UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE DIREITO DE RIBEIRÃO PRETO

BRUNA DE CASSIA TEIXEIRA

Prof.ª Dr.º Ana Carla Bliacheriene

ACESSO AOS BENS DE SAÚDE PELA VIA JUDICIAL NA JURISPRUDÊNCIA DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL

RIBEIRÃO PRETO-SP

2012

BRUNA DE CASSIA TEIXEIRA

ACESSO AOS BENS DE SAÚDE PELA VIA JUDICIAL NA JURISPRUDÊNCIA DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Direito de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo como exigência parcial para obtenção do grau de bacharel em Direito.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Ana Carla Bliacheriene

RIBEIRÃO PRETO

2012

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

T2661

Teixeira, Bruna de Cassia

Acesso aos bens de saúde pela via judicial na jurisprudência do Supremo Tribunal Federal / Bruna de Cassia Teixeira. -- Ribeirão Preto, 2012.

87 p. ; 30 cm

Trabalho de Conclusão de Curso -- Faculdade de Direito de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Ana Carla Bliacheriene

1. Judicialização da saúde. 2. Reserva do possível. 3. Direito à saúde. 4. Supremo Tribunal Federal. I. Título.

CDD 3405.5

BRUNA DE CASSIA TEIXEIRA

ACESSO AOS BENS DE SAÚDE PELA VIA JUDICIAL NA JURISPRUDÊNCIA DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Direito de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo como exigência parcial para obtenção do grau de bacharel em Direito.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Ana Carla Bliacheriene

Aprovado em _____/_____/_____.

_____

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Ana Carla Bliacheriene

_____

Examinador: _____

RIBEIRÃO PRETO

2012

Aos meus amados pais,
por todo esforço, tempo e amor dedicados
para que meus sonhos não se esvaiam.

AGRADECIMENTOS

À minha família, que sempre me deu absoluto incentivo e a serenidade imprescindível para a realização de qualquer projeto.

Aos meus queridos amigos, os que já me acompanhavam e os que se tornaram minha segunda família durante o período da faculdade, por compartilharem comigo tantos bons momentos e contribuírem diariamente para o meu desenvolvimento pessoal.

À minha orientadora, que além de me ensinar, corrigir, apoiar e motivar, se tornou meu maior exemplo profissional, levando-me a acreditar na potencial grandiosidade do ser humano.

Aos amigos da Defensoria Pública Estadual de Ribeirão Preto, especialmente aos defensores públicos Dra. Vanessa Pellegrini Armênio e Dr. Genival Torres Dantas Júnior, com os quais tive o prazer de trabalhar durante a faculdade, por tudo que me ensinaram com imensa paciência, carinho e atenção.

Aos docentes e funcionários da Faculdade de Direito de Ribeirão Preto, que permitiram que essa jornada de cinco anos na FDRP transcorresse da melhor forma possível.

RESUMO

O direito à saúde é tomado na Carta Política como direito-dever do Estado e da sociedade perante o cidadão. Observa-se que suas disposições acerca do direito à saúde apresentam conteúdo valorativo relacionado à busca pela justiça social. Em função da atuação do Ministério Público, Defensorias e da jurisprudência que vem se consolidando na aplicação dos dispositivos relativos ao direito à saúde, surgiu uma zona de conflito entre as atribuições/competências dos Poderes Judiciário e Executivo no que concerne à escolha e execução das políticas públicas. Um número cada vez maior de direitos subjetivos geradores de deveres estatais na área da saúde surge não só em função dos avanços normativos alcançados pelo Poder Legislativo, como também em virtude dos avanços interpretativos do Poder Judiciário. Nesse contexto, o Poder Judiciário acaba por se tornar uma "porta de entrada" não oficial ao Sistema Único de Saúde (SUS) para os que visam acesso integral aos bens de saúde. O problema dessa pesquisa consiste em analisar o eventual direcionamento jurisprudencial do Supremo Tribunal Federal (STF), sobretudo após a realização da Audiência Pública nº 04/2009, no que diz respeito aos seguintes temas (conectivos): (i) acesso a medicamentos; (ii) tratamentos no exterior e; (iii) argumentos do poder público contrários à concessão de prestações e/ou bens essenciais à saúde ("reserva do possível" e a impossibilidade de penhora do orçamento público). A metodologia aplicada à pesquisa foi a da análise jurisprudencial e a pesquisa bibliográfica. A partir da análise das decisões, foram levantados e agrupados os dados obtidos a partir dos conectivos acima referidos. Como marco teórico sobre "judicialização da saúde" analisou-se, dentre outros textos, a degravação da Audiência Pública nº 04/2009, que esclarece questões técnicas, científicas, administrativas, políticas e econômicas relacionadas à tensão existente entre os aplicadores do Direito, gestores da saúde e usuários do SUS. Os dados coletados apontaram que: (i) o STF reconhece a prevalência do direito à saúde sobre os interesses financeiros do Estado; (ii) os principais fundamentos constantes nos acórdãos são: (*a*) o direito à vida; (b) a responsabilidade solidária dos entes federativos pela garantia do direito à saúde; (c) a impostergabilidade do direito à saúde; (d) a legitimidade ativa do Ministério Público para defesa dos direitos individuais indisponíveis e para o controle das prestações de relevância pública; (e) a inexistência de ofensa à separação dos Poderes com a judicialização da saúde e; (f) a possibilidade de bloqueio das verbas públicas para dar cumprimento às decisões relativas a prestações de bens de saúde.

Palavras-chave: Judicialização da saúde. Reserva do possível. Direito à saúde. Supremo Tribunal Federal

ABSTRACT

The right to health is treated in the Policy Charter as a right-and-duty of the State and society to the citizen. It is observed that its provisions regarding the right to health have evaluative content related to the search for social justice. Depending on the work of prosecutors, public defenders and case law which has been consolidating in the application of the provisions concerning the right to health, emerged a zone of conflict between the duties/responsibilities of the Judicial and Executive concerning the choice and implementation of public policies. A growing number of subjective rights generators of State duties in health arises not only because of normative advances achieved by the Legislature, but also because of interpretation advances of the Judiciary. In this context, the Judiciary eventually become an unofficial "gateway" to the Unified Health System (SUS) for those who seek full access to health goods. The problem of this research is to analyze the possible direction of jurisprudence of the Supreme Court, especially after the Public Hearing No. 04/2009, regarding the following topics (connectives): (i) access to medicines; (ii) treatment abroad, and (iii) the government's arguments against the granting of benefits and/or essential goods of health ("possible reserves" and the impossibility of attachment of the public budget). The research methodology was the analysis of case law and literature. From the analysis of the decisions were collected and pooled data obtained from the connective above. As a theoretical framework on "judicialization of health" was analyzed, among other texts, the Public Hearing No. 04/2009, which clarified technical, scientific, administrative, political and economic issues related tension between the executors of Law, public system of health managers and SUS users. The data collected thus far indicate preliminarily that: (i) the Supreme Court recognizes the prevalence of the right to health instead the financial interests of the State, (ii) the principal reasons set out in the judgments are: (a) the right to life, (b) the joint responsibility of the federal entities for ensuring right to health; (c) the impossibility to postpone the right to health, (d) the active legitimacy of the Public Attorneys to the defense of unavailable individual rights and for the control of supply of public importance, (e) the lack of offense to the separation of powers on the judicialization of health and (f) the possibility of blockage of public funds to comply with the decisions that determine the supply of health goods.

Keywords: Health judicialization. Reservation of possible. Right to health. Suprem Court.

LISTA DE GRÁFICOS

01	Requerentes nas demandas por acesso a medicamentos e tratamentos no exterior perante o STF no período de 1994 a 2011	p. 31
02	Fundamentos apontados pelos Ministros do STF por quantidade de acórdãos relativos a demandas por acesso a medicamentos e tratamentos no exterior no período de 1994 a 2011	p. 32
03	Fundamentos do Poder Público por tipo de demanda perante o STF no período de 1994 a 2011.	p. 38
04	Quantidade de acórdãos em que foi mencionado o argumento do acesso universal e igualitário pelo Poder Público e pelo Supremo Tribunal Federal no período de 1994 a 2011	p. 51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AgR	Agravo regimental
AI	Agravo de instrumento
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ARE	Recurso extraordinário com agravo
CEME	Central de Medicamentos
CF	Constituição Federal
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias ao Sistema Único de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MP	Ministério Público
MPAS/GM	Ministério da Previdência Social/ Gabinete do Ministro
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNM	Política Nacional de Medicamentos
RE	Recurso extraordinário
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RISTF	Regimento interno do Supremo Tribunal Federal
SS	Suspensão de segurança
STA	Suspensão de tutela antecipada
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO **17**

1. METODOLOGIA **23**

1.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA 25

2. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA JUDICIALIZAÇÃO DOS BENS DE SAÚDE **26**

3. RESULTADOS OBTIDOS **31**

3.1 QUESTÕES PROCESSUAIS 33

3.2 ACESSO A MEDICAMENTOS 33

3.3 TRATAMENTO NO EXTERIOR 36

3.4 PRINCIPAIS CONTROVÉRSIAS E FUNDAMENTOS DO STF 37

3.4.1 Desbloqueio das verbas públicas 37
3.4.2 Reserva do possível 41
3.4.3 Lesão à ordem pública, econômica ou social 45
3.4.4 O direito à vida e a eficácia imediata do artigo 196 de Constituição Federal 47
3.4.5 Acesso universal e igualitário e a dignidade da pessoa humana 50
3.4.6 Responsabilidade solidária e a descentralização da gestão do SUS 53
3.4.7 Necessidade de pesquisas pelo Ministério da Saúde e a impossibilidade do reexame de fatos 55
3.4.8 Ofensa ao princípio da separação dos poderes 56
3.4.9 Legitimidade ativa do Ministério Público para proteção de direitos individuais 59
3.4.10 "Periculum in mora" inverso e impostergabilidade do bem pleiteado 60
3.4.11 Sopesamento de interesses (direito à vida x finanças públicas) 61

4. RECOMENDAÇÃO Nº 31 DO CNJ, DE 30 DE MARÇO DE 2010, E OS RESULTADOS DA AUDIÊNCIA PÚBLICA Nº 04 DO STF **64**

CONCLUSÃO **66**

REFERÊNCIAS **68**

APÊNDICE A – ACÓRDÃOS ANALISADOS PROFERIDOS PELO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL **74**

INTRODUÇÃO

Apesar da existência de normas jurídicas relacionadas à proteção da saúde desde a Constituição de 1824 e a criação de um arcabouço legislativo relativo à matéria na década de 1970, foi apenas com a Carta Política de 1988, especificamente em função do disposto em seu artigo 6º, que o direito à saúde passou a ser reconhecido constitucionalmente como um direito humano fundamental. A partir de então, iniciou-se uma grande produção normativa com vistas à proteção desse direito (AITH, 2007).

A Constituição apresenta o direito à saúde como um direito-dever, ou seja, impõe ao Estado a obrigação de garantir saúde e vida digna aos cidadãos. Essa perspectiva de proteção à saúde pode ser observada na Magna Carta desde o texto preambular, ao apresentar que são assegurados diversos direitos sociais e individuais, dentre eles o bem-estar, bem como no artigo 5º, *caput*, ao assegurar a inviolabilidade do direito à vida, e no artigo 196, ao tratar da saúde como um direito social (SIQUEIRA, 2010).

Os direitos fundamentais buscam assegurar, em última instância, um bem maior, consistente no direito à vida digna. Assim, o atendimento do Estado ao direito à saúde deve ser realizado em sua integralidade, de maneira que não basta a prestação de um primeiro atendimento se não forem também asseguradas todas as demais ações necessárias, como a realização de exames ou o fornecimento de medicamentos, para a garantia do exercício do direito à vida digna (SIQUEIRA, 2010).

Ocorre que, se por um lado o parágrafo 1º do art. 5º informa que o direito à vida, do qual o direito à saúde é consequência indissociável, é de aplicação imediata, dispensando leis especiais que lhe atribuam eficácia, por outro, a indeterminação do conceito de saúde, vinculado ao conceito aberto de “bem-estar”, gera, sob a perspectiva da aplicação imediata, um número infinito de demandas possíveis frente ao Estado. É por esse motivo que parte dos juristas entende que o direito à saúde “só pode ter eficácia contida – ou seja, normas de eficácia imediata em um primeiro momento, mas balizadas posteriormente por força da

atividade legislativa" (NUNES; MARRARA, 2010). Atualmente, um dos maiores entraves para aplicação imediata dos direitos fundamentais é a escassez de recursos públicos.

A Constituição dirigente caracteriza-se por objetivar a mudança social por meio da determinação de metas a serem atingidas, não sendo apenas um instrumento de governo. Com isso, infere a ideia de busca da justiça social, característica de uma ordem social democrática. A Constituição econômica de 1988 é expressão máxima desse caráter dirigente, impondo uma nova ordem econômica e social que deve ser perseguida pelo Estado e pela sociedade. E o instrumento de realização dessa ordem social, que tem por objetivo o bem-estar e a justiça sociais, é a seguridade social, sobretudo as ações na seara da saúde, conforme se depreende da leitura dos artigos 194 e 196, ambos da Constituição (TOJAL, 2003).

A obrigação estatal na seara do acesso aos bens de saúde pode ser observada sob as perspectivas da promoção, prevenção e recuperação de doenças. Enquanto a prevenção diz respeito à ação antecipada, que busca evitar a doença, a promoção da saúde está vinculada a um processo de capacitação para atuação da melhoria da saúde da comunidade.[1]

Ocorre que, diante de um contexto social determinado, e não há como ser de outra forma[2], surgem diferentes necessidades e anseios perante o Estado. Aith (2007, p. 87) indica algumas dessas conseqüências:

> De outro lado, a partir do momento em que a Saúde foi reconhecida como um Direito fundamental, a pressão social para que o Estado dê respostas a esse direito aumentou sensivelmente. Grupos vulneráveis, associações de doentes crônicos, indivíduos esperando transplantes, dentre outros grupos sociais, todos se viram dotados de um instrumento poderoso para fazer com que o Estado desenvolva-se de forma rápida para a garantia desse Direito Constitucional à saúde.

Um número cada vez maior de direitos subjetivos geradores de deveres estatais na área da saúde surge não só em função dos avanços normativos alcançados pelo Poder Legislativo, mas também em virtude dos avanços interpretativos do Poder Judiciário.

Cada vez mais são proferidas decisões favoráveis aos cidadãos relacionadas a demandas individuais por prestações ou bens essenciais a saúde, seja frente ao Estado ou aos agentes da saúde suplementar (NUNES; MARRARA, 2010). Nesse contexto, o Poder Judiciário acaba por se tornar uma "porta de entrada" não oficial ao Sistema Único de Saúde (SUS) para os que visam acesso integral aos bens de saúde.

---

[1] A respeito da diferenciação entre os conceitos de "promoção" e "prevenção", confira Czeresnia (2009).

[2] "Mas, repita-se, a compreensão constitucional operada a partir de um texto positivo não retira a imperiosa e inafastável necessidade de visualização do contexto social" (TOJAL, 2003, p. 21).

Esse é o quadro apresentado com o advento da Constituição de 1988: o movimento pelas grandes conquistas sociais assegurou garantias constitucionais que provocaram grandes impactos orçamentários. No entanto, tais transformações não foram acompanhadas de reestruturações fiscais, previdenciárias ou trabalhistas. Inevitavelmente, surgem os problemas de escassez de recursos e ineficiência da prestação dos serviços públicos.

Alimenta-se, assim, um ciclo vicioso no qual é a ineficiência na prestação do serviço público que acarreta o grande volume de demandas judiciais, individuais ou coletivas, em busca do atendimento à saúde e é o provimento dessas demandas que gera escassez de recursos, prejudicando a eficiência da prestação do serviço pelo Estado. Assim, sobretudo em função dos princípios de vinculação e rigidez orçamentária, aos quais fica sujeito o gestor público, tem-se que o atendimento às demandas judiciais implica em prejuízos no que diz respeito à atenção básica à saúde no âmbito coletivo. Sendo assim,

> Uma externalidade negativa que a LRF gerou, principalmente para as contas municipais, foi o aumento das despesas com recursos humanos. Ao delimitar um percentual de corte de 60% da receita líquida do município, a norma estimulou o crescimento do gasto público nessa ementa, que nem sempre vem acompanhado da melhoria da prestação do serviço público (...) Quando a LRF impõe limites na liberdade de utilização das verbas orçamentárias, impõe prioridades que devem ser consideradas pelo gestor. No entanto, engessa as possibilidades de atuação do mesmo, quando as demandas são apresentadas por meio de ordens judiciais (BLIACHERIENE; MENDES, 2010, p. 19-21).

Nesse contexto, assume o magistrado uma posição-chave no desafio de conciliar: (i) a eficácia (aplicação imediata) do direito fundamental à saúde, nos termos dos artigos 5º, parágrafo 1º, 6º e 196 da Carta Constitucional; (ii) o direito subjetivo e o direito coletivo à saúde; (iii) a escassez de recursos e a melhor utilização possível do orçamento; (iv) a justiça comutativa e a justiça distributiva; (v) as políticas de prevenção e as de reparação; (vi) a realização da participação social como um dos princípios do SUS; (vii) a distribuição de responsabilidades entre os entes da federação e ainda; (viii) as desigualdades regionais no que diz respeito à possibilidade de atendimento integral do direito à saúde e as necessidades locais (MENDES, 2009).

Segundo Machado (2008), a judicialização pode ser observada sob duas diferentes perspectivas: como um processo de restrição da cidadania, uma vez que os órgãos julgadores não representam a democracia indireta consagrada por meio das eleições, ou como um processo de ampliação da cidadania, tendo em vista que permite o acesso direto do cidadão à efetivação das políticas públicas necessárias. Sob essa última perspectiva, a atuação do Poder

Judiciário complementaria a chamada “cidadania complexa” e viria a resolver as dificuldades encontradas pelos outros Poderes para dar concreta realização à vontade popular.

O autor cita como marco na utilização do termo “judicialização” a obra de Tate e Vallinder, intitulada *“The Global Expansion of Judicial Power”*, segundo a qual a judicialização só passa a existir quando os julgadores optam por participar do processo de decisão política num sistema democrático em que há separação de poderes e no qual existiriam outros órgãos ou instituições, externos ao Poder Judiciário, competentes para aquela tomada de decisão (TATE; VALLINDER, 1995 *apud* MACHADO, 2008).

Barroso (2009), no entanto, identifica a judicialização como um fenômeno no qual questões de grande repercussão política ou social são discutidas pelo Poder Judiciário e não pelas instâncias políticas tradicionais, o que acaba por conferir maior poder para juízes e tribunais. Segundo o autor, a redemocratização do país, com a Constituição de 1998, é apenas uma das causas da judicialização, tanto em função da recuperação das garantias da Magistratura quanto pela maior consciência e informação dos cidadãos sobre seus direitos, expandindo o poder do Judiciário e aumentando o número de demandas judiciais. Além disso, outra causa da judicialização vinculada ao advento da Carta de 1988 seria a constitucionalização abrangente, que trouxe muitas matérias, sobretudo garantistas, para o âmbito constitucional. Por fim, a última dentre as três causas destacadas pelo autor é o sistema brasileiro de controle de constitucionalidade, que permite que qualquer questão política possa ser levada à apreciação do STF.

Diferencia-se, portanto, o conceito proposto por Barroso (2009), pois, segundo ele, enquanto a judicialização diz respeito ao próprio sistema normativo adotado, apresentando-se como sua consequência natural, o ativismo judicial, por outro lado, representa uma participação intensa dos juízes e tribunais em direção à competência dos outros Poderes, buscando ampliar a concretização dos valores e fins constitucionais.

Consideradas as graves consequências das decisões judiciais no âmbito de realização do direito à vida e à saúde, o Supremo Tribunal Federal (STF) e o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) revelaram crescentes preocupações com a matéria e passaram a realizar importantes ações efetivas na tentativa de problematizar a questão e de promover uma orientação para a atuação do Poder Judiciário nessa seara. Dentre essas ações cabe destaque à criação do Fórum Nacional de Saúde, composto pelos comitês estaduais, para discussão da judicialização da saúde e a realização da histórica Audiência Pública nº 04, entre os meses de abril e maio de 2009, oportunidade na qual foi aberto espaço à manifestação de diferentes

segmentos da sociedade civil, buscando esclarecer as questões técnicas, científicas, administrativas, políticas e econômicas relacionadas ao tema.

Diante do caráter constitucional do problema identificado, faz-se necessário um estudo jurisprudencial que permita identificar em que direcionamento o STF, a Corte Constitucional brasileira, vem decidindo acerca dos temas de judicialização das políticas públicas de saúde.

O objetivo da pesquisa, portanto, consiste em analisar o eventual direcionamento jurisprudencial do STF, no período de 1994 a 2011, quanto ao tema do acesso aos bens de saúde. A justificativa desse lapso temporal se dá pelo fato de as primeiras ações pleiteando assistência à saúde em face do Estado terem sido ajuizadas no ano de 1994 e, após isso, terem aumentado exponencialmente, gerando fortes impactos nos orçamentos da saúde dos diversos entes da Federação, a ponto de ensejar a realização da mencionada Audiência Pública. Para tanto, tendo em vista a vastidão dos conflitos que exsurgem da matéria, esse estudo será restrito à análise da jurisprudência relativa a três temas principais: (i) acesso a medicamentos; (ii) tratamentos a serem realizados no exterior e; (iii) argumentos do Poder Público contrários à concessão de prestações e/ou bens essenciais à saúde, sobretudo as fundamentações na reserva do possível e na impossibilidade de penhora do orçamento público.

A fim de orientar a coleta dos dados, partiu-se da hipótese de que, após os esforços do STF no sentido de discutir as questões relativas ao tema buscando eliminar, ou ao menos reduzir, a tensão existente entre os aplicadores do Direito e os gestores públicos na realização do direito à saúde, a Corte permanece conferindo caráter absoluto ao direito previsto no artigo 196 da Constituição Federal, reconhecendo a prevalência desse direito sobre os limites de atuação financeira do Estado.

A metodologia aplicada é a da análise jurisprudencial e a pesquisa bibliográfica. A partir da análise das decisões, foram levantados e agrupados os dados obtidos em relação aos conectivos acima referidos.

O estudo jurisprudencial - juntamente com a análise do teor da Resolução do CNJ nº 107, de 6 de abril de 2010, e da Recomendação do CNJ nº 31, de 30 de março de 2010 - torna possível identificar o entendimento adotado pela Corte Superior do Poder Judiciário brasileiro em relação aos limites de sua atuação e interferência nas políticas públicas de saúde. Assim, ainda que a tal entendimento não estejam vinculados os tribunais inferiores, constata-se uma orientação no sentido de quais sejam os fundamentos razoáveis a se considerar no processo decisório dos aplicadores do Direito a fim de que suas decisões não sejam reformadas em última instância.

Como marco teórico sobre judicialização da saúde analisou-se, dentre outros textos, a degravação da Audiência Pública nº 04/2009 do STF.

Os dados obtidos apontam que: (i) o STF reconhece a prevalência do direito à saúde sobre os interesses financeiros do Estado; (ii) os principais fundamentos constantes nos acórdãos são: (*a*) o direito à vida; (b) a responsabilidade solidária dos entes federativos pela garantia do direito à saúde; (c) a impostergabilidade do direito à saúde; (d) a legitimidade ativa do Ministério Público para defesa dos direitos individuais indisponíveis e para o controle das prestações de relevância pública; (e) a inexistência de ofensa à separação dos Poderes com a judicialização da saúde e; (f) a possibilidade de bloqueio das verbas públicas para dar cumprimento às decisões relativas a prestações de bens de saúde.

1. METODOLOGIA

A fim de estudar a evolução do entendimento do Supremo Tribunal Federal acerca do acesso aos bens e prestações de saúde pela via judicial, partiu-se da análise jurisprudencial referente ao período de 1994 a 2011, buscando conhecer, além do posicionamento daquela Corte sobre o tema, quais as demandas mais comuns e seus fundamentos.

A estratégia de pesquisa é a análise qualitativa das decisões do STF. A relevância desse tipo de estudo está na necessidade de identificação da postura tomada por aquele Tribunal em relação aos limites de sua atuação e interferência nas políticas públicas de saúde, a fim de explicitar quais os fundamentos razoáveis a se considerar nos processos decisórios de primeira e segunda instâncias. Ademais, é relevante observar se a Corte mantém-se numa mesma linha ou varia seu entendimento a partir de variadas situações concretas.

Tendo em vista a existência de inúmeros trabalhos acadêmicos realizados a partir de abordagem qualitativa, apontando e discorrendo sobre os diferentes e antagônicos posicionamentos possíveis a respeito do tema sob análise, o trabalho busca obter resultados estatísticos que permitam identificar qual entendimento tem prevalecido perante a Suprema Corte no transcurso do tempo.

Referida abordagem, no entanto, não dispensa a adequada especificação e descrição das hipóteses variáveis, pelo que se faz necessária a obtenção de dados descritivos a respeito dos fundamentos que ensejam a tomada de decisão. Nesse sentido, o método indutivo permite a delimitação das hipóteses como premissas maiores nas quais estão contidos fundamentos semelhantes. Assim, parte-se da observação de diferentes julgados relacionados a variados casos concretos para a identificação das relações entre eles e, então, para a conclusão de um conteúdo mais amplo que os abrange. Destarte, a interpretação dos dados obtidos se dá por meio de abordagem qualitativa em pesquisa documental, buscando-se compreender o conteúdo dos votos dos Ministros da Corte.

Compõem a pesquisa, portanto, as seguintes etapas: (1) o primeiro contato com os julgados obtidos a partir de pesquisa no portal virtual do Supremo Tribunal Federal[3]; (2) a seleção daqueles relacionados com o tema da pesquisa; (3) a organização dos documentos de acordo com conectivos previamente estabelecidos e o detalhamento dos dados revelados em cada acórdão; (4) a formulação de hipóteses mais amplas a partir da identificação de

[3] Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/pesquisarJurisprudencia.asp>. Acesso em: 23 ago. 2012.

fundamentos semelhantes e do agrupamento dos dados, generalizando os dados empíricos disponíveis e; (5) a interpretação descritiva dos resultados alcançados.

Os conectivos previamente adotados são: (i) o acesso a medicamentos; (ii) a concessão de tratamentos a serem realizados no exterior e; (iii) os argumentos do poder público contrários à concessão de prestações e/ou bens essenciais à saúde, sobretudo as fundamentações da reserva do possível e da impossibilidade de penhora do orçamento público.

Para levantamento dos acórdãos existentes utilizaram-se os termos de pesquisa "medicamento", "internação", "saúde", "SUS", "tratamento no exterior" e "retinopatia pigmentar", realizando seis buscas distintas e eliminando os resultados repetidos. Assim, acredita-se que a amostra aproximou-se o máximo possível do esgotamento dos acórdãos relativos aos conectivos tratados. Não se ignora que possam existir julgados que não foram analisados por não constarem na busca efetuada. No entanto, a amostra obtida apresenta-se suficiente para os objetivos a que esta pesquisa se propõe.

No primeiro levantamento de dados com esses termos foram extraídos 951 acórdãos relacionados a temas variados, inclusive demandas na seara da saúde pleiteando outros direitos que não os indicados como objeto central dessa pesquisa.

A partir disso, busca-se a identificação de um traço evolutivo no que diz respeito à linha decisória da Suprema Corte do Poder Judiciário brasileiro com relação aos temas adotados.

Como referência teórica elucidativa acerca das dificuldades que se contrapõem na seara da judicialização da saúde, a análise da degravação da Audiência Pública nº 04, realizada entre os meses de abril e maio de 2009 pelo STF, bem como dos materiais enviados sob a forma de contribuições por diversos segmentos interessados da sociedade civil, permite esclarecer as questões técnicas, científicas, administrativas, políticas e econômicas relativas ao tema, contribuindo para a descrição mais precisa dos fundamentos destacados nos acórdãos analisados.

Inicialmente buscou-se, por meio de pesquisa documental, traçar uma evolução do direito à saúde após o advento da Constituição Federal de 1988, identificando os principais instrumentos normativos surgidos a respeito da matéria. Com isso foi possível analisar o desenvolvimento dogmático-normativo da temática para subsidiar a interpretação dos dados coletados.

1.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Uma vez coletadas, as informações dos acórdãos foram inseridas em uma planilha, sendo destacados os seguintes dados: (1) espécie e número da ação; (2) relator; (3) requerente; (4) requerido; (5) perfil do paciente/requerente; (6) enfermidade; (7) tratamento pleiteado; (8) valor do tratamento; (9) conectivo de referência; (10) fundamentos do particular/requerente; (11) fundamentos do Poder Público; (12) conhecimento; (13) provimento/deferimento; (14) justificativa do STF.

Os fundamentos foram identificados por expressões-chave que apresentavam um padrão de motivação mais abrangente, sendo levados em consideração (i) os dispositivos legais e constitucionais apontados; (ii) os princípios constitucionais abordados; (iii) as características peculiares dos casos concretos constatadas com frequência e que influenciaram decididamente a tomada de decisão.

A partir do estudo dos dados obtidos tornou-se possível identificar quais os principais fundamentos apontados pelo Poder Público ao ser demandado em ações relativas a acesso a medicamentos e concessão de tratamentos a serem realizados no exterior, bem como estabelecer um traço evolutivo na fundamentação apresentada pelo STF em seus acórdãos no período que vai desde o advento da Constituição de 1998 até o ano de 2011.

2. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA JUDICIALIZAÇÃO DOS BENS DE SAÚDE

Pode-se dizer que a proteção do direito à saúde surge paralelamente ao desenvolvimento do Estado Democrático de Direito, no qual se dá primazia à proteção dos direitos humanos e aos princípios democráticos. No Estado de Direito existem regras que atingem tanto governados quanto governantes no que tange ao respeito à vida e à dignidade da pessoa humana. Por esse motivo, diz-se que apenas nesse Estado pode se efetivar a garantia do direito à saúde (AITH, 2010).

O Estado de Direito, enquanto garantidor dos direitos humanos, deve pautar sua atuação na tríade axiológica liberdade, igualdade e fraternidade. Somente é possível falar em liberdade fática ou real na medida em que se garantem condições de autodeterminação do sujeito, ou seja, quando são colocadas à disposição do indivíduo as prestações de saúde de que necessita. O direito à saúde, como os demais direitos sociais, pode ser observado sob a perspectiva do terceiro valor daquela tríade, a fraternidade, ou solidariedade, no sentido de que exige prestações positivas do Estado em busca da realização da igualdade material. Diante disso, a questão que se impõe é: qual é o verdadeiro significado de solidariedade e até que ponto ela se estende?[4]

Com o advento da Constituição Federal de 1988, além de tratados internacionais, sobretudo a Declaração Universal de Direitos Humanos e o Pacto dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, o direito à saúde foi elevado à categoria de direito humano fundamental, o que produziu importantes avanços na seara do Direito Sanitário (AITH, 2010).

Na classificação dogmática, o direito à saúde enquadra-se como direito fundamental social, o qual deve ser garantido por prestações materiais positivas por parte do Estado. Caracterizam-se essas prestações como aquelas que o cidadão poderia adquirir de particulares, caso houvesse recursos suficientes e oferta adequada no mercado. Além disso, enquanto direito fundamental, o direito à saúde apresenta aspecto objetivo e subjetivo. No primeiro aspecto, trata-se de direito objetivo que fundamenta todo o ordenamento jurídico do Estado Democrático de Direito. Já sob o aspecto subjetivo, é direito individual, que tem como contrapartida a exigência do dever estatal de sua garantia (ALEXY, 2007).

---

[4] “A fraternidade, ou solidariedade, se expressa como um conjunto de regras voltadas a um escopo comum de progresso e melhoria da igualdade de vida de todos aqueles que compõem o grupo social, determinando que um dos grandes objetivos do ser humano é possuir uma sociedade que ofereça a todos os seus integrantes a igualdade material” (AITH, 2010, p. 68).

Segundo Alexy (2007), a identificação de quais sejam esses direitos fundamentais sociais vai depender de uma ponderação de princípios – a liberdade fática do sujeito detentor do direito subjetivo fundamental social, a competência do legislador democraticamente legitimado, em conformidade com a separação dos poderes, e a liberdade fática ou outros direitos fundamentais sociais de outros indivíduos. Nesse sentido, o autor propõe um modelo de solução para identificação dos direitos fundamentais sociais vinculantes:

> *De acuerdo con el modelo, el individuo tiene um derecho prestacional definitivo cuando el principio de la libertad fáctica tiene um peso mayor que los princípios formales y materiales contrapuestos, tomados en su conjunto. Esto ocurre em relación con derechos mínimos. A este tipo de derechos mínimos definitivos se hace posiblemente referencia cuando los derechos prestacionales públicos subjetivos e exigibles judicialmente se contraponen a un contenido objetivo excesivo. A diferencia de los derechos definitivos que son el resultado de una ponderación, los derechos 'prima facie', que corresponden a los principios (...), tienen siempre algo excesivo. El concepto de lo excesivo no está, pues, ligado a la dicotomia subjetivo/objetivo* (ALEXY, 2007, p. 459).

O direito fundamental social existe, portanto, a partir do momento em que se sobrepõe aos demais direitos e liberdades que a ele se contrapõem. Assim, é também decorrência da consagração do direito à saúde como direito social a assunção, pelo Estado, do dever de assegurar a compensação das desigualdades sociais, promovendo a implementação da igualdade material e, principalmente, assegurando o mínimo vital (RAMOS, 2005).

As Constituições anteriores à de 1988 não traziam uma seção específica acerca do direito à saúde, resumindo-se a determinar regras de competência. A seção do direito à saúde foi incluída na Constituição de 1988, em meio ao forte movimento popular de democratização característico da consagração de direitos sociais nessa Constituição, como proposta de emenda popular apresentada à Assembleia Constituinte por sanitaristas, como consequência da VIII Conferência Nacional de Saúde (DALLARI, 2008).

Dada a importância do tema, o constituinte reservou uma seção autônoma para tratar da matéria da saúde, a qual está inserida no título VIII, que trata da ordem social, mais especificamente no capítulo II, que abrange a seguridade social.

Além da previsão do artigo 196, que afirma ser a saúde direito de todos e dever do Estado, a seção da saúde traz em seu bojo a forma de gestão da saúde no território nacional (sistema único, regionalizado, descentralizado e hierarquizado), as diretrizes do SUS, sua forma de financiamento, suas atribuições e de que forma se dá a atuação da iniciativa privada nessa área. O sistema único previsto na Constituição de 1988 foi instituído pela Lei nº 8.080,

de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990).

No que diz respeito à política de assistência farmacêutica, muito antes da criação do SUS já existiam Decretos e Portarias contendo previsões normativas a fim de assegurar o fornecimento de medicamentos essenciais. Dentre eles, cabe citar o Decreto nº 53.621/1964, que dispunha sobre uma lista básica de produtos de uso farmacêutico para orientar as compras do governo federal, o Decreto nº 68.806/1974, que criou a Central de Medicamentos (CEME), a Lei nº 6.259/1975, que institui o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e a Portaria 514/MPAS/GM, de 1976, que homologa a Relação Nacional de Medicamentos Básicos (KORNIS; BRAGA; ZAIRE, 2008).

A partir da Constituição de 1988 houve significativo avanço no Direito Sanitário em função do desenvolvimento de relevante arcabouço normativo que compõe esse subsistema do Direito. Destacam-se a Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080/90 e 8.142/90), os diversos Códigos Sanitários Estaduais e Municipais, as Leis de criação das Agências Nacionais de Vigilância Sanitária (Lei nº 9.782) e de Saúde Suplementar (Lei nº 9.656), a Lei de criação da Hemobrás e a Lei de Bioética (Lei nº 11.105/05). Ademais, foi criado um grande número de Decretos, Portarias e Resoluções que complementam esse sistema normativo (AITH, 2007).

Como consequência dessa vinculação da atuação estatal aos direitos sociais previstos constitucionalmente e nos referidos normativos, dentre outros, a despesa orçamentária constitucional obrigatória aumentou de forma substancial, sem o acompanhamento de uma adequada reforma fiscal e de gerenciamento do Estado (BLIACHERIENE; MENDES, 2010).

Além da expansão normativa, houve relevante impacto na evolução do direito à saúde em função da expansão interpretativa a ele conferida pelos tribunais brasileiros, tendo como uma de suas principais causas a indeterminação do conceito de saúde previsto na Constituição Federal.[5]

A evolução do direito à saúde se deu paralelamente à evolução do próprio conceito de saúde.

---

[5] Alexy (2007) chama atenção para uma das críticas que se faz aos direitos fundamentais sociais no que diz respeito à indeterminação de seu conteúdo. E ressalva que a definição desse conteúdo não caberia ao Poder Judiciário, por tratar-se de questão política. Segundo o autor, esse argumento contrário aos direitos fundamentais sociais ganha maior relevância quando se verifica a insuficiência de recursos para sua implementação.

O conceito amplo de saúde, que foi adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no próprio preâmbulo de sua Constituição, abrange não só a ausência de doenças, mas também a presença das condições de vida. Assim, de acordo com o que preceitua a OMS, “saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1946).

Diante desse conceito, o cuidado com a saúde vai além do âmbito individual e passa a ser exigível do Estado o dever de prover as condições ambientais, econômicas e sociopolíticas necessárias para assegurar o bem-estar do cidadão. Nesse sentido, Dallari (2008) chama atenção ao fato de o significado do conteúdo de saúde somente poder ser definido quando contextualizado em determinado momento e local, o que permite conhecer as exigências necessárias para o bem-estar naquela comunidade específica.

Foi somente a partir da Revolução Industrial que tiveram início os debates entre aqueles que consideravam a saúde como ausência de doenças e aqueles que consideravam a influência das condições ambientais – dentre elas o meio-ambiente, o trabalho, a alimentação e a moradia – na saúde humana, ampliando seu significado em direção ao bem-estar. A definição de saúde como ausência de doenças parte de uma perspectiva puramente biológica e médica e que desconsidera a existência de pessoas com doenças crônicas, por exemplo, que levem uma vida sadia e, por outro lado, a existência de pessoas isentas de doenças, que não sejam sadias de modo geral.

Da leitura do artigo 196 da Constituição Federal depreende-se que a saúde é ao mesmo tempo um direito de todos e um dever do Estado. Uma das possíveis interpretações desse dispositivo pode ser a de que o Estado é responsável pela garantia da saúde plena a todos. O problema dessa interpretação reside não só nas impossibilidades fáticas de sua realização em virtude da escassez de recursos financeiros, mas também na amplitude do conceito de saúde, conforme mencionado.

A obrigação do Estado de garantir a promoção, proteção e recuperação da saúde pode ser analisada sob duas diferentes perspectivas. Com relação à saúde pública, seu dever consiste na elaboração de políticas públicas prévias que garantam o direito à saúde da população em geral. Já seu dever no âmbito do direito à saúde individual de cada cidadão diz respeito à disponibilização dos cuidados sanitários possíveis e, por óbvio, não à garantia da saúde em toda a sua individualizada complexidade.

Verifica-se, portanto, a importância da consagração do direito à saúde como direito fundamental social, sobretudo na Constituição de 1998, para a evolução do Direito Sanitário no Brasil e que ocorreram importantes avanços normativos posteriores ao seu

advento. No entanto, dificuldades como a amplitude do conceito de saúde e a indeterminação do alcance e extensão dos direitos fundamentais sociais ensejam o incremento da atividade do Poder Judiciário na seara da garantia do direito à saúde pelo Estado.

3. RESULTADOS OBTIDOS

Ao todo foram analisados 380 Acórdãos, sendo que 371 tratavam de demandas por acesso a medicamentos e apenas 09 relacionavam-se com pedidos de tratamento no exterior.

Em geral tratavam-se de recursos de agravo regimental, recursos extraordinários, ações cautelares, pedidos de suspensão de segurança, suspensão de tutela antecipada e suspensão de medida liminar.

O Poder Público apresentou-se como requerente na maior parte das demandas, obtendo provimento em apenas 9,82% delas, algumas vezes por razões excepcionais que serão expostas a seguir.[6] Já os particulares e o Ministério Público, embora tenham figurado como requerentes na menor parte dos casos, obtiveram provimento em 38,78% dos casos.

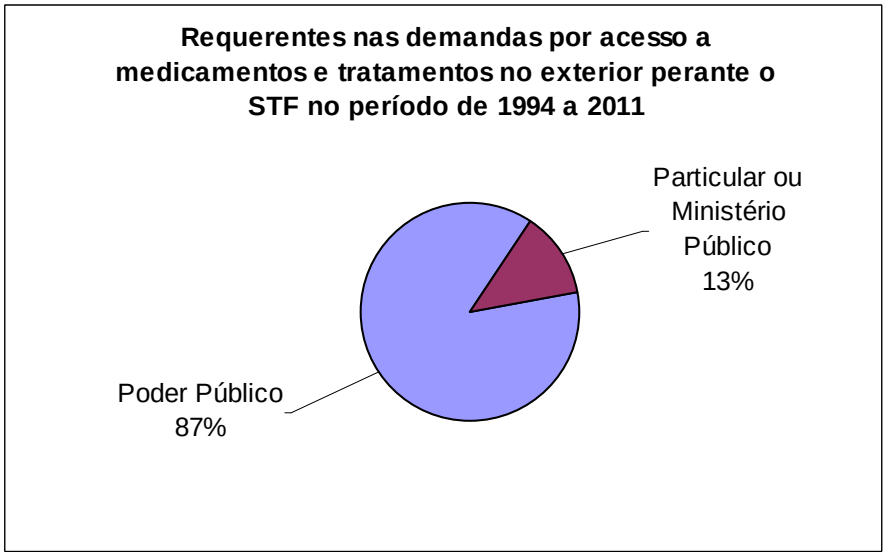

Gráfico 1 – Requerentes nas demandas por acesso a medicamentos e tratamentos no exterior perante o STF no período de 1994 a 2011

Da análise dos julgados, verificou-se que alguns fundamentos eram mais constantemente apontados pelos Ministros do STF para fins de dar ou não provimento às referidas demandas. Foram eles agrupados por suas similaridades, obtendo-se, com isso, a quantidade de acórdãos nos quais figuraram como argumentos fundamentais.

[6] Ressalte-se que foi utilizada a expressão "provimento" também para os casos de recurso nos quais que apenas se demandava o recebimento de recurso extraordinário, conforme mencionado no item 4.2, infra.

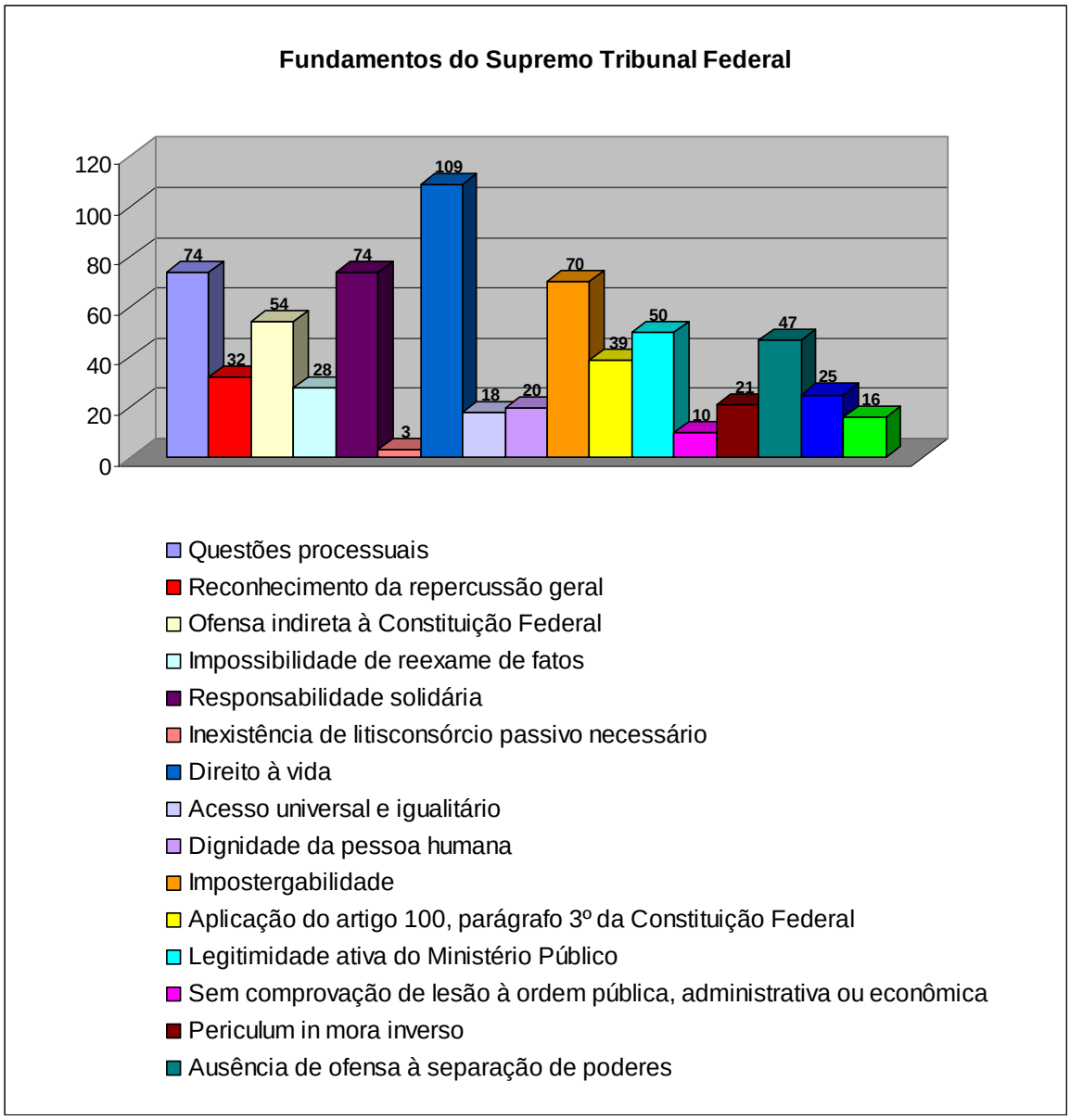

Gráfico 2 – Fundamentos apontados pelos Ministros do STF por quantidade de acórdãos relativos a demandas por acesso a medicamentos e tratamentos no exterior no período de 1994 a 2011

Nesta pesquisa cada fundamento foi apresentado por expressões-chave que configuram hipóteses variáveis nas quais se buscou classificar a totalidade dos acórdãos analisados. A fim de compreender quais ideias foram apontadas pelo STF sob cada fundamento, necessária a adequada especificação e descrição de seu conteúdo, conforme se passa a expor a seguir.

3.1 QUESTÕES PROCESSUAIS

Em 74 demandas (19,47%) não houve decisão de mérito por questões processuais, dentre elas: impossibilidade de interposição de recurso de decisão não revestida de definitividade; deficiência no traslado que impossibilitou aferir a tempestividade do recurso interposto; recurso prejudicado por perda superveniente de objeto; ausência de prequestionamento da matéria constitucional; intempestividade do recurso interposto; ausência de repercussão geral; ausência de impugnação específica dos fundamentos da decisão recorrida e incompetência do STF.

A 32 recursos extraordinários foi determinado o sobrestamento por reconhecimento da repercussão geral do tema.

Do total, não foi dado provimento pelo STF a 54 das demandas por se entender que a afronta à Constituição era apenas indireta, o que não permitia o seguimento do recurso interposto.

Tais decisões, quando fundamentadas exclusivamente em questões processuais, não contribuíram para as conclusões a respeito do posicionamento do STF frente ao tema da judicialização da saúde. Entretanto, em alguns casos, sobretudo quando reconhecida afronta indireta à Constituição, os Ministros se preocuparam em trazer em seus votos alguns outros fundamentos sobre o tema. Nesses casos, embora permaneça nesta pesquisa apontado o fator processual como fundamento da decisão, foram computados os entendimentos externados e agrupados com os demais casos em que não houve questão processual que obstasse o seguimento do processo, uma vez que o que se busca analisar é justamente o entendimento e eventual direcionamento do STF ao proferir decisões inseridas no âmbito da concessão de bens de saúde e não apenas os resultados atingidos com os julgados.

3.2 ACESSO A MEDICAMENTOS

No que tange ao acesso a medicamentos, o Poder Público se apresentou como autor em 326 das demandas, das quais obteve provimento em 31 (9,51%), sendo os particulares e o Ministério Público responsáveis por 45 demandas, das quais obtiveram provimento em 19 (42,22%). Ressalte-se, entretanto, que o provimento das demandas em que

o Poder Público apresentava-se como recorrente se resumiu, em 20 dos casos[7] ao recebimento do recurso extraordinário (reconhecimento da repercussão geral e sobrestamento do feito) e, em 01 caso, o pedido apenas foi deferido porque a paciente individualizada que pleiteava o acesso a medicamentos veio a falecer no curso do processo.[8]

Ressalte-se que foi utilizado o termo "provimento" ao se tratar de decisão que apenas recebeu o recurso extraordinário porque em alguns casos os recursos objetivavam justamente o recebimento do recurso anteriormente não recebido. Assim, nos acórdãos em que se pronunciava "nego seguimento ao recurso" os recursos foram identificados como não conhecidos e nos acórdãos em que se mencionava "nego provimento ao recurso" os acórdãos foram identificados como conhecidos, mas aos quais foi negado provimento.

Sob o conectivo "acesso a medicamentos" não se incluíram os pedidos de ajuda de custo para tratamento, tampouco intervenções cirúrgicas, abrangendo, entretanto, demandas por medicamentos específicos, equipamentos/instrumentos/insumos para aplicação de medicamentos e manutenção da saúde, suplementos alimentares e fraldas descartáveis.

Verifica-se que as primeiras demandas relativas ao acesso a medicamentos datam do ano de 1998[9], ano de instituição da Política Nacional de Medicamentos, por meio da Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, que tem como principais diretrizes: (i) a adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e sua revisão regular; (ii) a regulamentação sanitária de medicamentos; (iii) a reorientação da assistência farmacêutica com vistas à promoção do acesso da população a medicamentos essenciais; (iv) a promoção do uso racional de medicamentos; (v) o desenvolvimento científico e tecnológico; (vi) a promoção da produção de medicamentos; (vii) a garantia da segurança, qualidade e eficácia

---

[7] RE 566788 AgR/ES, Rel. Min. Cármen Lúcia, DJe-210, 06/11/2008; RE 523726 AgR / ES, Rel. Min. Cármen Lúcia, DJe-194, 14/10/2008; AI 690812 / GO. Rel. Min. Marco Aurélio, DJe-191, 09/10/2008; AI 630264 / PR, Rel. Min. Marco Aurélio, DJe-042, 05/03/2009; RE 600009 / RN, Rel. Min. Cármen Lúcia, DJe-236, 07/12/2010; AI 822629 / RS, Rel. Min. Cármen Lúcia DJe-225, 24/11/2010; AI 821773 / RS, Rel. Min. Ricardo Lewandowski, DJe-212, 05/11/2010; AI 802214 / MT, Rel. Min. Marco Aurélio, DJe-213, 08/11/2010; AI 817270 / RS, Rel. Min. Marco Aurélio, DJe-196, 19/10/2010; AI 808058 / RS, Rel. Min. Cármen Lúcia, DJe-154, 20/08/2010; RE 599438 / SC, Rel. Min. Dias Toffoli, DJe-094, 26/05/2010; RE 595145 / MS, Rel. Min. Cármen Lúcia, DJe-092, 24/05/2010; RE 611181 / SE, Rel. Min. Cármen Lúcia, DJe-088, 18/05/2010; RE 589008 / CE, Rel. Min. Cármen Lúcia, DJe-094, 26/05/2010; AI 789946 / RS, Rel. Min. Cármen Lúcia, DJe-057, 30/03/2010; AI 787497 / RS, Rel. Min. Cármen Lúcia, DJe-051, 22/03/2010; AI 821101 / RS, Rel. Min. Ellen Gracie, DJe-117, 20/06/2011; ARE 637195 / RS, Rel. Min. Ellen Gracie, DJe-095, 20/05/2011; AI 748211 / GO – GOIÁS, Rel. Min. Ellen Gracie, DJe-104, 01/06/2011; RE 566471 RG / RN, Rel. Min. Marco Aurélio, DJe-157, 07-12-2007.

[8] STA 424 / SC. Rel. Min. Gilmar Mendes. DJe-076 DIVULG 29/04/2010 PUBLIC 30/04/2010.

[9] Cumpre ressaltar que desde 1994 foram analisados acórdãos nos quais eram pleiteados tratamento no exterior, cirurgias, internação em quarto privativo do SUS, dentre outras formas de assistência à saúde. No entanto, somente foram coletados nessa pesquisa aqueles que dizem respeito aos conectivos previamente estabelecidos.

dos medicamentos e; (viii) o desenvolvimento e a capacitação dos recursos humanos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

A assistência farmacêutica no âmbito do SUS é dividida em diferentes eixos.

A atenção básica ou primária em saúde diz respeito aos medicamentos essenciais e, como porta de entrada no sistema, é essencial para a manutenção da qualidade de saúde da população, evitando que se alcancem os níveis mais complexos de demandas por tratamento (atenção hospitalar e especializada). No sistema descentralizado do SUS, compete à rede de atenção básica municipal o fornecimento dos medicamentos essenciais. No entanto existem programas estaduais, como o programa “Dose Certa”, no estado de São Paulo, que garantem a distribuição desses medicamentos por meio do estado. Além disso, a Portaria nº 176/1999 consagrou o financiamento federal para a assistência farmacêutica básica nos níveis estadual e federal (BARATA; MENDES, 2010).

Outro eixo da assistência farmacêutica do SUS são os programas estratégicos do Ministério da Saúde, elaborados para o controle de epidemias e endemias específicas. Nesse caso, os medicamentos são adquiridos pelo próprio Ministério, que promove o seu repasse, ficando a gestão dos medicamentos sob a responsabilidade dos Municípios. A demanda dos estados é avaliada por suas secretarias estaduais de saúde, que encaminham as solicitações para o Ministério. Muitos dos programas desse eixo de assistência farmacêutica seguem padrões internacionais estabelecidos pela OMS para controle de determinadas epidemias/endemias (BARATA; MENDES, 2010).

O último eixo da assistência farmacêutica do SUS é o programa de medicamentos especializados (ou de alto custo, ou excepcionais), que visa a atender a demandas individuais (doenças específicas e menos comuns). Em geral esses medicamentos apresentam custo elevado, pelo que geralmente não podem ser adquiridos pelos próprios pacientes. A fim de regulamentar a dispensação desses medicamentos o Ministério da Saúde emite Protocolos Técnicos, que devem ser observados por todos os estados e municípios (BARATA, MENDES, 2010).

Sob o ponto de vista da gestão de políticas públicas, tais considerações acerca da forma de funcionamento e distribuição de competências da assistência farmacêutica do SUS somente serão analisadas em demandas judiciais partindo-se da perspectiva de que o direito à assistência farmacêutica deve ser um direito universal regulamentado, ou seja, pode sofrer limitações a fim de permitir cada vez mais a ampliação da cobertura do acesso e a consequente eficácia da gestão da saúde. Do contrário, responsabiliza-se o Estado de forma

solidária, abrangendo União, estados e municípios como responsáveis pelo fornecimento dos medicamentos independentemente das políticas previamente formuladas.

3.3 TRATAMENTO NO EXTERIOR

Já no que diz respeito aos tratamentos no exterior, o Poder Público foi demandante em 05 casos, obtendo provimento em apenas 01 deles, e os particulares e o Ministério Público foram requerentes em 04 demandas, sendo que em nenhuma delas obtiveram provimento. No caso em que foi dado provimento ao Poder Público, tratou-se de provimento parcial para suspender a segurança, haja vista que houve má-fé do paciente (particular) ao impetrar mandados de segurança idênticos na justiça estadual e na justiça federal, buscando provimento em ambas as esferas.[10]

Dos 09 casos analisados, em 03 pleiteava-se tratamento da retinose pigmentar em Cuba. A retinose pigmentar é uma doença rara, semelhante ao glaucoma, por acarretar a perda progressiva da visão, mas que não apresenta indicação de tratamento para cura. A doença é caracterizada por mutações genéticas e se instala de forma lenta, progressiva e inexorável. Os portadores de retinose pigmentar perdem a visão noturna e a visão periférica de forma progressiva, o que faz com que se estreite o seu campo visual, além de apresentarem dificuldade em enxergar em ambientes com excessiva ou pouca luminosidade. O tratamento atualmente existente visa ao retardamento da evolução da doença e ao tratamento das condições associadas (AMORIM et al., 2006).

O tratamento comumente pleiteado pela via judicial nos tribunais brasileiros é aquele desenvolvido no Centro Internacional de Oftalmologia de Havana, em Cuba, que consiste em realização de cirurgia pra melhora do fluxo sanguíneo das células fotorreceptoras e da estimulação com a azonoterapia. No entanto, há discussões acerca de sua eficácia, uma vez que não há estudos demonstrando reais benefícios desse tratamento e *"(...) acredita-se que as melhoras são decorrentes do fato da retinose pigmentar ser uma doença de evolução insidiosa e muitas vezes pode ter um período estacionário"* (AMORIM et al., 2006).

Em um dos acórdãos[11] ao qual o STF negou provimento a recurso extraordinário interposto pela União para concessão do mencionado tratamento em Cuba, foram vencidos os Ministros Menezes Direito (relator), Ricardo Lewandowski e Luiz Fux. Dentre os argumentos

[10] SS 4244 / RN, Rel. Min. Cezar Peluso, DJe-141, 02/08/2010.
[11] RE 368564/DF. Rel . Min. Menezes Direito, DJe-153, 10/09/2011.

levantados em seus votos vencidos está a qualidade experimental do tratamento, tendo em vista que aos autos foi juntado, inclusive, parecer do Conselho Federal de Oftalmologia, entidade desvinculada do Estado, que afirmava não existir, nem no Brasil nem no exterior, tratamento específico para a doença. Ademais, aqueles Ministros também apontaram que, ao conceder um tratamento não indicado, o Judiciário estaria ofendendo o princípio da igualdade em relação aos demais cidadãos brasileiros.

Diante da dimensão que adquiriram as demandas judiciais por tratamento relativo a essa doença em Havana, o termo “retinose pigmentar” foi também utilizado na busca jurisprudencial para o levantamento dos dados em relação à concessão de tratamentos no exterior e ganha destaque na medida em que se cuida de tratamento experimental de eficácia não comprovada.

3.4 PRINCIPAIS CONTROVÉRSIAS E FUNDAMENTOS DO STF

3.4.1 Desbloqueio das verbas públicas

Quanto aos argumentos levantados pelo Poder Público, em 66 demandas relativas ao acesso a medicamentos e em 01 demanda relativa a tratamentos no exterior foi pleiteado o desbloqueio das verbas públicas, obtendo-se provimento apenas neste último caso, o mesmo já mencionado anteriormente, no qual foi constatada a má-fé do paciente ao impetrar mandados de segurança idênticos na justiça estadual e na justiça federal, buscando provimento em ambas as esferas.[12]

[12] RE 368564/DF. Rel . Min. Menezes Direito, DJe-153, 10/09/2011.

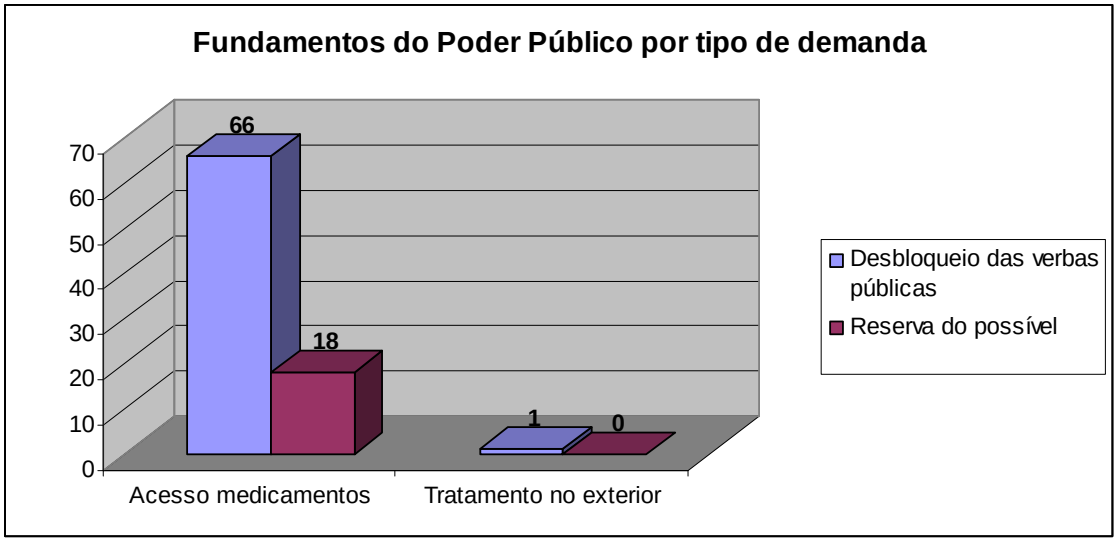

Gráfico 3: Fundamentos do Poder Público por tipo de demanda perante o STF no período de 1994 a 2011

Cumpre assinalar que não tivemos acesso às peças processuais com a exposição de fundamentação do Poder Público, pelo que a análise aqui exposta se resume ao conteúdo dos acórdãos disponíveis no portal virtual do Supremo Tribunal Federal. Portanto, embora em diversas outras demandas possam ter sido arguidos os mesmos fundamentos, nos números acima expostos incluem-se apenas aqueles nos quais o voto vencedor do acórdão mencionou expressamente as razões aduzidas pelo Poder Público. Não obstante, os mesmos argumentos (penhora do orçamento público/bloqueio das verbas públicas e a reserva do possível) são tratados sob a perspectiva dos fundamentos do próprio Supremo Tribunal Federal em suas decisões e, com isso, pretende-se analisar o tema de forma a atingir os objetivos aqui propostos.

Das demandas em que se requereu o desbloqueio de verbas públicas para o cumprimento de decisões judiciais relacionadas ao acesso a medicamentos, em 39 delas o STF entendeu que não havia ofensa ao artigo 100 da Constituição Federal, porque este dispositivo somente seria aplicável nos casos de execução de sentença condenatória contra o Estado.

Às demais demandas que pleiteavam o desbloqueio não foi dado provimento em razão de questões processuais ou por outros fundamentos que não entraram no mérito de o bloqueio de verbas públicas ser ou não juridicamente possível, como pela consideração de que caso houvesse ofensa a Constituição, esta seria meramente reflexa ou indireta. Nesse sentido:

> AGRAVO REGIMENTAL EM AGRAVO DE INSTRUMENTO. CONSTITUCIONAL. DIREITO À SAÚDE. MEDICAMENTOS. FORNECIMENTO A PACIENTES CARENTES. OBRIGAÇÃO DO ESTADO. I-

> O acórdão recorrido decidiu a questão dos autos com base na legislação processual que visa assegurar o cumprimento das decisões judiciais. Inadmissibilidade do RE, porquanto a ofensa à Constituição se existente, seria indireta. II- A disciplina do art. 100 da CF cuida do regime especial dos precatórios, tendo aplicação somente nas hipóteses de execução de sentença condenatória, o que não é o caso dos autos. Inaplicável o dispositivo constitucional, não se verifica a apontada violação à Constituição Federal. III- Possibilidade de bloqueio de valores a fim de assegurar o fornecimento gratuito de medicamentos em favor de pessoas hipossuficientes. Precedentes. IV- Agravo regimental improvido (AI nº 553.712/RS-AgR, Rel. Min. Ricardo Lewandowski, DJ 19/6/09).

Ademais, segundo o entendimento do STF, a ordem de apresentação dos precatórios, tal como prevista no artigo 100 da Constituição Federal, não se aplica à tutela específica da obrigação de entregar medicamentos essenciais quando esta se enquadrar no disposto no parágrafo 3º do mesmo dispositivo, pois esta não tem natureza jurídica de dívida da Fazenda Pública Estadual a ser paga mediante precatórios, devendo ser aplicado o procedimento previsto na legislação processual para o cumprimento das decisões judiciais. Portanto, uma vez que a instância inferior utiliza-se da legislação processual infraconstitucional na resolução da lide, se houvesse ofensa à Constituição seria meramente reflexa/indireta, pelo que não seria cabível a interposição do recurso à Corte. A respeito, o seguinte de acórdão de relatoria do Ministro Ricardo Lewandowski:

> O art. 100, § 2º, da Constituição, não encerra disciplina que pudesse motivar a reforma do acórdão recorrido; o dispositivo somente seria invocável se se tratasse de pagamento mediante a expedição de precatório, o que não é o caso dos autos. A inadequação do dispositivo invocado é evidenciada pelos julgamentos do Tribunal nas reclamações apresentadas contra pronunciamentos judiciais que se fundamentaram no § 3º do art. 100 da Constituição, por violação ao que decidido na ADIn 1.662, Maurício Corrêa, RTJ 189/469, em que foram definidas as hipóteses que autorizam o seqüestro de verbas públicas em razão de preterição da ordem de precedência no pagamento de precatórios, v.g. Rcl 2.951, Ellen Gracie (AI 789808 / RS, Rel. Min. Ricardo Lewandowski, DJe-062, 09/04/2010).

Assim, a decisão judicial anterior que determinou o fornecimento de medicamento ou tratamento deve ser cumprida independentemente de juízo administrativo a respeito da conveniência e oportunidade dos gastos públicos, sob pena de ofensa ao princípio da legalidade. Do contrário, permitido está o bloqueio das verbas públicas a fim de dar regular cumprimento à decisão.

Cumpre ressaltar que mesmo o cumprimento de ordens judiciais no âmbito da Administração Pública implica a realização de procedimentos burocráticos. No que diz respeito ao fornecimento de medicamentos, por exemplo, existem procedimentos legais previstos para sua aquisição (como a licitação), além de dificuldades administrativas na sua distribuição.

Uma vez que a execução dos serviços de saúde, por exigir despesa, não prescinde de previsão orçamentária e da mesma forma, a transferência de recursos de uma categoria para outra exige autorização legislativa, a posição do gestor público fica comprometida diante da concessão de bens de saúde pela via da judicialização. Nesse sentido,

> Aspecto relevante que tem sido muito pouco tratado é a vinculação do administrador ao ordenamento orçamentário e o agravamento dessa situação frente às alterações na legislação promovidas pela Lei nº 10.028/00 (Lei de Crimes Fiscais), que tipifica como crime a ordenação de despesas não previstas em lei. Destaque-se, também, a questão que envolveria crime de responsabilidade por infringir um dispositivo de natureza orçamentária, que no caso poderia ser realizar despesa não prevista ou em montante superior ao previsto no orçamento. (...) Nesse sentido, a sentença mandatória, por vezes concedida em caráter liminar sem um fase e contraditório bem definida, pode levar o Administrador Público à complicada situação de estar entre o desacato de uma decisão judicial e o cometimento de crime de Responsabilidade ou crime contra a Administração Pública (RIBEIRO; CASTRO, 2010, p. 295).

O artigo 315 do Código Penal prevê um tipo penal intitulado como emprego irregular de verbas ou rendas públicas. Assim, estabelecidas as limitações da dotação orçamentária para o serviço de saúde, caso o gestor dê destinação diversa à aplicação anunciada, pratica a conduta disposta no referido artigo, sendo aplicável a pena de detenção de 01 (um) a 03 (três) meses ou multa. Logo, ao atender a demandas judiciais não previstas no orçamento o gestor pode praticar fato típico penal, não podendo o Poder Judiciário coagi-lo nesse sentido.

Ao proferir decisões no sentido da possibilidade de bloqueio das verbas públicas, o STF também faz referência ao dever do Poder Público de não se mostrar indiferente ao problema de saúde da população, tendo em vista os direitos à vida e à saúde, garantidos constitucionalmente.[13] O precatório visa dar cumprimento ao princípio da legalidade orçamentária, em função do qual toda despesa pública deve estar prevista no orçamento do respectivo ente público. No entanto, não é aplicável à maioria das demandas de assistência à saúde, em razão do valor pleiteado, inexistindo em contrapartida outro mecanismo que permita a observância daquele princípio, o que prejudica o adequado gerenciamento do SUS, consagrado como um dos objetivos explícitos na Recomendação nº 31 do CNJ.

---

[13] A respeito destes fundamentos, pode-se tomar como referência o AI 789.808, Rel. Min. Ricardo Lewandowski, DJe-062, 09/04/2010.

3.4.2 Reserva do possível

Enquanto as necessidades de saúde são infinitas, os recursos necessários para efetivá-las não o são, pelo que surge um problema de alocação diante da escassez. A escassez de verbas para a saúde, portanto, impede que o gestor atenda às demandas individuais excepcionais sem que se desviem recursos destinados ao funcionamento, aparelhamento, aperfeiçoamento e ampliação dos serviços de saúde à população.

O financiamento do SUS se dá, na forma do artigo 198 da CF, por meio dos recursos da seguridade social, arrecadados pelos três entes federativos. Embora a utilização dos recursos disponíveis ainda não ocorra da melhor forma possível, sugere-se que o financiamento do SUS esteja aquém do necessário, surgindo a necessidade de sua ampliação, ou seja, criação de prévia fonte de custeio específica, para que se permita a efetivação de demandas individuais não incluídas como ações disponibilizadas pelo SUS.

Reafirma-se tal necessidade a partir do momento em que a Corte Constitucional entende que a inexistência de recursos não pode servir como justificativa para a negação da assistência à saúde pelo Estado. Nesse sentido aponta a ementa de uma decisão citada em grande parte dos acórdãos que tratavam de demandas por acesso a medicamentos:

> PACIENTE COM HIV/AIDS - PESSOA DESTITUÍDA DE RECURSOS FINANCEIROS - DIREITO À VIDA E À SAÚDE - FORNECIMENTO GRATUITO DE MEDICAMENTOS - DEVER CONSTITUCIONAL DO PODER PÚBLICO (CF, ARTS. 5º, ‘CAPUT’, E 196) - PRECEDENTES (STF) - RECURSO DE AGRAVO IMPROVIDO. O DIREITO À SAÚDE REPRESENTA CONSEQÜÊNCIA CONSTITUCIONAL INDISSOCIÁVEL DO DIREITO À VIDA. - O direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República (art. 196). Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular - e implementar - políticas sociais e econômicas idôneas que visem a garantir, aos cidadãos, inclusive àqueles portadores do vírus HIV, o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica e médico-hospitalar. - O direito à saúde - além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas - representa conseqüência constitucional indissociável do direito à vida. O Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional. A INTERPRETAÇÃO DA NORMA PROGRAMÁTICA NÃO PODE TRANSFORMÁ-LA EM PROMESSA CONSTITUCIONAL INCONSEQÜENTE. - **O caráter programático da regra inscrita no art. 196 da Carta Política - que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado brasileiro - não pode converter-se em promessa constitucional inconseqüente, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever, por um gesto irresponsável de infidelidade**

> **governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado**. DISTRIBUIÇÃO GRATUITA DE MEDICAMENTOS A PESSOAS CARENTES. - O reconhecimento judicial da validade jurídica de programas de distribuição gratuita de medicamentos a pessoas carentes, inclusive àquelas portadoras do vírus HIV/AIDS, dá efetividade a preceitos fundamentais da Constituição da República (arts. 5º, 'caput', e 196) e representa, na concreção do seu alcance, um gesto reverente e solidário de apreço à vida e à saúde das pessoas, especialmente daquelas que nada têm e nada possuem, a não ser a consciência de sua própria humanidade e de sua essencial dignidade. Precedentes do STF (RTJ 175/1212-1213, Rel. Min. CELSO DE MELLO, grifo nosso).

Ainda que se alcance um nível de gestão de recursos altamente eficiente, a satisfação universal do direito à saúde permanecerá comprometida, o que evidencia a necessidade de ampliação do financiamento para as políticas públicas desse setor. Nesse contexto, um dos principais argumentos apontados pelo Poder Público quando demandado judicialmente para o fornecimento de medicamentos ou o custeio de tratamento a ser realizado no exterior é o princípio da reserva do possível.

De origem alemã, o princípio da reserva do possível, também chamado de cláusula da reserva do possível, representa um limite à atuação estatal, sobretudo na efetivação dos direitos sociais, em razão da escassez dos recursos disponíveis.

O caso emblemático alemão que deu ensejo à consagração desse princípio tratou-se de demanda judicial proposta por estudantes não admitidos em escolas de medicina de Munique e Hamburgo em função da limitação do número de vagas. De acordo com a Lei Fundamental germânica todos os alemães teriam direito de escolher tanto sua profissão quanto seu centro de formação. Essa foi a primeira vez que o Tribunal Constitucional alemão decidiu que o direito a determinadas prestações positivas, como no caso, o aumento do número de vagas nas universidades para satisfação do direito fundamental social da educação, é condicionado pelo princípio da reserva do possível, que não diz respeito única e exclusivamente à existência de recursos financeiros para garantia dos direitos pleiteados, mas também à razoabilidade de satisfação efetiva daqueles direitos em detrimento da execução das demais políticas públicas a serem exigidas do Estado (MÂNICA, 2010).

Mânica (2010) chama atenção para o fato de que nos tribunais brasileiros a interpretação que se dá a esse princípio diz respeito unicamente à existência de recursos matérias suficientes, pelo que se fala em *reserva do financeiramente possível*, levando-se em consideração apenas a suficiência, ou, não de recursos financeiros disponíveis e a previsão orçamentária da despesa de que se trata. O autor destaca também que a doutrina denomina *reserva do possível fática* a insuficiência real de recursos financeiros para efetivação dos direitos prestacionais e *reserva do possível jurídica* tanto a inexistência de previsão

orçamentária vinculando os recursos existentes ao interesse pleiteado, quanto a falta de licitação para aquisição regular do insumo requerido.

O que se observa da análise dos acórdãos é que quando o Poder Público, ou mesmo o STF, trata do tema da razoabilidade da escolha de satisfação de alguns direitos fundamentais em detrimento de outros, sejam eles de outros indivíduos ou da coletividade como um todo, tal ideia não é tomada sob o fundamento da reserva do possível, mas sim por meio do enaltecimento do princípio da igualdade e do direito ao acesso universal aos bens de saúde, embora estes estejam estreitamente relacionados com aqueles.[14]

O fundamento da "reserva do possível" foi mencionado por 18 vezes[15] como argumentação do Poder Público em acórdãos que julgaram demandas relativas ao acesso a medicamentos (Gráfico 3). Neles, o Poder Público alegava que as prestações de saúde devem ser executadas dentro dos limites orçamentários existentes. A inobservância desta cláusula acarretaria lesão à ordem pública, pois, com a destinação dos recursos do orçamento para casos especiais, compromete-se a verba total prevista para a assistência à saúde da população. Assim, indispensável que os princípios da dignidade da pessoa humana, do mínimo existencial e da eficiência sejam ponderados com a cláusula da reserva do possível.

O entendimento do Supremo a respeito do tema se consolidou no sentido de que os recursos naturalmente escassos do Poder Público devem ser utilizados da forma mais eficiente possível para garantir o princípio constitucional do acesso universal e igualitário às prestações de saúde. [16]

Em respeito à gestão das políticas públicas de saúde, portanto, deve-se privilegiar a imposição de obrigação das prestações de saúde previstas pelo SUS em detrimento de tratamento diverso pleiteado pelo paciente, desde que a política de saúde existente no SUS tenha eficácia. Sendo assim, não fica vedada a imposição de medida diversa da fornecida pelo SUS quando a já existente não se mostre eficaz por peculiaridades do caso concreto. Disso se extrai que a revisão dos protocolos clínicos do SUS e a elaboração de novos protocolos deve

---

[14] Como exemplo, confira o voto do Ministro Ricardo Lewandowski no já mencionado RE 368564/DF. Rel . Min. Menezes Direito. DJe-153 DIVULG 09/08/2011 PUBLIC 10/09/2011 a respeito da ofensa ao princípio da isonomia ao se conceder tratamento para retinose pigmentar em detrimento da assistência à saúde aos demais cidadãos.

[15] Mais uma vez cumpre assinalar que não tivemos acesso às peças processuais com a exposição de fundamentação do Poder Público, pelo que essa análise apenas contabilizam os casos nos quais o voto vencedor do acórdão mencionou expressamente a reserva do possível como uma das razões aduzidas pelo Poder Público.

[16] Com isso, abre-se espaço ao surgimento de uma nova área do conhecimento denominada economia da saúde, que promove a transdisciplinariedade entre matérias da ciência biológica e da ciência humana. "Economia da saúde por ser definida como o estudo de como indivíduos e sociedades exercem a opção de escolha na alocação dos escassos recursos destinados à área da saúde entre as alternativas que competem para seu uso e como esses escassos recursos são distribuídos entre os membros da sociedade" (FERRAZ, 2010, p. 130).

ser constante, a fim de evitar a existência de casos excepcionais que acabam por comprometer significativamente o orçamento da saúde.[17]

Nesse sentido, de fundamental importância a criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC) pela Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, regulamentada pelo Dec. nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011, que gera expectativas no sentido da minimização da judicialização da saúde, uma vez que estabelece prazos determinados para o procedimento de incorporação e assegura a transparência nas ações da Comissão, evitando atrasos burocráticos e injustificados.

Para incorporação de um novo medicamento na lista padronizada do SUS exigem-se evidências científicas de sua eficácia e de seu efeito substancialmente superior aos medicamentos já incorporados para tratamento das mesmas enfermidades, além da avaliação econômica do medicamento[18], uma vez que devem existir limites máximos de custo suportáveis pela sociedade e deve-se buscar o maior benefício possível com os recursos utilizados (maior eficiência), exigindo-se que o ganho adicional em saúde justifique o gasto adicional proporcionado por determinada incorporação (informação verbal).[19]

Portanto, o entendimento externado pelo STF, sobretudo a partir do ano de 2009, identifica os protocolos criados para orientar o tratamento de determinadas doenças no SUS, em geral formulados pelo Ministério da Saúde, como importantes ferramentas que visam garantir não só a segurança de procedimentos previamente convalidados, mas também a eficiência do próprio sistema público de saúde, com a padronização de suas ações. Não obstante, a Corte entende que mesmo tendo em vista as dificuldades burocráticas da elaboração e implantação desses protocolos, sua inexistência não pode implicar na negativa de fornecimento de medicamento aos pacientes.[20]

Ainda a respeito dos protocolos clínicos, um dos argumentos levantados pelo Poder Público é o de que a simples apresentação de prescrição por médico particular não é prova suficiente para comprovar a indicação do medicamento ou tratamento solicitado. Logo,

---

[17] Como referência, STA 244, Rel. Min. Gilmar Mendes, DJe-180, 24/09/2009.

[18] A avaliação econômica da incorporação de novos medicamentos pode se dar pela utilização de diferentes métodos, quais sejam: custo-efetividade, custo-benefício e custo-utilidade, além do custo-minimização. (FERRAZ, 2010 e NUNES, 2010).

[19] Informação fornecida por Eliete Maia Gonçalves Simabuku no 19th Congress of Medical Law, em Maceió, em agosto de 2012. A respeito dos critérios e procedimentos adotados pela CONITEC, confira <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1611>. Acesso em: 22 ago. 2012.

[20] Cumpre ressaltar que no estado de São Paulo, por exemplo, é possível a concessão de medicamento não constante na lista padronizada do SUS pela via administrativa, sendo necessária avaliação por parte dos comitês técnicos responsáveis e que a prescrição contenha as justificativas para necessidade de adoção do tratamento diferenciado. Ademais, não haverá a concessão na via administrativa caso o medicamento não possua registro na ANVISA, por exemplo (BARATA, MENDES, 2010).

indispensável a observância do procedimento regulamentado pelo Ministério da Saúde para averiguar se o paciente preenche todos os requisitos apontados no Protocolo Clínico do SUS. Indispensável a observância dessa norma administrativa, que exige a análise de critérios técnico-científicos visando à segurança da saúde pública.

Verifica-se, portanto, que com a Audiência Pública nº 04, tema mais especificamente tratado no item 5, *infra*, a fundamentação das decisões, ainda que de forma sutil em alguns casos, passou a apresentar a ponderação entre o direito à saúde e a cláusula da reserva do financeiramente possível. Por derradeiro, ainda no que diz respeito à escassez de recursos, entende o STF que o alto custo do medicamento não é, considerado em si mesmo, justo motivo para o indeferimento dos pleitos por acesso a medicamentos, uma vez consagrado o direito à saúde como direito universal e tendo em vista que a Política de Dispensação de Medicamentos Excepcionais, no âmbito do SUS, visa justamente atender a essas situações.

Uma das dificuldades em se comprovar que o Estado, ao recusar determinado tratamento, tanto no âmbito nacional quanto no âmbito externo, o faça tendo em vista a reserva do possível, está na inexistência de uma única fonte de dados que abarque todos os gastos com saúde, dispersando-se essas informações entre o Ministério da Saúde, o IBGE, o IPEA, a Organização Mundial de Saúde e o Banco Mundial (CYRILLO; CAMPINO, 2010).

3.4.3 Lesão à ordem pública, econômica ou social

Outro argumento comumente levantado pelo Poder Público é o de que a concessão do bem de saúde pleiteado geraria lesão à ordem pública, econômica ou social, eventualmente fazendo menção à lesão à ordem administrativa e à saúde pública.

Segundo o princípio da legalidade orçamentária a despesa pública somente pode ser aprovada por lei formal. Assim, a criação de despesa em função da saúde sem previsão legislativa ofende referido princípio e proporciona grave lesão à economia pública, por acarretar o desequilíbrio orçamentário.

Também se verifica a lesão à ordem pública em razão da inobservância da cláusula da reserva do financeiramente possível. Com a destinação dos recursos financeiros para casos especiais compromete-se a verba prevista para a assistência à saúde da população.

Nos casos em que o pleito era de suspensão de segurança, suspensão de tutela antecipada ou suspensão de liminar, o STF negou a concessão da ordem em 10 demandas com fundamento na ausência de comprovação da lesão à ordem econômica, à ordem pública ou à ordem social.

De acordo o entendimento firmado pela Corte, o regime legal de contracautela, no qual se insere o pedido de suspensão de segurança, é composto pelas Leis nº 12.016/09, 8.437/92, 9.494/97 e pelo artigo 297 do RISTF e exige-se, para concessão da suspensão, que a lesão à ordem pública, econômica ou social seja de grande monta e que seja feita sua efetiva comprovação pelo Poder Público. Não basta que a lesão seja meramente hipotética ou potencial, ainda que mensurado o alto custo de um tratamento. Assim,

> De acordo com o regime legal de contracautela (Leis nos 12.016/09, 8.437/92, 9.494/97 e art. 297 do RISTF), compete a esta Presidência suspender execução de decisões concessivas de segurança, de liminar ou de tutela antecipada, proferidas em única ou última instância, pelos tribunais locais ou federais, para evitar grave lesão à ordem, à saúde, à segurança e à economia públicas. (...) A decisão, todavia, não acarreta lesão à ordem e à economia públicas, por determinar a aquisição de medicamentos específicos, cuja disponibilização foi precedida de comprovação da necessidade a pacientes portadores de doenças raras e graves, de forma individualizada, consoante documentação e pareceres técnicos acostada aos autos originários. Assim, não se sustentam as alegações do requerente pois a decisão delimitou os beneficiários da ordem judicial, a partir de indicação médica, conforme fls. 22-33. Para efeito de suspensão, a lesão há de ser de grande monta e não meramente hipotética ou potencial, não sendo suficiente o fato de o Poder Público ter interesse, de uma forma ou de outra, na causa. O que se quer é que a medida pela qual se procura impedir a execução do ato tenha dimensão maior, mais ampla. (...) Convém ter presente, outrossim, que os incidentes processuais de suspensão de liminar, de segurança e de tutela antecipada, constituem medidas excepcionais, que devem ser tratados com o rigor que a excepcionalidade das medidas exige, considerando-se a organicidade do Direito. Assim decidiu a Ministra ELLEN GRACIE, na SL nº 188 (DJe de 31.1.2008): “Assevero, todavia, que a suspensão da execução de ato judicial constitui, no universo de nosso sistema normativo, providência de caráter excepcional, impondo-se o máximo rigor na averiguação dos pressupostos autorizadores da medida de contracautela, de forma a aplicá-la, no exercício da atribuição monocrática prevista na lei, quando a manutenção da decisão hostilizada importe verdadeiro risco de lesão aos valores públicos nela homenageados” (SS 4229, Rel. Min. Cezar Peluso, DJe-142, 03/08/2010).

Uma das críticas que se faz a esse posicionamento é que com a medida liminar pela via do mandado de segurança não se discute a legalidade do ato supostamente coatora praticado por determinada autoridade, mas se interfere na relação entre a pessoa jurídica de direito público e o cidadão demandante. Nesse sentido, explica Maingué Neto (2011, p. 146):

> De todo modo, o importante é ressaltar a ligação entre este instituto processual inerente ao mandado de segurança e sua finalidade. É que, às vezes, a parte aciona a autoridade coatora quando deveria acionar o Ente Público que não é parte no

> mandado de segurança. Isto porque a parte quer, na verdade, discutir através de uma ação judicial o mérito administrativo do ato que diz ser coator, mas com a liminar o juiz acaba, ao invés de dirimir controvérsia sobre a legalidade do ato, atingindo a relação de direito material entre a pessoa de direito público a que se vincula a autoridade e o cidadão, regulando a relação ente público/cidadão e não autoridade pública coatora/cidadão.

Observa-se que o que se pretende, com a adoção do posicionamento do STF no sentido de restringir as possibilidades de suspensão de segurança, é que as alegações do Poder Público fundamentadas na cláusula da reserva do possível sejam sempre observadas com desconfiança[21] e não sejam utilizadas como propagação do conservadorismo constitucional, que atribui a característica de "mandados de otimização" ou de "normas programáticas" aos direitos fundamentais previstos na Carta Política, mitigando sua realização efetiva.

É pensando no risco de lesão a ordem pública, econômica ou social que o STF analisa em seus acórdãos a possibilidade de ocorrência do "efeito multiplicador", em função do aumento do número de demandas judiciais da mesma natureza do caso concreto analisado. Em 24 acórdãos (7,25% das demandas do Poder Público) foi mencionada a alegação de que a concessão do tratamento representaria um risco à criação de precedentes que poderiam acarretar um efeito multiplicador no número de demandas, o que inviabilizaria a gestão do SUS. Em 02 acórdãos relativos ao acesso a medicamentos o STF concordou com a existência desse risco e deu provimento às demandas do Poder Público.

3.4.4 O direito à vida e a eficácia imediata do artigo 196 de Constituição Federal

Alexy (2007) propõe a divisão das normas de direitos fundamentais de acordo com três critérios. Pelo primeiro critério as normas podem conferir direitos subjetivos aos cidadãos ou apenas obrigar o Estado objetivamente enquanto disposições basilares do ordenamento jurídico. Outro critério de classificação divide essas normas em vinculantes ou programáticas. Somente a violação as primeiras pode ser declarada pelo Tribunal Constitucional. Por fim, pelo terceiro critério, essas normas podem ser regras ou princípios. Tais critérios não são excludentes, assim, considerando-se a proteção ao direito fundamental previsto na norma, verifica-se maior proteção naquelas normas que garantem direitos

[21] O que pode ser observado nos debates do julgamento do RE 368564/DF, Rel . Min. Menezes Direito, DJe-153, 10/09/2011, quando o Ministro Marco Aurélio (presidente) faz referência ao princípio da reserva do possível como uma "panaceia".

subjetivos vinculantes sob a forma de regras e menor proteção nas normas programáticas que apresentam somente um dever objetivo do Estado sob a forma de princípios. Um exemplo de direito subjetivo definitivo vinculante seria o mínimo existencial, o qual tem o Estado tem o dever de proteger. Na classificação dogmática, os direitos fundamentais podem ser de eficácia plena e aplicabilidade imediata ou eficácia limitada e aplicabilidade mediata, nesse último caso dependendo de elaboração legislativa para adquirir eficácia.

Ao se falar que a Constituição Federal contém apenas normas programáticas e mandados de otimização, discute-se a eficácia plena e aplicabilidade imediata do artigo 196 da Constituição Federal. Considerar referido dispositivo como norma de conteúdo programático significa reconhecer que sua aplicabilidade não se faz de forma imediata, mas depende de regulamentação (artigo 197 CF). Dessa forma, não se torna exigível, perante qualquer ente da Federação, a concretização absoluta do direito à saúde, como o fornecimento de tratamento e medicamentos especiais e excepcionais.

De acordo com os argumentos expostos pelo Poder Público, nesse sentido, os direitos fundamentais, no qual se enquadra o direito à saúde, como decorrência do direito à vida, são identificados como mandados de otimização. Destarte, o direito à saúde pode ser concretizado em diferentes graus de intensidade, conforme as possibilidades fáticas ou jurídicas de sua realização.

Imprescindível, portanto, que, diante do caso concreto, se faça um juízo de ponderação como única forma de analisar as circunstâncias fáticas do Poder Público a fim de decidir pela exigibilidade ou não da obrigação de fornecimento do tratamento ou medicamento pleiteado.

A posição adotada pelo STF é a de que a norma do artigo 196 não tem caráter programático. Em 33 acórdãos (8,68%) o STF manifestou expressamente a aplicação imediata daquele dispositivo constitucional.

Conferir aplicabilidade imediata ao direito à saúde, conforme previsto no artigo 196 da CF, implica reconhecer a necessidade de delinear qual o alcance de sua proteção.

De acordo com a teoria de Jellinek, os direitos fundamentais apresentam diferentes funções, dentre elas a de defesa – que impossibilita que o Poder Público, ou qualquer particular, intervenha na vida do cidadão de forma a desrespeitar o direito assegurado – e a de garantia de prestações de índole positiva, sejam elas fáticas ou apenas normativas (MENDES, 2010).

A pretensão de defesa ou proteção pode surgir para o cidadão não só quando há um desrespeito ao seu direito fundamental por parte de uma ação do Poder Público ou de

terceiros, mas também quando há uma deficiência nas prestações positivas que esse direito fundamental lhe assegura. Nesse diapasão, até mesmo a inexistência de uma lei pode configurar uma afronta aos direitos fundamentais, uma vez que a conquista e manutenção da liberdade do indivíduo dependem, também, de uma postura ativa do Poder Público (MENDES, 2010).

Diante da aplicação imediata do artigo 196 da CF e das considerações a respeito da proibição da proteção insuficiente, o Ministro Gilmar Mendes ressalta a relevância do tema em alguns acórdãos nos quais figura como relator, nos quais menciona o trecho a seguir:

> Como tenho analisado em estudos doutrinários, os direitos fundamentais não contêm apenas uma proibição de intervenção (*Eingriffsverbote*), expressando também um postulado de proteção (*Schutzgebote*). Haveria, assim, para utilizar uma expressão de Canaris, não apenas uma proibição de excesso (*Übermassverbot*), mas também uma proibição de proteção insuficiente (*Untermassverbot*) (*Claus-Wilhelm Canaris, Grundrechtswirkungen um Verhältnismässigkeitsprinzip in der richterlichen Anwendung und Fortbildung des Privatsrechts*, JuS, 1989, p. 161.). Nessa dimensão objetiva, também assume relevo a perspectiva dos direitos à organização e ao procedimento (*Recht auf Organization und auf Verfahren*), que são aqueles direitos fundamentais que dependem, na sua realização, de providências estatais com vistas à criação e conformação de órgãos e procedimentos indispensáveis à sua efetivação. (...) Embora os direitos sociais, assim como os direitos e liberdades individuais, impliquem tanto direitos a prestações em sentido estrito (positivos), quanto direitos de defesa (negativos), e ambas as dimensões demandem o emprego de recursos públicos para a sua garantia, é a dimensão prestacional (positiva) dos direitos sociais o principal argumento contrário à sua judicialização. A dependência de recursos econômicos para a efetivação dos direitos de caráter social leva parte da doutrina a defender que as normas que consagram tais direitos assumem a feição de normas programáticas, dependentes, portanto, da formulação de políticas públicas para se tornarem exigíveis (SS 3751 / SP, Rel. Min. Gilmar Mendes, DJe-077, 28/04/2009).

Embora não tenha mencionado expressamente a eficácia imediata do artigo 196, a Corte apresentou como fundamento da decisão em 109 dos casos (28,68%) o direito à vida, sendo que em 07 deles foi dado provimento às demandas dos particulares e do Ministério Público. Em todos os demais casos o direito à vida foi apresentado como fundamento para decidir pelo não provimento dos recursos interpostos pelo Poder Público.

O entendimento do Supremo está baseado na garantia da inviolabilidade do direito à vida, prevista no artigo 5º da Constituição, que tem como decorrência a elevação da saúde ao *status* de direito fundamental do homem, que deve, nos termos do artigo 196 da CF, ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem não só à redução do risco de

doenças, como também ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.[22]

É possível, portanto, identificar uma relação entre a eficácia imediata da proteção constitucional consagrada no artigo 196 e a função da inafastabilidade do direito à vida, consagrado no artigo 5º, haja vista que, segundo o STF, "O direito à saúde - além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas - representa conseqüência constitucional indissociável do direito à vida".[23]

3.4.5 Acesso universal e igualitário e a dignidade da pessoa humana

O argumento do acesso universal e igualitário pode ser observado sob duas diferentes perspectivas, e por isso é tratado tanto como argumento do Poder Público quanto como fundamento do STF em suas decisões.

De acordo com o que dispõe o art. 196 da Constituição Federal, as políticas sociais e econômicas elaboradas pelo Estado devem visar ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Trata-se de decorrência do que dispõe o artigo 5º, *caput* da Carta Constitucional, preservando-se a igualdade.

Atender a demandas especiais individuais de alto custo em detrimento do direito à saúde da população representaria, portanto, o malferimento do artigo 196 na medida em que, a pretexto de garantir a saúde como direito de todos, defere-se privilégio ao particular, em prejuízo da promoção, proteção e recuperação da saúde pública dos demais que não ingressaram com ações individuais.

Em 18 casos, todos referentes a acesso a medicamentos, o STF apresentou como fundamento o acesso universal à saúde para negar provimento aos recursos e pedidos de suspensão de tutela do Poder Público.

---

[22] A respeito, confira STA 316, Rel. Min. Gilmar Mendes, DJe-072, 26/04/2010.
[23] AI 652617 AgR / RS, Rel. Min. Ricardo Lewandowski, DJe-225, 01/12/2009.

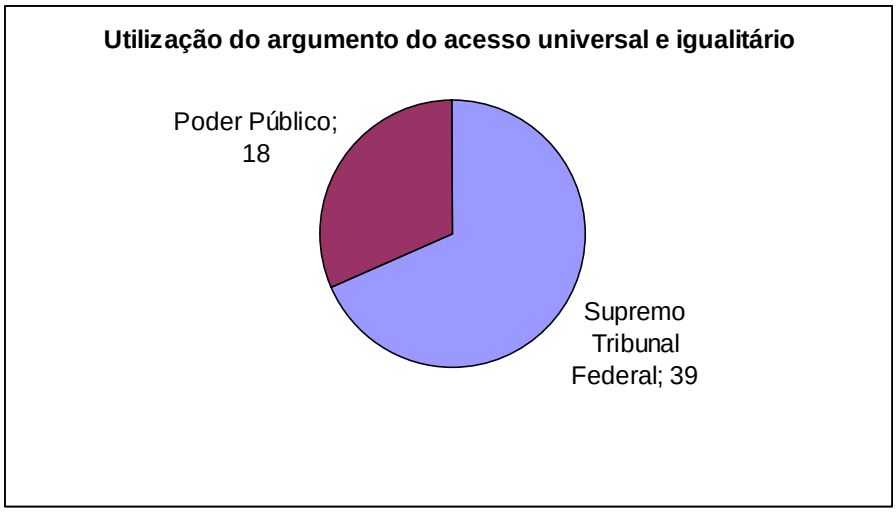

Gráfico 4: Quantidade de acórdãos em que foi mencionado o argumento do acesso universal e igualitário pelo Poder Público e pelo Supremo Tribunal Federal no período de 1994 a 2011

Cabe ressaltar que o acesso diferencia-se da acessibilidade. Enquanto o acesso diz respeito à utilização em si do sistema de saúde, a acessibilidade apresenta-se como um aspecto estrutural desse sistema, que compreende a disponibilidade, a acessibilidade, a comodidade, a possibilidade de pagamento e a aceitabilidade. Assim, quando se fala em acesso universal igualitário, faz-se referência à utilização do SUS por todos, observando-se o princípio da equidade. Já a acessibilidade diz respeito à qualidade do próprio sistema (SANTOS et al., 2010).

A saúde, enquanto direito público subjetivo previsto no artigo 196 da Constituição Federal, deve ser prestada de modo universal e igualitário, ou seja, deve ser assegurada à generalidade das pessoas pelo Poder Público. Sendo assim, o STF entende que a omissão estatal na prestação da saúde constitui verdadeira ofensa constitucional, frustrando justas expectativas da coletividade[24] amparadas no mencionado dispositivo. Ademais, a Corte complementa sua fundamentação afirmando que é dever do Estado proporcionar condições mínimas de saúde e de conforto para atender ao valor maior da dignidade do homem (GANDINI; BARIONE; SOUZA, 2010). Em 20 casos o STF apresentou como fundamento em suas decisões, embora não isoladamente, a preservação da dignidade da pessoa humana.

Podem ser identificados como diretrizes do SUS, extraídas dos artigos 194, 196 e 198 da Constituição: (i) a universalidade, (ii) o caráter democrático e descentralizado de sua administração, (iii) a regionalização e hierarquização em sua organização e (iv) a

[24] Ferraz (2010) faz referência ao crescente poder do usuário que, com maior educação e reconhecimento de seus direitos, torna-se mais crítico e passa a criar expectativas de um bom sistema de saúde que seja fundamentado nos interesses dos usuários como um todo, e não nos de apenas um grupo ou coletividade de cidadãos.

integralidade, dando-se preferência às ações preventivas (GANDINI; BARIONE; SOUZA, 2010). A Lei nº 8.080/90, por sua vez, traz os princípios do SUS nos incisos de seu artigo 7º, dentre eles, previsto em seu inciso III, “a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”.

Sarlet e Figueiredo (2008) apontam que o acesso universal e igualitário deve ser considerado sob o princípio da isonomia, o que consiste no dever de conferir tratamento desigual entre os desiguais. Portanto, não é possível que se compreenda referido direito como absoluto e irrestrito, conferindo prestações idênticas para todos os cidadãos, devendo a decisão sobre a alocação de recursos ser tomada por meio de um juízo de razoabilidade e proporcionalidade.

Em 39 casos, que representam 11,78% dos quais figuraram como demandantes o Poder Público, foram alegados o acesso universal e o princípio da isonomia como argumento para negar a concessão do tratamento pleiteado (Gráfico 4), em razão do entendimento de que o juízo de ponderação no caso concreto resultava na ofensa ao acesso igualitário por privilegiar os beneficiários em questão.

A dignidade da pessoa humana, também apresentada como um dos principais fundamentos do STF em suas decisões favoráveis à concessão de medicamentos ou tratamentos no exterior, é consagrada no artigo 1º, inciso III da Constituição Federal como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil e, com isso, reafirma-se o caráter fundamental do direito à saúde, definindo-o como um dos pilares sobre os quais deve se fundar a República (AITH, 2010, p. 90).

Cumpre assinalar que o Ministério da Saúde elaborou, desde 2006, a “Carta dos direitos dos usuários da saúde” que, além de ser um instrumento que proporciona o acesso à informação, proclama os princípios norteadores dos direitos básicos do usuário, quais sejam: (i) o acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde; (ii) o tratamento adequado e efetivo para o seu problema; (iii) o atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação; (iv) o atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos; (v) a responsabilidade para que o seu tratamento ocorra de forma adequada e; (vi) o comprometimento dos gestores de saúde com relação ao respeito aos demais princípios (BRASIL, 2006).

3.4.6 Responsabilidade solidária e a descentralização da gestão do SUS

De acordo com o que dispõe o artigo 198, inciso I, da Constituição Federal, as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada de acordo com a diretriz de descentralização.

Destarte, é elaborado pelo Poder Executivo um planejamento administrativo que permite a realização máxima do direito à saúde, distribuindo competências entre os entes federativos com relação ao tipo de tratamento ou medicamento por eles oferecido. A política de descentralização se dá tanto pela elaboração de planejamentos administrativos, como a Política Nacional de Medicamentos (PNM), como pela celebração de convênios entre os entes federativos.

Sob essa perspectiva, o Sistema Único de Saúde é regulado pelo princípio do federalismo cooperativo, que enseja a atuação conjunta de forma organizada, e não necessariamente solidária, para a realização de seus interesses, como a garantia do direito à saúde.

Foi reconhecida a responsabilidade solidária entre os entes federativos em 74 casos (19,47%). Por outro lado, em 03 casos reconheceu-se a inexistência de litisconsórcio passivo necessário dos entes federativos.[25]

A jurisprudência do STF é pacífica no sentido da existência de solidariedade entre União, estados e municípios no que tange às prestações de assistência à saúde. Ocorre que, embora esse entendimento vise garantir de forma efetiva o direito à vida e à saúde, permitindo que o requerente inclua todos eles no polo passivo a fim de alcançar de forma mais célere a prestação pleiteada, não se pode negar que vai à contramão do que dispõe a Recomendação nº 31 do CNJ. Assim, nas decisões judiciais são desconsiderados os convênios celebrados entre os entes federativos e os programas de dispensação de medicamentos elaborados no âmbito do SUS, o que compromete um gerenciamento eficiente.

Cumpre ressaltar que, conforme prevê a Política Nacional de Medicamentos,

> **A prioridade maior do Ministério da Saúde é a descentralização plena do processo de aquisição e distribuição de medicamentos**. No entanto, para que as decisões acerca desse processo possam ser viabilizadas, deverá ser instituído um grupo tripartite, com atribuições específicas, que atuará junto ao setor responsável pela implementação da assistência farmacêutica no Ministério da Saúde (BRASIL, 1988, grifo nosso).

[25] RE 595988 / AM. Rel, Min. Cármen Lúcia, DJe-236, 07/12/2010; RE 607385 / SC, Rel Min. Cármen Lúcia, DJe-088, 12/05/2011; RE 586995 / MG, Rel Min. Cármen Lúcia, DJe-042, 03/03/2011.

Em favor da existência do litisconsórcio passivo necessário é mencionado pelo Poder Público, principalmente pelas procuradorias dos estados e municípios para chamamento da União ao processo[26], o artigo 23, *caput* e inciso II da Constituição Federal de que "é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência públicas".

Não obstante as mencionadas considerações acerca da responsabilidade solidária, nos dois casos em que se reconheceu a inexistência de litisconsórcio passivo necessário o STF afirmou que a escolha de quem integrará o polo passivo cabe à parte autora.[27] Deste modo, não permitiu que o estado chamasse ao processo a União, com o consequente deslocamento da competência para o julgamento do feito para a Justiça Federal. Tal entendimento, embora vise proteger o interesse da parte autora contra indesejados embaraços processuais, apresenta-se como contraditório, pois uma vez reconhecida a solidariedade não há disposição legal que vede o chamamento ao processo do devedor solidário. A Corte assevera ainda que inexiste litisconsórcio passivo necessário quando não há obrigação direta para o terceiro chamado à lide. Nesse sentido:

> Quanto à alegada existência de litisconsórcio passivo necessário, este Supremo Tribunal, em casos análogos, assentou sua inexistência quando a decisão da causa não acarretar obrigação direta para o terceiro chamado à lide. Nesse sentido: "Direito à saúde. 'Diferença de classe' sem ônus para o SUS. Resolução n. 283 do extinto INAMPS. Artigo 196 da Constituição Federal. Competência da Justiça Estadual, porque a direção do SUS, sendo única e descentralizada em cada esfera de governo (art. 198, I, da Constituição), cabe, no âmbito dos Estados, às respectivas Secretarias de Saúde ou órgão equivalente. O direito à saúde, como está assegurado no artigo 196 da Constituição, não deve sofrer embaraços impostos por autoridades administrativas no sentido de reduzi-lo ou de dificultar o acesso a ele. Inexistência, no caso, de ofensa à isonomia. Recurso extraordinário não conhecido" (RE 261.268, Rel. Min. Moreira Alves, Primeira Turma, DJ 5.10.2001 – grifei). No precedente acima referido, o Ministro Relator observou: "A Primeira Turma desta Corte, ao julgar o RE n. 226.835, que versava caso análogo ao presente, acompanhou o voto do eminente Ministro Ilmar Galvão, que, preliminarmente, rejeitou a alegada incompetência da Justiça Estadual, 'verbis': 'Quanto à alegada incompetência da Justiça Estadual para julgar o mandado de segurança, por insurgir-se, efetivamente, contra a Resolução n. 283/91, emanada do extinto INAMPS, reproduzo a

[26] Além desse argumento, em contribuição enviada à Audiência Pública nº 04 do STF, o Procurador-Geral do Município do Rio de Janeiro, Dr. Fernando dos Santos Dionísio, assevera que, embora as Portarias do SUS definam que é responsabilidade do município a prestação da atenção básica e aos estados seja a conferida a responsabilidade pela dispensação dos medicamentos excepcionais, ambos dependem do repasse de recursos da União para sua efetivação, em virtude do que sua responsabilidade financeira deveria ensejar seu chamamento ao processo. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/artigo_Ingo_DF_sociais_PETROPOLIS_final_01_09_08.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2011.

[27] RE 607.385, Rel. Min. Carmen Lúcia, DJe-088, 12/05/2011 e RE 586.995, Rel. Min. Carmen Lúcia, DJe-042, 03/03/2011.

> manifestação da douta Procuradoria-Geral da República (fls.139/140): Por outro lado, acrescente-se, 'a latere', no que se refere à alegação de litisconsórcio passivo necessário da União Federal, a ensejar a incompetência absoluta na justiça estadual, que inexiste na hipótese repercussão direta na esfera federal dos efeitos do 'decisum' hostilizado a manifestar interesse da União na qualidade de autora, ré, assistente ou opoente(art. 109, I, da CF/88). Ou seja, não há unitariedade da relação de direito material litigiosa, visto que a direção do SUS é única e descentralizada em cada esfera de governo (art. 198, I, da CF/88), cabendo tal mister, no âmbito dos Estados, às respectivas Secretarias de Saúde ou órgão equivalente. Deste modo, 'in casu', à vista desta descentralização, é o recorrente o único obrigado direto, inobstante a edição da Resolução n. 283/91 emanar do extinto INAMPS, autarquia federal, e o financiamento do sistema único advir de recursos de todas as esferas governamentais" (RE 607.385, Rel. Min. Carmen Lúcia, DJe-088, 12/05/2011 e RE 586.995, Rel. Min. Carmen Lúcia, DJe-042, 03/03/2011).

3.4.7 Necessidade de pesquisas pelo Ministério da Saúde e a impossibilidade do reexame de fatos

As ações dos entes federados no que diz respeito à disponibilização de medicamentos e tratamentos excepcionais dependem também de pesquisas a serem realizadas pelo Ministério da Saúde, como forma de se garantir segurança à saúde pública. Assim, indispensável a regulamentação por parte do Ministério para concessão de tratamento por meio do SUS, de forma a incluir a ação demandada na lista de ações recomendadas. Do contrário, configura-se não só lesão à saúde pública, pela exposição da população a perigo, mas também lesão à ordem econômica, uma vez que fica autorizada a realização de gasto com medicamento ou tratamento sem comprovação de sua eficácia ou adequação ao caso concreto.

A 07 demandas foi negado provimento ao pedido de particular ou do Ministério Público que pleiteava prestação não contemplada dentre as políticas do SUS por ausência de comprovação de situação excepcional e impossibilidade de reexame de fatos em sede de recurso extraordinário. Nesse sentido, reafirma-se o entendimento de que não é qualquer demanda relativa a prestações de saúde, sem exceção, que deve ser satisfeita pela via judicial. Privilegiam-se as demandas já consagradas pela política do SUS e aquelas que não se enquadram nessa situação somente poderão ser autorizadas judicialmente na medida em que se comprove a excepcionalidade da situação pela ineficácia ou impropriedade da política de saúde existente nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde. Uma vez que em sede de recurso extraordinário não se permite mais o reexame dos fatos, conforme dispõe a Súmula nº 279 do STF, a Corte não se pronuncia a respeito da excepcionalidade da situação ou não.

Foram julgadas improcedentes 28 demandas (7,37%) por impossibilidade de reexame de fatos em sede de recurso, tanto em casos envolvendo acesso a medicamentos quanto tratamento no exterior, em geral tratando da impossibilidade de se verificar a imprescindibilidade do tratamento pleiteado. Em 12 dessas demandas figuraram como requerentes o MP e particulares, sendo que nas demais o Poder Público era quem pleiteava o reconhecimento de que não havia excepcionalidade que justificasse o tratamento pleiteado.

No que diz respeito aos requisitos da prescrição médica, em apenas um caso[28] o STF suspendeu a tutela antecipada anteriormente concedida por entender que é necessária a prescrição do tratamento por médico integrante do SUS para que possa ser pleiteado, sendo impossível uma decisão genérica de imposição ao Poder Público da obrigação de fornecimento sem a análise do caso concreto e apenas com prescrição do tratamento por médico particular.

3.4.8 Ofensa ao princípio da separação dos poderes

A imiscuição do Poder Judiciário nas atividades típicas do Poder Executivo tem sido tema de intensa discussão, sobretudo no que diz respeito à tutela de direitos individuais homogêneos e à intervenção em políticas públicas.

Ao impor a destinação de recursos vinculados à saúde a situações individualizadas, o Judiciário determina a realização de procedimentos e fornecimento de medicamentos de forma a subverter a ordem de atendimento e a organização administrativa do SUS. Com isso, impõe, inclusive, que o gestor se desvincule do princípio da legalidade orçamentária.

De acordo com os argumentos levantados pelo Poder Público, uma vez declarada constitucionalmente a independência dos Poderes, na forma do art. 2º da Constituição Federal, ao Judiciário resta o controle da atuação do Executivo nos limites da legalidade, não podendo, sobretudo, editar normas por meio de decisões que substituam os documentos formulados pelo Ministério da Saúde sob pena de invasão de competência.

Existem diferentes razões para as objeções em relação à intervenção judicial em questões políticas. Uma das principais críticas que se faz à atuação dos juízes e tribunais nesse sentido está relacionada à falta de legitimidade democrática das suas decisões. Quando o STF

[28] AgR na STA 334, Rel. Min. Cezar Peluso, DJe-149, 13-08-2010.

profere uma decisão de concessão de medicamento que afasta a validade (ou vigência) de uma norma editada pelo Congresso Nacional, ou mesmo pelo Poder Executivo, gera uma crise de legitimidade, haja vista que aqueles que exercem mandato popular e decidem por representatividade democrática são sobrepujados por órgãos que não alcançaram o Poder pela via eleitoral (BARROSO, 2009).

Ademais, a intervenção do Judiciário na seara dos outros Poderes pode representar uma politização da Justiça, sendo necessário que o órgão julgador busque sempre afastar sua vontade política própria, respeitar a presunção de validade das leis, considerando a razoabilidade do legislador, e decidir, sempre que possível, em consonância com o sentimento social, todavia, não confundindo sua função pública indiretamente representativa (no papel do Estado) com populismo (BARROSO, 2009).

Cumpre assinalar, ainda, que o STF não tem capacidade institucional para a tomada de decisão em toda e qualquer matéria. Os Ministros que o compõem carecem, muitas vezes, de conhecimentos técnicos acerca da matéria sob julgamento e, portanto, devem dar espaço para que órgãos que detenham essa capacidade institucional possam se manifestar, justificando-se razoavelmente, a fim de orientar significativamente a tomada de decisão. Com isso, evitam-se os chamados “efeitos sistêmicos”, ou seja, o comprometimento do todo em razão de demandas individualizadas. Assim assevera Barroso (2009, p. 16):

> O juiz, por vocação e treinamento, normalmente estará preparado para realizar a justiça do caso concreto, a microjustiça. Ele nem sempre dispõe das informações, do tempo e mesmo do conhecimento para avaliar o impacto de determinadas decisões, proferidas em processos individuais, sobre a realidade de um segmento econômico ou sobre a prestação de um serviço público. Tampouco é passível de responsabilização política por escolhas desastradas. Exemplo emblemático nessa matéria tem sido o setor de saúde. Ao lado de intervenções necessárias e meritórias, tem havido uma profusão de decisões extravagantes ou emocionais em matéria de medicamentos e terapias, que põem em risco a própria continuidade das políticas públicas de saúde, desorganizando a atividade administrativa e comprometendo a alocação dos escassos recursos públicos. Em suma: o Judiciário quase sempre pode, mas nem sempre deve interferir. Ter uma avaliação criteriosa da própria capacidade institucional e optar por não exercer o poder, em auto-limitação espontânea, antes eleva do que diminui.

Em 47 casos (12,37%) o STF confirmou que a decisão judicial não se apresentava como intervenção do Poder Judiciário no Poder Executivo, sendo todos eles relativos a acesso a medicamentos.

Da análise dos julgados, observa-se que ora o STF é demandado em razão da ausência do fornecimento de medicamentos já incorporados nos programas de dispensação no

âmbito administrativo, ora é demandado pelo requerimento do cidadão de medicamentos alternativos aos já existentes nos programas de assistência farmacêutica do SUS.

Segundo o entendimento firmado pelo STF nesses acórdãos, não há que se falar na ingerência do Judiciário no Executivo na medida em que a atuação judicial se dá sobre políticas públicas de saúde já estabelecidas. Ou seja, não há um ativismo judicial na criação de políticas públicas, mas apenas o controle externo do Executivo para que concretize e dê efetivação às já existentes, protegendo-se o direito público subjetivo àquelas prestações. Ademais, a deficiência na prestação da saúde pode ser decorrente de uma omissão legislativa ou administrativa – caso em que ocorreria ingerência –, de uma recusa administrativa ao seu fornecimento – e aqui a importância da atuação do Poder Judiciário –, ou ainda de uma vedação legal, como por exemplo, a inexistência de registro na ANVISA do medicamento pleiteado.[29] Na hipótese de recusa administrativa ao fornecimento da prestação pleiteada, cabe indagar se o SUS fornece tratamento alternativo, embora não adequado ao paciente, ou ainda se o SUS não tem nenhum tratamento específico para o caso específico, dando-se preferência ao tratamento fornecido pelo SUS na primeira situação, mas ressalvando-se a possibilidade de fornecimento do tratamento não fornecido pelo SUS na hipótese de, verificado o caso concreto, nenhum outro tratamento apresentar-se como eficaz. [30]

O chamado "ativismo judicial" no campo das políticas públicas de saúde pode ser visto como vantajoso no sentido de que: estimula a concretização do direito à saúde enquanto direito social previsto no artigo 6º da Constituição Federal; desestimula o mau funcionamento do Estado, exercitando-se o seu controle externo; fiscaliza o esvaziamento de investimentos em saúde e; dificulta o retrocesso social, garantindo a efetivação dos direitos já conquistados pela sociedade. Por outro lado, a atuação do Judiciário pode acarretar: a confusão entre microjustiça e macrojustiça, dando provimento a demandas judiciais sem considerar a globalidade das políticas publicas; a substituição de decisões com embasamento técnico por decisões superficiais, uma vez que os juízes geralmente não possuem os conhecimentos específicos necessários, nem médicos, nem de gestão pública, para análise das demandas que apreciam; o desrespeito, na maioria das vezes, à cláusula da reserva do possível e ao princípio da legalidade orçamentária; a quebra do equilíbrio entre os Poderes, pois invadiria, em tese, o

[29] Embora a ANVISA, enquanto agência reguladora que compõe a Administração Pública indireta, somente possa elaborar normas que conceituem, interpretem ou explicitem conceitos jurídicos presentes na lei, ou seja, não tenha competência para inovar no ordenamento jurídico, prevê o artigo 19-T, inciso II, da Lei nº 8.080/90 a vedação de dispensação, pagamento, ressarcimento ou reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na ANVISA.

[30] Como exemplo: SS 3989, Rel. Min. Gilmar Mendes, D.J. 07.04.2010.

campo da formulação de políticas públicas, de competência do Poder Executivo (NUNES; MARRARA, 2010).

Sob esse aspecto merecem destaque as iniciativas isoladas de atuação conjunta entre o Poder Judiciário, profissionais da área médica e farmacêutica e os órgãos públicos de saúde para soluções mais bem fundamentadas às demandas judiciais.[31]

3.4.9 Legitimidade ativa do Ministério Público para proteção de direitos individuais

Verifica-se que o recurso ao Poder Judiciário a fim de buscar o acesso à saúde advém de duas frentes: uma individual e uma coletiva. Apresentam-se como principais provocadores do Judiciário, no âmbito individual, a Defensoria Pública e os defensores privados e, na esfera coletiva, o Ministério Público.

Um dos principais argumentos do Poder Público quando o demandante é o Ministério Público, é o de que esse órgão não tem legitimidade ativa para defesa de direitos individuais, verificando-se ofensa ao artigo 129 da Constituição Federal.

De acordo com o que dispõe o artigo 127 da Constituição Federal, ao Ministério Público compete a defesa não só dos direitos coletivos e difusos, mas também a dos direitos individuais homogêneos, identificados como aqueles inerentes à personalidade humana e pertencentes a uma coletividade (MACHADO, 2008).

Em 50 julgados (13,16%) o STF reconheceu a legitimidade ativa *ad causam* do Ministério Público por se tratarem de demandas envolvendo direitos individuais indisponíveis e prestações de relevância pública. De acordo com o entendimento da Corte, o direito das pessoas hipossuficientes ao fornecimento de medicamentos caracteriza-se como direito individual indisponível, o que confere legitimidade ativa *ad causam* ao MP, em função do disposto no artigo 127 da Constituição Federal. Nesse sentido, embora tenha também legitimidade ativa a Defensoria Pública e a advocacia privada, em nome do requerente, não se exclui a legitimidade ministerial. Ademais, uma vez que a saúde diz respeito à prestação de relevância pública, de rigor a intervenção tanto do MP como do Poder Judiciário para que os entes estatais dêem efetivo cumprimento aos preceitos constitucionais.[32]

---

[31] A experiência empregada na cidade de Ribeirão Preto merece destaque nesse sentido (GANDINI, BARIONE, SOUZA, 2008).

[32] Nesse sentido, RE 554.544, Rel. Min. Carmen Lúcia, DJe-023, 08/02/2010.

Uma vez que o direito à saúde se inclui no rol dos direitos sociais fundamentais, exigem-se prestações positivas por parte do Estado no sentido de satisfazê-lo por meio da elaboração e implementação de políticas públicas que, caso não sejam providenciadas, devem ser controladas pelo Poder Judiciário (SANTOS et al., 2010). É nessa seara, portanto, que discutem-se os conceitos de justiça geral e justiça distributiva (AITH, 2010).

Cumpre ressaltar que o STF tem se manifestado de maneira diversa quando a demanda é individual ou coletiva, dando provimento preponderantemente a demandas individuais. De certa maneira, a procedência de demandas coletivas acarreta maior interferência nas políticas públicas de saúde, movimentando maior volume de gastos públicos. Machado (2008) encontra nessas consequências uma possível explicação para que o Poder Judiciário evite se imiscuir em questões coletivas. A análise dos julgados permite concluir que existem muito mais concessões de tratamentos no exterior ou medicamentos no âmbito individual.

3.4.10 "Periculum in mora" inverso e impostergabilidade do bem pleiteado

Apresentando como um dos fundamentos a impostergabilidade do bem pleiteado o STF negou provimento a 67 demandas do Poder Público (20,24% do total das demandas do Poder Público) e deu provimento a 03 demandas provocadas por particulares e pelo Ministério Público (6,12% do total das demandas em que figuravam como requerentes os particulares ou o MP).

A fundamentação do *periculum in mora* inverso apareceu em 21 acórdãos (5,53%), nos quais o STF deu provimento a 03 demandas por acesso a medicamentos de particulares e negou provimento a 17 demandas do Poder Público. Em 09 desses 21 casos ficou também indicado que inexistiam tratamentos alternativos a serem oferecidos a esses pacientes.

O "periculum in mora" inverso também foi apresentado como fundamento do Poder Público em alguns recursos relativos a demandas por acesso a medicamentos. Sob essa perspectiva o atendimento a demandas individuais representa ato atentatório à saúde da população, pois compromete a aplicação de recursos previamente destinados à execução das políticas públicas de saúde previamente programadas e orçadas. A lesão ao erário, nesse sentido, acarreta prejuízo irreversível à vida dos demais cidadãos.

Cumpre assinalar que em um dos julgados a Corte, tendo como fundamento o risco do “dano inverso” em não proporcionar o acesso a medicamento, o que poderia levar a paciente a óbito, negou provimento ao pedido de suspensão de segurança por parte do Poder Público mesmo tendo reconhecido que o medicamento requerido não possuía registro na ANVISA.[33]

A respeito da ANVISA, vale ressaltar que sua criação se deu num contexto em que houve severas recomendações no sentido de serem tomadas providências, por parte do governo, de tomada de providências para combater a falsificação e promover a melhoria da qualidade dos medicamentos no Brasil, sobretudo após o conhecido caso das “pílulas de farinha”, no qual houve a comercialização desses produtos como se fossem pílulas anticoncepcionais, o que acarretou a gravidez de dezenas de mulheres. Desde então, sua função precípua é a de assegurar a comprovação científica tanto da eficácia quanto da segurança dos medicamentos prescritos e comercializados no território nacional. Para atestar a qualidade do medicamento, a ANVISA fiscaliza desde sua linha de produção até sua embalagem, orientações da bula e, ao final, procede à análise econômica, promovendo o ajuste do preço àqueles comumente em medicamentos similares no mercado nacional ou externo, caso não tenha produto similar comercializado no Brasil. Ademais, a Agência se preocupa com a fiscalização do produto após sua comercialização, sobretudo por meio do projeto Hospitais Sentinela, criado em 2001, o que permite adquirir informações a respeito de eventos adversos ou utilização não adequada dos medicamentos. Por fim, a ANVISA também desenvolve ações efetivas educacionais e informacionais, visando ao uso racional de medicamentos, além da atualização do RENAME e da elaboração de formulários, buscando, assim, reduzir a utilização exagerada, errônea e a subutilização de fármacos, reduzindo-se gastos desnecessários e promovendo a proteção da saúde dos cidadãos (PETRAMOLE, NISHIZAWA, 2010).

3.4.11 Sopesamento de interesses (direito à vida x finanças públicas)

Em 25 casos (6,58%) a Corte chamou a atenção ao necessário sopesamento de interesses, seja entre o princípio da igualdade e o direito ao mínimo existencial, seja entre o direito à vida e o equilíbrio das finanças públicas.

---

[33] SS 4316, Rel. Min. Cezar Peluso, DJe-112, 13/06/2011.

Conforme exposto anteriormente no item 4.4.5, supra, o Estado tem o dever de analisar as necessidades individuais de cada cidadão para promover a adequada alocação dos seus escassos recursos, diante da impossibilidade de atender ao direito de saúde de todos, em sua integralidade. Com isso, busca-se a realização da justiça distributiva, ação tipicamente política.

Verifica-se, no entanto, que, na maioria das vezes, o operador do direito não tem condições de examinar as consequências globais de suas decisões, em função de não considerar fatores coletivos como o número de cidadãos atingidos pela política eleita e a maximização dos resultados, mas apenas fixar-se no exame do direito individual no caso concreto.

A proposta de Alexy (2007) para que se faça um juízo de ponderação em relação aos argumentos contrários e favoráveis aos direitos fundamentais sociais, embora supostamente levada a efeito pelo STF, tem caminhado no sentido de dar prevalência ao direito à vida e à saúde em detrimento das limitações financeiras do Estado, conforme se verifica no trecho do acórdão a seguir:

> Tal como pude enfatizar em decisão por mim proferida no exercício da Presidência do Supremo Tribunal Federal, em contexto assemelhado ao da presente causa (Pet 1.246/SC), entre proteger a inviolabilidade do direito à vida e à saúde, que se qualifica como direito subjetivo inalienável assegurado a todos pela própria Constituição da República (art. 5º, "caput" e art. 196), ou fazer prevalecer, contra essa prerrogativa fundamental, um interesse financeiro e secundário do Estado, entendo - uma vez configurado esse dilema - que razões de ordem ético-jurídica impõem ao julgador uma só e possível opção: aquela que privilegia o respeito indeclinável à vida e à saúde humanas. Cumpre não perder de perspectiva que o direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República. Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular - e implementar - políticas sociais e econômicas que visem a garantir, aos cidadãos, o acesso universal e igualitário à assistência médico-hospitalar. O caráter programático da regra inscrita no art. 196 da Carta Política - que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado brasileiro (JOSÉ CRETELLA JÚNIOR, "Comentários à Constituição de 1988", vol. VIII/4332-4334, item n. 181, 1993, Forense Universitária) – não pode converter-se em promessa constitucional inconseqüente, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever, por um gesto irresponsável de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado (RE 509569 / SC. Rel. Min. Celso de Mello. DJ 14/03/2007).

Tal ponderação reflete características do Direito Moderno. Segundo Aith (2010, p. 77),

> Um dos fenômenos verificados no Direito moderno é o de espelhar a complexidade social em suas próprias estruturas e operações internas, na medida em que representa

> as decisões tomadas pela sociedade com relação aos mais variados assuntos. (...) embora o Direito seja efetivamente um sistema normativo, a sua compreensão como ciência extrapola esses limites formais e possibilitam a conexão direta entre a normatividade do Direito e contexto social ao qual pertence.

4. RECOMENDAÇÃO Nº 31 DO CNJ, DE 30 DE MARÇO DE 2010, E OS RESULTADOS DA AUDIÊNCIA PÚBLICA Nº 04 DO STF

A Audiência Pública nº 04 do STF teve como pauta os seguintes assuntos: (1) responsabilidade dos entes da federação em matéria de direito à saúde; (2) obrigação do Estado de fornecer prestação de saúde prescrita por médico não pertencente ao quadro do SUS ou sem que o pedido tenha sido feito previamente à Administração Pública; (3) obrigação do Estado de custear prestações de saúde não abrangidas pelas políticas públicas existentes; (4) obrigação do Estado de disponibilizar medicamentos ou tratamentos experimentais não registrados na ANVISA ou não aconselhados pelos Protocolos Clínicos do SUS; (5) obrigação do Estado de fornecer medicamento não licitado e não previsto nas listas do SUS; (6) fraudes no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2010).

Após as discussões e contribuições de diversos setores da sociedade civil, um dos reflexos[34] da Audiência Pública nº 4 foi a edição, pelo Presidente do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) da Recomendação nº 31, de 30 de março de 2010, visando a adoção de determinadas medidas, por parte dos magistrados e dos demais operadores do direito, em busca de maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde, como forma de assegurar a sustentabilidade e o gerenciamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Uma das razões expostas expressamente na Recomendação para buscar soluções nesse sentido foi a de que ficou constatado na Audiência Pública nº 04 a carência de informações clínicas prestadas aos magistrados a respeito dos problemas de saúde enfrentados pelos autores das demandas. Ademais, levaram-se em consideração também as constantes reivindicações dos gestores públicos para que sejam ouvidos antes da concessão de provimentos judiciais de urgência, a fim de preservar sua capacidade gerencial, as políticas públicas existentes e a organização do sistema público de saúde.

Assim, recomendou-se aos Tribunais de Justiça dos Estados e aos Tribunais Regionais Federais a celebração de convênios para formação de grupos de apoio técnico formados por médicos e farmacêuticos para auxiliar os magistrados na formação de seu

[34] Outro reflexo da referida Audiência Pública foi a criação do Fórum Nacional de Saúde, pela Resolução nº 107 do CNJ, de 06 de abril de 2010, responsável pelo monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde por meio da elaboração de estudos e propositura de medidas de aperfeiçoamento dos procedimentos, visando a efetividade dos processos judiciais e a prevenção de novas demandas (BRASIL, 2010).

convencimento na apreciação das questões clínicas trazidas pelas partes nas ações relativas à saúde. Além disso, foi recomendado às corregedorias o fornecimento de orientações aos magistrados no sentido de (i) melhor instruir as ações com relatórios médicos e descrições das doenças, inclusive CID; (ii) evitar autorizar o fornecimento de medicamentos ainda não registrados pela ANVISA ou em fase experimental; (iii) ouvir os gestores, preferencialmente por meio eletrônico, antes da concessão de tutelas de urgência; (iv) verificar se os requerentes de assistência à saúde fazem parte de programas de pesquisa experimental dos laboratórios, caso em que serão eles os responsáveis pela continuidade do tratamento e; (v) determinar, em caso de concessão de medida consagrada em política pública já existente, a inscrição do beneficiário no respectivo programa (BRASIL, 2010)..

Tem-se que as conclusões da Audiência Pública nº 04 foram mencionadas expressamente em 16 demandas, contribuindo para a fundamentação das decisões, sendo que em apenas uma delas o Poder Público obteve provimento, no entanto, apenas em função de a paciente individualizada que pleiteava acesso a medicamentos ter falecido no curso do processo.[35]

[35] STA 424, Rel. Min. Gilmar Mendes, DJe-076, 30/04/2010.

CONCLUSÃO

Após a análise dos resultados obtidos, foi confirmada a hipótese inicial da pesquisa de que, após os esforços do STF no sentido de discutir as questões relativas ao tema buscando eliminar, ou ao menos reduzir, a tensão existente entre os aplicadores do Direito e os gestores públicos na realização do direito à saúde, a Corte permanece reconhecendo a prevalência do direito previsto no artigo 196 da Constituição Federal sobre os limites de atuação financeira do Estado, no entanto, não lhe confere caráter absoluto, promovendo a ponderação de interesses.

Diante disso, o Poder Público, embora figure como demandante na maior parte dos casos, dificilmente obteve provimento em seus recursos.

Embora as demandas por tratamentos a serem realizados no exterior tenham trazido à tona importantes fundamentos apresentados pelo STF, sobretudo no que diz respeito ao princípio da igualdade e à necessidade de comprovação de eficácia do tratamento pleiteado, o maior número de acórdãos trata do tema do acesso aos medicamentos.

E no que diz respeito à assistência farmacêutica, não obstante a existência de diferentes eixos com divisão de atribuições dentro da gestão do SUS, a jurisprudência do STF é pacífica no que diz respeito à responsabilidade solidária dos três entes da Federação quanto à garantia do direito de saúde.

A posição do gestor público evidencia-se ainda mais complicada quando determinado o bloqueio das verbas públicas para o cumprimento de ordens judiciais que determinam a concessão de bens de saúde. E o posicionamento consagrado pelo STF é o de que o bloqueio é perfeitamente possível e não ofende a Constituição Federal, tendo negado provimento a todos os recursos do Poder Público que tratavam dessa matéria. Com isso, o gestor fica obrigado judicialmente, por muitas vezes, a descumprir o princípio da legalidade orçamentária e a praticar a conduta típica descrita no artigo 315 do Código Penal.

A ampliação do diálogo com os múltiplos agentes envolvidos nos processos de concessão de bens de saúde pela via judicial permite não só maior efetividade na concretização do direito à saúde e da macro justiça como também a mitigação de efeitos prejudiciais ao sistema de gestão do SUS. Assim, conforme se consagrou pela Recomendação nº 31 do CNJ, aconselha-se que os magistrados busquem assessoria técnica-multiprofissional antes de proferirem suas decisões.

Paralelamente, não se ignora a necessidade de ampliação do financiamento do SUS, com a maior destinação de recursos financeiros do Estado para a área da saúde, todavia, evitando-se a vinculação, como ocorre hoje com relação aos gastos com pessoal, como forma de permitir ao gestor público a alocação que confira maior efetividade à assistência à saúde tanto no âmbito administrativo quanto no âmbito do cumprimento de inevitáveis ordens judiciais.

Por fim, os resultados obtidos indicam que após a realização da Audiência Pública nº 04 o STF passou a ponderar as alegações do Poder Público no sentido de buscar minimizar a atuação do Poder Judiciário, diferenciando os casos em que o tratamento pleiteado já é previsto dentro das políticas públicas de saúde daqueles nos quais não o é, considerando que, em existindo tratamento similar ao requerido já oferecido pelo SUS e comprovada sua eficácia no caso concreto, não há que se falar em concessão de tratamento diverso, sob pena de ofensa ao princípio da separação dos poderes. De rigor, portanto, a constante revisão dos protocolos clínicos do SUS, a fim de evitar a concessão de tratamentos não previstos dentre as políticas do SUS por ineficácia dos existentes para o caso concreto. Verifica-se, contudo, que a criação da CONITEC, órgão consultivo implantado efetivamente há pouco mais de sete meses, contribuiu de forma significativa para a celeridade e transparência dos processos de incorporação de medicamentos e insumos às políticas públicas do SUS.

REFERÊNCIAS

AITH, Fernando. **Curso de Direito Sanitário**: a proteção do direito à saúde no Brasil. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

ALEXY, Robert. **Teoria de los derechos fundamentales**. Traducción y estudio introductorio de Carlos Bernal Pulido. 2. ed. Centro de Estúdios Políticos y Constitucionales: Madrid, 2007.

AMORIM, Daniela Silva de [et al.]. Retinose pigmentada. **Revista brasileira de clínica e terapêutica**, São Paulo, jun. 2006. n. 03. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3317>. Acesso em: 22 ago. 2012.

ARANHA, Marcio Iorio (Org.). **Direito sanitário e saúde pública.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003. v.1.

AUDIÊNCIA PÚBLICA DO SUPREMO TRIUNAL FEDERAL, 4, 2009, Brasília. **Degravação eletrônica**. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verTexto.asp?servico=processoAudienciaPublicaSaude&pagina=Cronograma>. Acesso em: 19 jul. 2012.

BARATA, Luiz Roberto Barradas; MENDES, José Dínio Vaz. Uma proposta de política de assistência farmacêutica para o SUS. In: BLIACHERIENE, Ana Carla; SANTOS, José Sebastião dos (Orgs.). **Direito à vida e à saúde:** impactos orçamentário e judicial. São Paulo: Atlas, 2010. p. 60-78.

BARROSO, Luís Roberto. Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática. **Revista Atualidades Jurídicas**, Brasília, n. 4, jan./fev. 2009. Disponível em: <http://www.oab.org.br/editora/revista/users/revista/1235066670174218181901.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2012.

BLIACHERIENE, Ana Carla; MENDES, Guilherme Adolfo dos Santos. Lei de Responsabilidade Fiscal e os limites da vinculação e da discricionariedade na execução da

dotação orçamentária: o impacto das liminares judiciais relativas à saúde para o orçamento dos municípios. In: BLIACHERIENE, Ana Carla; SANTOS, José Sebastião dos (Orgs.). **Direito à vida e à saúde:** impactos orçamentário e judicial. São Paulo: Atlas, 2010. p. 16-26.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Recomendação nº 31, de 30 de março de 2010**. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/atos-administrativos/atos-da-presidencia/322-recomendacoes-do-conselho/12113-recomendacao-no-31-de-30-de-marco-de-2010>. Acesso em: 25 jul. 2012.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 24 ago. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 8 p. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_integra_direitos_2006.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2012.

_____. Ministério da saúde. **Portaria nº 3.916/MS/GM, de 30 de outubro de 1998**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de medicamentos 2001.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001 (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n.25). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2012.

CASTRO, Ione Maria Domingues de. **Direito à saúde no âmbito do SUS:** um direito ao mínimo existencial garantido pelo Judiciário? 497 f. 2012. Tese (Doutorado) – Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

CYRILLO, Denise C.; CAMPINO, Antonio Carlos C. Gastos com a saúde e a questão da judicialização da saúde. In: BLIACHERIENE, Ana Carla; SANTOS, José Sebastião dos (Orgs.). **Direito à vida e à saúde:** impactos orçamentário e judicial. São Paulo: Atlas, 2010. p.27-41.

CZERESNIA, Dina. The concept of health and the diference between promotion and prevention. Cadernos de Saúde Pública. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. Disponível em: < http://143.107.23.244/departamentos/social/saude_coletiva/AOconceito.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2012

DALLARI, Sueli Gandolfi. A construção do direito à saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 9, n. 3, nov. 2008. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-41792008000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 jul. 2012. p. 2-3.

FERRAZ, Marcos Bosi. Economia da saúde e sua inserção no sistema de saúde. In: BLIACHERIENE, Ana Carla; SANTOS, José Sebastião dos (Orgs.). **Direito à vida e à saúde:** impactos orçamentário e judicial. São Paulo: Atlas, 2010. p.128-142.

GANDINI, João Agnaldo Donizeti; BARIONE, Samantha Ferreira; SOUZA, André Evangelista de. A judicialização do direito à saúde: a obtenção de atendimento médico, medicamentos e insumos terapêuticos por via judicial: critérios e experiências. **BDJur**, Brasília, DF, 24 mar. 2008. Disponível em: <http://bdjur.stj.gov.br/dspace/handle/2011/16694>.Acesso em: 16 ago. 2012.

_____. Judicialização do direito à saúde: prós e contras. In: BLIACHERIENE, Ana Carla; SANTOS, José Sebastião dos (Orgs.). **Direito à vida e à saúde:** impactos orçamentário e judicial. São Paulo: Atlas, 2010. p. 255-276.

KORNIS, George E. M.; BRAGA, Maria Helena; ZAIRE, Carla Edialla F. Os marcos legais das políticas de medicamentos no Brasil contemporâneo (1990-2006). **Revista de Atenção Primária à Saúde.** Juiz de Fora, v. 11, n. 1, p. 85-99, jan./mar. 2008. Disponível em: < http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/085-099.pdf >. Acesso em: 24 ago. 2012.

MACHADO, Felipe Rangel de Souza. Contribuições ao debate da judicialização da saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v.9, n. 02, jul./out. 2008, p. 7. Disponível em: < http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rdisan/v9n2/06.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2012.

MAINGUÉ NETO, Wilson. **O mandado de segurança e o direito à assistência à saúde**. Curitiba: J.M. Livraria Jurídica e Editora, 2011.

MÂNICA, Fernando Borges. Teoria da reserva do possível: direitos fundamentais a prestações e a intervenção do Poder Judiciário na implementação de políticas públicas. **Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado**, Salvador, n. 21, mar./maio 2010. Disponível em: <http://www.direitodoestado.com/revista/RERE-21-MARCO-2010-FERNANDO-MANICA.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2012.

MENDES, Gilmar Ferreira. Os direitos fundamentais e seus múltiplos significados na ordem constitucional. **Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado**, Salvador, n. 23, jul./set. 2010. Disponível em: <http://www.direitodoestado.com/revista/REDE-23-JULHO-2010-GILMAR-MENDES.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2012.

_____. Sessão de Abertura do dia 27 abril. 2009. In: AUDIÊNCIA PÚBLICA DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 4, 2009, Brasília. **Degravação eletrônica.** Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/Abertura_da_Audiencia_Publica__MGM.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2011

NUNES, Lydia Neves Bastos Telles; MARRARA, Thiago. Reflexões sobre o controle das políticas de saúde e de medicamentos. **Revista de Direito Público e Economia**, Belo Horizonte, ano 8, n. 30, abr. 2010. Disponível em: <http://bdjur.stj.jus.br/dspace/handle/2011/32945>. Acesso em: 29 jul. 2011.

_____, Atacílio Aparecido. A avaliação econômica de fármacos e outras tecnologias em saúde instrumentalizando o poder público e judiciário para a tomada de decisão: potencialidades e limitações. In: BLIACHERIENE, Ana Carla; SANTOS, José Sebastião dos (Orgs.). **Direito à vida e à saúde:** impactos orçamentário e judicial. São Paulo: Atlas, 2010. p. 143-161.

OLIVEIRA, Marcio Dias. **Saúde possível e judicialização excepcional:** a efetivação do direito fundamental à saúde e a necessária racionalização. Tese (Mestrado em Sistema Constitucional de Garantia de Direitos) – Centro de Pós-Graduação da Instituição Toledo de Ensino de Bauru, Bauru, 2008. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/Dissertao_de_Mestrado__Prof_Mrcio_Dias_de_Oliveira.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Constituição (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.htmlI> . Acesso em: 24 ago. 2012.

PETRAMOLE, Clarice Alegre; NISHIZAWA, Claudio. O papel da ANVISA e do Ministério da Saúde e a qualidade dos medicamentos no Brasil. In: BLIACHERIENE, Ana Carla; SANTOS, José Sebastião dos (Orgs.). **Direito à vida e à saúde:** impactos orçamentário e judicial. São Paulo: Atlas, 2010. p. 179-186.

RAMOS, Marcelene Carvalho da Silva. O direito fundamental à saúde na perspectiva da Constituição Federal. **Revista de Direito Administrativo e Constitucional**, Belo Horizonte, a.5, n. 22, out. 2005. Disponível em: <http://bdjur.stj.jus.br/dspace/handle/2011/30467>. Acesso em: 29 jul. 2011.

RIBEIRO, Renato Jorge Brown; CASTRO, Róbison Gonçalves de. O direito à saúde e o orçamento público: a busca de um equilíbrio estável. In: BLIACHERIENE, Ana Carla; SANTOS, José Sebastião dos (Orgs.). **Direito à vida e à saúde:** impactos orçamentário e judicial. São Paulo: Atlas, 2010. p. 289-296.

SARLET, Ingo Wolfgang. Os Direitos Sociais como Direitos Fundamentais: contributo para um balanço aos vinteanos da Constituição Federal de 1988. **Contribuições da sociedade civil à Audiência Pública nº04 do Supremo Tribunal Federal**. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/artigo_Ingo_DF_sociais_PETROPOLIS_final_01_09_08.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2011.

_____; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988. **Revista de Direito do Consumidor**, São Paulo, n. 67, p. 125-172, 2008,. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/O_direito_a_saude_nos_20_anos_da_CF_coletanea_TAnia_10_04_09.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2011.

SANTOS, José Sebastião dos [et al.]. A via judicial para o acesso aos medicamentos e o equilíbrio entre as necessidades e desejos dos usuários, do Sistema Único de Saúde e da indústria. In: BLIACHERIENE, Ana Carla; SANTOS, José Sebastião dos (Orgs.). **Direito à vida e à saúde:** impactos orçamentário e judicial. São Paulo: Atlas, 2010. p. 277-288.

SIQUEIRA, Dirceu Pereira. **Tutela coletiva do direito à saúde**. Franca: Lemos e Cruz, 2010.

TOJAL, Sebastião Botto de Barros. A Constituição dirigente e o direito regulatório do Estado social: o direito sanitário. In: ARANHA, Marcio Iorio (Org.). **Direito sanitário e saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. v.1

VALLE, Gustavo Henrique Moreira do; CAMARGO, João Marcos Pires.A audiência pública sobre a judicialização da saúde e seus reflexos na jurisprudência do Supremo Tribunal. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 11, n. 3, 2011. Disponível em <http://200.144.183.67/ojs/index.php/rdisan/article/view/13220/15034>. Acesso em 19 jul. 2012.

APÊNDICE A – Acórdãos analisados proferidos pelo Supremo Tribunal Federal

ANO	TIPO	Nº	RELATOR	REQUERENTE	REQUERIDO
1994	SS	659	CARLOS VELLOSO	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	TJRS
1998	AI	232469	MARCO AURÉLIO	MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE	PARTICULAR
1999	RE	234017	NELSON JOBIM	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
1999	RE	248300	MAURÍCIO CORREA	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
1999	RE	253741	MARCO AURÉLIO	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
1999	RE	247352	MARCO AURÉLIO	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
1999	RE	247900	MARCO AURÉLIO	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
1999	RE	246262	MARCO AURÉLIO	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
1999	RE	244087	MARCO AURÉLIO	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
1999	RE	237367	MAURÍCIO CORREA	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
1999	RE	236644	MAURÍCIO CORREA	MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE	PARTICULAR
1999	AI	238328	MARCO AURÉLIO	MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE	PARTICULAR
1999	RE	23407	NELSON JOBIM	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
1999	RE	248300	MAURÍCIO CORREA	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
1999	RE	253741	MARCO AURÉLIO	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
1999	RE	247352	MARCO AURÉLIO	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
1999	RE	247900	MARCO AURÉLIO	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
1999	RE	246262	MARCO AURÉLIO	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
1999	RE	244087	MARCO AURÉLIO	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2000	RE	255627	NELSON JOBIM	MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE	PARTICULAR
2000	RE	271286	CELSO DE MELLO	MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE	PARTICULAR
2000	AgR no RE	259508	MAURÍCIO CORREA	MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE	PARTICULAR
2000	RE	195192	MARCO AURÉLIO	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2000	RE	246242	NÉRI DA SILVEIRA	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2000	RE	253454	NÉRI DA SILVEIRA	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR

ANO	TIPO	Nº	RELATOR	REQUERENTE	REQUERIDO
2000	RE	234016	NÉRI DA SILVEIRA	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2000	RE	280642	MARCO AURÉLIO	ESTADO RS E MUNICÍP. PORTO ALEGRE	PARTICULAR
2000	RE	276640	MARCO AURÉLIO	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2000	RE	273834	CELSO DE MELLO	ESTADO DO RS E MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE	PARTICULAR
2000	RE	273042	MARCO AURÉLIO	ESTADO DO RS E MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE	PARTICULAR
2000	RE	271286	CELSO DE MELLO	ESTADO DO RS E MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE	PARTICULAR
2000	RE	267612	CELSO DE MELLO	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2000	RE	232235	CELSO DE MELLO	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2000	RE	270890	MARCO AURÉLIO	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2000	RE	264645	MARCO AURÉLIO	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2000	RE	279519	NELSON JOBIM	MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE	PARTICULAR
2000	RE	278402	NELSON JOBIM	ESTADO DE SÃO PAULO	PARTICULAR
2000	RE	277573	NELSON JOBIM	ESTADO DO RIO DE JANEIRO	PARTICULAR
2001	RE	259128	ELLEN GRACIE	ESTADO DO PARANÁ	PARTICULAR
2001	RE	248304	CELSO DE MELLO	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2001	RE	198265	CELSO DE MELLO	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2001	RE	247901	MAURÍCIO CORREA	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2001	RE	241630	CELSO DE MELLO	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2001	RE	198263	SYDNEY SANCHES	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2001	RE	241630	CELSO DE MELLO	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2002	RE	244571	MAURÍCIO CORREA	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	MPE
2002	RE	273379	SEPÚLVEDA PERTENCE	MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE	PARTICULAR
2003	RE	370959	GILMAR MENDES	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2003	SS	2207	MAURÍCIO CORREA	ESTADO DE GOIAS	TJGO
2003	AI	418320	CARLOS VELLOSO	MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE	PARTICULAR
2003	AI	396973	CELSO DE MELLO	MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE	PARTICULAR
2003	RE	259415	SEPÚLVEDA PERTENCE	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2004	AI	525576	GILMAR MENDES	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2004	RE	353336	CARLOS BRITTO	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2004	AI	462563	CARLOS VELLOSO	MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE	PARTICULAR

ANO	TIPO	Nº	RELATOR	REQUERENTE	REQUERIDO
2004	RE	342413	ELLEN GRACIE	ESTADO DO PARANÁ	PARTICULAR
2004	RE	297276	CEZAR PELUSO	ESTADO DE SÃO PAULO	PARTICULAR
2004	AI	503242	GILMAR MENDES	MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE	PARTICULAR
2004	RE	310031	ELLEN GRACIE	MUNICÍPIO DE FRANCA	MPE
2004	RE	411557	CEZAR PELLUSO	UNIÃO FEDERAL	PARTICULAR
2005	AI	486816	CARLOS VELLOSO	ESTADO DO RIO DE JANEIRO	PARTICULAR
2005	AI	554582	GILMAR MENDES	ESTADO DE MINAS GERAIS	PARTICULAR
2005	AI	492253	SEPÚLVEDA PERTENCE	MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE	PARTICULAR
2005	AI	564978	JOAQUIM BARBOSA	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2005	AI	417792	SEPÚLVEDA PERTENCE	MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE	PARTICULAR
2005	AI	565098	GILMAR MENDES	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2005	AI	564356	GILMAR MENDES	ESTADO DE PERNAMBUCO	PARTICULAR
2005	RE	459176	CEZAR PELUSO	ESTADO DO CEARÁ	PARTICULAR
2005	AI	522579	ELLEN GRACIE	ESTADO DE GOIAS	MPE GO
2005	AI	547758	CELSO DE MELLO	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2005	RE	400040	JOAQUIM BARBOSA	ESTADO DE MATO GROSSO	PARTICULAR
2005	AI	540853	GILMAR MENDES	ESTADO DE MINAS GERAIS	PARTICULAR
2005	RE	431150	SEPÚLVEDA PERTENCE	ESTADO DO ESPÍRITO SANTO	PARTICULAR
2005	AI	537237	SEPÚLVEDA PERTENCE	ESTADO DE PERNAMBUCO	PARTICULAR
2005	RE	269272	JOAQUIM BARBOSA	ESTADO DO RIO DE JANEIRO	PARTICULAR
2005	AI	537636	JOAQUIM BARBOSA	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2005	SS	2793	NELSON JOBIM	ESTADO DE MATO GROSSO	TJMT
2005	STA	46	NELSON JOBIM	ESTADO DE SANTA CATARINA	TRF 4ª REGIÃO
2005	SS	2719	NELSON JOBIM	ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE	TJRN
2005	SS	2708	ELLEN GRACIE	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	TJRS
2005	STA	35	NELSON JOBIM	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	TJRS
2005	STA	34	NELSON JOBIM	UNIÃO FEDERAL	TRF 3ª REGIÃO
2005	AI	562561	SEPÚLVEDA PERTENCE	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2005	AI	529573	CARLOS BRITTO	MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE	PARTICULAR
2005	STA	36	NELSON JOBIM	UNIÃO FEDERAL	JUIZ 5ª V. FED. CEARÁ E TRF 5ª REGIÃO

ANO	TIPO	Nº	RELATOR	REQUERENTE	REQUERIDO
2006	AgR no RE	393175	CELSO DE MELLO	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2006	AgR no AI	604949	EROS GRAU	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2006	AgR no AI	597182	CEZAR PELUSO	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2006	AI	626570	CELSO DE MELLO	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2006	RE	462416	GILMAR MENDES	MPE RS	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
2006	AI	507072	JOAQUIM BARBOSA	ESTADO DE MINAS GERAIS	PARTICULAR
2006	AI	605529	CEZAR PELUSO	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2006	AI	588257	CEZAR PELUSO	MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE	PARTICULAR
2006	AI	599675	RICARDO LEWANDOWSKI	PARTICULAR	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
2006	RE	474224	SEPÚLVEDA PERTENCE	ESTADO DE MATO GROSSO	MPE MT
2006	AI	589255	SEPÚLVEDA PERTENCE	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2006	RE	425974	CARLOS BRITTO	ESTADO DE GOIÁS	MPE GOIÁS
2006	AI	572782	CEZAR PELUSO	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2006	RE	393175	CELSO DE MELLO	PARTICULAR	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
2006	AI	570455	CELSO DE MELLO	PARTICULAR	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL E MUNICÍPIO DE SANTO ANTONIO DA PATRULHA
2006	AgR no RE	393175	CELSO DE MELLO	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2006	AgR no AI	597182	CEZAR PELUSO	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2007	RE	534908	CEZAR PELUSO	ESTADO DE PERNAMBUCO	PARTICULAR
2007	RE	570308	CARMEN LÚCIA	MPE RS	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
2007	RE	557548	CELSO DE MELLO	UNIÃO FEDERAL	PARTICULAR
2007	AgR no RE	512889	EROS GRAU	ESTADO DE MINAS GERAIS	MPE MG
2007	RE	568073	CELSO DE MELLO	ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE	PARTICULAR
2007	AC	1827	CARMEN LÚCIA	MUNICÍPIO DE ARMAÇÃO DE BÚZIOS	TJRJ
2007	AI	659610	CEZAR PELUSO	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2007	AI	681814	CEZAR PELUSO	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2007	RE	554088	EROS GRAU	MPE SC	ESTADO DE SANTA CATARINA
2007	AI	647296	CELSO DE MELLO	UNIÃO FEDERAL	PARTICULAR

ANO	TIPO	Nº	RELATOR	REQUERENTE	REQUERIDO
2007	AI	583067	CELSO DE MELLO	MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE	PARTICULAR
2007	AI	667205	CELSO DE MELLO	ESTADO DE PERNAMBUCO	PARTICULAR
2007	AI	662822	CELSO DE MELLO	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2007	AI	638550	CELSO DE MELLO	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2007	RE	562630	CEZAR PELUSO	UNIÃO FEDERAL	PARTICULAR
2007	RE	523726	CARMEN LÚCIA	ESTADO DO ESPÍRITO SANTO	PARTICULAR
2007	RE	562383	CELSO DE MELLO	ESTADO DO PARANÁ	PARTICULAR
2007	AI	676926	CELSO DE MELLO	UNIÃO FEDERAL	PARTICULAR
2007	RE	560369	CEZAR PELUSO	UNIÃO FEDERAL	PARTICULAR
2007	AI	676044	CELSO DE MELLO	ESTADO DE PERNAMBUCO	PARTICULAR
2007	RE	549122	EROS GRAU	ESTADO DE MATO GROSSO	PARTICULAR
2007	RE	399664	CARMEN LÚCIA	ESTADO DE SÃO PAULO	PARTICULAR
2007	AI	597141	CARMEN LÚCIA	MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE	PARTICULAR
2007	AI	559055	CARMEN LÚCIA	MUNICÍPIO DE CAXIAS DO SUL	PARTICULAR
2007	AI	598057	CARMEN LÚCIA	MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE	PARTICULAR
2007	RE	509569	CELSO DE MELLO	MPE SC	ESTADO DE SANTA CATARINA
2007	SL	188	ELLEN GRACIE	MUNICÍPIO DE JOINVILLE	TJSC
2007	SS	3403	ELLEN GRACIE	ESTADO DO PARANÁ	TJPR
2007	SS	3382	ELLEN GRACIE	ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE	TJRN
2007	STA	162	ELLEN GRACIE	ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE	TJRN
2007	SS	3345	ELLEN GRACIE	ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE	TJRN
2007	SS	3322	ELLEN GRACIE	ESTADO DE GOIAS	TJGO
2007	STA	138	ELLEN GRACIE	ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE	JUIZ 3ª V. FAZ. PÚB. COMARCA DE NATAL
2007	STA	139	ELLEN GRACIE	ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE	JUIZ 4ª V. FAZ. PÚB. COMARCA DE NATAL
2007	SS	3350	ELLEN GRACIE	ESTADO DE GOIAS	TJGO
2007	SS	3274	ELLEN GRACIE	ESTADO DE GOIAS	TJGO
2007	SS	3263	ELLEN GRACIE	ESTADO DE GOIAS	TJGO
2007	SS	3201	ELLEN GRACIE	ESTADO DE GOIAS	TJGO
2007	SL	1666	ELLEN GRACIE	UNIÃO FEDERAL	TRF 2ª REGIÃO
2007	SS	3193	ELLEN GRACIE	ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE	TJRN
2007	SS	3183	ELLEN GRACIE	MUNICÍPIO DE JOINVILLE	TJSC
2007	SS	3205	ELLEN GRACIE	ESTADO DO AMAZONAS	TJAM
2007	SS	3158	ELLEN GRACIE	ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE	TJRN
2007	SS	3231	ELLEN GRACIE	ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE	TJRN

ANO	TIPO	Nº	RELATOR	REQUERENTE	REQUERIDO
2007	SS	3145	ELLEN GRACIE	ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE	TJRN
2007	STA	91	ELLEN GRACIE	ESTADO DE ALAGOAS	TJAL
2007	SS	3073	ELLEN GRACIE	ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE	TJRN
2007	RE	566471	MARCO AURÉLIO	ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE	TJRN
2008	AI	730557	CARMEN LÚCIA	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2008	RE	575631	CARLOS BRITTO	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	MPE RS
2008	AI	699684	MENEZES DIREITO	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2008	AI	696511	CARMEN LÚCIA	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	MPE RS
2008	RE	566788	CARMEN LÚCIA	UNIÃO FEDERAL E MUNICÍPIO DE CARIACICA	
2008	RE	578114	CARMEN LÚCIA	UNIÃO FEDERAL	MPF
2008	AI	659827	CARMEN LÚCIA	ESTADO DE PERNAMBUCO	PARTICULAR
2008	RE	523726	CARMEN LÚCIA	ESTADO DO ESPÍRITO SANTO	PARTICULAR
2008	AI	690812	MARCO AURÉLIO	ESTADO DE GOIAS	MPE GOIAS
2008	AI	717243	CELSO DE MELLO	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2008	AI	714280	CELSO DE MELLO	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2008	AI	690812	MARCO AURÉLIO	ESTADO DE GOIAS	MPE GO
2008	AI	618943	MENEZES DIREITO	PARTICULAR	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
2008	AI	704448	RICARDO LEWANDOWSKI	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	MPE RS
2008	AI	699767	RICARDO LEWANDOWSKI	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2008	AC	2018	CARMEN LÚCIA	MPE PR	ESTADO DO PARANÁ
2008	AC	2019	EROS GRAU	MPE PR	ESTADO DO PARANÁ
2008	RE	581831	CELSO DE MELLO	ESTADO DO PARANÁ	PARTICULAR
2008	RE	580036	RICARDO LEWANDOWSKI	ESTADO DO ESPÍRITO SANTO	PARTICULAR
2008	RE	563954	EROS GRAU	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	MPE RS
2008	RE	579758	CEZAR PELUSO	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2008	RE	573948	CEZAR PELUSO	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2008	RE	574029	CEZAR PELUSO	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	MPE RS
2008	RE	573986	CEZAR PELUSO	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2008	AI	730557	CARMEN LÚCIA	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2008	RE	578114	CARMEN LÚCIA	MPF	UNIÃO FEDERAL
2008	STA	198	GILMAR MENDES	ESTADO DE MINAS GERAIS	TRF 1ª REGIÃO

ANO	TIPO	Nº	RELATOR	REQUERENTE	REQUERIDO
2008	STA	277	GILMAR MENDES	ESTADO DE ALAGOAS	TJAL E JUIZ 17ª V. CÍV. DE MACEIÓ
2008	STA	245	GILMAR MENDES	MUNICÍPIO DE PELOTAS	TRF 4ª REGIÃO
2008	STA	238	GILMAR MENDES	MUNICÍPIO DE PALMAS	TJTO
2009	AI	669107	DIAS TOFFOLI	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2009	RE	585816	DIAS TOFFOLI	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	MPE RS
2009	AI	676300	DIAS TOFFOLI	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2009	AI	668937	DIAS TOFFOLI	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2009	AI	688828	DIAS TOFFOLI	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2009	AI	676586	DIAS TOFFOLI	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	MPE RS
2009	RE	563578	DIAS TOFFOLI	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2009	RE	554544	CARMEN LÚCIA	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	MPE RS
2009	AI	683239	DIAS TOFFOLI	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2009	AI	657351	DIAS TOFFOLI	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2009	AI	681783	DIAS TOFFOLI	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2009	AI	657475	DIAS TOFFOLI	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2009	AI	655795	DIAS TOFFOLI	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2009	RE	433137	DIAS TOFFOLI	MPE MG	MUNICÍPIOS CARANGOLA, FARIA LEMOS E FERVEDOURO
2009	AI	681506	DIAS TOFFOLI	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2009	AI	681276	DIAS TOFFOLI	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2009	AI	650517	DIAS TOFFOLI	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2009	AI	686583	DIAS TOFFOLI	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2009	AI	667239	DIAS TOFFOLI	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	MPF
2009	AI	662489	DIAS TOFFOLI	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2009	RE	549559	DIAS TOFFOLI	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2009	RE	568806	DIAS TOFFOLI	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2009	AI	656613	DIAS TOFFOLI	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2009	AI	669479	DIAS TOFFOLI	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2009	AI	667594	DIAS TOFFOLI	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR

ANO	TIPO	Nº	RELATOR	REQUERENTE	REQUERIDO
2009	AI	671111	DIAS TOFFOLI	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2009	AI	695411	DIAS TOFFOLI	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2009	AI	664147	DIAS TOFFOLI	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2009	AI	676654	DIAS TOFFOLI	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2009	AI	667717	DIAS TOFFOLI	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2009	AI	684171	DIAS TOFFOLI	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2009	AI	687028	RICARDO LEWANDOWSKI	PARTICULAR	MUNICÍPIO DE PELOTAS
2009	RE	534279	CARMEN LÚCIA	MPE RS	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
2009	AgR no AI	652617	RICARDO LEWANDOWSKI	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2009	AI	633402	DIAS TOFFOLI	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2009	AI	696401	DIAS TOFFOLI	PARTICULAR	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
2009	RE	605387	CARMEN LÚCIA	ESTADO DE SANTA CATARINA	PARTICULAR
2009	AI	664179	DIAS TOFFOLI	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2009	AI	646312	DIAS TOFFOLI	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2009	RE	568537	CARLOS BRITTO	DF	MP DF
2009	RE	589294	CARLOS BRITTO	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	MP RS
2009	AI	762809	CARLOS BRITTO	UNIÃO FEDERAL	PARTICULAR
2009	AI	686344	RICARDO LEWANDOWSKI	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	MPF
2009	AI	697970	RICARDO LEWANDOWSKI	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	MPE RS
2009	AI	75803	CARMEN LÚCIA	UNIÃO FEDERAL	PARTICULAR
2009	RE	599341	RICARDO LEWANDOWSKI	PARTICULAR	MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO
2009	MC em ADPF	168	JOAQUIM BARBOSA	ASPIM	UNIÃO FEDERAL
2009	RE	566471	MARCO AURÉLIO	ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE	PARTICULAR
2009	AI	663133	MENEZES DIREITO	PARTICULAR	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
2009	RE	566471	MARCO AURÉLIO	ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE	PARTICULAR
2009	RE	586995	CARMEN LÚCIA	ESTADO DE MINAS GERAIS	MPE MG
2009	AI	745807	CARMEN LÚCIA	MPE GO	MUNICÍPIO DE ITUMBIARA
2009	AI	742939	CEZAR PELUSO	ESTADO DE SÃO PAULO	MPE SP
2009	AI	630264	MARCO AURÉLIO	ESTADO DO PARANÁ	PARTICULAR
2009	AI	722539	MENEZES DIREITO	MPE MG	MUNICÍPIO DE CARVANHÓPOLIS

ANO	TIPO	Nº	RELATOR	REQUERENTE	REQUERIDO
2009	SS	3854	GILMAR MENDES	MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA	TRF 1ª REGIÃO
2009	STA	348	GILMAR MENDES	ESTADO DE ALAGOAS	TJAL
2009	STA	361	GILMAR MENDES	ESTADO DA BAHIA	TRF 1ª REGIÃO
2009	SL	319	GILMAR MENDES	ESTADO DA BAHIA	PRESIDENTE TJBA
2009	STA	175	GILMAR MENDES	UNIÃO FEDERAL E MUNICÍPIO DE FORTALEZA	TRF 5ª REGIÃO
2009	STA	244	GILMAR MENDES	ESTADO DO PARANÁ	TJPR
2009	SS	3741	GILMAR MENDES	MUNICÍPIO DE FORTALEZA	TJCE
2009	SS	3690	GILMAR MENDES	MUNICÍPIO DE FORTALEZA	TJCE
2009	SS	3751	GILMAR MENDES	MUNICÍPIO DE TATUÍ	TJSP
2009	RE	573061	CARLOS BRITTO	MUNICÍPIO DE VITÓRIA E UNIÃO FEDERAL	PARTICULAR
2009	Ag.Reg. No AI	553712	RICARDO LEWANDOWSKI	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2009	RE	407902	MARCO AURÉLIO	MPE RS	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
2009	AI	748103	CARMEN LÚCIA	UNIÃO FEDERAL	PARTICULAR
2010	Ag.Reg. No AI	808059	RICARDO LEWANDOWSKI	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2010	Ag.Reg. Na STA	328	CEZAR PELUSO	UNIÃO FEDERAL	MPF; MPE PR; ESTADO DO PARANÁ
2010	Ag.Reg. Na STA	334	CEZAR PELUSO	UNIÃO FEDERAL	MPF; ESTADO DE SANTA CATARINA; MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS
2010	Ag.Reg. Na STA	361	CEZAR PELUSO	ESTADO DA BAHIA	PARTICULAR
2010	Ag.Reg. Na SL	47	GILMAR MENDES	ESTADO DE PERNAMBUCO	UNIÃO FEDERAL; MPE PE; MPF
2010	Ag.Reg. Na STA	175	GILMAR MENDES	UNIÃO FEDERAL	MPF; PARTICULAR; MUNICÍPIO DE FORTALEZA; ESTADO DO CEARÁ
2010	AI	831869	CELSO DE MELLO	UNIÃO FEDERAL	MPF
2010	AI	805176	CARMEN LÚCIA	PARTICULAR	ESTADO DE SÃO PAULO
2010	AI	716212	JOAQUIM BARBOSA	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	MPE RS
2010	AI	718225	DIAS TOFFOLI	PARTICULAR	MUNICÍPIO DE CAXIAS DO SUL
2010	AI	797349	CARMEN LÚCIA	MUNICÍPIO DE CAXIAS DO SUL	PARTICULAR
2010	ACO	1670	JOAQUIM BARBOSA	PARTICULAR	UNIÃO FEDERAL E ESTADO DE SANTA CATARINA
2010	RE	628422	CARMEN LÚCIA	UNIÃO FEDERAL	PARTICULAR
2010	RE	628343	CARMEN LÚCIA	UNIÃO FEDERAL	PARTICULAR
2010	AI	813801	RICARDO LEWANDOWSKI	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	MPE RS

ANO	TIPO	Nº	RELATOR	REQUERENTE	REQUERIDO
2010	RE	495581	ELLEN GRACIE	MP DF	DF
2010	AI	767293	CARMEN LÚCIA	UNIÃO FEDERAL	PARTICULAR
2010	RE	598722	CARMEN LÚCIA	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2010	RE	600009	CARMEN LÚCIA	ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE	PARTICULAR
2010	RE	626193	CARMEN LÚCIA	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2010	AI	765969	CARMEN LÚCIA	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2010	AI	826577	CARMEN LÚCIA	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2010	RE	595988	CARMEN LÚCIA	ESTADO DE AMAZONAS	PARTICULAR
2010	AI	822629	CARMEN LÚCIA	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2010	RE	631275	CARMEN LÚCIA	PARTICULAR	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
2010	AI	797342	CARMEN LÚCIA	UNIÃO FEDERAL	PARTICULAR
2010	AI	816815	CARMEN LÚCIA	MUNICÍPIO DE NOVO HAMBURGO	PARTICULAR
2010	AI	821759	JOAQUIM BARBOSA	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2010	AI	821773	RICARDO LEWANDOWSKI	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2010	AI	802214	MARCO AURÉLIO	ESTADO DO MATO GROSSO	PARTICULAR
2010	AI	815716	MARCO AURÉLIO	UNIÃO FEDERAL	PARTICULAR
2010	RE	497858	JOAQUIM BARBOSA	MP DF	DF
2010	AI	817241	JOAQUIM BARBOSA	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2010	AI	817270	MARCO AURÉLIO	MUNICÍPIO DE NOVO HAMBURGO	PARTICULAR
2010	AI	809700	MARCO AURÉLIO	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2010	AI	721851	JOAQUIM BARBOSA	UNIÃO FEDERAL	PARTICULAR
2010	AI	745391	JOAQUIM BARBOSA	UNIÃO FEDERAL	MPF
2010	RE	537912	JOAQUIM BARBOSA	DF	MP DF
2010	RE	587873	JOAQUIM BARBOSA	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	MPE RS
2010	AI	816350	JOAQUIM BARBOSA	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2010	AI	815415	RICARDO LEWANDOWSKI	ESTADO DE MATO GROSSO	MPE MATO GROSSO
2010	RE	607582	ELLEN GRACIE	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2010	RE	608020	MARCO AURÉLIO	MPE SP	ESTADO DE SÃO PAULO E MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO
2010	AI	791476	RICARDO LEWANDOWSKI	ESTADO DE MATO GROSSO	PARTICULAR
2010	AI	809734	CARMEN LÚCIA	UNIÃO FEDERAL	PARTICULAR
2010	RE	603926	AYRES BRITTO	UNIÃO FEDERAL	PARTICULAR

ANO	TIPO	Nº	RELATOR	REQUERENTE	REQUERIDO
2010	RE	626341	CARMEN LÚCIA	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2010	AI	808058	CARMEN LÚCIA	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2010	AI	790737	CARMEN LÚCIA	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2010	AI	802533	CARMEN LÚCIA	MUNICÍPIO DE NOVA IGUAÇU	PARTICULAR
2010	AI	800139	RICARDO LEWANDOWSKI	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2010	AI	735151	CELSO DE MELLO	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	MPE RS
2010	RE	599438	DIAS TOFFOLI	UNIÃO FEDERAL	PARTICULAR
2010	RE	595145	CARMEN LÚCIA	ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL	PARTICULAR
2010	RE	611181	CARMEN LÚCIA	UNIÃO FEDERAL	PARTICULAR
2010	RE	589008	CARMEN LÚCIA	ESTADO DO CEARÁ	PARTICULAR
2010	AI	699597	DIAS TOFFOLI	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	MPE RS
2010	AI	773049	DIAS TOFFOLI	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2010	STA	260	GILMAR MENDES	UNIÃO FEDERAL	TRF 4ª REGIÃO
2010	SS	3989	GILMAR MENDES	ESTADO DO PIAUÍ	TJ PI
2010	AI	790008	RICARDO LEWANDOWSKI	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2010	AI	789808	RICARDO LEWANDOWSKI	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2010	RE	556789	DIAS TOFFOLI	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	MPE RS
2010	AI	789946	CARMEN LÚCIA	MUNICÍPIO DE CAXIAS DO SUL	PARTICULAR
2010	AI	787497	CARMEN LÚCIA	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2010	AI	787592	RICARDO LEWANDOWSKI	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2010	AI	785238	CELSO DE MELLO	ESTADO DO RIO DE JANEIRO	PARTICULAR
2010	RE	549578	CELSO DE MELLO	MPE RS	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
2010	AI	780709	CELSO DE MELLO	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2010	AI	711953	DIAS TOFFOLI	DISTRITO FEDERAL	MP DF
2010	AI	742322	CARMEN LÚCIA	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2010	AI	667882	DIAS TOFFOLI	MPE MG	MUNICÍPIO DE CONTAGEM
2010	RE	567706	RICARDO LEWANDOWSKI	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	MPE RS
2010	Emb. Decl. No RE	523756	CEZAR PELUSO	ESTADO DO ESPÍRITO SANTO	PARTICULAR
2010	SS	4229	CEZAR PELUSO	ESTADO DE GOIAS	TJ GO
2010	STA	424	GILMAR MENDES	UNIÃO FEDERAL	TRF 4ª REGIÃO

ANO	TIPO	Nº	RELATOR	REQUERENTE	REQUERIDO
2010	STA	316	GILMAR MENDES	UNIÃO FEDERAL	TRF 4ª REGIÃO
2010	STA	334	GILMAR MENDES	UNIÃO FEDERAL	TRF 4ª REGIÃO
2010	STA	434	GILMAR MENDES	ESTADO DA BAHIA	TJBA
2010	SS	3962	GILMAR MENDES	MUNICÍPIO DE ARACAJÚ	TJSE
2010	SS	4045	GILMAR MENDES	MUNICÍPIO DE FORTALEZA	TJCE
2010	SS	3852	GILMAR MENDES	ESTADO DO PIAUÍ	TJPI
2010	SS	3941	GILMAR MENDES	MUNICÍPIO DE FORTALEZA	TJCE
2010	SS	4244	CEZAR PELUSO	ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE	TJRN
2010	AI	821769	JOAQUIM BARBOSA	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2010	RE	575361	RICARDO LEWANDOWSKI	PARTICULAR	MUNICÍPIO DE CURITIBA
2010	RE	421402	DIAS TOFFOLI	PARTICULAR	UNIÃO FEDERAL
2010	RE	542641	CARMEN LÚCIA	PARTICULAR	UNIÃO FEDERAL
2011	RE	560780	JOAQUIM BARBOSA	PARTICULAR	UNIÃO FEDERAL
2011	RE	368564	MENEZES DIREITO	UNIÃO FEDERAL	PARTICULAR
2011	RE	639260	JOAQUIM BARBOSA	PARTICULAR	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
2011	AI	837642	MARCO AURÉLIO	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2011	AC	2267	CARMEN LÚCIA	PARTICULAR	UNIÃO FEDERAL E ESTADO DO PARANÁ
2011	MC em AC	2839	JOAQUIM BARBOSA	PARTICULAR	MUNICÍPIO DE PASSO FUNDO
2011	RE	641916	CARMEN LÚCIA	PARTICULAR	UNIÃO FEDERAL; ESTADO DO PARANÁ; MUNICÍPIO DE CURITIBA
2011	AI	821101	ELLEN GRACIE	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2011	ARE	640722	RICARDO LEWANDOWSKI	UNIÃO FEDERAL	PROCURADOR-GERAL DA REPÚBLICA
2011	ARE	641352	RICARDO LEWANDOWSKI	PARTICULAR	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
2011	ARE	642013	CARMEN LÚCIA	PARTICULAR	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
2011	ARE	637195	ELLEN GRACIE	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2011	AI	748211	ELLEN GRACIE	MUNICÍPIO DE ANÁPOLIS	PARTICULAR
2011	AI	754421	CARMEN LÚCIA	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2011	RE	598257	DIAS TOFFOLI	PARTICULAR	MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE E ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

ANO	TIPO	Nº	RELATOR	REQUERENTE	REQUERIDO
2011	Ag.Reg. Em AC	2267	CARMEN LÚCIA	PARTICULAR	UNIÃO FEDERAL, ESTADO DO PARANÁ E MUNICÍPIO DE CURITIBA
2011	Pet	4886	CARMEN LÚCIA	MUNICÍPIO DE NOVA IGUAÇU	TJRJ
2011	ARE	638211	CARMEN LÚCIA	PARTICULAR	UNIÃO FEDERAL E MUNICÍPIO DE SÃO BENTO DO SUL
2011	AI	547531	MARCO AURÉLIO	MPE SP	MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO E MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
2011	RE	607385	CARMEN LÚCIA	ESTADO DE SANTA CATARINA	PARTICULAR
2011	RE	622611	DIAS TOFFOLI	ESTADO DA PARAÍBA	PARTICULAR
2011	AI	841722	CARMEN LÚCIA	ESTADO DE MINAS GERAIS	PARTICULAR
2011	AI	834861	DIAS TOFFOLI	ESTADO DE MATO GROSSO	MPE MT
2011	AI	824435	DIAS TOFFOLI	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2011	RE	587084	DIAS TOFFOLI	PARTICULAR	UNIÃO FEDERAL
2011	AI	774167	DIAS TOFFOLI	UNIÃO FEDERAL	PARTICULAR
2011	AI	789650	DIAS TOFFOLI	UNIÃO FEDERAL	PARTICULAR
2011	RE	594633	DIAS TOFFOLI	MPE RS	MUNICÍPIO DE LAJEADO
2011	AI	810115	DIAS TOFFOLI	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2011	ACO	1750	DIAS TOFFOLI	PARTICULAR	ESTADO DE SANTA CATARINA E UNIÃO FEDERAL
2011	AI	839594	CARMEN LÚCIA	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2011	AI	784739	GILMAR MENDES	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2011	AI	802470	GILMAR MENDES	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2011	ARE	635381	JOAQUIM BARBOSA	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2011	AI	823184	CARMEN LÚCIA	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2011	RE	586995	CARMEN LÚCIA	ESTADO DE MINAS GERAIS	MPE MG
2011	AI	838159	JOAQUIM BARBOSA	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR
2011	SS	4316	CEZAR PELUSO	ESTADO DE RONDÔNIA	STJ
2011	SS	4304	CEZAR PELUSO	ESTADO DO CEARÁ	TJ CE
2011	SL	437	CEZAR PELUSO	MUNICÍPIO DE BURITAMA	TJSP
2011	RE	639260	JOAQUIM BARBOSA	PARTICULAR	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
2011	Ag. Reg. No RE	607381	LUIZ FUX	ESTADO DE SANTA CATARINA	PARTICULAR
2011	Ag. Reg. No RE	626328	LUIZ FUX	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	PARTICULAR

ANO	TIPO	Nº	RELATOR	REQUERENTE	REQUERIDO
2011	RG No RE	566471	MARCO AURÉLIO	ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE	PARTICULAR