em seu art. 10, inciso II, a competência concorrente entre a União e os Estados em relação à saúde pública. Contudo, tal novidade foi inserida em um contexto de assistencialismo ao trabalhador, de forma a garantir que os empregados tivessem saúde suficiente para que continuassem a produzir e gerar capital, preocupação demonstrada em seu art. 121, alínea h.

Posteriormente, entre as Constituições de 1937 e 1967 não houve qualquer inovação de destaque, sendo estas indiferentes no tocante ao direito à saúde:

O direito à saúde não foi tema das constituições brasileiras anteriores a 1988, a não ser acidentalmente. Com efeito, em toda a história constitucional apenas o texto da Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, promulgada em 16 de julho de 1934, sugere sua possibilidade ao conferir competência concorrente à União e aos estados para cuidar da saúde (art. 10, II). Ele assinalava, especialmente, às três esferas de governo a incumbência de “adotar medidas legislativas e administrativas tendentes a restringir a mortalidade e a morbilidade infantis; e de higiene social que impeçam a propagação das doenças transmissíveis”; e de “cuidar da higiene mental e incentivar a luta contra os venenos

sociais” (art. 138, f e g). Essa mesma Constituição, de efêmeraduração (1), tratando da ordem econômica e social incluía entre os preceitos a serem observados pela legislação trabalhista a assistência médica e sanitária (art. 121, h). Os demais textos constitucionais se limitaram a atribuir competência à União para planejar sistemas nacionais de saúde, conferindo-lhe a exclusividade da legislação sobre normas gerais de proteção e defesa da saúde e mantiveram a necessidade de obediência ao princípio que garantia aos trabalhadores assistência médica e sanitária (DALLARI, 2009, p. 10).

Pode-se afirmar, portanto, que a Constituição de 1988 foi o ponto de referência que introduziu, em nosso ordenamento jurídico, a saúde como um direito social fundamental, trazendo uma nova noção de saúde pública:

É cristalino o atraso constitucional brasileiro no que tange à colocação do direito à saúde como princípio constitucional e elemento de cidadania dos brasileiros, uma vez que nossos modelos de Estado não permitiram a efetivação deste direito. Desta forma, o direito à saúde está contemplado na atual Carta Magna brasileira, sendo esta carta um marco significativo na efetivação do Estado Democrático de Direito, consolidando direitos sociais essenciais à dignidade e à vida humana, como o Direito Fundamental Social à Saúde (STURZA; ROCHA, 2016, p.18).

Dessa forma, a Constituição de 1988 ao definir e estabelecer saúde como um direito social traz para o Estado a responsabilidade de sua promoção, assistência e garantia, além de possibilitar, ao cidadão, demandar que este direito lhe seja assegurado. De acordo com Dirley da Cunha Júnior:

Os direitos sociais, em suma, são aquelas posições jurídicas que credenciam o indivíduo a exigir do Estado uma postura proativa, no sentido de que este coloque à disposição daquele, prestações de natureza jurídica ou material, consideradas necessárias para implementar as condições fáticas que permitam o efetivo exercício das liberdades fundamentais e que possibilitam realizar a igualização de condições sociais desiguais, proporcionando melhores condições de vida aos desprovidos de recursos materiais (CUNHA JÚNIOR, 2015, p.603).

Portanto, após a inovação da Constituição de 1988, a fundamentação do dever do Estado de promover e proteger a saúde da população como um todo, se baseia na busca contínua da redução das desigualdades existentes na sociedade.

1.3 A ADMINISTRAÇÃO E A REPARTIÇÃO DE COMPETÊNCIA NA SAÚDE PÚBLICA

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante, entre outras, das condições de habitação, alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra, acesso a serviços de saúde. Esse conceito foi definido na VIII Conferência Nacional de Saúde, que foi precedida de um amplo debate e pré-conferências (SANTA CATARINA, 2002; SILVA; SOARES; SILVA, 2021, p. 3).

Após a Constituição Federal de 1988, o poder público passou a ter um papel importante na saúde dos cidadãos brasileiros. Atualmente, a saúde pública pode ser entendida sob dois aspectos: no que diz respeito à função pública, a saúde é direito de todos e dever do Estado como oferta de serviços e ações de promoção, proteção e recuperação; no que diz respeito às ações de preservação da saúde como dever do cidadão, da sociedade, das empresas e da família por meio de hábitos e atitudes de promoção da saúde. Tal conceituação estabeleceu que o Estado deve proporcionar o acesso à saúde a todos os cidadãos brasileiros, sem necessidade de contribuição de qualquer tipo, abrangendo inclusive a recuperação da saúde por meio dos atendimentos médicos, exames e tratamentos (MACHADO, 2013; BRASIL, 2022).

Dois anos depois de promulgada a Constituição Federal de 1988, surgiu a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que criou o SUS (Sistema Único de Saúde) e que norteia sua implantação até o momento da realização deste artigo:

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público, constitui o Sistema Único de Saúde — SUS. (Lei no 8.080/90)

Nesse período, os serviços de saúde pública no Brasil foram descentralizados e municipalizados. Com isso, os municípios, através das secretarias municipais da saúde, ganharam a responsabilidade de definir e gerir as ações e serviços de saúde, a possibilidade de controle da sociedade sobre a responsabilidade dos gestores (prefeito e secretário municipal da saúde) e a efetiva participação social na formulação de estratégias e ações locais de saúde, se transformando no principal

agente de saúde nos municípios. Embora se use o termo “municipalização”, o que houve na realidade foi uma união de forças entre os governos federal, estadual e municipal, que passaram a compartilhar recursos humanos, equipamentos e edifícios, montando uma estrutura única com a prerrogativa constitucional de atender a todos os cidadãos brasileiros, tendo as prefeituras municipais como comandantes diretas, assessoradas e financiadas, em parte, pelos outros dois níveis de governo (MACHADO, 2013; PAULINO et al, 2021, p.2-3).

A Constituição Federal atribui competência concorrentemente à União, aos Estados e aos Municípios, conforme dispõe em seu artigo 24, XII e 30 II, precipuamente, competência para legislar sobre proteção e defesa da saúde. De toda forma, cabe à União o estabelecimento de normas gerais e aos Estados suplementar a legislação federal e, aos Municípios, suplementar no que lhe couber. No que tange ao aspecto administrativo, a Constituição atribuiu competência comum à União, aos Estados e aos Municípios, podendo os três entes formular e executar políticas de saúde (BARROSO, 2007; SEVEGNANI, 2018, p.37-38).

Sendo competência comum da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, determinada pelo art. 23, II da CF, são responsáveis solidários no fornecimento da saúde, de forma que são todos legitimados passivos nas demandas cuja causa de pedir são prestações relativas à saúde. A garantia mediante “políticas sociais e econômicas” ressalta a escolha alocativa dos recursos destinados, assegurando a universalidade das prestações e igualdade no atendimento aos cidadãos, a fim de alcançar a população como um todo. De toda forma, deve haver cooperação entre os entes federados, conforme preleciona Barroso (2007) “se todos detivessem competência irrestrita em relação a todas as questões. Isso, inevitavelmente, acarretaria maior ineficiência na prestação dos serviços de saúde” (MACHADO, 2013; ENAP, 2017).

A Lei Orgânica de Saúde, nº 8.080/90, instituída em meados de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, estabelece a estrutura e o modelo operacional do Sistema Único de Saúde (SUS), propondo a sua forma de organização e funcionamento.

A Lei nº8.080/90, além de estruturar o SUS e de fixar suas atribuições, estabelece os princípios pelos quais sua atuação deve

se orientar, dentre os quais vale destacar o da universalidade.
(BARROSO, 2007, p. 99)

Logo nos primeiros artigos da lei, especificadamente, em seu artigo 4º observa-se que o SUS compreende “O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”. Podendo a iniciativa privada participar em caráter complementar. Ademais, em seu art. 5º e seguintes conduz aos objetivos e princípios do SUS, que embora muito se assemelham aos princípios da Administração Pública, o objeto do presente estudo destaca a seguinte atribuição, inserida no inciso VI, do artigo 6º, “a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção”. (BARROSO, 2007, p.99; MACHADO, 2013; SEVEGNANI, 2018, p.33-35)

A Lei nº 8.080/90 procurou ainda definir o que cabe a cada um dos entes federativos na matéria. Em seu artigo 16, XIII, atribuiu a competência à direção nacional do SUS de “prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional” devendo ainda nos termos do art. 16, XV “promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal”. Não obstante, em 22 seu art. 17, atribuiu a competência de promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde, de lhes prestar apoio técnico e financeiro, e de executar supletivamente ações e serviços de saúde à direção estadual do SUS. Por fim, incumbiu, em seu art. 18, incisos I e III à direção municipal do SUS de planejar, organizar, controlar, gerir e executar os serviços públicos de saúde (ENAP, 2017).

Seguindo o ensinamento de Barroso (2007, p.100), “O fato de um ente da Federação ser o responsável perante a população pelo fornecimento de determinado bem não significa que lhe caiba custeá-lo sozinho ou isoladamente”. Desta forma, embora a Lei trate da descentralização administrativa determinando competência aos Municípios para a execução das políticas sanitárias, pode sempre socorrer-se daquele que houver “reservas” econômicas capazes de socorrer a administração pública demandada, pois a União e os Estados ficam responsáveis supletivamente pela execução.

1.4 POSITIVAÇÕES DO DIREITO À SAÚDE E A LEI 8.080/90

Posteriormente à promulgação da Constituição Brasileira de 1988, houve a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Lei. 8.080/90. A construção deste caminho começou no início da década de 1970, quando se instaurou no país o movimento sanitaria ou sanitário. Segundo Matta (2007, p. 52) o movimento buscava alterar a ideia do assistencialismo trazendo a concepção de promoção à saúde, apresentando ideais como: universalidade; criação de um sistema único de saúde; descentralização e promoção das ações de saúde (BARROS, 2021).

A consolidação do movimento se deu com a VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, sendo considerada um ponto de referência para as discussões no tocante ao direito à saúde da Assembleia Nacional Constituinte de 1987/1988 e, posteriormente, a aprovação do SUS. A Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, familiarizada como a Lei do SUS, trouxe disposições sobre: “as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.” (BRASIL, 1990).

O SUS assumiu um importante papel na construção de uma política de saúde ampla e democrática. Por meio de sua estrutura principiológica, a criação de um Sistema Único de Saúde buscou “abarcas as diferentes situações de saúde nos seus variados níveis de complexidade, possibilitando o acesso a ações de promoção e prevenção às doenças até a assistência médica de maior complexidade” (MATTa, 2007, p. 52; BARROS, 2021).

Dentre as diretrizes inovadoras trazidas pela Lei do SUS, se destacam: a universalidade, a equidade e a integralidade. Primeiramente, como princípio fundamental, a universalidade se traduz na ideia de que o serviço de saúde disponibilizado pelo sistema deve ser acessível a toda a população brasileira, sem qualquer distinção econômica, social ou cultural. Com o advento da Constituição de 1988, por meio do artigo 196, o direito à saúde se tornou um direito de todos não sendo aplicável qualquer distinção entre seus destinatários, sendo assim, a Lei 8.080/90 reafirmou a previsão constitucional consagrando o princípio da universalidade (BARROS, 2021).

Segundo o exposto pelas lições de Matta (2007), o princípio fundamental apresentado:

Consiste na garantia de que todos os cidadãos, sem privilégios ou barreiras, devem ter acesso aos serviços de saúde públicos e privados conveniados, em todos os níveis do sistema. O acesso aos serviços será garantido por uma rede de serviços hierarquizada (do menor nível de complexidade para o maior) e com tecnologia apropriada para cada nível. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite que o sistema pode oferecer para todos. (MATTÁ, 2007, p. 52)

Portanto, o acesso à saúde pública deve ser universal perante os cidadãos, não podendo haver qualquer barreira entre o indivíduo e a disponibilização do serviço público. O que traz em questão o princípio da equidade, que compreende a ideia da igualdade formal, ou seja, a consideração de questões fáticas, sociais e econômicas para a garantia efetiva da igualdade, tratando de forma desigual aqueles que não estão em pé de igualdade com outros indivíduos. Conforme exposto pelo Ministério da Saúde, busca-se reconhecer o perfil e grau de necessidade de determinada região ou da própria pessoa em uma situação específica para que haja uma adequada realocação dos investimentos e políticas públicas de saúde de forma a garantir a redução das diferenças presentes:

No Sistema Único de Saúde (SUS) a equidade se evidencia no atendimento aos indivíduos de acordo com suas necessidades, oferecendo mais a quem mais precisa e menos a quem requer menos cuidados. Busca-se, com este princípio, reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde e nas necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenças sociais e deve atender a diversidade. Um exemplo prático de aplicação da equidade ocorre em atendimentos de urgência em hospitais. A prioridade no atendimento é definida por critérios combinados, que englobam desde a hora da chegada na unidade de saúde até a gravidade de cada caso. Sendo assim, uma vítima de acidente grave passará na frente de quem necessita de um atendimento menos urgente, mesmo que esta pessoa tenha chegado mais cedo ao hospital. (BRASIL, 2015)

Dessa forma, a constatação das desigualdades existentes na sociedade brasileira trouxe a consagração do princípio da equidade no sistema público de saúde, de maneira a se buscar maior efetividade e eficácia em sua promoção e garantia.

Não menos importante, o princípio da integralidade constitui a ideia de um atendimento generalizado, de modo a assegurar o previsto no art. 198, inciso II da Constituição de 1988 que prevê que:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. (BRASIL, 1988)

Sendo assim, a integralidade preconizada pela Constituição Federal e consagrada pela Lei do SUS configura o dever do Estado em promover um complexo de políticas públicas e ações que englobem todas as condições e circunstâncias no que se diz respeito à assistência e promoção da saúde, devendo assegurar, desde campanhas de vacinação de forma preventiva, até situações emergenciais de assistência médica. Na prática, o princípio da integralidade certifica que os serviços de saúde sejam amplos em sua totalidade:

É preciso garantir a consulta, os exames, os medicamentos e a continuidade do tratamento. Mas também se faz necessário entender esse cidadão como um todo, a partir do seu contexto social. O profissional de saúde tem que ouvi-lo atentamente para perceber sua necessidade. Sempre que isso é feito, atende-se melhor. (ROCHA, 2008)

A Lei 8.142 de 1990 dispõe acerca da participação da comunidade na administração do SUS; ela trouxe duas instâncias de participação da sociedade: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde:

Essas instâncias, que também participam da diretriz de descentralização da gestão do SUS, reproduzem o modelo federativo proposto pela constituição brasileira e pelo sistema de saúde brasileiro. Portanto, a participação da comunidade é um poderoso instrumento da sociedade, formalmente reconhecido e instituído no interior do SUS, para a participação e controle social no campo da saúde e na consolidação e desenvolvimento da democracia em nosso país. (MATTA, 2007, p.77 e 78)

Conclui-se, portanto, que os princípios e diretrizes estabelecidos pela Constituição e pela Lei 8.080/90 trouxeram grande reconhecimento no empenho para garantir o direito à saúde de forma igualitária e democrática. No entanto,

algumas questões, como as desigualdades sociais, insuficiência orçamentária do Poder Público e governos que reduzem os recursos para saúde pública, ainda impedem que os objetivos estabelecidos sejam atingidos.

A criação do Sistema Único de Saúde representa uma grande conquista na positivação do direito constitucionalmente previsto, contudo, o embate pelo direito à saúde é contínuo, de maneira que seus princípios e diretrizes devem ser sempre defendidos como forma de assegurar sua efetiva implantação. Dessa maneira, o SUS atua diretamente na garantia da assistência médica e farmacêutica gratuita à toda população brasileira, em especial aos casos de portadores de doenças crônicas como, por exemplo, a diabetes.

1.5 DESCENTRALIZAÇÃO NA LEGISLAÇÃO DO SUS

A descentralização é um dos princípios do SUS, pois a legislação teve um papel fundamental nesse processo. Além da Constituição de 1988 estabelecer normas gerais, se destacam as Leis Orgânicas da Saúde – nº. 8.080/90 e nº.8.142/90 – e as normas operacionais básicas (NOB) como instrumento de operacionalização da descentralização. Portanto, as leis orgânicas que regulamentaram o SUS e as NOBs têm sido instrumento de regulamentação das políticas de saúde no Brasil. O Ministério da Saúde (MS) teve um papel central nesse processo. Exerceu a prerrogativa constitucional de ser o principal agente descentralizador, financiador e emissor da legislação. Enquanto isso, os estados e municípios iam se adequando às normas estabelecidas para assumir um tipo de gestão que se adequasse a sua realidade econômica e social. Pode-se destacar o papel subordinado dos Municípios, principalmente por serem dependentes das transferências federais e pela baixa capacidade de arrecadação de recursos próprios. Consequentemente, essas nuances propiciaram um clima de conflito na operacionalização da descentralização (SEVEGNANI, 2018, p.35, 72).

A primeira regulamentação estabelecida foi a NOB 01/93. Ela cria 3 (três) alternativas de gestão – incipiente, parcial e semiplena – e as Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Comissões Intergestores Bipartite (CIB). Na gestão Incipiente, o Município passou a assumir a gestão das unidades de saúde ambulatoriais paulatinamente; na Parcial, o Município passa a gerenciar o conjunto de unidades ambulatoriais da rede pública localizadas em seu território; e na

Semiplena, o Município passa a gerenciar o conjunto de rede pública e os contratos e convênios com a rede privada, localizadas em seu território. As CIT e CIB são espaços de negociação entre os gestores, a tripartite entre as três esferas e a bipartite entre o estado e Município (LUCENA, 2022, p.51-52).

A lei nº. 8.689 foi criada em 27 de julho de 1993 extinguindo o INAMPS e estabelecendo a transferência regular e automática do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais de saúde. O INAMPS centralizava muita das funções passadas aos Municípios e sua extinção foi um passo importante para a municipalização. Em seguida, sistematizando as experiências das gestões semiplenas com discussões e negociação pública, a NOB 01/96 foi criada com as seguintes características: redefinição de responsabilidades e prerrogativas entre os entes federados, impulsão da descentralização com a criação de duas únicas alternativas de gestão, gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal de saúde, além da criação do PAB – piso assistencial básico, o qual será explicado no próximo capítulo (LUCENA, 2022, p.51).

As ofertas de serviços do SUS são representadas pela Atenção Integral da Saúde e divididas em: Atenção Básica; Média Complexidade e Alta Complexidade – aumentando a complexidade e o custo do procedimento a partir da primeira. A adesão às NOBs de 1993 e 1996 permitiu um avanço na gestão do SUS: ampliaram o acesso da população às ações e serviços de saúde; aumentaram a capacidade instalada pública; criaram capacidade de regulação, serviços de controle, avaliação e auditoria, sistemas informatizados de marcação de consultas, procedimentos especializados e internações hospitalares; desenvolveram a participação dos conselhos de saúde (municipais e locais); aumentaram a participação relativa dos gastos ambulatoriais em relação aos hospitalares; e reduziram as internações desnecessárias. (SOLLA, 2006, p.339; LUCENA, 2022, p.51).

Já em 2001, foi criada a norma operacional de assistência à saúde (NOAS) com o intuito de avançar na descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde, mas foi recebida com críticas pelos gestores. No ano seguinte, a NOAS 01/2002 foi aprovada para sanar as limitações, fragilidades e inadequações metodológicas da anterior. Seu avanço consistiu no fortalecimento das ações de regulação, controle e avaliação, da regionalização na pauta prioritária dos gestores do SUS nas três esferas de governo e a ampliação do emprego da programação pactuada integral (PPI). A PPI é um instrumento elaborado pela Secretaria Estadual

de Saúde juntamente com os municípios no qual se permite, de acordo com contratos estabelecidos pelos Planos de Regionalização, que os atendimentos possam ser prestados por outros Municípios (SHIMIZU, 2022, p.2). Solla (2006, p.335) ressalva “que a descentralização da assistência, da vigilância sanitária e da vigilância em saúde tem sido efetivada em tempos e formatos diferentes” com descompasso entre os três processos, no âmbito da NOAS.

Formulada a nova Constituição, o novo modelo de assistência à saúde continha novas regras e características próprias diferentes do antigo modelo. Segundo Arretche (2005), uma das características que se destacam é a nova estrutura institucional e suas regras. A nova estrutura criada foi fruto da distribuição intergovernamental das funções, ou seja, o governo federal seria responsável pelo financiamento e coordenação intergovernamental, ao passo que os Municípios seriam responsáveis pelos programas locais e, por último, os governos estaduais auxiliariam os sistemas municipais (SHIMIZU, 2022, p.16-17).

No entanto, a concentração da autoridade sobre o financiamento e coordenação nas mãos do Ministério da Saúde manteve, por um longo tempo, uma dependência dos Municípios às regras e transferências estabelecidas para a implantação dos programas locais. Mas, apesar de o governo federal ser a principal arena decisória e ator político, a década de 1990 assistiu a uma longa disputa entre os entes federados na disputa de, pelo lado federal, da maior dependência municipal, pelo lado local, de uma maior autonomia municipal. O objeto em disputa está basicamente reduzido em duas regras: de descentralização e as decisórias. (ARRETCHÉ, 2005, p. 294; FEITOZA-SILVA, 2019, p. 1).

As regras de descentralização são referentes aos mecanismos pelos quais os governos assumiriam as gestões dos sistemas municipais. Envolvem basicamente os mecanismos de transferências dos recursos federais (transferências automáticas ou negociadas), o destino das transferências (para os provedores ou para as autoridades locais) e o modo de avaliação do gasto realizado pelos governos locais. As regras decisórias das políticas de saúde referem-se ao direito de participar da formulação das políticas de saúde e implantar políticas locais. Essa disputa aconteceu durante a década de 1990 e, consequentemente, definiu o modelo institucional de gestão nacional da política de saúde (FEITOZA-SILVA, 2019, p.1-2).

Como resultado do processo, percebe-se que o mecanismo de financiamento teve um papel decisivo na operacionalização da descentralização. Mais ainda, que

apesar de serem independentes, tudo indica que as regras de descentralização tiveram um papel preponderante em relação às regras decisórias afetas à formulação das políticas de saúde. Segundo Lima (2007), o modelo de federalismo fiscal adotado pelo Brasil causou um efeito centralizador sobre o financiamento do SUS na década de 1990, permitindo, portanto, um comando do governo federal frente aos outros entes na descentralização da saúde (GALLON.; MUELLER; FREES, 2021, p. 58).

A política de saúde foi a responsável pelo alto percentual de financiamento federal, isso por ter como um princípio fundamental a centralização, como já foi dito. Além do mais, os tributos com maior incidência no país estavam sob o controle da União, assim como havia uma dependência enorme dos entes subnacionais desses recursos, o que refletia as desigualdades na estrutura tributária brasileira. A implantação do SUS foi responsável pela mudança ocorrida no financiamento dos gastos com saúde, a principal delas foi a maior participação relativa dos recursos municipais. Os Municípios tiveram de destinar uma participação maior nos gastos com saúde, ao passo que o governo federal diminuía a sua relativamente. Isso se deu por dois motivos: por um lado, a legislação “forçava” um aporte de recursos municipais maiores e, por outro, por uma redução dos gastos do governo federal para seguir a meta de diminuição do déficit público (MENDES, 2005; GALLON; MUELLER; FREES, 2021, p.58-61).

2 O DIREITO À SAÚDE E A ATUAÇÃO DO PODER JUDICIÁRIO

No Brasil, em face da redemocratização ocorrida após a promulgação da Constituição de 1988, o Supremo Tribunal Federal passou a desempenhar um papel ativo na sociedade como um todo, porém este fenômeno não é peculiaridade nossa, como registra Barroso (2012, p.23):

Em diferentes partes do mundo, em épocas diversas, cortes constitucionais ou supremas cortes destacaram-se em determinadas quadras históricas como protagonistas de decisões envolvendo questões de largo alcance político, implementação de políticas públicas ou escolhas morais em temas controvertidos na sociedade.

No entanto o que houve foi a democratização, a população passou a ter consciência dos seus direitos e passou a pleitear os direitos expressos na Constituição, fruto da descrença nos demais Poderes Executivo e Legislativo. Deve-se acrescentar a proporção que os recentes julgados dos tribunais têm tomado na mídia. Isso, por consequência, acaba por abarrotar o Judiciário de pleitos equivalentes (ANDRADE et al, 2022; BARROS, 2021).

2.1 A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE COMO MEIO DE GARANTIA AO TRATAMENTO MÉDICO

Conforme exposto, a partir do momento em que a Constituição de 1988 elenca e define quais são os direitos sociais, traz, consequentemente, a responsabilidade do Estado em assegurá-los. Portanto, a inefetividade do Poder Público nas prestações em políticas públicas com fim de garantia do acesso à saúde gera a recorrência da interferência do Poder Judiciário que, no uso de suas atribuições constitucionais, garante a concretização dos direitos sociais, nesse caso, a garantia do acesso à saúde pública:

A judicialização da saúde pública, nessa perspectiva, termina sendo inevitável, por decorrer do atual modelo constitucional. Os casos mais complexos são aqueles que envolvem medicamentos — normalmente de alto custo — não registrados na ANVISA e os que reivindicam medicamentos com registro, mas ainda não incorporados pelo SUS, sem falar nos procedimentos fora da organização administrativa. (REIS, 2020, p. 165)

Assim, a previsão constitucional fulcrada em seu art. 5º, inciso XXXV prevê que: “a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça adireito;” (BRASIL, 1988), o papel do Poder Judiciário é o de assegurar a efetividade do direito fundamental à saúde, por meio de decisões judiciais que impõem, ao Estado, o cumprimento do fornecimento de medicamentos e tratamentos necessários a quem pleiteia. Conforme estabelecido pelo CONASS:

Assim, se a razão de existir do Estado é a efetivação dos direitos fundamentais, e sendo esses exigíveis judicialmente, consequentemente, as atividades do sistema de justiça promovem uma interferência na vida social, quer seja por verificar se o agir do Estado e suas normas são compatíveis com a Constituição (BRASIL, 1988) – juízo de constitucionalidade das leis –, quer seja pela interação entre os poderes, o indivíduo e a sociedade. (CONASS, 2015, p.45)

O fenômeno da judicialização da saúde no Brasil se deu no início na década de 1990, em um contexto pós promulgação da Constituição de 1988 e Lei do SUS. Em princípio, apesar das diretrizes estabelecidas pelo Sistema Único de Saúde, como por exemplo, a universalidade, segundo Balestra Neto (2015, p.95): “Nessa primeira etapa, a jurisprudência majoritariamente se orientou pela impossibilidade de interferência do Poder Judiciário nas políticas públicas de saúde”. Em oposição, a segunda onda, iniciada em 2000, estabeleceu a não possibilidade da omissão do Poder Judiciário frente à efetivação de um direito social tão importante (ANDRADE et al, 2022).

Sendo assim, criou-se a ideia de que o direito à saúde deve ser assegurado pelo Poder Público de forma indispensável, uma vez que “não há sentido em discutir se as normas constitucionais do direito à saúde têm natureza meramente programática, tendo em vista a relevância do seu conteúdo” (NETO, 2015, p.99), abrindo a possibilidade do Poder Judiciário na iniciativa, antes exclusiva do Poder Executivo, em concretizar políticas públicas de saúde como um todo. Posteriormente, houve uma transformação jurisprudencial significativa em relação às demandas de medicamentos no Brasil, conforme exposto por Balestra Neto:

Na ocasião, os tribunais superiores começaram a superar a ideia de que o direito à saúde e sua diretriz da integralidade significariam um “direito a tudo”. Passou-se a uma análise mais minudente do caso

concreto, com considerações de ordem técnica, inaugurando na jurisprudência uma série de decisões que negou aos usuários do SUS determinadas prestações que estariam em desacordo com balizas das políticas públicas previamente delineadas. (NETO, 2015, p.102).

Portanto, a judicialização da saúde emerge como meio constitucional para a concretização do acesso à saúde por meio da demanda ao Poder Público frente a sua ineficiência, no entanto, houve o estabelecimento de parâmetros para a concessão da assistência farmacêutica gratuita (BARROS, 2021). Assim, como determinado pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ), no Tema/Repetitivo 106, com questão submetida a julgamento sobre a obrigatoriedade do poder público de fornecer medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS, com a seguinte tese fixada:

A concessão dos medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS exige a presença cumulativa dos seguintes requisitos: i) Comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS; ii) incapacidade financeira de arcar com o custo do medicamento prescrito; iii) existência de registro do medicamento na ANVISA, observados os usos autorizados pela agência. (BRASIL, 2018)

Há, também, no âmbito do STF, uma discussão acerca da fixação de parâmetros. O tema 6 (RE 566471) que discorre sobre o dever do Estado de fornecer medicamento de alto custo a portador de doença grave que não possui condições financeiras para comprá-lo, ainda não obteve tese definida, contudo, existe o debate acerca das exigências a serem cumpridas para que haja a concessão de medicamentos em determinados casos (BARROS, 2021). No tocante à legitimidade dos entes públicos relativamente à responsabilidade quando demandados, o Tema 793 do Supremo Tribunal Federal (STF) definiu a tese de que:

Os entes da federação, em decorrência da competência comum, são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais na área da saúde, e diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, compete à autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro. (BRASIL, 2015)

O entendimento firmado pelo STF respalda-se nas diretrizes de funcionamento do SUS, que estabelece, conforme já exposto, a descentralização e a regionalização objetivando repasses de funções entre os entes públicos. Fundamentação exposta pelo Min. Luiz Fux:

O fato de o Sistema Único de Saúde ter descentralizado os serviços e conjugado os recursos financeiros dos entes da federação, com o objetivo de aumentar a qualidade e o acesso aos serviços de saúde, apenas reforça a obrigação solidária e subsidiária entre eles. As ações e os serviços de saúde são de relevância pública, integrantes de uma rede regionalizada e hierarquizada, segundo o critério da subsidiariedade, e constituem um sistema único. (RE 855178 RG/SE, Rel. Min. LUIZ FUX, 2014, p. 5)

Segundo Balestra Neto (2015 p.110), observa-se que os critérios definidos para a concessão de medicamentos não incorporados pelo SUS “representam importante baliza para todos os demais órgãos do Poder Judiciário, na rotina diária de enfrentamento das milhares de ações judiciais que discutem o direito à saúde”, de mesma importância a fixação da responsabilidade solidária e subsidiária dos entes federativos em face da demanda de assistência farmacêutica gratuita. No que concerne à judicialização da saúde, tendo em vista a DM1, a grande questão do problema decorre da situação em que o SUS fornece tratamento alternativo, mas não adequado a determinado paciente, observando-se que há a sobreposição do medicamento previsto pelo médico do paciente em face da lista padronizada do SUS, o que não deveria ocorrer:

[...] a indústria farmacêutica, com o seu grande poder produtivo de investimento em novas tecnologias, vem apresentando novos produtos que nem sempre são incorporados pelo Sistema Único de Saúde. Tal questão fomenta uma grande discussão que envolve de um lado o interesse dos beneficiários que desejam ter acesso efetivo ao tratamento indicado pelo seu médico e do outro o interesse do sistema público de saúde administrado pelo gestor que deve, dentro dos parâmetros legais e normativos, promover a política mais adequada para a população. Nessa interface está o poder judiciário que deve tomar uma decisão de acordo com a demanda, observando não apenas o contexto legal, mas o caráter específico do setor saúde e suas políticas públicas existentes. (SIMÕES, 2015, p.86).

2.2 A ATUAÇÃO DO PODER JUDICIÁRIO COMO INSTRUMENTO DE REALIZAÇÃO DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS

A descrença populacional nos Poderes Legislativo e Executivo na formulação e efetivação das políticas públicas, fruto do descaso e inadequação na aplicação de verbas nos direitos fundamentais de segunda geração como saúde, educação entre outros garantidos positivamente pela Constituição de 1988, acabou por requerer maior demanda de ações pertinentes à saúde junto ao Poder Judiciário.

O Art. 196 da Constituição Federal nos traz a positivação da saúde, e a doutrina há muito se dedica a sua interpretação, o Ministro Gilmar Mendes, em sede de voto do Agravo de Instrumento, STA 175-Agr/CE, analisa a essência do artigo, frente às recorrentes tentativas do Estado em suspender Tutelas Antecipadas, Mandados de Seguranças entre outras medidas paliativas de resguardar os direitos expostos pela Constituição. Portanto, assim estabelece:

(1) "direitos de todos" e (2) "dever do Estado", (3) garantido mediante "políticas sociais e econômicas (4) que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos", (5) regido pelo princípio do "acesso universal e igualitário" (6) "às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

A garantia judicial da prestação individual da saúde, dimensão destacada pelo Ministro Celso de Mello – relator do AGR-RE 271.286-8/RS – ao reconhecer o direito à saúde como um direito público subjetivo, reduzindo a uma relação obrigacional entre o indivíduo e o Estado, estaria condicionada pelo binômio (razoabilidade da pretensão + disponibilidade financeira do Estado), sem afetar o funcionamento do SUS, a ser fundamentado de forma concreta em petição.

É possível identificar, na redação o referido artigo constitucional, tanto um direito individual quanto um direito coletivo à saúde. Dizer que a norma do artigo 196, por tratar de um direito social, consubstancia-se tão somente em norma programática, incapaz de produzir efeitos, apenas indicando diretrizes a serem observadas pelo poder público, significaria negar a força normativa da Constituição (STA 175-AGR/CE)

Está expresso, também, no Art. 196, o dever do Estado de desenvolver políticas públicas, portanto, temos o dever do estado na efetivação de políticas públicas a fim de garantir a redução do risco de doenças bem como o acesso

universal e igualitário às ações, fruto da inafastabilidade do judiciário. Porém, quanto à legitimação do Poder Judiciário em decidir tais demandas, por crítica se tem que o juiz possui apenas conhecimento da micro justiça, atingindo direitos de outrem ao determinar o cumprimento de ordem judicial, por não permitir manifestação da Administração pública, e, dentre a escassez de recursos públicos, há a necessidade de “tirar de muitos para um” (BARROS, 2021).

Argumentações contrárias às decisões versam sobre a repercussão econômica ocasionada pelas decisões, ademais, o Brasil país rico em recursos, crescente economia, e recentemente foco de eventos esportivos, um país com os maiores impostos do mundo e também com grande número de Políticos Corruptos, eleitos pelo povo que controversamente, veem ao Judiciário, órgão que na maioria são compostos por aprovados em concursos de provas e títulos ou nomeação, como é o caso dos ministros do STF, pelo Presidente da República, depois de aprovada a escolha pela maioria absoluta do Senado Federal, reivindicar por políticas públicas não executadas pelos eleitos no exercício da democracia.

Assim segue jurisprudência neste sentido:

Relativamente à possibilidade de intervenção do Poder Judiciário, reportou-se à decisão proferida na ADPF 45 MC/DF (DJU de 29.4.2004), acerca da legitimidade constitucional do controle e da intervenção do Poder Judiciário em tema de implementação de políticas públicas, quando configurada hipótese de injustificável inércia estatal ou de abusividade governamental. No que se refere à assertiva de que a decisão objeto desta suspensão invadiria competência administrativa da União e provocaria desordem em sua esfera, ao impor-lhe deveres que seriam do Estado e do Município, considerou-se que a decisão agravada teria deixado claro existirem casos na jurisprudência da Corte que afirmariam a responsabilidade solidária dos entes federados em matéria de saúde (RE 195192/RS, DJU de 31.3.2000 e RE 255627/RS, DJU de 23.2.2000). Salientou-se, ainda, que, quanto ao desenvolvimento prático desse tipo de responsabilidade solidária, deveria ser construído um modelo de cooperação e de coordenação de ações conjuntas por parte dos entes federativos. No ponto, observou-se que também será possível apreciar o tema da responsabilidade solidária no RE 566471/RN (DJE de 7.12.2007), que teve reconhecida a repercussão geral e no qual se discute a obrigatoriedade de o Poder Público fornecer medicamento de alto custo. Ademais, registrou-se estar em trâmite na Corte a Proposta de Súmula Vinculante 4, que propõe tornar vinculante o entendimento jurisprudencial a respeito da responsabilidade solidária dos entes da Federação no atendimento das ações de saúde. (STA 175-AGR/CE)

A maior instância do Poder Judiciário, o STF, que atua no controle concentrado de constitucionalidade, cujos membros são nomeados pelo Presidente da República sem proporcionalidade ou representatividade dos demais poderes, é mais sensível a tais críticas, detentor atualmente de maior representatividade, e maior visibilidade social, pois podem o Estado e a população acompanhar os votos de cada ministro que formam precedentes. Para Barroso (2007, p.91), “Na complexa ponderação aqui analisada, o que está em jogo, é o direito à vida e à saúde de uns versus o direito à vida e à saúde de outros”, considerando-se, ao final, que não há solução juridicamente fácil nem moralmente simples nessa questão.

As normas constitucionais deixaram de ser percebidas como integrantes de um documento estritamente político e passaram a desfrutar de aplicabilidade imediata por juízes e tribunais. A intervenção do Poder judiciário, mediante determinações à Administração Pública para que forneça gratuitamente medicamentos em uma variedade de hipóteses, procura realizar a promessa constitucional de prestação universalizada do serviço à saúde (BARROSO, 2021).

De forma a tornar as normas constitucionais aplicáveis direta e imediatamente, na extensão máxima de sua densidade normativa, temos a doutrina da efetividade, que se desenvolveu no âmbito de um movimento jurídico- acadêmico, que deu reconhecimento de força normativa às normas constitucionais. Essas, portanto são dotadas do atributo da imperatividade, de forma que, ocorrida a violação, o sistema constitucional e infraconstitucional deve prover meios para a tutela do direito ou bem jurídico afetado e restauração da ordem jurídica por meio da ação ou jurisdição. Em caso de conflito de normas de mesma hierarquia, cabe ao órgão competente ponderar os princípios e fatos relevantes, e não a subsunção do fato a uma regra determinada (BARROSO, 2007 p. 92).

A ideia de Estado Democrático de Direito é a síntese de constitucionalismo e de democracia. Constitucionalismo significa, em essência, limitação do poder e supremacia da lei. Democracia por sua vez, traduz-se em soberania popular e governo da maioria. Aduz-se que é um dever do Poder Judiciário resguardar o mínimo existencial de qualquer pessoa no cumprimento dos direitos fundamentais, independentemente de violação da competência da Administração Pública. Traduz o ministro Gilmar Mendes no seu voto proferido na STA 175-Agr/CE:

Ficou constatada a necessidade de se redimensionar a questão da judicialização do direito à saúde no Brasil. Isso porque, na maioria dos casos, a intervenção judicial não ocorre em razão de uma omissão absoluta em matéria de políticas públicas voltadas à proteção do direito à saúde, mas tendo em vista uma necessária determinação judicial para o cumprimento de políticas já estabelecidas. Portanto, não se cogita do problema da interferência judicial em âmbitos de livre apreciação ou de ampla discricionariedade de outros poderes quanto à formulação de políticas públicas.

Há uma falta de procedimentalidade das ações que postulam por políticas públicas, e muito se fala em reforma política, porém, há de se falar em racionalizar a judicialização, pois, ainda no voto, o Ministro Gilmar Mendes prolata:

Independentemente da hipótese levada à consideração do Poder Judiciário, as premissas analisadas deixam clara a necessidade de instrução das demandas de saúde para que não ocorra a produção padronizada de iniciais, contestações e sentenças, peças processuais que, muitas vezes, não contemplam as especificidades do caso concreto examinado, impedindo que o julgador concilie a dimensão subjetiva (individual e coletiva) com a dimensão objetiva do direito à saúde [...].

Desta forma, o Poder Judiciário, toda vez que possuir em mãos, pedidos de efetivação dos direitos fundamentais, deve conseguir analisar a macro e a micro justiça, a fim de, sempre que possível, conseguir conciliar as duas dimensões, visando a não prejudicar uns em detrimento de outros e garantir a realização dos direitos postulados, pois sua interferência se faz necessária em alguns casos.

2.3 INTERFERÊNCIA DO PODER JUDICIÁRIO EM RELAÇÃO À SAÚDE E AO FORNECIMENTO GRATUITO DE MEDICAMENTOS

A Constituição Federal traduz, em seu texto, a competência do Poder Judiciário de utilizar-se de todas as fontes do Direito para a garantia do Estado Democrático de Direito. Aduzem Gottöms e Siqueira, (2008, p.12) “que a evolução dos direitos fundamentais dá-se no sentido da busca pelo bem comum e na proteção integral da dignidade da pessoa humana”. Cabe então tão somente aos juízes ponderar os princípios constitucionais e direitos fundamentais que poderão estar contrapostos.

Dito de outra forma, o Brasil constitui-se em um Estado intervencionista e tem o dever, por mandamento constitucional, de intervir concretamente na realidade social para efetivar, concretizar, os direitos fundamentais. Estamos diante de um Estado prestacional, diverso do modelo liberal. (GOTTËMS, SIQUEIRA, 2008, p.12)

A condenação do Poder Público ao pagamento de tratamentos insensatos, dotados de sentimentalismo por parte dos julgadores, ao passo que se discute, ainda, qual ente federativo é competente para a prestação, melhor tradução aduz Machado (2010, p.9), pois vítimas da própria cura podem levar à não realização prática da Constituição, pois, segundo Vieira (2020): “Tais excessos e inconsistências põem em risco a própria continuidade das políticas de saúde pública, desorganizando a atividade administrativa e impedindo a alocação racional dos escassos recursos públicos” (VIEIRA, 2020).

Desta forma, Barroso, ainda como advogado, uma vez que, doravante nomeado Ministro do Supremo Tribunal Federal contextualiza:

O Judiciário não pode ser menos do que deve ser, deixando de tutelar direitos fundamentais que podem ser promovidos com a sua atuação. De outra parte, não deve querer ser mais do que pode ser, presumindo demais de si mesmo e, a pretexto de promover os direitos fundamentais de uns, causar grave lesão a direitos da mesma natureza de outros tantos. (BARROSO, 2007, p.91)

O Poder Judiciário deve sempre respeitar o Poder Legislativo na formulação das listas de medicamentos, fruto da sua competência em formular políticas públicas, pois suas decisões possuem caráter objetivo, dotados de informações, estatística, pesquisas sociais, ao passo que os magistrados possuem, em mãos, casos específicos e delimitados diante das pretensões dos autores, conforme prevê Silva; Santinho (2013, p. 5): “No âmbito do Poder Judiciário, as decisões são tomadas com base na íntima e pessoal convicção do juiz, segundo sua interpretação do ordenamento jurídico”.

Tendo em conta a aplicabilidade imediata dos direitos fundamentais, até porque envolve a busca permanente do princípio da dignidade da pessoa humana, o poder público encontra-se vinculado à observância dos direitos fundamentais nas suas diversas manifestações. Nesta esteira, deve o poder estatal tomar as providências necessárias no sentido de realizar os direitos fundamentais. (GOTTËMS, SIQUEIRA, 2008, p.15)

Ainda que possuam como característica a aplicabilidade imediata, pela Constituição Federal se tratar de norma programática, necessitam de normas infraconstitucionais para dar efetividade ao mandamento constitucional. O que se presume é a interferência paulatina e preventiva do Poder Judiciário, na condição de protetor da execução dos direitos fundamentais pelos demais Poderes, assegurando-se de que estes sejam efetivados, havendo interferências somente em casos excepcionais de negligência da prestação, havendo um equilíbrio nas funções determinadas aos Poderes (GOTTÊMS, SIQUEIRA, 2008; VIEIRA, 2020).

É exatamente o equilíbrio no fornecimento de políticas públicas o mais complexo, pois sendo essas, o planejamento para a execução dos serviços públicos suscita algumas tensões:

O ônus da democracia não é criar o consenso da maioria, mas buscar o atendimento aos interesses da totalidade dos cidadãos. Nessa tarefa, o administrador encontra várias dificuldades. Atentos aos limites desse trabalho, debruçamo-nos sobre três dificuldades surgidas na concretização das políticas públicas: **a tensão entre a reserva do possível e a garantia do mínimo existencial**; a tensão entre o princípio da separação de Poderes e a função contra majoritária; e a tensão entre a discricionariedade do administrador e a esperada eficiência de suas ações (SILVA; SANTINHO; 2013, p.3, grifo nosso).

A discussão existente quanto ao espaço do Poder Judiciário para discussão das matérias relativas aos direitos sociais de segunda geração, especificadamente a saúde, ganha força a partir do momento em que o Estado – como um complexo representativo dos três poderes – se escusa da prestação com fundamento na Reserva do Possível, conforme delineado no próximo capítulo, ao passo que o particular busca o cumprimento dos preceitos da Constituição a fim do “Mínimo Existencial”.

2.4 A RESERVA DO POSSÍVEL E A GARANTIA DO MÍNIMO EXISTENCIAL

É inegável a crescente judicialização do direito à saúde, sobretudo no que tange à integralidade da assistência terapêutica e à grande quantidade de condenações em face do Estado, os entes federativos têm aduzido, em juízo, argumentos de cunho econômico, como a reserva do possível e a teoria dos custos dos direitos para se eximirem de assegurá-lo.

Torres (1989) foi o primeiro, no Brasil, a debruçar-se sobre o tema da garantia do mínimo existencial, publicando um ensaio intitulado “O Mínimo Existencial e os Direitos Fundamentais” em uma Revista de Direito Administrativo. Na ótica pioneira do autor, existe um direito que não pode sofrer intervenção estatal e que exige prestações materiais positivas, um direito às condições mínimas de existência digna. A despeito dessa definição, Torres (1989, p.29) afirma que:

Carece o mínimo existencial de conteúdo específico. Abrange qualquer direito, ainda que originariamente não-fundamental (direito à saúde, à alimentação etc.), considerado em sua dimensão essencial e inalienável. Não é mensurável, por envolver mais os aspectos de qualidade que de quantidade, o que torna difícil estimá-lo, em sua região periférica, do máximo de utilidade (maximum welfare, Nutzen maximierung), que é princípio ligado à ideia de justiça e de redistribuição da riqueza social. Certamente esse mínimo existencial, “se o quisermos determinar precisamente, é uma incógnita muito variável”.

À vista disso, o autor registra a dificuldade de conceituar e compreender a amplitude do conteúdo do mínimo existencial, tanto é que vários autores, *a posteriori*, tentam defini-lo. Alguns o aproximam da dignidade humana, outros o associam às prestações estatais positivas.

Para Barcellos (2002, p. 258), a concepção do mínimo existencial está pautada em quatro elementos, sendo três de ordem material e um de ordem instrumental. Os três primeiros seriam formados pela educação fundamental, a saúde básica e a assistência aos desamparados; já o último, seria o acesso à justiça. Segundo a autora, esses pontos correspondem ao núcleo da dignidade da pessoa humana a que se atribui a perspectiva de direito subjetivo (RIBEIRO, 2021). Na concepção de Sarlet (2013, p.25), autor de várias obras sobre os Direitos Fundamentais, enfatiza que o mínimo existencial pode ser compreendido como um conjunto de prestações materiais indispensáveis para garantir, a cada indivíduo, uma vida condigna, constituindo-se em um verdadeiro núcleo essencial dos direitos fundamentais sociais. Contudo, o autor destaca que não se filia à tese de que o conteúdo da dignidade da pessoa humana equivale necessariamente ao núcleo essencial dos direitos fundamentais. De acordo com ele, pode ser que o conteúdo coincida, mas isso não é uma premissa básica. Nascimento (2013, p.40), ao explicar o entendimento de Sarlet, aduz que:

Justamente por considerar a dignidade, conceito indeterminado, como germe do mínimo existencial, afirma o autor que ele não pode ser definido a priori. Somente o caso concreto dirá quando se está diante de mínimo existencial ou não. Nesse caso, estando-se diante do mínimo existencial, segundo ele, caberia a intervenção judicial para garantir a vida digna da pessoa, ultrapassando-se a omissão legislativa e/ou administrativa.

Não obstante das divergências doutrinárias sobre o conceito de mínimo existencial e o seu conteúdo, cumpre esclarecer que não se desconhece o fato de que os direitos possuem custos e que eles demandam, majoritariamente, uma atuação positiva do Estado visando assegurá-los. Nesse sentido, Galdino (2001, p.391) critica o que ele chama de senso comum do pensamento jurídico brasileiro, em que os juristas olvidam que os direitos fundamentais requerem uma atuação positiva do Estado e, assim, possuem custos. Contudo, salienta-se que, não obstante os direitos sociais impliquem custos para o Poder Público, o núcleo de alguns direitos basilares precisa ser assegurado a fim de que os demais possam ser satisfeitos. O direito à saúde, é um direito social fundamental e indissociável do primordial direito à vida (RIBEIRO, 2021).

Braga (2017, p. 378) aponta que, quanto ao direito à saúde, a questão dos custos é dramática, porquanto a inovação tecnológica acaba por tornar obsoletos, em pouco tempo, os equipamentos ou tecnologias de saúde. Com efeito, o avanço das tecnologias de saúde enseja diversos pleitos de medicamentos que ainda não foram incorporados na política de assistência farmacêutica.

Logo, “passa a ter significativo relevo o tema da ‘reserva do possível’, especialmente ao evidenciar a “escassez dos recursos” e a necessidade de se fazerem escolhas alocativas” (MENDES; BRANCO, 2017, p. 676). Dessa forma, uma das objeções mais contundentes da garantia do mínimo existencial e do fornecimento de fármacos pelo Poder Público se refere à aplicação dessa teoria, o que resultou de uma decisão do Tribunal Constitucional alemão segundo o qual, ao apreciar uma questão relacionada à quantidade de vagas em uma universidade pública, entendeu que, como a efetivação dos direitos sociais – no caso apreciado, educação – impõe ao Estado uma atuação precipuamente positiva, é imprescindível a presença de recursos orçamentários para garanti-los, sendo concedido pelo Estado apenas aquilo que ele pode arcar (BRAGA, 2017, p.375; RIBEIRO, 2021).

Esse conceito encontra respaldo na escassez dos recursos financeiros e, de acordo com Scaff (2013, p. 151), pode ser traduzida, em uma visão econômica, com o fato de que “todo orçamento possui um limite que deve ser utilizado de acordo com exigências de harmonização econômica geral”. A finitude dos recursos públicos é, assim, objeção genérica e marcante do Estado na ausência de implementação dos direitos sociais estabelecidos pela CF/88. Isto posto, a efetividade dos direitos sociais estaria dependente da disponibilidade de recursos financeiros do Estado. Conforme o entendimento de Lima e Ferreira (2010, p.112), os adeptos dessa teoria aduzem que:

(...) a efetividade do direito em questão só será garantida quando o Poder Público possuir recursos suficientes. A efetividade do direito fundamental à saúde fica condicionada à reserva do possível. Em outras palavras, poder-se-ia afirmar que, segundo essa teoria, o Estado não teria o ônus de sempre garantir o amplo acesso dos cidadãos à saúde, mas “apenas” quando dispusesse de recursos suficientes para tanto.

Dessa forma, a aplicabilidade imediata e a eficácia plena do direito à saúde estão condicionadas aos limites dos recursos públicos. Nesse diapasão, é importante salientar as considerações de Torres (2009, p. 96), que estabelece uma diferenciação entre a reserva do possível e a reserva orçamentária.

De acordo com o entendimento desse autor, a reserva orçamentária equivale à necessidade de obediência das regras de direito orçamentário, de forma que se não houver dotação orçamentária, a eventual abertura de créditos adicionais compete à Administração e ao Legislativo, sendo papel do Judiciário apenas o reconhecimento da garantia do mínimo existencial. Assim, tem-se uma clara separação das atividades dos três poderes e, simultaneamente, adota-se uma posição intermediária quanto à concretização de direitos (RIBEIRO, 2021).

Amaral (2011, p.85), acerca dessa diferenciação de Torres, aduz que a “reserva do possível” perdeu seu sentido originário ao chegar ao Brasil, tendo sido criada uma “reserva do possível fática” em contraste com a “reserva do orçamento”. Isso se deve ao fato de que a teoria é utilizada no Brasil como sinônimo de ausência de recursos. Quanto ao tema, Barcellos (2018, p.491) explica que a reserva do possível possui, ao menos, duas espécies, sendo a primeira delas identificada como uma reserva do possível fática. Essa estaria associada à ausência fática de

recursos, algo semelhante à exaustão orçamentária. A segunda, por sua vez, seria a reserva do possível jurídica, pela qual se teria a inexistência orçamentária para determinado gasto específico.

Nesse cenário, Torres (2009, p.110) acentua que “como o dinheiro público é inesgotável, pois o Estado sempre pode extrair mais recursos da sociedade, segue-se que há permanentemente a possibilidade fática de garantia de direitos”. Desse modo, de acordo com o autor, seria impossível a reserva do possível fática. Além disso, é importante destacar que o argumento da ausência de recursos não pode ser utilizado de maneira indiscriminada para obstar a efetivação dos direitos fundamentais, sobretudo o direito à saúde. Silva e Santinho (2013, p. 147), ao analisarem o tema destacam que:

É preciso, pois, reconhecer que o princípio da reserva do possível fática tem grande força retórico-argumentativa na defesa do Estado, o que, evidentemente, enfraquece a efetividade dos direitos sociais, dado que o orçamento público não tem condições de atender aos vultosos volumes de recursos necessários para atender a todas as demandas de sociedade.

Em verdade, a possível insuficiência de recursos financeiros do Estado não deve ser utilizada de forma genérica para justificar a omissão do Poder Público em programar as políticas públicas necessárias para a efetivação dos direitos fundamentais, principalmente os de cunho social (STJ, 2010; RIBEIRO, 2021). Não obstante, os grandes impasses envolvendo a judicialização da saúde, como as restrições de cunho orçamentário, há uma grande tendência jurisprudencial em materializar a proteção da saúde em consonância com a proteção ao mínimo existencial, que compreende a garantia dos elementares direitos à vida e a uma existência digna. Nesse sentido, Canotilho (2003, p.100) aduz que:

(...) se tem sido geralmente admitido que, na esfera da garantia do mínimo existencial, há um direito subjetivo definitivo às prestações que lhe são inerentes, ou seja, que eventual obstáculo de ordem financeira e orçamentária deverá ceder ou ser removido, inclusive mediante a realocação de recursos, fixação de prioridades, ou mesmo outras medidas, também — e neste caso com mais razão ainda — não se poderá pretender suprimir ou esvaziar, pelo menos não aquém do mínimo existencial, a concretização já levada a efeito dos direitos sociais.

Nessa circunstância, há uma forte crítica de que a definição de alocação de recursos financeiros e a fixação de prioridades, por serem decisões de cunho político, não são de competência do Judiciário. Dessa forma, a judicialização da saúde, resultante do protagonismo desse poder, estaria extrapolando o âmbito de suas competências (NOBRE, 2011, p. 364). Sucede que as jurisprudências recentes dos Tribunais Superiores assentaram que as limitações incidentes na garantia de direitos sociais, seja por alegada afronta à reserva do possível ou ao princípio da separação dos poderes, não impede a reivindicação da materialização do acesso à saúde pela via judicial (STJ, 2018).

Assim, a garantia do mínimo existencial assegura um núcleo básico de direitos que devem ser satisfeitos pelo poder público, dentre eles inclui-se o direito à saúde e, por consequência, o direito ao acesso a medicamentos. Todavia, esse conteúdo mínimo deve ser materializado em consonância com o economicamente razoável. Assim, as ponderações da reserva do possível são importantes, mas não podem ser realizadas de forma genérica, porquanto constituiria um verdadeiro óbice à efetivação de qualquer direito social.

3 A DEFENSORIA PÚBLICA

A Defensoria Pública é uma proposta inserida no Sistema de Justiça que visa ampliar o acesso à justiça. É uma instituição que promove a cidadania, garantindo a prevalência do bem comum através de seus princípios e objetivos institucionais, que concretizam o efetivo acesso à justiça da população hipossuficiente. Desse modo, percebe-se a importância da instituição na efetivação e garantia dos direitos fundamentais, democratizando o acesso ao Poder Judiciário, efetivando todos os direitos inerentes à pessoa humana e exercendo papel essencial no efetivo amparo estatal.

Dessa forma, observa-se, segundo Motta (2007, apud ROLIM, 2019, p.57), que:

Os atores jurídicos passam a exercer ações de relevância para os campos político e social, contudo, agindo diferente dos movimentos sociais e partidos políticos, que agem com viés ideológico, os operadores do direito vêm exercendo uma representação mais funcional, e, por essa representação, observa-se a crescente demanda dos cidadãos a buscar o Ministério Público, os Juizados Especiais e, de maneira mais importante, a Defensoria Pública, almejando sempre a solução de conflitos e efetividade dos seus direitos sociais.

À vista disso, percebe-se que a atuação firme e organizada da instituição Defensoria Pública em todo o Brasil permitiu a efetiva inclusão de muitos cidadãos que dependem do Sistema Único de Saúde (SUS) para o acesso à saúde. O direito à saúde se tornou um dos principais desafios atuais do Brasil para a efetivação dos direitos sociais dos cidadãos. Esse problema se torna ainda mais impactante quando se trata da população de baixa renda, público-alvo da Defensoria Pública. (OUVERNEY, 2016, p.194).

A Defensoria Pública assume importante papel de articulação entre as demandas individuais que lhe são postas e a essencial colaboração para o desenvolvimento e reestruturação do SUS. A propensão para impor soluções institucionais e desenvolver com outros atores sociais é meio essencial para encarar os empecilhos que se apresentam. Com isso, é importante destacar que a Defensoria, conforme explana SANT'ANA (2013, p. 440):

Proporcionou acesso real aos serviços de saúde a usuários do SUS que, apesar da formal atribuição de um direito constitucional à saúde, não conseguiam acessar serviços essenciais para resguardar sua saúde ou até sua vida. Assim, também na saúde, a Defensoria Pública é instrumento de empoderamento do cidadão carente e precursor de anseios sociais.

Para tanto, a Defensoria – por meio de sua atuação essencial e de forma organizada – pôde conceder uma efetiva inclusão social para muitos cidadãos que não têm o mínimo de informação técnica, nem mesmo condições financeiras para lidar com a escassez do serviço de saúde pública no país.

3.1 A DEFENSORIA PÚBLICA E O ACESSO À JUSTIÇA

No sistema judiciário brasileiro, existem órgãos que atuam em nível federal e estadual. Na esfera federal, o Poder Judiciário inclui as seguintes unidades: Tribunais Federais (tribunais de jurisdição geral) – incluindo os Juizados Especiais Federais – e os Juizados Especiais – compostos pela Justiça do Trabalho, Justiça Eleitoral e Justiça Militar. A organização dos Tribunais estaduais, que inclui varas cíveis e criminais de pequeno porte, é atribuição de cada um dos estados brasileiros e do Distrito Federal. As Defensorias Públicas estaduais atuam no âmbito da Justiça Estadual e a Defensoria Pública Federal atua no âmbito da Justiça Federal. O artigo 5º da Constituição Federal CF/88 relaciona os direitos individuais e o papel dos defensores públicos na garantia do acesso à justiça. A Defensoria Pública é regida pela Lei Complementar nº 80 de 1994, que estabelece as regras de sua organização nos estados. Esta lei foi alterada pela Lei Complementar nº 132 de 2009, que regulamentou as alterações decorrentes da Emenda Constitucional (EC) nº 45 de 2004, que garantiu a independência das Defensorias Públicas estaduais.

A CF de 1988 dispõe de assistência jurídica integral aos que dela necessitem (art. 5º LXXIV) e também eleva a Defensoria Pública à instituição indispensável ao exercício da função jurisdicional do Estado, ao qual compete prover o devido aconselhamento jurídico e a defesa em todos os níveis de necessidade (art. 134). Com o retorno à democracia, a CF atribuiu à Defensoria Pública o papel de fiador do acesso à justiça para toda a população.

No processo de ampliação do acesso à justiça no Brasil, a expansão do Poder Judiciário deu-se em três fases. A primeira onda de expansão do Poder

Judiciário brasileiro, ocorrida entre 1930 e 1940, foi impulsionada por uma tendência mais profunda e duradoura da política brasileira – a de desconfiança nas instituições representativas políticas e na capacidade do regime democrático de atender às necessidades da sociedade (ARANTES, 2007, p. 104).

A segunda, na década de 1970, viu a responsabilidade pela defesa dos interesses difusos e coletivos perante o Poder Judiciário ser atribuída ao Ministério Público Estadual, como órgão do Estado.

A terceira viu a CF/88 se consolidar como instrumento de efetivação da justiça social e promoção de direitos, incorporando valores de igualdade social, econômica e cultural ao mesmo tempo em que consolidava a ampliação do sistema de justiça para a proteção dos direitos coletivos, e também amplia acesso à justiça, especialmente por meio de inovações na estrutura judicial.

Os primeiros sinais da Defensoria Pública no Brasil surgiram no contexto da ditadura, mas só se desenvolveu de forma sistemática após a promulgação da CF de 1988, quando a democracia voltou ao Brasil e a outros países latino-americanos. A partir dessa fase, a Defensoria Pública passou a ser considerada imprescindível como fiadora de direitos e garantia de acesso à justiça (BRASIL, 2018).

Atualmente, a Defensoria Pública é instituída por lei como permanente e indispensável à função jurisdicional do Estado e como instrumento de democracia, incumbida não só de oferecer assistência jurídica e defesa gratuita a quem dela necessite, mas também de promoção individual e coletiva, e defesa de direitos em todas as instâncias judiciais e extrajudiciais (MADEIRA, 2014).

A Emenda Constitucional (EC) n° 80, de 4 de junho de 2014 também se aplica aos Defensores do artigo 93 da CF de 1998, estendendo à instituição a iniciativa de lei de criação de cargos e correção de remuneração, além da equivalência constitucional em relação à política de remuneração das carreiras no judiciário e o gabinete do procurador. O texto deixa claro que confere, à Defensoria Pública, a defesa dos direitos individuais e coletivos, em todas as utilizadas, judicial e extrajudicial, de forma plena e gratuita.

A EC nº 80/2014 também cria um prazo de oito anos para que a União, os Estados e o Distrito Federal garantam que todas as unidades jurisdicionais do país tenham defensorias públicas, priorizando as regiões com maiores índices de exclusão social e populacional.

A Lei Complementar (LC) nº 80, de 1994, organiza a Defensoria Pública da União, do Distrito Federal e dos Territórios e Conselho como normas gerais de organização dos órgãos nos Estados. Após a aprovação da Lei Federal nº 11.448/2007, a Defensoria Pública foi incluída entre as instituições que têm legitimidade para a ação civil na Lei Federal nº 7.347, de 1985.

Os princípios institucionais de unidade, indivisibilidade e independência funcional são garantidos por lei. Além disso, certos objetivos estabelecem a atuação da Defensoria Pública como um instrumento da democracia, tais como o primado da dignidade do homem, a redução das desigualdades, a afirmação do Estado Democrático de Direito e a garantia efetiva dos direitos humanos e dos princípios constitucionais de defesa legal. Essas novas funções foram acrescentadas pelo artigo 4º da LC 132/2009.

Atualmente, as Defensorias Públicas estaduais têm maior independência do que a Defensoria Pública do governo federal. O artigo 6º da CF de 1988 prescreve que o Presidente do Brasil deve escolher o Defensor Público federal, e o artigo 99 prescreve que a escolha dos Defensores Públicos estaduais deve ser feita pelos governadores dos estados. Essas escolhas são feitas a partir de uma lista de funcionários cujos nomes são escolhidos pelo conselho da defensoria pública por meio de voto secreto.

Com a EC nº 45 de 2004, a Defensoria Pública federal passou a ter conselho próprio, sendo criados também conselhos estaduais. Esses conselhos devem ser os mais altos órgãos normativos e de tomada de decisão de suas instituições.

Em relação à segurança de carreira, os defensores públicos – como juízes e promotores – são funcionalmente independentes em suas funções, inclusive em seus mandatos, não havendo possibilidade de redução salarial. A lei que rege a Defensoria Pública prevê a concorrência no preenchimento de cargos, define a composição do conselho e estabelece a independência funcional e administrativa da instituição.

3.2 A DEFENSORIA PÚBLICA E A GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE

A Defensoria Pública tem previsão legal inicialmente no artigo 134 da CF de 1988, e tem como papel prestar assistência jurídica aos hipossuficientes:

Art. 134. A Defensoria Pública é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe, como expressão e instrumento do regime democrático, fundamentalmente, a orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos, de forma integral e gratuita, aos necessitados, na forma do inciso LXXIV do art. 5º desta Constituição Federal.

§ 2º Às Defensorias Públicas Estaduais são asseguradas autonomia funcional e administrativa e a iniciativa de sua proposta orçamentária dentro dos limites estabelecidos na lei de diretrizes orçamentárias e subordinação ao disposto no art. 99, § 2º .

O gozo do direito à saúde pelos pacientes hipossuficientes é uma das maiores questões humanitárias e delicadas a se tratar atualmente. Desde meados dos anos 90, com a normatização dos planos de saúde por intermédio da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, tornou-se clara a separação entre indivíduos de classe alta, média e baixa.

Nas palavras de Souza (2015, p.306):

[...] as debilidades no funcionamento das instituições públicas de saúde se afinam com a desigualdade social, reproduzindo-a, o que significa que na prática elas contradizem os preceitos constitucionais pelos quais o Sistema Único de Saúde, o SUS, foi criado, não favorecendo a proposta idealizada em seu bojo de propiciar cidadania inclusiva e igualitária.

A Defensoria Pública tem um papel de extrema relevância, mesmo que com seus recursos limitados, tem ganhado destaque quanto às garantias dos direitos em geral aos hipossuficientes. No contexto Estadual, a Defensoria Pública do Estado (DPE) atende diariamente a pacientes que se esforçam para se valer dos direitos, através do início do procedimento da assistência gratuita do âmbito da saúde.

Ademais, não resta dúvida que a atuação da DPE é de tamanha importância para os pacientes que sofrem com doenças que necessitam de medicamentos de alto custo e que são hipossuficientes.

Nas ações relacionadas à saúde, a decisão quanto ao ajuizamento ou não de ação judicial depende do Defensor Público e está atrelada, na maioria das vezes, à

existência de laudo médico comprovando que aquele pleito é de urgência, caso a parte assistida o tenha será feita a ação judicial, caso não o tenha, caberá ao Defensor avaliar o caso através de outros elementos. A respeito da importância do laudo médico constando a urgência da demanda, seguem os seguintes julgados:

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO CÍVEL PÚBLICA COM PEDIDO DE ANTECIPAÇÃO DE TUTELA. PRELIMINARES. (1) CERCEAMENTO DE DEFESA. NÃO OCORRÊNCIA. (2) ILEGITIMIDADE PASSIVA E CHAMAMENTO DA UNIÃO À LIDE. REJEIÇÃO. DEVER DE TODOS ENTES PÚBLICOS. (3) AUSÊNCIA DE INTERESSE PROCESSUAL. NÃO OCORRÊNCIA. MEDICAMENTO NECESSÁRIO PARA A PATOLOGIA. **MÉRITO.** FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO. LUCENTIS (RANIBIZUMABE) OU EYLIA (AFLIBERCEPT). PROCEDÊNCIA EM PRIMEIRO GRAU. IRRESIGNAÇÃO DO ESTADO. DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE. DEVER DO ESTADO. **RESP REPETITIVO Nº 1.657.156/RJ (TEMA 106 DO STJ).** INAPLICABILIDADE. MEDICAMENTO INCORPORADO AO SUS (EYLIA/AFLIBERCEPT). IMPRESCINDIBILIDADE DO MEDICAMENTO. COMPROVAÇÃO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. **DESPROVIMENTO.** A despeito da argumentação do recorrente, não vislumbro qualquer cerceamento de defesa, já que em casos dessa natureza, inexistem razões que maculem ou ponham em dúvida os documentos médicos apresentados pelo profissional da saúde que acompanha o tratamento da parte autora, ressoando nítida a desnecessidade da produção de outras provas, pelo que o feito estava apto a ser julgado antecipadamente. (TJ-PB – AC: 08004078820218150051, Relator: Des. Marcos William de Oliveira, Data de Julgamento: 13/10/2022, 3ª Câmara Cível)

APELAÇÃO CÍVEL E REMESSA NECESSÁRIA. DIREITO À SAÚDE. DEVER DO ESTADO. CONSULTA NEUROLÓGICA PEDIÁTRICA. HIDROCEFALIA. HONORÁRIOS DE SUCUMBÊNCIA. DISTRITO FEDERAL. DEFENSORIA PÚBLICA. IMPOSSIBILIDADE. SÚMULA 421 DO STJ. 1. A inviolabilidade do direito à vida é garantida, aos brasileiros e residentes no país, pelo artigo 5º da Constituição Federal, no capítulo dos direitos e garantias fundamentais. Outrossim, constitui dever do Estado, segundo normatização estabelecida no art. 196, da Carta Magna, garantir a saúde a todos os cidadãos brasileiros ou mesmo aos estrangeiros residentes no país. 2. Comprovado por meio de relatório médico que o paciente necessita de consulta médica de urgência, sob pena de comprometimento de sua saúde e integridade física, o Estado tem a obrigação constitucional de fornecer o atendimento adequado. 3. É incabível a condenação do réu sucumbente (Distrito Federal) a pagar honorários advocatícios à Defensoria Pública do Distrito Federal, na qualidade de patrona da parte autora, ante o teor da Súmula 421 do STJ. 4. Reexame necessário conhecido e parcialmente provido. Apelação conhecida e provida. (Acórdão 1239714, 07012131320198070018, Relator: ANA CANTARINO, 5ª Turma Cível, data de julgamento: 25/3/2020, publicado no PJe: 2/4/2020. Pág.: Sem Página Cadastrada.

Também é necessário provar o direito líquido e certo do assistido, posta a situação fática que aflige e ameaça o direito à vida e à saúde do (a) impetrante, impende abordar o direito sanitário sob a ótica da legislação vigente.

O direito à medicação demonstrada no Laudo Médico e demais documentos que instruem a maioria das petições iniciais, os quais indicam a necessidade e a imprescindibilidade do fármaco, bem como pelas normas supracitadas, extraídas do ordenamento jurídico pátrio, posto que compete à Secretaria de Saúde do Estado a obrigação de dispensá-lo, com urgência, para o tratamento adequado.

Resta demonstrar que o requisito genérico da “verossimilhança” versa sobre o confronto entre o direito fundamental, líquido e certo à saúde e a abusividade e inconstitucionalidade que repousam sobre a omissão do Secretário Estadual de Saúde em ofertar o tratamento adequado para a enfermidade, necessária à manutenção da vida e à restituição da qualidade daquela, sendo a doença progressiva e debilitante.

Quanto ao dever e não faculdade da Administração Pública disponibilizar o tratamento adequado, tem assim decidido o Tribunal Pátrio:

MANDADO DE SEGURANÇA. NEGATIVA DE FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO. DIREITO À SAÚDE. TEMA 106 DO STF OBSERVADO. CONCESSÃO DA ORDEM. I- O fornecimento gratuito de tratamentos e medicamentos necessários à saúde de pessoas hipossuficientes é obrigação solidária de todos os entes federativos, podendo ser pleiteado de qualquer deles, União, Estados, Distrito Federal ou Municípios. II – A demonstração do direito líquido e certo se faz diante da apresentação do relatório/parecer médico acompanhado dos exames laboratoriais, os quais mostram-se suficientes a comprovar a gravidade da enfermidade da paciente e a excepcional eficácia do tratamento indicado (Tema 106/STJ), atendendo os requisitos da prova pré-constituída e o ato omissivo de negativa da dispensação do medicamento solicitado. III – Para assegurar o controle administrativo fica condicionada a dispensação do medicamento à apresentação, pela paciente, de relatório médico (Enunciado 2 CNJ), bem como a possibilidade de aquisição do medicamento requestado pelo princípio ativo (Enunciado 15 CNJ). SEGURANÇA CONCEDIDA.

(TJGO, PROCESSO CÍVEL E DO TRABALHO -> Processo de Conhecimento -> Procedimento de Conhecimento -> Procedimentos Especiais -> Procedimentos Regidos por Outros Códigos, Leis Esparsas e Regimentos -> Mandado de Segurança Cível 5654894-62.2020.8.09.0000, Rel. Des. LUIZ EDUARDO DE SOUSA, 1ª Câmara Cível, julgado em 08/04/2021, DJe de 08/04/2021).

Portanto, à luz da legislação vigente, seja de natureza constitucional ou infraconstitucional, bem como o firme posicionamento jurisprudencial, constitui direito líquido e certo o fornecimento da medicação.

Diante do exposto, a Defensoria Pública deve cumprir o que a CF de 1988 estabelece, promovendo os direitos humanos e defendendo judicial e extrajudicialmente os direitos individuais e coletivos de maneira gratuita aos necessitados.

3.3 O EXERCÍCIO DA DEFENSORIA PÚBLICA NA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E A FALTA DE MEDICAMENTOS

A maioria dos medicamentos solicitados à Justiça não está incorporada ao SUS, embora haja uma alternativa terapêutica disponível. Há associação entre a classe de medicamentos reivindicada e sua presença na RENAME, com baixa adesão dos prescritores aos medicamentos incluídos nos componentes da assistência farmacêutica e predominância de medicamentos prescritos não incluídos na RENAME por médicos vinculados a instituições filantrópicas e privadas.

Uma das hipóteses que justifica esse panorama heterogêneo é que a judicialização da saúde apresenta diferenças regionais relevantes que se refletem nos sistemas de saúde e de justiça. Portanto, nos estados em que o maior número de ações judiciais é para medicamentos incluídos na política nacional, pode haver falhas na gestão da atenção farmacêutica, enquanto naqueles em que as solicitações são principalmente para medicamentos fora das listas oficiais, a política funciona bem, e só chega à Justiça, o que não é fornecido ao cidadão por ainda não estar disponível no SUS (CNJ/BRASIL, 2019a).

Outra possibilidade para a judicialização de medicamentos ainda não disponíveis no SUS é que há demora na incorporação de tecnologias, bem como falta de critérios técnicos e transparência no processo de incorporação (OSORIO DE CASTRO et al., 2018). No entanto, uma análise que comparou as edições da RENAME publicadas de 2000 a 2014 observou um aumento do número de medicamentos nas edições publicadas após 2012, sem a esperada diminuição da judicialização e da pressão pela incorporação tecnológica de produtos inovadores, que, ao contrário, aumentaram nos últimos anos (YAMAUTI et al., 2017).

No Brasil, a criação do Departamento de Avaliação de Medicamentos Não Padronizados (DAMNP) e da Câmara Técnica de Avaliação em Saúde (CATS) foram estratégias implantadas pelo estado de Goiás. O DAMNP foi um departamento criado pelo Poder Executivo em 2006 para analisar, exclusivamente, a racionalidade técnico-científica dos medicamentos solicitados pelos usuários do sistema público de saúde por meio de um processo administrativo que possui uma receita e um relatório médico. A análise técnica foi realizada por farmacêuticos que avaliaram as demandas de acordo com as normas das políticas e legislação nacional. Quando o medicamento solicitado estava fora do formulário do SUS, os farmacêuticos sugeriram sua substituição por uma das listas oficiais do SUS. Essa estratégia foi responsável por estabelecer protocolos de acesso a medicamentos pelo poder executivo e, quando necessário, pela inclusão ou exclusão de medicamentos nas listas oficiais do SUS (GOIÂNIA, 2013).

A RENAME sofreu alterações em seu processo de elaboração, passando de uma lista baseada no conceito de essencialidade nas edições de 1998 a 2010, para uma relação positiva de medicamentos cobertos pelo SUS a partir de 2012, com a publicação da lei nº 12.401/2011 e decreto 7.508/2011, que regulamentou o conceito de integralidade no SUS e trouxe mudanças no processo de incorporação de tecnologia (VASCONCELOS et al., 2017; YAMAUTI et al., 2017).

Embora a maioria dos fármacos solicitados judicialmente não estejam incluídos na RENAME, uma porcentagem considerável destes já foi incorporada pela mesma política, tal como o Ranibizumabe (Lucentis®), que recentemente foi incorporado nesta lista pela Portaria SCTIE/MS nº 18, de 7 de maio de 2021 e não dispensando a propositura de processo judicial para sua aquisição, visto que envolve uma conjuntura complexa, que vai desde a aquisição à aplicação do medicamento em clínica especializada e profissional capacitado, o que demanda um alto custo para a administração pública (BRASIL 2021).

Os medicamentos constituem um dos pilares de qualquer sistema de saúde, já que a maior parte das doenças são tratadas por estes, a exemplo do fármaco (Lucentis®). Trata-se de uma solução injetável que também pode ser utilizada para tratar o Edema Macular Diabético (EMD) e o bloqueio das veias da retina, que podem causar diminuição da visão. Atualmente, a eficácia do Lucentis® para EMD é inquestionável, uma vez que muitos estudos indicaram uma validade clara com seu uso corroborado por protocolos médico-farmacêuticos (KANADANI et al, 2018).

3.4 A DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DA PARAÍBA

Conforme disciplinado no artigo 5º da CF/88, a assistência jurídica integral e gratuita aos hipossuficientes é direito e garantia fundamental, devendo ser concretizado através da atuação da Defensoria Pública. A Defensoria Pública do Estado da Paraíba pratica os próprios atos que são decorrentes das competências definidas no artigo 37 da Lei Complementar Estadual nº 104, de 23 de maio de 2012.

Art. 37. Aos defensores Públicos, no desempenho de suas funções, observado o disposto no art. 5º desta Lei Complementar, caberá: I – cumprir suas atribuições de modo a alcançar a mais ampla defesa jurídica, valendo-se dos meios necessários para agilizar a solução dos conflitos; II – acompanhar e impulsionar os processos judiciais e administrativos, comparecendo a todos os atos processuais que exijam a sua presença; III – esgotar todas as instâncias recursais judiciais e administrativas possíveis no caso concreto, salvo se houver motivo justificado. (Brasil, Lei Complementar Estadual nº 104, de 23 de maio de 2012)

Assim, a Defensoria Pública do Estado da Paraíba cumpre esse dever de assistência jurídica às pessoas mais necessitadas, residentes e domiciliadas nos 223 municípios do Estado, atendendo às demandas nas áreas de competência da Justiça Estadual. A instituição detém legitimidade para promover a atuação em diversas áreas e espécies de ações, atendendo, de forma ampla, às pessoas hipossuficientes.

3.4.1 Evolução histórica da Defensoria Pública do Estado da Paraíba

A assistência judiciária na Paraíba teve início com a Lei Estadual nº 2.067/59, que criou os cargos da Advocacia de Ofício, época em que os advogados atuavam apenas em João Pessoa e Campina Grande. Esses advogados estavam relacionados com órgãos do judiciário, executivo e do Ministério Público (OLIVEIRA; DINIZ; EUFRÁSIO, 2014).

Em 1980, com a Lei nº 4.192, criou-se a Procuradoria Geral do Estado, Órgão do Poder Executivo Estadual, que funcionava como Coordenadoria de Assistência Judiciária. Em 1985, com a Lei Estadual nº 4.683, houve a implementação da figura

do Defensor Público, que eram os antigos assistentes jurídicos, além do órgão da Procuradoria do Estado da Paraíba (PARAÍBA, 2022).

A Constituição Estadual de 1989 alterou o nome do Órgão para Procuradoria Geral da Defensoria Pública – PGDP, atendendo assim às normas constitucionais, conforme determinação contida no artigo 24, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT. Em âmbito nacional, foi aprovada, em 1994, a primeira Lei Orgânica Nacional da Defensoria Pública, LC nº 80/1994, consolidada pela LC nº 132/2009, que estabeleceu um prazo de 180 dias para que os Estados da Federação implantassem suas Defensorias Públicas de acordo com a CF/88 (PARAÍBA, 2022).

No entanto, somente em 2002, houve a regulamentação da Defensoria Pública do Estado da Paraíba, através da LC nº 39 de 2002. Essa Lei foi revogada pela atual Lei Complementar Estadual 104 de 23 de maio de 2012 (PARAÍBA, 2022).

Através da Lei Complementar Estadual 104/2012 a Defensoria Pública da Paraíba obteve uma maior garantia do exercício dos preceitos constitucionais, trazendo mais segurança tanto para o regime jurídico da carreira de Defensor Público do Estado, quanto para a organização e a estruturação do órgão, possibilitando uma eficaz assistência jurídica aos mais vulneráveis.

3.4.2 Estrutura e atuação funcional da Defensoria Pública no Estado da Paraíba

De acordo com a Pesquisa Nacional da Defensoria Pública (2021), a estrutura e atuação funcional da Defensoria é dividida em quatro categorias, a saber: a de Defensores(as) Públicos(as) de todas as classes; os Servidores(as) efetivos e extraquadros; Residentes bacharéis em Direito e os Estagiários(as) bolsistas e voluntários, de acordo com a Lei nº 11.788/2008.

No Estado da Paraíba, até o ano de 2021, a Defensoria Pública dispunha de um quadro de 219 Defensores(as) Públicos(as). De acordo com análise histórica, esse número diminuiu em relação ao ano de 2003, quando possuía 340 membros. Considerando a estimativa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas – IBGE (2020) da população residente no Estado da Paraíba de 4.039.277, no âmbito da justiça estadual, o ente dispõe de um Defensor Público para cada 18.444 habitantes (DEFENSORIA PÚBLICA, 2021).

De acordo com o Relatório do biênio 2019-2020 da Defensoria Pública do Estado da Paraíba (2020), a instituição dispõe de seis Núcleos Regionais de Atendimento, que estão localizados nas cidades de Cajazeiras, Sousa, Patos, Campina Grande, Guarabira e João Pessoa. O Estado dispõe também de cinco sedes de atendimento, nas cidades de Princesa Isabel, Picuí, Sapé, Conde e Cabedelo.

Além desses pontos de atendimento no Estado, a Defensoria ainda realiza atendimentos dentro dos fóruns de 38 cidades, a saber: Conceição; São José de Piranhas; São João do Rio do Peixe; Piancó; Pombal; Água Branca; Catolé do Rocha; Monteiro; Sumé; Serra Branca; Santa Luiza; Juazeirinho; Soledade; Pocinhos; Boqueirão; Queimadas; Cuité; Remígio; Esperança; Umbuzeiro; Alagoa Nova; Alagoa Grande; Areia; Alagoinha; Ingá; Itabaiana; Gurinhém; Solânea; Bananeiras; Belém; Pedras de Fogo; Caaporã; Alhandra; Bayeux; Santa Rita; Rio Tinto; Maranguape e Jacaraú.

De acordo com a Pesquisa Nacional da Defensoria Pública (2021), existem mais de 4 milhões de habitantes no Estado da Paraíba que possuem requisitos mínimos e condições para o acesso aos serviços de assistência jurídica disponíveis através da Defensoria Pública. Observa-se assim que, no Estado da Paraíba, existe uma atuação significativa da Defensoria Pública, embora ele ainda não disponha de um número acessível de defensores, a instituição abrange todas as cidades, atendendo, assim, a todas as comarcas, auxiliando a população que necessita de assistência judiciária integral e gratuita.

3.5 FUNCIONAMENTO DO NÚCLEO DE CAMPINA GRANDE/PB

O Núcleo de Atendimento da Defensoria Pública da Comarca de Campina Grande/PB está localizado na Av. Barão do Rio Branco, nº 188, Centro, com funcionamento em novas instalações desde o dia 27 de julho 2017, objetivando ampliar o espaço para dar suporte ao público e melhores condições de trabalho, a qual, segundo o Tribunal de Justiça da Paraíba (2022), está vinculada ao TJPB e pertence à 3ª entrância, correspondendo à Justiça Comum Estadual nas cidades de Boa Vista, Lagoa Seca e Massaranduba, além dos distritos de Galante e São José da Mata.

A Comarca de Campina Grande dispõe das seguintes Varas: 05 de família; 10 Cível; Feitos Especiais; Juizado do Idoso; Sucessões; Infância e Juventude; 02 Tribunal do Juri; 05 Criminal; Entorpecentes; Execução Penal; Centro de Custódia Preventiva; 03 Fazenda Pública; 03 Juizado Especial Cível; Juizado Especial da Fazenda Pública; Turma Recursal; Juizado Especial Criminal (JECRIM); Juiz de Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher; Núcleo de Atendimento Campina Grande e Núcleo dos Direitos Humanos C. Grande. (DEFENSORIA-PB, 2022).

Vale destacar que o Núcleo de Atendimento é coordenado pelo Defensor Público Lucas Soares de Aguiar, que atua junto à 9ª Vara Cível, e conta com o auxílio de mais três Defensores, quais sejam: a Defensora Gercilena Sucupira Meira, a qual é titular da 1ª Vara de Família e titular da Vara de Sucessões; a Defensora Laís Queiroz Novais, que atua como titular na Vara Única de Pocinhos/PB, e o Defensor Marcel Joffily de Souza, o qual atua como titular na 1ª Vara de Queimadas/PB e acumula na 2ª Vara de Queimadas/PB, como também conta com o trabalho de 07 assessores jurídicos, 03 Advogados voluntários, 03 funcionários (do quadro do Estado) à disposição da Defensoria, 01 motorista, 03 profissionais de apoio, sendo 02 desses do programa “Cidadania é Liberdade” e 18 estagiários bolsistas.

Diante do exposto, vislumbra-se o quão necessária é a atuação do Núcleo desta Comarca supracitada, à frente de um número populacional expressivo, resta evidente a importância de um atendimento especializado, com garantia aos menos favorecidos economicamente e socialmente.

3.6 ATUAÇÃO DA DEFENSORIA PÚBLICA NA JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO NÚCLEO DE ATENDIMENTO DE CAMPINA GRANDE/PB

A Defensoria Pública tem, como uma de suas principais atuações, a garantia de direitos básicos e fundamentais para a população hipossuficiente, possibilitando a acessibilidade ao judiciário de forma segura e eficiente. Sobre esse o assunto, ensinam Esteves et al (2021, p. 100):

A gratuidade de justiça deve abranger toda e qualquer despesa necessária ao pleno exercício dos direitos do hipossuficiente econômico, em juízo ou fora dele. Qualquer obstáculo monetário que impeça ou dificulte o acesso do hipossuficiente à justiça deverá ser

removido pela gratuidade, garantindo-se plena e constante marcha em busca da ordem justa.

Conforme mencionado previamente, a Defensoria dispõe de prerrogativas para garantir aos indivíduos com insuficiência financeira o acesso ao direito à saúde, que possibilita assegurar esse direito indispensável que o Estado despreza de forma demasiada.

Diante disso, o Núcleo de atendimento da Comarca de Campina Grande dispõe de assistência específica na área de judicialização da saúde. Nesse sentido, com a finalidade de analisar a atuação e as dificuldades do Núcleo, na área de assistência ao direito à saúde, para aquisição de medicamento, realizou-se um acompanhamento de como é desempenhada essa atividade, os tipos de ações e procedimentos elaborados que são utilizados para garantir o acesso à justiça e efetivação desse direito, visando conhecer o funcionamento dessa instituição no atendimento inicial, como ocorre o andamento dos procedimentos e os principais casos que chegam a este órgão.

O atendimento se inicia-se pela triagem, a qual realizará, no sistema de Solução Avançada em Atendimento de Referência (SOLAR), o cadastro prévio de cada assistido. Posteriormente, o assistido será encaminhado para o atendimento realizado pelos assessores, estagiários e/ou Defensores. Tendo em vista que, neste atendimento, é verificada a presunção de hipossuficiência econômica do assistido e a viabilidade jurídica da sua pretensão.

Para o ajuizamento das ações, o órgão encaminha ao judiciário, acompanhado do pedido inicial, os laudos e atestados médicos com o CID da doença e receitas médicas que indicaram os medicamentos e/ou tratamentos necessários. Ademais, o laudo médico indicará a imprescindibilidade dos medicamentos ou procedimentos pleiteados, se eles podem ser substituídos por outros regularmente fornecidos pelo SUS, bem como se possuem registro na ANVISA.

Após o ajuizamento da ação, o assistido acompanhará o andamento do processo pelo Defensor Público e/ou assessor responsável. Vale lembrar que todas as ações são protocoladas por meio do Processo Judicial Eletrônico (PJE) e encaminhadas para as Varas de Fazenda Pública da Comarca de Campina Grande.

Como forma de atender demandas específicas e agilizar o desempenho do órgão, o Núcleo de Atendimento conta com serviços que fornecem assistência ao

direito à saúde. É cediço que essa área necessita de uma particularidade, principalmente considerando a escassez de políticas públicas que auxiliem e se desenvolvam acompanhado das tecnologias, avanços dos medicamentos e tratamentos médicos.

Diante disso, é paulatino o crescimento das demandas individuais de diversos tipos de fármacos e tratamentos médicos que ocasionam a judicialização excessiva da assistência ao direito à saúde. Isto posto, o Núcleo de Campina Grande tem protocolizado diversas demandas judiciais que possibilitem o acesso aos insumos necessários para os assistidos que não dispõem de recursos financeiros suficientes para ajuizar ações ou para a aquisição dos medicamentos, de modo a realizar o tratamento médico.

3.6.1 Aquisição do Medicamento Ranibizumabe (Lucentis®) pela via Judicial

As ações judicializadas pelo Núcleo que visam à obtenção da garantia do direito à saúde são direcionadas para as Varas da Fazenda Pública e ajuizadas, que atuam como órgão julgador das demandas que têm, como competência, a Fazenda Pública, conforme menciona o artigo 165 da LC nº 96, de 03 de dezembro de 2010, Lei de Organização e Divisão Judiciárias do Estado da Paraíba (LOJE-PB):

Art. 165. Compete à Vara de Fazenda pública processar e julgar: I – as ações em que Estado ou seus municípios, respectivas autarquias, empresas públicas e fundações instituídas ou mantidas pelo poder público estadual ou municipal, forem interessados na condição de autor, réu, assistente ou oponente, excetuadas as de falências e recuperação de empresas; (Brasil, Lei Complementar nº 96, de 03 de dezembro de 2010).

Nesse contexto, através de estudo realizado no Sistema de Informação Gerencial dos Relatórios de Atividades (SIGRA) foi efetuada uma consulta dos processos ajuizados pelo Núcleo de Atendimento de Campina Grande contra o Estado da Paraíba vinculado a esta Comarca. Dessa forma, foi utilizada a classe judicial “Procedimento Comum Cível” para as demandas de saúde. Além disso, cada demanda é classificada por um “assunto”, possibilitando detalhar os tipos de ações protocoladas e a necessidade do assistido naquela demanda.

Na consulta elaborada por “assunto”, foram localizadas as demandas com as seguintes denominações: Fornecimento de Medicamentos; Cirurgia/Urgência; Internação Compulsória; Obrigação de Fazer/Não Fazer; Medicamento/Tratamento/Cirurgia de Eficácia não comprovada, dentre outras. Diante disso, foram analisadas as ações protocoladas através do sistema PJE e que estavam disponíveis no campo “acervo” do painel do Defensor Público que responde exclusivamente pelas ações direcionadas às Varas da Fazenda Pública e ajuizadas na Comarca supracitada.

A pesquisa foi realizada durante os meses de julho a agosto de 2022. Neste período, foram requisitadas 75 (setenta e cinco) ações para medicamentos na Fazenda Pública do Estado. Destes, 25 (vinte e cinco) foram para a aquisição do Lucentis®, ou seja, 33,33%. Todas protocolizadas no sistema PJE, presentes no acervo do Representante Processual da Defensoria, com destaque para Retinopatia Diabética (RD), Glaucoma e Degeneração Macular Relacionada à Idade (DMRI, (Vide anexo I).

Lucentis® é aplicado pelo oftalmologista que é médico dos olhos. O procedimento é feito com uma anestesia local, a qual é usada para tratar da lesão. A Solução para injeção a 10 mg/ml. Embalagem com 1 frasco-ampola contendo 2,3 mg de ranibizumabe em 0,23 ml de solução, uma agulha com filtro para retirada do conteúdo do frasco, uma agulha para injeção intravítrea e uma seringa para retirada do conteúdo do frasco e para injeção intravítrea.

De acordo com a ANVISA, Lucentis® contém a substância ativa Ranibizumabe, que é uma parte de um anticorpo. Anticorpos são proteínas que reconhecem e ligam-se especificamente a outras proteínas únicas do corpo. O fármaco se liga seletivamente a uma proteína chamada fator de crescimento endotelial vascular humano A (VEGF-A), que está presente na retina (parte de trás do olho sensível à luz). Este medicamento reduz o crescimento e o vazamento de novos vasos no olho, processos anormais que contribuem para a progressão da (DMRI) e o desenvolvimento de Edema Macular Diabético (EMD), ou seja, o inchaço devido à diabetes ou oclusão de veia retinal (OVR).

O preço da Lucentis® varia entre R\$ 3.770,00 (três mil setecentos e setenta reais) a R\$ 6.210,00 (seis mil duzentos e dez reais) e, na maioria das prescrições médicas, é necessária mais de uma aplicação. Portanto, dificultando a obtenção de aquisição ao remédio pela via judicial, pois é necessário comprovar a extrema

precisão do tratamento e doença, sendo possível pedir o medicamento com urgência na hipótese de haver risco de morte ou cegueira. É importante ressaltar que o Lucentis® foi incorporado na lista do SUS, porém, é indispensável o protocolo para disponibilizá-lo ao público. Tendo em vista que todo medicamento passa por um período de parametrização, ou seja, serão feitos estudos para criar protocolos específicos de atendimento, o que poderá durar mais de 180 dias (BRASIL, 2021).

Em vista disso, ultimamente tem aumentado o número de ações judiciais com várias concepções com propósito de obter a tutela jurisdicional que imponha, ao Poder Público, o fornecimento de medicamentos que propriamente, muitas vezes, não são dispensados pelo SUS. Litigiosamente, abrange-se a temática do direito à saúde que é algo muito complexo e extenso, envolvendo também custeio de tratamentos e medicamentos, de acordo com o CNJ, cada vez mais vêm se multiplicando as ações com processos judiciais, diante disso, cada vez mais vem aumentando os gastos do Estado com as aquisições dos fármacos e tratamentos que são solicitados nas vias judiciais isso vem chamando muita atenção.

Conforme dispõe Brito (2017, apud AZEVEDO, 2019), a “judicialização, em parte, é consequência da precária elaboração e implementação das políticas públicas, bem como da desorganização administrativa na prestação de serviços públicos de saúde”. As ações que buscam a aquisição de medicamentos são as que mais se destacam, principalmente pelo fato de serem de alto custo e, na maioria das vezes, não serem fornecidos pelo SUS ou não integrarem a lista da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

Dessa forma, quando não há a disponibilização do medicamento, é dificultado, ainda mais, o acesso do paciente que necessita da utilização de um fármaco específico. Assim, além da importância da judicialização das demandas de saúde, é válido destacar a relevância da resolução de forma administrativa, possibilitando agilidade das demandas e abrangendo os diálogos interinstitucionais, com a finalidade de implementar e garantir o direito fundamental à saúde, elencando, assim, o valor da atuação da Defensoria Pública e sua assistência prestada à população.

A Defensoria Pública, instrumentalizada em seu poder de requisição, ratificado pelo Supremo Tribunal Federal nas ADIs 6876 e 6879, efetiva o acesso à saúde de seus assistidos na figura dos ofícios/requerimentos emitidos aos órgãos públicos de saúde, momento em que cabe, às entidades, a análise e a ponderação

necessárias para atender ao pleito pelas vias administrativas. Para tanto, segundo Souza (2015):

A requisição pelo Defensor Público é, ao mesmo tempo: i) uma prerrogativa deste profissional para o desempenho de sua função; ii) uma garantia do necessitado de concretizar o seu direito subjetivo a uma assistência jurídica gratuita e integral; e iii) um meio que vem a garantir a celeridade de tramitação dos processos judiciais ou extrajudiciais, assegurando-se uma razoável duração.

Conforme dispõe a ANADEP – Associação Nacional das Defensoras Defensores Públicos, a Lei Complementar Federal n. 80/2004, na seção III docapítulo IV, prevê ser prerrogativa dos membros da Defensoria Pública o poder de requisição, que tem previsão constitucional no artigo 134 da CF/88. Assim, a Defensoria Pública tem a legitimidade de solicitar, de qualquer autoridade pública e de seus agentes, os documentos indispensáveis à atuação perante a justiça enecessários ao exercício de suas atribuições.

Art. 128. São prerrogativas dos membros da Defensoria Pública do Estado, dentre outras que a lei local estabelecer: X – requisitar de autoridade pública ou de seus agentes exames, certidões, perícias, vistorias, diligências, processos, documentos, informações, esclarecimentos e providências necessárias ao exercício de suas atribuições. (BRASIL, 1994)

Diante disso, o poder de requisição se apresenta como uma garantia dos assistidos, e o principal meio de concretizar os direitos à assistência jurídica integral e gratuita, realizando a duração razoável do processo. Dessa forma, previamente o Núcleo de Campina Grande realiza comunicação com as Secretarias de Saúde do Estado, por meio de ofícios, possibilitando a resolução de forma administrativa nas demandas relativas à assistência à saúde.

Por meio da pesquisa realizada, observou-se que o Núcleo de Campina Grande dispõe de uma atuação relevante para a concessão do direito à saúde aos hipossuficientes, seja através da via judicial ou administrativa. Além disso, destaca-se que a maior parte das ações judiciais protocoladas pleiteiam a concessão de medicamentos de alto custo e que não são disponibilizados pelo SUS, já em relação às demandas na via administrativa, tem-se que a maior parte busca medicamentos, insumos e cirurgias.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossos estudos demonstram que o Núcleo de Atendimento da Defensoria Pública Estadual – Campina Grande/PB desempenha um papel importante para a aquisição do medicamento Ranibizumabe (Lucentis®). Além das demandas judicializadas pelo Núcleo para sua efetivação e garantia de acesso à saúde, este também atua exercendo seu poder de requisição, através de ofícios que possibilitam a resolução prévia e ágil dos problemas apresentados pelos cidadãos hipossuficientes. Dessa forma, previamente, o Núcleo de Campina Grande realiza comunicação com as Secretarias de Saúde, estadual e municipal, por meio de ofícios, possibilitando a resolução de forma administrativa nas demandas relativas à assistência à saúde. Apesar da possibilidade de se exigir a garantia deste direito por via judicial, é necessário avaliar os impactos dessa atuação no caso concreto, ponderando-se os interesses das partes envolvidas. Os hipossuficientes pleiteiam o fornecimento de medicamentos de alto custo ou não registrados nos Protocolos do SUS, e os Estados da Federação, diversas vezes, são obrigados a dispor de recursos para custear o tratamento por decisão judicial.

Todavia, a atuação da Defensoria Pública do Estado (DPE) tem tornado cada vez mais viável o acesso à saúde, possibilitando que a população hipossuficiente não fique à mercê das incompetências estatais que degradam o princípio da dignidade da pessoa humana. Desse modo, vale ressaltar, que a ideia da democracia, pressupõe a existência de direitos para todos, ganha-se destaque nesta conjuntura a equidade e o acesso universal às pessoas, sobretudo as de baixa renda. Nesse contexto, a DPE encaixa-se perfeitamente, visto que presta serviços de assistência jurídica gratuita em todas as instâncias. Mas o resultado só é alcançado muitas vezes por decisão judicial, e em alguns casos, nem isso é suficiente para manter uma pessoa com vida. Dessa forma, a Defensoria por meio do ajuizamento de ações possibilita aos indivíduos uma alternativa democrática e legítima para que possam ter seus direitos fundamentais efetivados.

Por essa razão, é imprescindível que sejam estabelecidos critérios a serem observados pelos julgadores no momento de proferir a decisão. Frisa-se que a decisão que determina o custeio do tratamento específico para um determinado paciente implica, necessariamente, deixar de aplicar o recurso financeiro em outras

ações de saúde já previstas no planejamento do Sistema, incluindo a obtenção de medicamentos já incluídos na rede pública.

Sendo assim, considerando que o direito à saúde encontra previsão constitucional e é efetivado por meio da realização de políticas públicas, suprimi-lo viola um direito fundamental do indivíduo, sujeito às condições precárias a que é submetido pela falha na prestação dos serviços públicos de saúde.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Gustavo. *Direito, escassez & escolha: Em busca de critérios jurídicos para lidar com a escassez de recursos e as decisões trágicas*. Rio de Janeiro: Renovar, 2011.

ANDRADE, N. et al. Limites e possibilidades para desenvolvimento de pesquisas em saúde pública no judiciário. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 56, p. 76, 29 ago. 2022. Universidade de São Paulo, Agência USP de Gestão da Informação Acadêmica (AGUIA). <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004203>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/fNqBcJTvrHPFb3mf3z3RrQv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 de nov. de 2022

ANDRADE, Thaís Santos de. **Do direito à saúde dos portadores da ame: análise jurídica face o princípio da dignidade da pessoa humana**. 2020. 66 f. TCC (Graduação) – Curso de Direito, Ccjs/Ufcg, Sousa, 2020. Disponível em: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/bitstream/riufcg/17485/3/THAIS%20SANTOS%20DE%20ANDRADE%20-%20TCC%20DIREITO%202020.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2022.

ARANTES, R. Judiciário: entre a Justiça e a política. In: AVELAR, L.; CINTRA, A. O. **Sistema Político Brasileiro: Uma introdução**. Rio de Janeiro: Konrath-Adenauer-Stiftung; São Paulo: Ed. Unesp, 2007, p.104.

ARRETCHE, Marta et al. A política da política de saúde no Brasil. In: LIMA, Nísia Trindade (Org.). **Saúde e democracia**. História e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 504 p.

BARCELLOS, Ana Paula de. **Curso de Direito Constitucional**. Rio de Janeiro: Forense, 2018.

BARCELLOS, Ana Paula. **Eficácia jurídica dos princípios constitucionais: o princípio da dignidade da pessoa humana**. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

BARROS, B. S. **O DIREITO A SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E NA LEI 8.080/99**. 2021. 37 f. TCC (Graduação) – Curso de Direito, Núcleo de Prática Jurídica, Pontifícia Universidade Católica de Goiás Escola de Direito e Relações Internacionais Núcleo de Prática Jurídica, Goiânia, 2021. Disponível: <https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/bitstream/123456789/1534/1/BRUNA%20SIM%20C3%95ES%20BARROS.pdf>. Acesso em: 09 de nov. de 2022.

BARROSO, Luís Roberto. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva: Direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial**, 2007. Disponível em: http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude/Saude_-_judicializacao_-_Luis_Roberto_Barroso.pdf. Acesso em: 22 de maio de 2022.

BARROSO, Luís Roberto. **Interpretação e aplicação da Constituição: Fundamentos de uma dogmática constitucional transformadora**. São Paulo: Saraiva, 1999.

BARROSO, Luis Roberto. Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática. **(Syn)Thesis**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 23-32, Jun.2021. Disponível em: <http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/synthesis/article/view/7433/5388>. Acesso em: 17 set. 2022.

BRAGA, Paulo Vitor Bergamo. Judicialização, Assistência Farmacêutica e Argumentação. Análise da Jurisprudência do TRF da 3ª Região. In. BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas. **Judicialização da saúde: A visão do poder executivo**. São Paulo: Saraiva, 2017.

BRASIL. **8ª Conferência Nacional de Saúde – Relatório Final**, 21 mar. 1986. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 15 abril 2022.

BRASIL. Casa Civil. Emenda Constitucional nº 45, de 30 dez. 2004. Altera dispositivos dos arts. 5º, 36, 52, 92, 93, 95, 98, 99, 102, 103, 104, 105, 107, 109, 111, 112, 114, 115, 125, 126, 127, 128, 129, 134 e 168 da Constituição Federal, e acrescenta os arts. 103-A, 103B, 111-A e 130-A, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc45.htm>. Acesso em: 05 de nov. de 2022.

BRASIL. Casa Civil. Emenda Constitucional nº 80, de 4 de jun. de 2014. **Altera o Capítulo IV – Das Funções Essenciais à Justiça, do Título IV – Da Organização dos Poderes, e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição Federal**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc80.htm. Acesso em: 05 nov. 2022.

BRASIL. Casa Civil. Lei Complementar nº 132, de 7 de outubro de 2009. **Altera dispositivos da Lei Complementar nº 80, de 12 de janeiro de 1994, que organiza a Defensoria Pública da União, do Distrito Federal e dos Territórios e prescreve normas gerais para sua organização nos Estados, e da Lei nº 1.060, de 5 de fevereiro . de 1950, e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp132.htm>. Acesso em: 05 de nov. de 2022.

BRASIL. Casa Civil. Lei nº 11.448, de 15 de janeiro de 2007. **Altera o art. 5º da Lei no 7.347, de 24 de julho de 1985, que disciplina a ação civil pública, legitimando para sua propositura a Defensoria Pública**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007_2010/2007/lei/l11448.htm>. Acesso em: 05 de nov. de 2022.

BRASIL. Casa Civil. Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985. Disciplina a ação civil pública de responsabilidade por danos causados ao meio-ambiente, ao consumidor, a bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico (VETADO) e dá outras providências. Acesso em: 05 de nov. de 2022.

BRASIL. **Constituição Federal da República Federativa do Brasil**. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15 set. 2022.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.**

Brasília, DF: [s.n.], 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em: 22 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. ° **2687/2018**: NOTA TÉCNICA Nº 2687/2018-CGJUD/SE/GAB/SE/MS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 4 p. Disponível em: https://sei.saude.gov.br/sei/documento_consulta_externa.php?id_acesso_externo=26156&id_documento=4972720&infra_hash=16b4ed2cfd58adc6fb388b7e6db0291e. Acesso em: 26 de jun. de 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. **Institucional**. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/ptbr/acessoainformacao/institucional>. Acesso em: 18 de out. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma de assistência a saúde**: NOAS/SUS – 01/2001. Brasília, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais Rename 2022** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 181 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Você sabe o que é equidade?**. 24 ago. 2015. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/entenda-o-sus/50111-voce-sabe-o-que-e-equidade.html>. Acesso em: 31 out. 2022.

BRASIL. Superior Tribunal Federal. **Repercussão geral no recurso extraordinário 855.178 Sergipe**. União e Maria Augusta da Cruz Santos. Relator Ministro Luiz Fux. Acórdão Publicado em 16/03/2015. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4678356&numeroProcesso=855178&classeProcesso=RE&numeroTema=793>. Acesso em: 11 nov. 2022.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Coordenadoria de Análise de Jurisprudência. **Agravo Regimental na Suspensão de Tutela Antecipada 175 Ceará**. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=610255>. Acesso em: 03 set. 2022.

BRITO, E. S. de et al. Associação entre diabetes mellitus e doenças oculares em pessoas com deficiência visual. **Rev. Enferm. Uerj**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 28, p. 1-7, dez. 2020. Anual. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/49109/36489>. Acesso em: 26 de jun. de 2022.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição**. 7. ed. Coimbra: Almedina, 2003.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Processo Judicial Eletrônico (PJe)**. 2022. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoas/processo-judicial-eletronico-pje/>. Acesso em 25 de out. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Processo Judicial Eletrônico (PJe)**. 2019a. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/programas-e-aco-es/processo-judicial-eletronico-pje/>. Acesso em 25 de out. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Brasil. **Direito à saúde**. 1ª edição. ed. Brasília, 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Brasil. **Direito à saúde**. 1ª edição. ed. Brasília, 2015.

COUTO, Mia. **Terra Sonâmbula**. Lisboa: Caminho, 1992. 206 p.1

DALLARI, Sueli Gandolf. **A Construção do Direito à Saúde no Brasil**, p. 9-34, 2009. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/268312813.pdf>. Acesso em: 20 de abr. de 2022.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DA PARAÍBA. **Pesquisa Nacional da Defensoria Pública (2022)**. Disponível em: <https://pesquisanacionaldefensoria.com.br/pesquisa-nacional-2020/analise-por-unidade-federativa/defensoria-publica-do-estado-da-paraiba/>. Acesso em: 28 nov. 2021.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DA PARAÍBA. **Institucional – A Defensoria Pública. Paraíba. DPPB**. 2022. Disponível em: <https://defensoria.pb.def.br/defensoriapublica.php>. Acesso em: 27 de out. de 2022.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DA PARAÍBA. **Relatório do Biênio 2019-2020**. Assessoria de Comunicação Social – ASCOM. 68 p. 2020.

ENAP. Escola Nacional de Administração Pública. **Introdução ao Federalismo e ao Federalismo Fiscal no Brasil**: Conceitos introdutórios sobre federalismo e federalismo fiscal. Brasília: Fundação Escola Nacional de Administração Pública, 2017. 32 p. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/3182/1/M%C3%B3dulo%201%20-%20Conceitos%20introdut%C3%B3rios%20sobre%20federalismo%20e%20federalismo%20fiscal.pdf>. Acesso em: 10 de nov. de 2022.

ESTEVES, Diogo. **Pesquisa Nacional da Defensoria Pública 2021**, Brasília: DPU, 2021..

FEITOZA-SILVA, Michele. Convênios institucionais: uma alternativa para descentralizar ações de saúde. **Vigilância Sanitária em Debate**, [S.L.], v. 7, n. 3, p. 1-2, 30 ago. 2019. Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência y Tecnologia. <http://dx.doi.org/10.22239/2317-269x.01397>. Disponível em: <https://visaemdebate.in.cqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/1397>. Acesso em: 20 nov. 2022.

GALDINO, Flávio. **Introdução à teoria dos custos dos direitos**: Direitos não nascem em árvores. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2001.

GALLON, A.; MUELLER, A. A.; FREES, D. O controle social como ferramenta estratégica no sistema público de saúde brasileiro. **Humanidades em Perspectivas**, [S. l.], v. 3, n. 7, p. 53–66, 2021. Disponível em: <https://revistasuninter.com/revista->

humanidades/index.php/revista-humanidades/article/view/149. Acesso em: 21 nov. 2022.

GOTTÊMS, Claudinei I.; SIQUEIRA, Dirceu Perreira (org.). **Direitos Fundamentais: da normatização à efetividade nos 20 anos de Constituição brasileira**. Birigui-SP: Boreal Editora, 2008. HASENCLEVER, Lia et al. Aspectos controversos do conceito de necessidades de saúde e seus reflexos sobre a acessibilidade de medicamentos e serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 26, p. 401-410, nov. 2021. Disponível: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4Hf36cxPL9BYhc9MkWT4GYf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 de nov. de 2022.

JÚNIOR, Dirley da Cunha. **Curso de Direito Constitucional**. Salvador: Editora JusPODVIM, 2015.

KANADANI, Tereza Cristina Moreira *et al.* Evaluation of short-term prognostic factors of ranibizumab in patients with diabetic macular edema. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, [S.L.], v. 77, n. 3, p. 137-141, 2018. Revista Brasileira de Oftalmologia. <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7280.20180030>. Disponível: <https://www.scielo.br/j/rbof/a/8YTBSPPQPQjwHDgd7g7J75rq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 05 nov. 2022.

LIMA, Luciana Dias de. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.12, no.2, p.511-522, mar./abr., 2007.

LUCENA, Dayanne Silva de. **O Programa previne Brasil e seus potenciais reflexos na (re)organização da atenção primária à saúde do estado do rio de janeiro**. 2022. 125 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Saúde Coletiva, Uerj, Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://www.bdttd.uerj.br:8443/handle/1/18377>. Acesso em: 18 nov. 2022.

MACHADO, CV. O papel federal no sistema de saúde brasileiro. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. p.35-70. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/98kfw/pdf/noronha-9788581100173-04.pdf>. Acesso em: 10 de nov. de 2022

MADEIRA, Daniel Leão Hitzschky. **A judicialização da internação compulsória dos usuários de crack à luz da hermenêutica constitucional** / Daniel Leão Hitzschky Madeira. – 2014. 161 f. Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2014.

MALAMAN, Lia Bissoli et al. Gestão em saúde e as implicações do secretário municipal de saúde no SUS: uma abordagem a partir da análise institucional. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 31, n. 4, p. 1-17, 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312021310408>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2021.v31n4/e310408/>. Acesso em: 15 nov. 2022.

MATTA, Gustavo Corrêa. **Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. 2007. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l25.pdf>. Acesso em: 28 jun. de 2022.

MENDES, Áquilas N. **Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): a gestão descentralizada semiplena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995-2001)**. 2005. 422 f. Tese (Doutorado em Economia) – Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

MENDES, Rayegne Alves dos Santos. **Judicialização da Saúde: A atuação jurisdicional na concessão de medicamentos ou de tratamentos de saúde de alto custo**. 2017.

NASCIMENTO, Fábio Calheiros do. **O mínimo existencial e o direito à saúde no Brasil**. 2013. 111 f. Dissertação (Mestrado em Direito) -Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://tede.mackenzie.br/jspui/handle/tede/1056>>

NETO, Otávio Balestra. **A Jurisprudência dos Tribunais Superiores e o Direito à Saúde – Evolução Rumo à Racionalidade**. 2015. PDF.

OLIVEIRA, A. S. et al. **A Evolução das Políticas Públicas de Saúde no Brasil a partir de 1900 até os Tempos atuais / The Evolution of Public Health Policies in Brazil from 1900 to the Present Time**. **Brazilian Journal Of Development**, South Florida Publishing LLC, v. 8, n. 1, p. 3073-3089, jan., 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv8n1-202>. Acesso em: 10 de nov. de 2022.

OLIVEIRA, José Antonio Cordeiro de. DINIZ, Elenilze Josefa. EUFRÁSIO, Marcelo Alves Pereira. **A atuação da defensoria pública do estado da paraíba na defesa e garantia dos direitos sociais**. R. Defensoria Pública da União. Brasília, DF. n. 7 p. 315-344 jan/dez. 2014.

OMS. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946**. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 14 de abr. de 2022.

OSORIO-DE-CASTRO, C.G.S.; AZEREDO, T.B.; PEPE, V.L.E.; LOPES, L.C.; YAMAUTI, S.; GODMAN, B.; GUSTAFSSON, L.L. Policy Change and the National Essential Medicines List Development Process in Brazil between 2000 and 2014: Has the Essential Medicine Concept been Abandoned? **Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology**, v. 122, n. 4, p. 402-12, 2018

OUVERNEY, Mariana Cavalcante. **O direito à saúde e a defensoria pública da união**. R. Defensoria, Brasília, DF, N. 9, p. 1-504, jan/dez. 2016. Públi. União. p.194-211.

PARAÍBA. **Lei Complementar nº 96, de 03 de dezembro de 2010**. Lei de Organização e Divisão Judiciárias do Estado da Paraíba – LOJE-PB. Disponível em: https://www.contagem.mg.gov.br/arquivos/legislacao/lei_complementar_n__96;.pdf. Acesso em: 18 out.. 2022.

PARAÍBA. **Lei Complementar Nº 104, de 23 de maio de 2012.** João Pessoa. Governador do Estado da Paraíba. Dispõe sobre a organização e estrutura orgânica da Defensoria Pública do Estado da Paraíba, institui o regime jurídico da carreira de Defensor Público do Estado e dá outras providências. Disponível em: <https://www.defensoria.pb.def.br/Documentos/LEICOMPLEMENTAR-N-104-2012-AUTONOMIA-DA-DEFENSORIA-PUBLICA.pdf> Acesso em: 18 out. 2022.

PARAÍBA. **Página Institucional da Defensoria Pública do Estado da Paraíba.** Disponível em: <https://defensoria.pb.def.br/defensoriapublica.php>. Acesso em: 18 de out. de 2022

PAULINO, Izabela de Souza et al. Reativação de um Conselho Local de Saúde: reflexões e experiências. **Saúde em Redes**, [S.L.], v. 7, n. 2, p. 331-341, 1 dez. 2021. Associação Brasileira da Rede Unida. <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2021v7n2p331-341>. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3593>. Acesso em: 16 nov. 2022.

REIS, Sérgio Cabral dos. **Racionalidade na Judicialização da Saúde Pública:** Do paradigma da "bipolaridade objetiva do mínimo existencial" à interpretação restritiva da dignidade humana. 2020. Artigo - UFRGS, PDF.

REZENDE, Fernando. **Finanças públicas.** 2 ed. São Paulo: Atlas, 2006. 375p.

RIBEIRO, Ana Carolina Dias Santos. **Limites da teoria da reserva do possível:** garantia do mínimo existencial na efetivação do direito fundamental à saúde. 2021. 63 f. TCC (Graduação) – Curso de Direito, Direito, Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2021. Disponível em: https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/15156/2/Ana_Carolina_Dias_Ribeiro.pdf. Acesso em: 09 de nov. de 2022.

ROLIM, Victor Bruno Alves. **Defensoria Pública enquanto instrumento de efetivação do direito fundamental de acesso à justiça.** / Victor Bruno Alves Rolim. – Sousa: [s.n], 2019. 72 fl. Monografia (Curso de Graduação em Direito) – Centro de Ciências Jurídicas e Sociais – CCJS/UFCG, 2019. Orientador: Prof. Esp. Eligidério Gadelha de Lima.

SANT'ANA, Ramiro Nóbrega. **O relevante papel da Defensoria Pública na garantia do direito à saúde e na construção do SUS.** Cad. IberAmer. Direito. Sanit., Brasília, v.2, n.2, jul./dez., 2013. Anais dos III Congresso Iberoamericano de Direito Sanitário / II Congresso Brasileiro de Direito Sanitário 432 ISSN 2317-8396.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. In: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti. **Direitos fundamentais:** Orçamento e “reserva do possível”. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2013

SCAFF, Fernando Facury. Sentenças aditivas, direitos sociais e reserva do possível. In: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti (orgs.). **Direitos fundamentais:** Orçamento e “reserva do possível”. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2013.

SEVEGNANI, Ana Luísa. **A efetivação do direito fundamental à saúde sob a ótica do princípio da subsidiariedade no Brasil**. 2018. 124 f. TCC (Graduação) – Curso de Direito, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/192573/TCC%20-%20Ana%20Lu%20c3%adsa%20Sevegnani.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 16 nov. 2022.

SHIMIZU, Helena Eri et al. Regionalização em saúde no Brasil: uma análise da percepção dos gestores de comissões intergestores regionais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 32, n. 1, p. 1-23, jan., 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312022320105>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/RqcR8XQBpD9VWbbP43gJRvw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 nov. 2022.

SILVA, Lohana Martinelli da; SOARES, Pedro Vinícius Pretto; SILVA, Rayssa dos Reis da. Os direitos das mulheres com câncer no âmbito do sistema único de saúde (sus): promovendo o acesso à informação jurídica nos municípios de condor, cruz alta e ijuí. In: : Mostra de projetos integradores da graduação, 1., 2021, Ijuí. **Anais da Mostra de Projetos Integradores da Graduação**. Ijuí: Unijuí, 2021. p. 26-29. Disponível em: <https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaconehecimento/article/view/20817/19528>. Acesso em: 16 nov. 2022.

SILVA, Marcelo Rodrigues da; SANTINHO, Guilherme Sampieri. Políticas públicas e efetivação dos direitos sociais. **Fórum Administrativo – FA**, Belo Horizonte, ano 13, n. 144, p. 5056, fev., 2013. Disponível em: <http://www.bidforum.com.br/bid/PDI0006.aspx?pdiCntd=85293>. Acesso em: 10 out. de 2022.

SIMÕES, Fabrício Henrique dos Santos. **Judicialização do acesso ao tratamento do diabetes no estado de Minas Gerais**. 2015. Dissertação (Pós-Graduação em Saúde Pública) – Universidade Federal de Minas Gerais, 2015. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-ANZPBM/1/judicializa_o_do_aceso_ao_tratamento_do_diabetes_no_estado_de_minas_gerais_fabricio_simoes_2015.pdf. Acesso em: 28 de set. de 2022.

SOLLA, Jorge JSP. Avanços e limites da descentralização no SUS e o “Pacto de gestão”. **Revista de Saúde Pública da Bahia**, v. 30, n.2, p.332-348, jul./dez. 2006.

SOUZA, Marcel Joffily. **O poder de requisição do Defensor Público e sua constitucionalidade: prerrogativa, garantia e a razoável duração do processo**. **Jus.com.br**. 2015. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/40194/o-poder-de-requisicao-dodefensor-publico-e-sua-constitucionalidade-prerrogativa-garantia-e-a-razoavel-duracao-doprocessos>. Acesso em 25 out. 2022.

SOUZA, Monnalys Karolaine dos Santos. **Histórico da política de saúde pública no Brasil e o processo de mercantilização do SUS**. 2022. 50 f. TCC (Graduação) – Curso de Serviço Social, Ufal, Maceió, 2022. Disponível em: <https://www.repositorio.ufal.br/bitstream/123456789/8791/1/TCC%20VERS%c3%83O%20FINAL.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2022.

STURZA, Janaína Machado; ROCHA, Claudine Rodembusch. **A História do Constitucionalismo Brasileiro sob a Ótica do Direito à Saúde: Frustrações e**

Conquistas Constitucionais. 2016 Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=67e103b0761e6068>. Acesso em: 26 abr. 2022.

TORRES, Ricardo Lobo. O mínimo existencial e os direitos fundamentais. **Revista de direito administrativo**, v. 177, p. 29-49, 1989.

VASCONCELOS, D.M.M.; CHAVES, G.C.; AZEREDO, T.B.; SILVA, R.M. Política Nacional de Medicamentos em retrospectiva: um balanço de (quase) 20 anos de implementação. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n.8, p. 2609-14, 2017.

VIEIRA, F. S. **Direito à saúde no Brasil: Seus contornos, judicialização e a necessidade da macrojustiça.** Brasília/Rio de Janeiro: Ipea, 2020. 74 p. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9714/1/TD_2547.pdf. Acesso em: 09 de nov. de 2022.

ANEXO

Link de acesso aos dados documentais adquiridos por meio da Defensoria Pública do Estado da Paraíba:

https://drive.google.com/drive/folders/1H3xjhQxq11Td2TviWmkw-XocgbEx38bd?usp=share_link