



Consultoria Legislativa do Senado Federal

COORDENAÇÃO DE ESTUDOS

**JUDICIALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA: O CASO DO DISTRITO FEDERAL**

Luiz Carlos Romero

TEXTOS PARA DISCUSSÃO

41

ISSN 1983-0645

Brasília, maio / 2008

Contato: *conlegestudos@senado.gov.br*

O conteúdo deste trabalho é de responsabilidade do autor e não reflete necessariamente a opinião da Consultoria Legislativa do Senado Federal.

Os trabalhos da série "Textos para Discussão" estão disponíveis no seguinte endereço eletrônico:
http://www.senado.gov.br/conleg/textos_discussao.htm

Resumo

Objetivo: Descrever as características e os efeitos da judicialização da política de assistência farmacêutica implementada no Distrito Federal no período de 2001 a 2005. **Método:** Pesquisa documental na base de dados mantida pelo Tribunal de Justiça do Distrito Federal (TJDF) dos acórdãos julgados por essa corte no período citado, referente a ações que pleiteavam o fornecimento de medicamentos, objetivando caracterizar os autores, os réus, a prestação pleiteada e a evolução e consolidação da jurisprudência sobre a matéria. **Resultados:** Foram analisados 221 acórdãos, na quase totalidade decorrentes de ações impetradas contra o SUS-DF (apenas seis ações o foram contra operadoras de planos de saúde). 79% dos autores estavam sendo atendidos em serviços públicos de saúde, enquanto 21% tinham tido o medicamento que pleiteavam prescrito por um médico ou serviço de saúde particular. Até 2001, observa-se a ocorrência de um número pequeno de ações, 88% das quais impetrada por doentes de aids requerendo o fornecimento de antiretrovirais. A partir de 2002, o número de ações sofreu um incremento significativo e diversificou-se o tipo de paciente que requer proteção jurisdicional. 50% dos medicamentos pleiteados eram selecionados e deveriam constar dos estoques da Secretaria de Saúde. Em relação à natureza, predominaram as ações cominatórias e os mandados de segurança (60% do total). Todos os pleitos foram concedidos. **Conclusões:** A judicialização da política de assistência farmacêutica no DF se inicia com ações por medicamentos antiretrovirais, impetradas por pacientes de aids contra o SUS-DF, nos anos finais da década passada, cujo julgamento conformou a jurisprudência sobre a matéria, que se consolidou no período estudado. A partir de 2001, ela alcançou um número crescente e diversificado de medicamentos incluindo, principalmente, aqueles para a atenção básica e de média complexidade. A política de assistência farmacêutica implementada pelo sistema público de saúde no Distrito Federal foi profundamente afetada, nos primeiros anos da década, pela intervenção do Poder Judiciário. As principais alterações promovidas consistiram na ampliação de cobertura; na redefinição de prioridades – em decorrência do necessário remanejamento de recursos para atendimento das demandas judiciais; e na limitação da adoção e do emprego

* Médico sanitário, Consultor Legislativo do Senado Federal. romero@senado.gov.br.

de determinados instrumentos e processos técnicos – como a seleção/padronização de medicamentos e a adoção de protocolos clínico-terapêuticos, entendidos pelos julgadores como meras tratativas burocratizantes. A insuficiência da atenção à saúde prestada no âmbito do SUS-DF no período estudado – e não apenas da assistência farmacêutica – é, provavelmente, importante fator explicativo do aumento das demandas judiciais. Não foi possível fazer avaliação do impacto financeiro da judicialização nas contas do GDF devido à inexistência de dados, o que reforça o quadro de baixa qualidade gerencial.

Palavras-chaves: Judicialização, assistência farmacêutica, medicamentos, Poder Judiciário.

Introdução

Política de assistência farmacêutica no Brasil a partir da segunda metade da década de 1990

As políticas de medicamentos e de assistência farmacêutica do País passaram por significativas mudanças na segunda metade da década de 1990.

Em 1996 foram aprovadas a Lei de Propriedade Industrial – por meio da qual o País passou a reconhecer a proteção de patentes de produtos e processos farmacêuticos – e a Lei Sarney da Aids – que determinou que os portadores do HIV e doentes de aids recebessem, gratuitamente, do Sistema Único de Saúde (SUS), toda a medicação necessária a seu tratamento. No ano seguinte, a Central de Medicamentos (CEME) foi extinta e criado o Programa de Farmácia Básica, substituído, em 1998, pela instituição de uma Política Nacional de Medicamentos e a criação de uma secretaria, na estrutura do Ministério da Saúde, para gerenciar a assistência farmacêutica no âmbito do SUS. Por fim, em 1999, foi instituída a política de incentivo ao medicamento genérico.

Para substituir a atuação da Ceme, o Ministério da Saúde criou, inicialmente, o Programa de Farmácia Básica, que se caracterizava pela aquisição centralizada e distribuição a estados e municípios do denominado Kit de Farmácia Básica, composto por cerca de quarenta medicamentos. O programa foi reformulado, em 1998, com alteração de enfoque e de cobertura: passou a executar-se em um número maior de municípios – antes alcançava apenas municípios com até vinte mil habitantes – e sob uma diretriz de descentralização. Mas não durou.

Em 1998 foi elaborada e entrou em vigor a Política Nacional de Medicamentos, instituída como “instrumento norteador das ações do Ministério da Saúde no campo da política de medicamentos do setor público”, estruturando a assistência farmacêutica no âmbito do Ministério da Saúde e do SUS.

A nova política implementada pela administração do Ministério da Saúde com o apoio dos secretários de saúde fundamentava-se na descentralização da atividade, atribuindo ao Ministério funções de definir políticas e incentivar a pesquisa, enquanto a aquisição e distribuição de medicamentos passaram a ser responsabilidades dos gestores estaduais e municipais do SUS. O financiamento da ação passa a ser compartilhado entre os três níveis de gestão.

A assistência farmacêutica no âmbito do SUS foi organizada em quatro segmentos: a Assistência Farmacêutica Básica; os Medicamentos Estratégicos; os Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional; os Medicamentos de Saúde Mental.

A Assistência Farmacêutica Básica estava voltada para a atenção básica e foi implementada por meio do Programa de Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, que consistia na transferência de recursos federais a estados e municípios que aderissem a ele e se habilitassem junto ao Ministério, aportando contrapartidas financeiras e infra-estrutura material e de recursos humanos, para a compra descentralizada de medicamentos específicos, relacionados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). O elenco mínimo de medicamentos a serem obrigatoriamente disponibilizados pelo programa foi definido e pactuado entre o Ministério e as secretarias de saúde entre março de 1999 e agosto de 2000, com base em critérios epidemiológicos. Em dezembro de 1999, 98,5% dos

municípios estavam habilitados e executando o Programa de Assistência Farmacêutica Básica.

Os medicamentos estratégicos (utilizados para o tratamento de doenças de perfil endêmico, como tuberculose, aids, malária, diabetes etc. – estratégicos no contexto da Política Nacional de Saúde) mantiveram sua aquisição centralizada no Ministério da Saúde, sendo repassados aos estados e municípios, conforme suas necessidades.

Os medicamentos de dispensação em caráter excepcional (aqueles de alto custo, utilizados para o tratamento de doenças neurológicas, auto-imunes, hepatites e outras, além dos usados pelos pacientes transplantados) e os medicamentos de saúde mental tinham uma linha específica de financiamento, por meio do repasse de recursos financeiros do Ministério da Saúde para os estados e municípios, que utilizavam esses recursos para adquirirem e distribuírem esses medicamentos de acordo com as necessidades da população. Também no caso desses dois tipos de medicamentos, era exigida contrapartida financeira dos estados e municípios. No ano de 2002, duas portarias atualizaram a relação de medicamentos de dispensação em caráter excepcional.

Uma repercussão imediata da nova política foi a ampliação de recursos financeiros destinados à atividade. No nível federal, os gastos da União com assistência farmacêutica passaram de 230,7 milhões de reais, em 1996, para 925 milhões de reais, em 1999 – um crescimento de quatro vezes. O Ministério da Saúde investiu 2,3 bilhões de reais em assistência farmacêutica, entre 1996 e 1999.

Na composição dos gastos, evidencia-se que os medicamentos estratégicos corresponderam a 66% do total em 1999, enquanto o gasto com assistência farmacêutica básica correspondeu a 13,4%. Só em medicamentos para a aids, o Ministério gastou, em 1999, 486,6 milhões de dólares, ou seja, o correspondente a 52,6% do total de gastos com assistência farmacêutica e a quatro vezes o que despendeu com assistência farmacêutica básica.

De 2000 em diante, manteve-se a ampliação dos gastos do Ministério da Saúde com assistência farmacêutica, em que pese o forte constrangimento econômico por que passou o SUS, a um crescimento médio real de 21% ao ano, chegando-se a 2006 com um gasto federal da ordem de R\$ 3,2 bilhões (Tabela 1).

Tabela 1 – Despesa da União (em bilhões de Reais de 2006) com medicamentos. 2001 a 2006.

<i>Ano</i>	<i>Valor empenhado</i>	<i>Índice Real</i>	<i>Variação (%) anual</i>
2001	1.255	100	...
2002	1438	115	14,6
2003	1.688	135	17,4
2004	2.429	194	43,9
2005	2.657	212	9,4
2006	3.243	258	22,0

Fonte: SIAFI. Sistema Siga Brasil. Senado Federal. Elaborado pelo autor

Nesse contexto, os gastos com medicamentos de dispensação em caráter excepcional dispararam, tanto percentual quanto nominalmente. Mantidos, no período de 1999 a 2004, entre 15 e 25% do total de gastos federais totais com medicamentos, alcançaram 35,3% em 2005. Uma ampliação de dimensão similar (38,8% de aumento) ocorreu com os gastos das secretarias estaduais de saúde com essa categoria de medicamentos. (CONASS, 2006)

A Tabela 2 ilustra a forte descentralização da assistência farmacêutica no âmbito do SUS a partir de 2003. Em 2001, 72% da despesa federal nessa área era feita diretamente pela União; em 2006, esse percentual havia caído para 38%, com os estados e municípios passando a receber substanciais transferências federais, às quais tiveram de somar recursos próprios. Infelizmente, as contas dos estados, do Distrito Federal e dos municípios não são suficientemente transparentes para indicar seus gastos com medicamentos.

Tabela 2 – Despesas da União com medicamentos (em milhões de reais) segundo a modalidade de aplicação dos recursos. 2001 a 2006.

Ano	Aplicações diretas e reserva de contingência		Transferências a estados e municípios		Outras		Total	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%
2001	600	71,9	234	28,1	-	-	834	100,0
2002	764	73,3	278	26,7	-	-	1.042	100,0
2003	644	44,0	819	56,0	1	0,0	1.463	100,0
2004	1.070	48,1	1.138	51,2	15	0,7	2.224	100,0
2005	1.193	46,1	1.377	53,3	15	0,6	2.585	100,0
2006	1.242	38,3	1.991	61,4	10	0,3	3.243	100,0

Fonte: SIAFI. Sistema Siga Brasil. Senado Federal. Elaborado pelo autor

Outra transformação importante é a diversificação da atividade refletida nos gastos segundo a categoria terapêutica dos medicamentos adquiridos pela União. Em 2001, 62% dos gastos federais correspondiam à aquisição de antiretrovirais (medicamentos para DST/aids). Essa proporção reduziu-se significativamente, em especial a partir de 2003, de tal forma que, em 2006, mais de 70% dos gastos eram destinados a outros medicamentos. (Tabela 3)

Tabela 3 – Despesa da União com medicamentos (em milhões de reais correntes) segundo a categoria terapêutica dos medicamentos. 2001-2006.

Ano	DST/aids		Outros		Total	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%
2001	515	61,8	318	38,2	834	100,0
2002	612	58,7	430	41,3	1.042	100,0
2003	551	37,7	912	62,3	1.463	100,0
2004	564	25,4	1.660	74,6	2.224	100,0
2005	550	21,3	2.035	78,7	2.585	100,0
2006	950	29,3	2.292	70,7	3.243	100,0

Fonte: SIAFI. Sistema Siga Brasil. Senado Federal. Elaborado pelo autor

Os últimos anos da década passada constituíram, assim, um divisor de águas na Política de Medicamentos e na área de assistência farmacêutica pública que, apesar da restrição orçamentária pela qual passou o setor saúde, tiveram ampliados substancialmente os recursos a disposição de seu financiamento, o que permitiu sua diversificação, aumento de cobertura – inclusive a universalização dos antiretrovirais – e avanço no processo de descentralização. Essas tendências se consolidaram nos seis anos seguintes.

A judicialização da política de assistência farmacêutica

A nova política e a ampliação de seu financiamento não foram, no entanto, suficientes para a ampliação necessária do acesso ao medicamento, pelo menos no âmbito do SUS. Em decorrência, no início da década atual, observou-se o crescimento de um fenômeno que, se não era novo, ao menos não tinha a intensidade que tomou: a judicialização da política de assistência farmacêutica. Uma onda de decisões judiciais determinando a dispensação de medicamentos passou a desorganizar o setor e as finanças públicas (CARVALHO, 2007), com uma intensidade jamais vista.

Um estudo da sua ocorrência no Estado do Rio de Janeiro no período de 1991 a 2002 evidenciou a existência de mandados judiciais impetrados contra o estado e os municípios com vistas à obtenção de assistência farmacêutica em todos os anos estudados. No entanto, a partir de 1999 o crescimento do número desses mandados tornou-se exponencial. A maior parte dessas ações tinha como autores usuários do SUS e referia-se a medicamentos de uso contínuo e de atenção básica. O estudo concluiu, entre outras coisas, que municípios e o estado não cumpriam integralmente suas responsabilidades quanto à assistência farmacêutica, e que a excessiva judicialização decorrente gerava desgastes nas relações entre os Poderes Executivo e Judiciário e desvio de recursos da execução de ações programadas, no âmbito da atenção coletiva. (MESSEDER, 2005)

Em 2003, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) informava, em publicação própria, que “o significativo número de mandados judiciais que demandam o fornecimento de medicamentos de dispensação em caráter excepcional tem sido motivo de preocupação constante dos secretários estaduais de saúde”. São dessa época, também, as primeiras tentativas para equacionar o problema, por meio da aproximação entre gestores do SUS e juízes. Na época, o Conass oficiou a todos os presidentes de tribunais de justiça e procuradores-gerais de justiça dos estados sobre a utilização de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para orientar a decisão judicial quando das demandas judiciais por medicamentos de dispensação em caráter excepcional. (CONASS, 2004, a)

Entre 2002 e 2003, os recursos gastos pelos estados e o Distrito Federal com medicamentos de dispensação em caráter excepcional triplicaram, alcançando a soma de um bilhão de reais, em 2003. Um seminário convocado para tratar da questão reconheceu “a desorganização que as ações judiciais causam no sistema”. (CONASS, 2005) Em abril de 2004, novamente, o Conass manifestava que “demandas judiciais por medicamentos excepcionais (...) representam, atualmente, uma das questões mais preocupantes para os gestores estaduais”. (CONASS, 2004, a)

Em outubro de 2004, o Tribunal de Contas da União, em auditoria realizada em várias unidades federadas, entre junho e setembro de 2004, com o objetivo de avaliar o desempenho da Ação Assistência Farmacêutica para Aquisição e Distribuição de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional, reconheceu que “estados e o Ministério da Saúde têm enfrentado um crescente número de demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos excepcionais, especialmente no biênio 2003-2004”, e que esse tem sido um dos principais problemas da área, podendo mesmo vir a inviabilizá-la, caso se mantenha o formato atual e não se reverta a situação. (TCU, 2005)

Um estudo do fenômeno no Município de São Paulo, no ano de 2005, mostrou que, naquele ano, foram impetradas 107 ações contra o poder público municipal, que resultaram

em um gasto extra de 876 mil reais. É interessante verificar que a grande maioria dos medicamentos demandados era de atenção básica (para diabetes, câncer, hipertensão, osteoporose) e se encontravam nas listagens adotadas pela secretaria municipal de saúde. Em mais de 70% dos casos os pacientes demandantes tinha sido atendidos em um serviço do SUS – próprio, na maior parte dos casos –, onde não receberam os medicamentos de que necessitavam. (VIEIRA, 2007)

Atualmente, os governos federal, estaduais e municipais – gestores do SUS – sofrem uma avalanche de ordens judiciais determinando a dispensação de medicamentos, o que gera efeitos negativos, especialmente sobre o gerenciamento da assistência farmacêutica nos estados e sobre os seus benefícios diretos, como a interrupção do tratamento de pacientes regulares em razão da transferência de medicamentos em estoque que lhes seriam destinados para pacientes beneficiados por determinação judicial (TCU, 2005). Essas decisões da Justiça comprometem, assim, a dispensação regular, o atendimento de prioridades definidas e a implementação das políticas de assistência farmacêutica aprovadas, já que os gestores precisam remanejar recursos vultosos para atender situações isoladas.

Há evidências, ademais, de que a oficialização de práticas prescritivas que não incluem medicamentos selecionados (das listagens oficiais), sem registro no País, sem comprovação de eficácia e que poderiam ser substituídos por outros de menor preço, compromete o uso racional de medicamentos. (MESSEDER, 2005; VIEIRA, 2007)

As explicações para a judicialização da política pública de assistência farmacêutica dos últimos anos não estão suficientemente esclarecidas, mas certamente dois fatores estão associados na sua produção: a insuficiência da assistência farmacêutica prestada tanto no âmbito do SUS como no dos planos de saúde e o crescimento do reconhecimento do direito à saúde e, no seu âmbito, ao acesso ao medicamento, por parte de segmentos cada vez maiores da nossa população.

A insuficiência de cobertura a medicamentos nos dois sistemas – o público e o privado – é demonstrada por estudos recentes de gastos familiares com saúde que mostram que as despesas com medicamentos são, em volume, os mais importantes dispêndios com saúde das famílias brasileiras, superando, inclusive, os gastos com mensalidades de planos de saúde e pagamento por consultas, exames, internações, órteses e próteses (OMS, 2006 [referente a informações de 2003]; IBGE, 2003; FIOCRUZ, 2004). Entre os segmentos populacionais de menor renda, o comprometimento da renda familiar com a compra direta de medicamentos é ainda maior (IBGE, 2003). Corroborando essa afirmação, a área de assistência farmacêutica do Ministério da Saúde informava, às vésperas da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica de 2005, que 80% dos medicamentos dispensados no País o eram por uma farmácia comercial sob a forma de compra direta pelo paciente-consumidor. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)

Como os planos de saúde estão isentados, por lei, de dar cobertura a medicamentos utilizados por seus beneficiários em tratamentos domiciliares e ambulatoriais, a necessidade de rever essa regulamentação tem sido objeto de recomendações reiteradas e não implementadas pelo legislativo federal, entre as quais se destaca o relatório da comissão parlamentar de inquérito realizada pela Câmara dos Deputados em 2003. (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2003)

O principal componente do problema parece estar no fato de que uma significativa proporção das secretarias estaduais e municipais de saúde não dispõe de desenvolvimento institucional e organizacional suficiente para dar conta das novas atribuições que a atual

política de assistência farmacêutica lhes atribui. Dificuldades gerenciais ficaram claras logo após à descentralização de 1998 e as alterações promovidas no Programa de Medicamentos Excepcionais em 2002: a grande maioria delas não possuíam e não possuem, até o momento, estruturas operacional, logística e de atendimento para suportarem o crescimento da demanda. (TCU, 2005) Para piorar a situação, uma significativa proporção das secretarias estaduais e municipais de saúde não cumpre o mínimo de investimentos obrigatórios em saúde determinados pela Constituição, não investe em assistência farmacêutica e não cumpre as responsabilidades assumidas nas instâncias de pactuação (comissões intergestores). (RELATÓRIO, 2007)

Não são raras as secretarias que não contam com farmacêuticos nos seus quadros – inclusive porque seus planos de cargos não os prevêm –, entregando a gestão de seus programas de assistência farmacêutica a pessoas despreparadas e a guarda dos medicamentos que adquirem ou recebem por repasse a almoxarifados. Da mesma forma não é incomum a insuficiência ou inadequação de farmácias, depósitos, meios de transporte e controle de estoques de medicamentos, nas redes estaduais e municipais, disso resultando ineficiência nos controles de estoques, condições inadequadas de armazenamento e, em decorrência, perdas e carências recorrentes. (CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO, 2005)

A falta de cumprimento dos acordos pactuados entre União, estados e municípios e o desvio ou não aplicação, por estes, de recursos federais destinados à assistência farmacêutica é evidenciada pelos números da Controladoria Geral da União: entre janeiro e junho de 2004, por exemplo, em apenas cinco estados auditados (AM, MG, MS, SC e RN), foi encontrada uma diferença de 13,3 milhões de reais entre o que eles receberam do governo federal para adquirir medicamentos e o que foi efetivamente dispensado aos pacientes. (CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO, 2005)

O resultado disso é o quadro severo de desabastecimento de medicamentos nas redes de serviços do SUS, conforme mostram os resultados de pesquisa realizada em 2002, pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor, com o apoio do Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília, em uma amostra de onze cidades. Segundo o levantamento, a média nacional de disponibilidade de medicamentos “indispensáveis para a atenção primária segundo a Rename” era de apenas 55,4% e, em 42,5% dos serviços visitados, “não foi encontrado nenhum farmacêutico”. (RELATÓRIO, 2007) O desabastecimento é também uma constatação dos estudos sob a judicialização da política realizados em São Paulo e no Rio de Janeiro (MESSER, 2005; MARQUES, 2007; VIEIRA, 2007).

Sem acesso aos medicamentos de que necessitam, resta aos pacientes – os do SUS e os dos planos – a via judicial.

A judicialização de políticas no Brasil

A situação de ascensão institucional do Poder Judiciário na proteção dos direitos individuais e coletivos e no controle de políticas públicas e da atuação dos poderes constituídos é um fenômeno descrito em diversas sociedades contemporâneas, como decorrente do aprofundamento do processo democrático e de redefinição da relação entre os três poderes. (TATE & VALLINDER, 1995; NUNES JÚNIOR, 2006; YEPES, 2007)

Ele é entendido como decorrência natural do surgimento do chamado Estado Social – “que incorporou promessas e compromissos de vulto nas cartas constitucionais” – o que aumentou a pressão, e, no seu bojo, a demanda judicial pela concretização dos novos direitos de cidadania constitucionalizados. (SOUZA JÚNIOR, 2004)

Na opinião de Souza Júnior, “o controle judicial oferece a possibilidade de que as minorias, sem acesso formal ou real ao centro do poder deliberativo, possam, vislumbrando alguma afronta ao ordenamento constitucional, influir, por via oblíqua, no processo político, retirando-as da posição marginal a que rotineiramente são relegadas”. Nesse sentido, a atuação do Judiciário na solução de questões como a concretização de direitos é não só democraticamente legítima como também democraticamente imprescindível. (SOUZA JÚNIOR, 2004)

A opinião, no entanto, não é unânime: para outros autores, a judicialização das políticas e a sobreposição das decisões judiciais e do arcabouço normativo a opções políticas representam – ao contrário – uma ameaça à democracia. (CAMPILONGO, 2002) Para outros, ao lado de suas “possibilidades democráticas”, a judicialização apresenta riscos, entre os quais a sobrecarga do aparato judicial, o risco elevado de erro judicial – em especial em matérias de densidade técnica e tecnológica, como é o caso da saúde – e o adiamento de soluções políticas. (YEPES, 2007)

Em nosso País, os estudiosos da matéria (CASAGRANDE, 2002; SOUZA JÚNIOR, 2004; NUNES JÚNIOR, 2006) registram, da mesma forma que em outros países, a elevação considerável da demanda da sociedade por justiça, a partir da promulgação da Constituição de 1988. Eles identificam, no entanto que, no Brasil, além da reconquista das liberdades democráticas e da cidadania, da ampliação do catálogo de direitos e garantias fundamentais e da correspondente conscientização das pessoas e dos grupos sociais sobre seus direitos, outro elemento contribuiu decisivamente para a judicialização de políticas públicas: a introdução de novos e efetivos instrumentos processuais para garantir sua efetividade e a tutela daqueles direitos.

Dessa forma, no Brasil pós-1988, além da evolução do direito de acesso à justiça ocorreu a instituição de mecanismos assecuratórios do acesso a direitos constitucionais de alguma forma preteridos. (SOUZA JÚNIOR, 2004) Na opinião de Casagrande, a Constituição de 1988 promoveu não apenas a criação de um amplo sistema de garantias de direitos como uma série de inovações processuais a seu serviço, somadas à inédita posição de independência do Judiciário em relação aos demais poderes. (CASAGRANDE, 2002) Entre esses mecanismos ressalta o alargamento de funções e do âmbito de atuação do Ministério Público.

No campo do direito à saúde, o texto constitucional de 1988 trouxe considerável inovação ao definir as ações e serviços de saúde como de relevância pública e determinando, assim, a essencialidade de sua prestação para o interesse social. (DELDUQUE, 2006)

A construção do Sistema Único de Saúde como mecanismo para assegurar o acesso universal àquelas ações e serviços e a atenção integral, no entanto, não alcançou, como se viu, todos os aspectos da atenção à saúde: a assistência farmacêutica permaneceu como um dos aspectos menos institucionalizados e menos universalizados. A insuficiência da assistência farmacêutica prestada tanto pelo SUS como pelos planos de saúde foi, assim, um dos motivos pelos quais as pessoas, as associações de doentes e o próprio Ministério Público optassem

pela via judicial para obter acesso ao medicamento como parte do direito constitucional à saúde.

Mas esta não é a única causa do fenômeno. São relatadas, entre outras, a atuação inescrupulosa de pessoas, representantes de laboratórios farmacêuticos e advogados, que se consorciam para criar mercados para seus produtos ou simplesmente apropriar-se de recursos públicos. O patrocínio de grupos de defesa de pacientes por grandes corporações farmacêuticas – sob o disfarce da constituição de redes de apoio e de programas de informação e educação – tem sido objeto de denúncia no exterior. (O’HARROW, 2000; ANGELL, 2007)

Em nosso meio, os resultados de um estudo, realizado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde em dezembro de 2003, dos fatores causadores de demandas judiciais para fornecimento de medicamentos excepcionais nas secretarias estaduais de saúde que evidenciou que, respectivamente em 55,6% e 14,8% dos casos, o medicamento envolvido ou não estava em consonância com os protocolos clínico-terapêuticos vigentes ou não estavam disponíveis no mercado nacional (CONASS, 2004, b) podem ser um indicativo da ocorrência desse fato também no Brasil.

Impacto econômico-financeiro da judicialização

A efetivação de direitos sociais exige a implementação de políticas públicas que, por sua vez, demandam gastos públicos. A experiência de ampliação desses direitos e políticas pela via da judicialização tem mostrado que isso não se faz sem impacto nas finanças públicas. (WANG, 2007)

No caso da Colômbia, a judicialização de determinadas políticas públicas implicou não apenas em um gasto público considerável como forçou a reorientação de prioridades e estratégias governamentais nos setores atingidos por ela. Em relação especificamente à tutela jurisdicional do direito à saúde, os custos multiplicaram-se por três, naquele país, entre 1988 e 1995. (YEPES, 2007)

Em nosso País, existem evidências de que a judicialização da política de assistência farmacêutica tem sido um fator desorganizar das finanças públicas (CARVALHO, 2007; TCU, 2005) e de desvio de recursos da execução de ações programadas, no âmbito da atenção coletiva. (MESSEDER, 2005; CONASS, 2005)

Material e Método

O estudo teve por objetivo caracterizar o processo de judicialização da política de assistência farmacêutica ocorrido no Distrito Federal nos últimos anos, quanto à sua evolução, características e impacto sobre a materialização dessa política.

Interessava, especialmente, esclarecer se este mecanismo contribuiu para a ampliação da assistência farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde, bem como seu impacto sobre as características com que ela se executou.

É uma pesquisa documental na qual foram estudados os acórdãos julgados pelo Tribunal de Justiça do Distrito Federal (TJDF) nos anos de 2001 a 2005, tratando de acesso a medicamentos, correspondentes a ações iniciadas nos anos de 1997 a 2005.

Objetivava, ainda, caracterizar o impacto econômico-financeiro das ações judiciais sobre o financiamento da atividade. Este objetivo, no entanto, não foi alcançado na medida em que não foi possível discriminar, na contabilidade da Secretaria de Saúde do DF, informação sobre os gastos realizados pelo Governo do Distrito Federal com medicamentos. Foi impossível conhecer o volume e a composição do gasto com assistência farmacêutica feita pela Secretaria da Saúde no período estudado e, menos ainda, a parcela que decorre do atendimento de ações judiciais.¹

Resultados

1. Ações, autores, réus e medicamentos pleiteados

Foram identificados 221 acórdãos julgados no período considerado a partir da base de dados mantida pelo TJDF com acesso por meio da internet.

A análise dos teores desses acórdãos permite verificar a existência de um padrão mutável, durante o período analisado, das características do demandante de proteção jurídica, do medicamento demandado e das ações impetradas, bem como a evolução dos argumentos apresentados por autores e réus, que foram conformando a jurisprudência daquela corte sobre a matéria. Um padrão, no entanto, permaneceu imutável: o provimento de todas as ações a favor do autor-paciente – inclusive com antecipação de tutela e concessão de segurança – e o não-provimento dos apelos, recursos e agravos do réu pela reforma das sentenças.

a) Ações

Segundo os registros da Assessoria Jurídica e Legislativa da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, o número de ações de medicamentos impetradas contra a Secretaria tem sido crescente: 281, em 2003; 378, em 2004; 604, em 2005; e 682, em 2007. Um número significativo delas chegou à deliberação do Pleno do TJDF, originando os acórdãos que foram objeto de análise.

Em relação à natureza da ação, predominaram as ações cominatórias e os mandados de segurança, que perfazem cerca de 60% do total. Esse padrão, no entanto, não é constante no tempo: nos anos iniciais do período estudado, a maior parte das ações são cautelares e ordinárias, passando a prevalecer as ações cominatórias e os mandados de segurança nos anos finais do período. (Tabela 4)

¹ Consultamos a Secretaria da Fazenda do Distrito Federal, o Departamento de Assistência Farmacêutica da Secretaria da Saúde e o Ministério Público de Contas do Distrito Federal que informaram não dispor dessas informações. Em verdade, as contas do Governo do Distrito Federal têm se caracterizado, nos últimos anos, por “ausência de ação planejada e transparente”, nas palavras de recente auditoria do Tribunal de Contas do Distrito Federal. (VAZ, 2007) Ver, também, QUANTO CUSTA, *AMBr Revista*, 2008.

Tabela 4 – Ações de medicamentos julgadas pelo TJDF, segundo o ano da inicial e a natureza da ação. Distrito Federal, 1997 a 2005.

<i>Ação \ ano da inicial</i>	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Cautelar	2	4	3	-	2	-	-	-	11
Ordinária	-	3	7	7	2	7	3	-	29
Cominatória	-	-	3	1	-	15	6	25	65
De conhecimento	-	-	-	2	2	4	1	3	12
Civil pública	-	-	-	2	-	2	2	2	8
Mandado de segurança	-	-	-	-	2	17	3	20	61
Outras	-	-	1	-	-	-	1	-	2
Sem informação	-	-	5	1	2	8	4	9	33
Total	2	7	19	13	10	53	20	59	221

Fonte: Acórdãos TJDF. Elaborado pelo autor.

b) Autores

Os autores são, majoritariamente, particulares. Infelizmente, em 80% dos casos não foi possível identificar o condutor da ação. (Tabelas 5 e 6)

Tabela 5 – Ações de medicamentos julgadas pelo TJDF, segundo a natureza do autor. Distrito Federal, 1997-2005.

<i>Autor</i>	<i>Número</i>	<i>%</i>
Particular	210	95,0
Associação de pacientes	5	2,3
Ministério Público	5	2,3
Sem informação	1	0,4
Total	221	100,0

Fonte: Acórdãos TJDF. Elaborado pelo autor.

Tabela 6 – Ações de medicamentos julgadas pelo TJDF, segundo a natureza do condutor da ação. Distrito Federal, 1997-2005.

<i>Condutor</i>	<i>Número</i>	<i>%</i>
Advogado particular	10	4,5
Defensoria Pública	26	11,8
Ministério Público	9	4,1
Sem informação	176	79,6
Total	221	100,0

Fonte: Acórdãos TJDF. Elaborado pelo autor.

A grande preponderância de autores individuais representados por advogados particulares foi também encontrada por Marques e Dallari (MARQUES, 2007) e por Vieira e Zucchi, em São Paulo (VIEIRA, 2007). Messeder, Castro e Luiza, no entanto, encontraram, no Estado do Rio de Janeiro, entre 1991 e 2002, uma proporção elevada e crescente de ações conduzidas pela defensoria pública (MESSEDER, 2005), uma tendência que também observamos no Distrito Federal, nos anos finais do período estudado.

Esse é um dado importante para analisar a abrangência e equidade do acesso a medicamentos por meio de ações judiciais. Se a grande maioria das ações é proposta por particulares, por meio de advogados, isso pressupõe que os autores têm condições sócio-econômicas suficientemente elevadas para custear uma causa (além de conexões sociais, grau de escolaridade e discernimento suficientes para conhecer a possibilidade de recurso judicial e decidir-se pelo seu uso). Existe um custo fixo inicial para causas jurídicas com advogados particulares que não é acessível aos mais pobres. Daí se poderia pensar em um cenário de indivíduos de renda mais elevada, demandando medicamentos de alto custo (que justifiquem o pagamento de honorários advocatícios).

Por outro lado, se houvesse prevalência de ações conduzidas pela defensoria pública, isso indicaria a busca de atendimento de direito difuso, em um quadro de não atendimento da população de baixa renda em seu direito de receber medicação constante nas relações de medicamentos do SUS, e que deveriam constar dos estoques da Secretaria de Saúde.

Infelizmente, a imprecisão dos dados, impedindo identificar o condutor da ação em quase 80% dos casos, não permite avançar nesse aspecto da análise.

Em mais de 40% das ações, não é possível identificar o serviço em que o autor estava sendo atendido e que lhe prescreveu o medicamento pleiteado. Dentre as situações em que essa informação é conhecida (e excluídas as ações contra operadoras de planos de saúde), evidencia-se que 79% dos pleiteantes eram pacientes de um serviço mantido pelo Estado, a grande maioria dos quais (67%), estava sendo atendida em unidades da rede mantida pelo Governo do Distrito Federal – o SUS-DF. Chama a atenção, a proporção significativa de pacientes cuja assistência médica estava sendo feita por clínicas privadas ou por médicos particulares, mas que, ainda assim, pleiteiam que a assistência farmacêutica seja prestada pelo SUS: 21% dos autores em relação aos quais se conhece o serviço que os atendia. (Tabela 7)

Tabela 7– Ações de medicamentos julgadas pelo TJDF, segundo o serviço de saúde em que o autor estava sendo atendido. Distrito Federal, 1997-2005.

<i>Serviço</i>	<i>Número</i>	<i>%</i>
Rede da Secretaria de Saúde e Fundação Hospitalar do DF	83	37,6
Hospital Universitário de Brasília	8	3,6
Hospital das Forças Armadas	3	1,3
Hospital Sarah	3	1,3
Policlínica da Polícia Militar	1	0,5
Particular	26	11,8
Plano de saúde	6*	2,7
Sem informação	91	41,2
Total	221	100,0

Fonte: Acórdãos TJDF. Elaborado pelo autor.

* Os réus, nesses casos, não são o SUS-DF, mas as operadoras respectivas

Esses resultados são similares aos encontrados por Vieira e Zucchi, no Município de São Paulo, em 2005, (VIEIRA, 2007) e por Messeder, Castro e Luiza, no Estado do Rio de Janeiro, na década de 90 (MESSEDER, 2005).

c) Réus

No pólo passivo das ações, está o Sistema Único de Saúde do Distrito Federal, representado, principalmente, pelo Governo do Distrito Federal ou pelo Secretário de Saúde do Distrito Federal. Um número muito pequeno de ações foi impetrado contra operadoras de planos privados de saúde. (Tabela 8)

Tabela 8- Réus em ações de medicamentos, segundo a natureza, em acórdãos julgados pelo TJDF nos anos de 2000 a 2005.

<i>Réu</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
Distrito Federal	156	70,7
Secretário de Saúde	52	23,6
Fundação Hospitalar do Distrito Federal	2	0,9
Diretor de Procedimentos de Alta Complexidade da SES	1	0,4
Chefe da Farmácia Central da SES	1	0,4
Diretor de Medicamentos da SES	1	0,4
Diretor do Hospital de Base	1	0,4
Diretor do Hospital Universitário	1	0,4
Operadoras de plano de saúde	6	2,8
Total	221	100,0

Fonte: Acórdãos TJDF. Elaborado pelo autor.

A identificação do réu como “o Distrito Federal” é mais freqüente nos anos iniciais da série estudada e como o Secretário de Saúde, nos anos posteriores. Outras autoridades ligadas ao SUS-DF (diretores das áreas de assistência farmacêutica e de procedimentos de alta complexidade, em especial) aparecem raramente no pólo passivo das ações. Marques e Dallari encontraram padrão similar nas ações de fornecimento de medicamentos do Estado de São Paulo, entre 1997 e 2004 (MARQUES, 2007).

O argumento de que o Distrito Federal, por meio de seu governo ou da Secretaria de Saúde, não constituía pólo passivo legítimo da ação foi precoce e insistentemente apresentado pelos réus e sistematicamente recusado pelos julgadores. Apesar disso, em todo o período estudado, o GDF e a Secretaria de Saúde persistiram em trazer reiteradamente, em suas defesas, recursos e agravos, o argumento de que a competência da prestação é do Ministério da Saúde e não sua, e na necessidade de denúncia da União à lide.

O argumento foi rebatido também de forma reiterada com base, sempre, nos mesmos elementos: o de que o art. 198 da Constituição Federal instituiu um sistema de saúde descentralizado, com direção única em cada esfera de governo, e a determinação expressa da Lei Orgânica do DF de que é da competência do GDF prestar “assistência social aos necessitados”. Voto, proferido em 2004, sintetiza a posição do TJDF que consolidou jurisprudência a respeito:

Pelo mesmo fundamento, [é] indiscutível a legitimidade passiva do Distrito Federal, pois, conforme já ressaltado, na manutenção dos serviços públicos de saúde, preserva tal ente razoável parcela de sua autonomia administrativa, a qual deverá ser utilizada com o fim de atender as necessidades surgidas no âmbito do respectivo território. (Processo nº 2002.01.1.052 740-5, acórdão 191.073, julgado em 22/03/04).

d) Medicamentos

O tipo de patologia que origina a demanda por proteção jurídica para suas necessidades de assistência farmacêutica variou com o tempo e, por essa razão, também o grupo terapêutico dos medicamentos pleiteados. (Tabela 9)

Tabela 9 – Ações de medicamentos julgadas pelo TJDF, segundo o ano da inicial e o tipo de doença de que o impetrante era portador. Distrito Federal, 1997 a 2005.

<i>Doença \ ano</i>	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	<i>T</i>
Aids	2	7	18	11	7	2	1	4	1	53
Dist. crescimento	-	-	1	-	-	-	1	2	-	4
S. de Gaucher	-	-	-	2	-	-	-	1	-	3
Esclerose múltipla	-	-	-	-	1	12	-	-	-	13
Transt. mentais	-	-	-	-	1	1	2	4	5	13
Cânceres	-	-	-	-	1	17	5	6	7	36
Fibrose cística	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
ELA*	-	-	-	-	-	2	-	1	-	3
Das neurológicas	-	-	-	-	-	2	2	5	2	11
Hepatite C	-	-	-	-	-	11	4	3	2	20
Diabete mellitus	-	-	-	-	-	1	-	2	-	3
S. de Byler	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Artropatias	-	-	-	-	-	-	-	5	13	18
Osteoporose	-	-	-	-	-	-	-	10	-	10
D ^a de Alzheimer	-	-	-	-	-	-	-	2	1	3
D ^a de Fabry	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2
S. de Sjögren	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Outras	-	-	-	-	-	2	2	7	4	15
Sem informação	-	-	-	-	-	2	2	4	3	11
Total	2	7	19	13	10	53	20	59	38	221

Fonte: Acórdãos TJDF. Elaborado pelo autor.

*ELA = esclerose lateral amiotrófica

Em 94,5% dos acórdãos estudados foi possível identificar o medicamento pleiteado. Do total de 277 medicamentos identificados, cerca de 60% o eram pelo nome genérico ou denominação comum brasileira (DCB); 40%, pelo nome de marca e o restante pelo grupo terapêutico. (Tabela 10)

Tabela 10 – Medicamentos objeto de ações judiciais julgadas pelo TJDF, segundo a forma de identificação. Distrito Federal, 1997 a 2005.

<i>Identificação</i>	<i>Número</i>	<i>%</i>
Nome genérico (DCB/DCI)	162	58,5
Nome de marca	111	40,1
Grupo terapêutico	4	1,4
Total	277	100,0

Fonte: Acórdãos TJDF. Elaborado pelo autor.

A análise dos medicamentos pleiteados segundo o grupo terapêutico (Tabela 11) permite verificar que, ainda que mais de 60% das ações se concentrem em apenas quatro grupos, elas abrangem uma grande variedade deles.

Tabela 11 – Medicamentos objeto de ações judiciais julgadas pelo TJDF, segundo o grupo terapêutico. Distrito Federal, 1997 a 2005.

<i>Grupo terapêutico</i>	<i>Medicamentos</i>		<i>Ações</i>	
	Nº	%	Nº	%
Antiretrovirais (ARV)	15	13,0	74	25,6
Antineoplásicos e coadjuvantes	20	17,2	41	14,0
Atuação sobre o sistema nervoso central	19	16,4	34	11,6
Antivirais [exclusive ARV]	4	3,4	32	10,9
Atuação sobre o aparelho osteoarticular	6	5,2	28	9,6
Esclerose múltipla e esclerose lat. amiotrófica	3	2,6	16	5,5
Doenças raras (Gaucher, Byler, Fabry, Sjögren)	4	3,4	11	3,7
Atuação sobre os sist. endócrino e reprodutor	6	5,2	10	3,4
Atuação sobre o sistema cardiovascular	5	4,3	6	2,0
Atuação sobre o sistema digestivo	4	3,4	5	1,7
Antibacterianos	4	3,4	4	1,4
Outros grupos terapêuticos	10	8,6	16	5,5
Medicamento / gr. terapêutico não identificado	16	13,8	16	5,5
Total	116	100,0	293	100,0

Fonte: Acórdãos TJDF. Elaborado pelo autor.

Outro aspecto relevante é o de que, em cerca da metade das ações, os medicamentos pleiteados faziam parte da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, versão de 2002 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). (Tabela 12).

Tabela 12 – Medicamentos objeto de ações judiciais julgadas pelo TJDF, segundo a sua participação ou não na RENAME, segundo o grupo terapêutico. Distrito Federal, 1997 a 2005.

<i>Grupo terapêutico</i>	<i>Medicamentos</i>			<i>Ações</i>		
	Nº	RENAME	%	Nº	RENAME	%
Antibacterianos	4	4	100,0	4	4	100,0
Atuação s/ sist. endócrino e reprod.	6	6	100,0	10	10	100,0
Antiretrovirais (ARV)	15	14	93,3	74	71	95,9
Atuação sobre o sist. digestivo	4	2	50,0	5	3	60,0
Antineoplásicos e adjuvantes	20	9	45,0	41	18	43,9
Atuação s/ o sist. nervoso central	19	7	36,8	34	13	38,2
Esclerose múltipla e ELA	3	1	33,3	16	8	50,0
Antivirais [exclusive ARV]	4	1	25,0	32	2	6,2
Atuação sobre o sist. cardiovascular	5	1	20,0	6	1	16,7
Outros grupos terapêuticos	10	2	20,0	16	2	12,5
Atuação sobre o sist. osteoarticular	6	-	-	28	-	-
Doenças raras	4	-	-	11	-	-
Total (medicamentos identificados)	100	47	47,0	277	132	47,6

Fonte: Acórdãos TJDF. Elaborado pelo autor.

Análise dos dados apresentados permite observar, até 2001, um número pequeno de ações e, na sua quase totalidade, impetrada por doentes de aids requerendo o fornecimento de anti-retrovirais e, mais raramente, de outros medicamentos para tratamento de infecções oportunistas, lipodistrofia e intercorrências clínicas. A partir de então, aumentou o número de ações solicitando o fornecimento daqueles e de outros antiretrovirais inovadores ou, como a eles se referem os acórdãos, “medicamentos de vanguarda”, antes mesmo de eles terem entrado no mercado nacional, terem sido registrados no Ministério da Saúde ou selecionados para os protocolos clínico-terapêuticos vigentes. Muitas ações dessa época – por sinal, sempre concedidas – pediam “todos os medicamentos necessários ao tratamento” ou “e outros que vierem a ser prescritos”, além da realização de exames de resistência fenotípica.

Foram essas ações que estabeleceram as bases da jurisprudência do TJDF sobre a matéria.

A partir de 2002, o número de ações sofreu um incremento significativo, ao mesmo tempo em que os pacientes com aids deixaram de ser os principais autores das ações que passaram a incluir pacientes com cânceres (16,3% das ações), hepatite C (9,0%), artropatias (8,1%), esclerose múltipla (5,9%), transtornos mentais (5,9%), doenças neurológicas (5,0%) e osteoporose (4,5%), entre outros, verificando-se, assim, que o espectro de doenças e pacientes que requerem proteção jurisdicional cresceu muito, a partir de então.

Portadores de doenças raras (síndrome de Gaucher, fibrose cística, esclerose lateral amiotrófica, doença de Fabri, síndrome de Byler e síndrome de Sjörgren), em ações pessoais ou impetradas por associações de doentes, pleitearam o fornecimento de medicamentos – em geral experimentais ou fora do mercado brasileiro e de elevado custo – a partir de 2000, mas, principalmente, durante os anos de 2003 e 2004. Eles representam, no entanto, menos de 5% do total de ações do período.

Esse dado contraria o senso comum de que as ações judiciais demandando fornecimento de medicamentos são impetradas, majoritariamente, por portadores de doenças raras. Na verdade, em metade das ações estudadas, os medicamentos pleiteados faziam parte da Rename.

Esse padrão – aids como condição patológica dominante nas ações até os primeiros anos da década; grande diversificação dessas condições e dos grupos terapêuticos dos medicamentos pleiteados, a partir de então; e maioria de ações voltadas para medicamentos para o tratamento de condições de atenção básica e de média complexidade – também é registrado no Rio de Janeiro (MESSÉDER, 2005) e em São Paulo (VIEIRA, 2007).

2 Conformação da jurisprudência

a) Os argumentos dos autores

Dois argumentos estão presentes nos arrazoados de todos os autores que ingressaram com ações no TJDF contra o SUS-DF pela garantia de assistência farmacêutica no período estudado: o entendimento de que a prestação dessa assistência, por parte do Estado, constitui um direito constitucional e legal que lhes está sendo tolhido, e o fato de não disporem de recursos financeiros para adquirir, por conta própria, os medicamentos pleiteados. Nesse último caso, o alto custo dos medicamentos ou sua necessidade por tempo prolongado é, com frequência, um argumento acrescido.

O pequeno número de autores de ações similares contra planos de saúde apresenta, em sua defesa, o entendimento de que o contrato firmado com a operadora não está sendo honrado por ela.

A partir de 2002, passam a constar dos autos de forma cada vez mais freqüente os registros, feitos tanto pelos autores/pacientes como pelos próprios julgadores, de denúncias de descontinuidade e omissão da prestação do serviço pelo SUS-DF e da “via crucis pela qual está passando a população que não tem recursos para adquirir medicamentos” (Processo nº 2002.00.2.002 247-6, acórdão 164.261, julgado em 20/08/02).

Constatações do fato aparecem nos votos e decisões e são eloqüentes:

Impende destacar, ainda, que o Ministério Público do Distrito Federal vem identificando falhas na distribuição de medicamentos por parte da Secretaria de Saúde do Distrito Federal desde novembro de 2001, o que deu origem à Recomendação nº 001/2002, da Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde, bem assim à propositura das Ações Cíveis Públicas nº 2002011075801-5 e 2003011028275-2. (Processo nº 2004.00.2.006 677-8, acórdão 215.115, julgado em 19/04/05).

É uma situação insustentável, é uma violência. E essa alegação de que não tem verba é inaceitável, porque sobra dinheiro para obras que podem interessar a uma minoria da população, àquela minoria que dirige automóveis, que têm automóveis. Então se constroem viadutos e mais viadutos, pontes e mais pontes, mas faltar dinheiro?” (...) “O problema de gestão é patente, porque como se deixam os depósitos, as farmácias dos hospitais vazios de remédios que são procurados naturalmente pela população, pelos doentes graves? Tem de haver uma reserva. Não falta só remédio para leucemia, não: faltam antibióticos, faltam remédios para problemas cardíacos, para pressão alta. Então, se o Tribunal de Justiça do Distrito Federal tomar, a partir de agora, uma posição firme no sentido de acolher esses pedidos, acho que estaremos fazendo justiça, estaremos dizendo: ‘estamos aqui’, e estaremos fazendo um benefício a essas populações mais carentes. Cumprindo nosso dever de distribuir justiça. (Processo nº 2002.00.2.002 247-6, acórdão 164.261, julgado em 20/08/02).

É inadmissível a demonstração de indiferença do Estado à solução dos problemas submetidos à sua apreciação. (Processo nº 2003.00.2.005 655-3, acórdão 180.905, julgado em 14/10/03).

(...) a lamentável omissão da Administração em cumprir e fazer cumprir os mais elementares direitos garantidos na Constituição Federal, diante da qual impõe-se seja esta compelida, via ação judicial, a fazê-lo. (Processo nº 2002.01.1.095 444-5, acórdão 182.917, julgado em 01/09/03).

Diante das reiteradas negativas do Poder Público de prestar assistência às pessoas que não dispõem de recursos para custear tratamento médico-hospitalar, o Judiciário tem se mostrado sensível à demanda de pleitos como o que ora se apresenta, e a jurisprudência tem se firmado no sentido de impor ao Estado o cumprimento de tal mister. (Processo nº 2002.01.1.052 025-9, acórdão 188.299, julgado em 05/02/04).

Em decorrência, a insuficiência da assistência farmacêutica prestada na rede pública, a descontinuidade da prestação do serviço e, mesmo, sua omissão, passaram a figurar com elevada freqüência entre as razões pelas quais os impetrantes recorrem à Justiça.

A partir da edição, pela Secretaria da Saúde do DF, da Portaria nº 14, de 2001, que regulamentou a dispensação de medicamentos em caráter excepcional, obrigando ao cadastramento do paciente e ao seu acompanhamento e a prescrição por profissional da rede da SESDF, a carência de serviços especializados e a insuficiência da assistência médica oferecida criaram problemas adicionais para os pacientes usuários daquela classe de medicamentos, aumentando a demanda por ações judiciais e acrescentando, entre as razões dos autores, o que denominavam de “burocracia” ou “burocratização excessiva” que os estava impedindo de usufruir o que entendiam ser um direito líquido e certo.

Independentemente das notícias de falência do sistema de saúde do Distrito Federal, diariamente divulgadas pela mídia, o que se nota, no presente caso, é que, de fato, o impetrante não encontrou alternativa para obter os meios necessários à preservação de sua saúde, senão pela ordem expedida em cumprimento à liminar deferida em seu favor. Acresça-se que a douda autoridade coatora sequer prestou informações a respeito da sua omissão, limitando-se a noticiar a aquisição dos remédios prescritos ao impetrante. (Processo nº 2002.00.2.009 209-8, acórdão 185.791, julgado em 30/09/03).

Lamentavelmente, a realidade que se nos espelha é a de que o atendimento pelo sistema público de saúde é lentíssimo, precário, tanto em recursos humanos quanto materiais, o que obriga muitos cidadãos que, aliás, pagam a contribuição compulsória respectiva, a buscarem o atendimento médico particular – não por opção, cumpre ressaltar, mas por necessidade – lembrando, inclusive, que nem todos os que assim agem detêm poder aquisitivo para tanto. Todavia, nos momentos cruciais, é comum tirar-se das verbas destinadas às despesas necessárias para não se ter que sujeitar às intempéries dos hospitais públicos. (...) Marcar uma consulta chega a ser tarefa tormentosa, pois, aqueles que o fazem nunca esperam menos de quatro meses para serem atendidos. Registre-se que até mesmo a própria marcação é procedimento revestido de acentuada burocracia e empecilhos, dado a falta de recursos humanos e materiais da rede pública hospitalar. Se o estado de saúde do paciente enseja intervenção médica imediata, ele finda, lamentavelmente, a perecer. (Processo nº 2004.00.2.002 388-5, acórdão 202.130, julgado em 28/09/04).

O que se observa é que, de modo geral, a saúde pública no Distrito Federal apresenta-se sucateada, diante da inércia da administração em prover os recursos necessários ao atendimento de sua população. Não se vislumbra uma intenção clara em resolver os problemas existentes. As autoridades competentes limitam-se a afirmar que o assunto está sendo enfrentado e que a solução demanda recursos financeiros, quando se tem notícia de que recursos da saúde são remanejados para propaganda institucional e aplicação em obras de infra-estrutura. (Processo nº 2003.01.1.028 275-2, acórdão 203.001, julgado em 07/10/04).

O número de processos individuais se avoluma, a demonstrar que a Administração do Distrito Federal, mesmo sabendo da suma gravidade das deficiências de sua rede de saúde, não tomou – e demonstra que não tomará – nenhuma providência eficiente para sanar os problemas. Parece suficiente alegar que estariam ocorrendo deficiências na estrutura burocrática, ou que não é possível o remanejamento de recursos, ainda que gravíssimos os casos apresentados para tratamento perante a rede de saúde do DF. Faz-se mister a concessão de medida que torne efetivo o direito à saúde, constitucionalmente protegido. O juiz só pode agir quando instado a fazê-lo. Assim, uma vez pleiteada sua atuação não pode se abster de entregá-la de forma útil e tempestiva a fim de proteger o bem da vida de qualquer lesão ou

pericimto. (Processo nº 2002.01.1.117 197-4, acórdão 208.368, julgado em 06/12/04).

A situação de desatendimento, de insuficiência de recursos materiais e humanos e de burocratização da atenção à saúde no DF aparentemente não foi alterada significativamente durante o período estudado, tomando por base o teor dos acórdãos do TJDF estudados. Em decisão em 2005, o relator denuncia, mais uma vez:

Cabe ressaltar que é de conhecimento coletivo a falência do sistema público de saúde em nosso país. (...) No presente caso, como houve informação da existência de outro medicamento, sem dizer se pode ser usado pela impetrante, esta acabará por necessitar de nova consulta apenas para verificar a possibilidade de substituição da medicação, o que, como se ressaltou, é verdadeira *via crucis*, impedindo o acesso da impetrante ao medicamento de que necessita, podendo, inclusive, após a nova consulta, receber notícia negativa do médico para a possibilidade de substituição do remédio, protelando a recusa no fornecimento, que pode tornar-se infundável diante da burocracia estatal. (Processo nº 2005.00.2.002 838-4, acórdão 227.062, julgado em 30/08/05).

Nos anos finais do período estudado, uma nova alegação passa a compor conjunto de argumento dos autores que pleiteiam medicamentos inovadores ou de segunda linha: a falência terapêutica e a superveniência de reações adversas não-controláveis e sérias com os medicamentos de primeira linha ou selecionados.

Também de forma recorrente, pedem os autores, seja majorada a verba honorária, “porquanto não condizente com o trabalho desenvolvido pelo patrono da causa”.

b) Os argumentos dos réus

Nos primeiros anos estudados, o GDF apresentou sempre, em suas defesas e recursos, duas alegações: a de que o fornecimento do medicamento pleiteado não era de sua competência, mas do Ministério da Saúde, e a de que a prestação não era cabida por se tratar o autor de pessoa não residente no DF.

Como esses argumentos foram sistematicamente considerados improcedentes, os réus passaram a arremetê-los menos vezes e, no segundo caso, a substituí-lo por outros, entre os quais se destacam: a não inclusão do medicamento pleiteado nas relações de medicamentos e protocolos clínicos adotados pelo SUS, a inexistência do medicamento no mercado, a ausência, insuficiência ou indisponibilidade de recursos orçamentários ou financeiros, e o fato de o autor não ser usuário do SUS.

A insuficiência de recursos e a necessidade de previsão orçamentária e financeira são alegações frequentes, em especial nos processos mais antigos. A seguinte formulação do argumento, em defesa do governo, demonstra o entendimento do que pretendia que prevalecesse:

É necessário lembrar que a atividade do Estado para fazer face ao cumprimento dos preceitos constitucionais deverá ser planejada; o GDF não pode ser condenado a fornecer a certos cidadãos, por tempo indeterminado, um número indeterminado de medicamentos, sem que se saiba quanto vão custar e se há recursos no orçamento para tal compra. (Processo nº 2000.01.1.025572-2, acórdão 140.533, julgado em 19/03/01).

A idéia teve dificuldade de prosperar, apesar de encontrar reflexo em alguns votos isolados como, por exemplo:

A Constituição assegura [o direito à saúde, à assistência farmacêutica], mas a mesma Constituição também diz que a Administração há de disciplinar. O que a Administração quer é não queimar medicamentos, como fizera no passado: comprou medicamento demais de uma determinada espécie, sem controle algum, e de menos de outra, daí o transtorno. Administração sem planejamento não é administração. (Processo nº 2002.288-7; acórdão 164.867, julgado em 11/06/02).

Em recurso à ação civil pública impetrada pelo Ministério Público, em 2003, a Secretaria da Saúde assume que à “falta de recursos materiais e de pessoal especializado, não reúne condição de atender a toda a população, fazendo-se necessária a seleção dos pacientes a serem atendidos de forma prioritária”. (Processo nº 2003.01.1.028 275-2, acórdão 203.001, julgado em 07/10/04).

No mérito, esclarece que o poder público, para a consecução de seus fins, atua dentro de determinados limites orçamentários e de políticas públicas, não podendo o administrador dar vazão imediata a todas as necessidades da população, não havendo base de sustentação financeira programada para o atendimento de solicitações similares ao do presente feito. Esclarece que o conteúdo programático instituído pela Constituição Federal ao estabelecer o acesso público à saúde não pode ser entendido como o fornecimento instantâneo do tratamento médico a quem indistintamente dele necessite. (Processo nº 2005.01.1.029 123-2, acórdão 239.068, julgado em 12/12/05).

A falta ou indisponibilidade do medicamento na rede e a complexidade dos procedimentos administrativos necessários para a aquisição também são frequentemente apresentados como razões para o descumprimento, pelo Estado, do seu dever de agir. Como eles também foram sistematicamente rebatidos e não prosperaram, tanto nas sentenças monocráticas quanto nos julgamentos de mérito, acabaram sendo pouco utilizados nos processos posteriores.

Com o aumento do número de ações pedindo medicamentos antiretrovirais inovadores que se verificou a partir de 2000, a alegação de que se tratava de medicamento que não estava disponível no mercado nacional e de que não tinha registro na Anvisa passou a ser feita com mais frequência, sem, no entanto, e da mesma forma, prosperar.

A Secretaria de Saúde voltou a empregar argumentos similares em suas defesas interlocutórias, apelações e agravos, principalmente em relação à apreciação de solicitações de dispensação de medicamentos experimentais para doenças raras. Os réus alegam que decisões favoráveis a esses casos representam grave lesão à saúde pública – porquanto obrigam o Estado, de forma ilegal e indiscriminada, ao fornecimento de um medicamento sem comprovação de eficácia, ou cujo uso é vedado, colocando em risco os pacientes que o utilizarem, dados os potenciais riscos de efeitos adversos ainda não totalmente pesquisados, – e à ordem pública – já que dá margem a outras decisões no mesmo sentido, com frontal infringência à legislação federal de regência.

O aviso de que determinadas sentenças “comprometiam o atendimento de dezenas de milhares de cidadãos pobres, portadores de moléstia grave” (Processo nº 1.684-0, de 1998, acórdão 132 349, julgado em 14/06/00); “constituem privilegiamento dos pacientes de aids em detrimento de outros” (Processo nº 2000.01.1.025 572-2, acórdão 140.533, julgado em 19/03/01); de que “as necessidades da comunidade são múltiplas e o atendimento a um

determinado grupo de pessoas [referindo-se a quatro doentes com síndrome de Gaucher] colocaria em risco o atendimento dos demais” (Processo nº 2000.00.2.000 838-8; acórdão 126 790, julgado em 27/03/00), é feito desde muito cedo, pelos réus. Ele, no entanto, não é escutado ou entendido.

Reiteradamente os réus fazem a defesa desse ponto de vista. Veja-se, como exemplo:

A sentença [em ação cautelar, que objetivava o fornecimento, pelo GDF, de medicamentos experimentais e sem registro na Anvisa para doentes de aids] viola o princípio da igualdade, pois os demais pacientes que não ingressarem em juízo não terão acesso a medicamentos importados e experimentais. (Processo nº 2001.01.1.054 820-8, acórdão 166.709, julgado em 30/09/02, recurso não provido).

A sentença [em agravo à concessão de segurança para fornecimento de tratamento de segunda linha para hepatite C] representa o sacrifício do bem estar geral em função de um jurisdicionado e uma agressão ao princípio da separação de poderes. (Processo nº 2003.00.2.000 543-2, acórdão 173.062, julgado em 31/03/03, agravo não provido).

A sentença [concessiva, em ação cominatória para o fornecimento de medicamentos para tratamento de câncer de próstata] afronta o princípio da igualdade e da legalidade porque restringe o acesso aos medicamentos apenas aos jurisdicionados, em prejuízo dos demais. (Processo nº 2002.01.1.072 100-0, acórdão 179.011, julgado em 08/09/03, recurso não provido).

O fornecimento ao autor de todo e qualquer medicamento objeto de prescrição médica constitui diferenciação desarrazoada para com os demais pacientes cadastrados junto ao serviço público de saúde, em patente violação ao princípio da igualdade. (Processo nº 2002.01.1.052 740-5, acórdão 191.073, julgado em 22/03/04, recurso não provido).

Também faz parte do conjunto de defesas dos réus a alegação de que tais sentenças constituem extrapolação da competência inerente ao Poder Judiciário e de que mandado de segurança não é o remédio constitucional adequado a amparar o direito pleiteado. A partir de 2002, os réus passam a alegar que elas constituem “invasão [do Poder Judiciário] na esfera de atuação meritória do administrador.” (Projeto nº 2002.01.1.052 025-9, acórdão 188.299, julgado em 05/02/04).

A partir do julgamento da primeira ação civil pública para concessão de medicamentos de alto custo para quatro pacientes portadores da síndrome de Gaucher, em 2000, a defesa do SUS-DF passou a trazer à consideração do Judiciário, nesses casos, o argumento de que se tratava da defesa de interesse individual e não difuso, daí decorrendo a ilegitimidade ativa do Ministério Público para agir:

(...) o manejo da presente ação civil pública por parte do Ministério Público tem por desiderato a proteção de direitos individuais de pessoas certas e determinadas, quais sejam os pacientes relacionados na petição inicial, e não a defesa de direitos difusos e individuais homogêneos, que é o que lhe autoriza o ordenamento jurídico, e para o que serve o instituto da ação civil pública. (Processo nº 2003.01.1.088 930-7; acórdão 231.342, julgado em 17/10/05).

A tentativa de fazer juízes e desembargadores entenderem e aprovarem os conceitos de seleção de medicamentos e de protocolos clínico-terapêuticos só mais tarde passou a fazer parte do conjunto de defesas dos réus para justificar o não-fornecimento de medicamentos não-previstos nos protocolos clínicos e listagens de medicamentos adotadas pelo SUS.

Os réus passaram alegar “não haver direito líquido e certo do impetrante a adquirir, à custa do Poder Público, medicamento que não faz parte dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do Sistema Público de Saúde” (Processo nº 2005.00.2.011858-0; acórdão 239.793, julgado em 07/03/06) e a existência de outras opções terapêuticas de menor custo e boa eficácia. Sem justificativas técnicas consistentes – em verdade, sem um arrazoado que explicasse os conceitos e utilidade desses processos² –, a idéia teve dificuldade de prosperar, como se pode constatar na sentença abaixo citada:

Na ausência de prova produzida pelo impetrado de que o medicamento não é adequado ou que os medicamentos que possui são mais adequados, há direito líquido e certo do impetrante de adquirir o remédio pretendido. (Processo nº 2004.00.2.007563-2; acórdão 231.546, julgado em 29/03/05)

A defesa de que pacientes de serviços privados, isto é, não-usuários do SUS, não teriam direito à assistência farmacêutica no âmbito do sistema público se inaugura com o julgamento de processo, iniciado em 2002, que cuidava de um pleiteante portador de síndrome de Gaucher, que, por sinal, vinha sendo atendido num hospital público não pertencente à rede da Fundação Hospitalar do Distrito Federal (Hospital Sarah, da Fundação das Pioneiras Sociais). Apesar de, tanto quanto os outros, ter sido rejeitado, esse argumento não deixou de ser usado pelos réus com frequência, em todo o período estudado.

Outros argumentos apresentados em defesa dos réus ou em recursos foram o de que o benefício do medicamento pleiteado não estava comprovado para aquela indicação e o da inexistência de *periculum in mora*.

c) A conformação da jurisprudência

O principal argumento que decide a favor dos autores é o reconhecimento de que a prestação de assistência farmacêutica constitui materialização do direito constitucional à vida e à saúde, com base no que dispõem os arts. 5º, 196 e 198 da Constituição Federal, além de imposição legal.

A imposição legal decorre de três normas, recorrentemente citadas: a Lei Orgânica da Saúde (arts. 17 a 19), a Lei Orgânica do Distrito Federal (LODF) (arts. 204 e 207, II, XIV e XXIV) e a Lei nº 9.313, de 1996 (que torna obrigatória a assistência farmacêutica a portadores do HIV e doentes de aids).

Para os julgadores, esse é:

(...) direito positivo que exige prestações do Estado e que impõe aos entes públicos a realização de determinadas tarefas, de cujo cumprimento depende a própria realização do direito. (Processo nº 2002.00.2.005 331-3, acórdão 171.745, julgado em 25/03/03).

A Administração Pública tem o dever inquestionável – e não a faculdade – de prestar assistência médica e de fornecer os medicamentos indispensáveis ao tratamento de paciente, sob pena de vir a lesar direito líquido e certo, principalmente aos carentes e portadores de moléstias graves, como a acometida pelo ora Apelado. (Processo nº 2002.01.1.101 094-2, acórdão 210.449, julgado em 13/12/04).

² É interessante notar que a defesa do GDF e da Secretaria da Saúde é feita pela Procuradoria da Fazenda Pública, razão provável para a pobreza – em geral, ausência – de conteúdos técnicos de seus argumentos e pela dificuldade ou desinteresse em empregar ou explicar os conceitos técnicos envolvidos.

Com efeito, o direito à vida e à saúde são direitos fundamentais garantidos a todas as pessoas, indistintamente, consoante se infere dos dispositivos supra transcritos [CF, arts. 6º e 196; LODF, art. 204, I, II, §§ 1º e 2º, e art. 207, II]. Esses direitos obrigatoriamente devem ser garantidos pelo Estado, cabendo aos entes federados colocar à disposição de todos os meios necessários. Não o fazendo, certamente estarão violando aquele dever constitucional e poderão, inclusive, responder por omissão. A Lei nº 8.080/1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde, além de considerar a saúde como direito fundamental do ser humano, igualmente impõe ao Estado a obrigação de ‘prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício’ (art. 2º). Dentro destes parâmetros legais, o direito reclamado pela Apelada não pode ser negado porque isto significaria desprezar os direitos fundamentais previstos na Carta Magna. (Processo nº 2004.01.1.052 457-0, acórdão 224.030, julgado em 27/06/05).

Incide, pois, sobre o Poder Público a indeclinável obrigação de fazer efetivos os serviços de saúde, incumbindo-lhe promover medidas preventivas e de recuperação que tenham por finalidade viabilizar o que prescreve o art. 196 da CF. É que o caráter fundamental do direito à saúde, garantido pela Constituição Federal, bem como pela Lei Orgânica do DF, impõe ao Estado o dever de prestação positiva de seus serviços. (Processo nº 2004.00.2.006395-2, acórdão 241.184, julgado em 22/03/05).

No entanto, fica também patente nos textos dos votos e decisões que, no entendimento dos julgadores, esse direito não é absoluto, isto é, é, em verdade, a situação de hipossuficiência financeira do autor-paciente que determina a concessão como se as pessoas que disponham de recursos próprios para a aquisição de medicamentos não fossem alcançadas pelo mesmo direito, fazendo perceber que, quando se trata de assistência farmacêutica, o direito constitucional e os princípios de universalidade e integralidade da atenção, só se aplicam se o demandante não tiver recursos para prover o medicamento por contra própria.

Poucas vezes se encontram, nos votos e decisões, afirmações de que “o direito à saúde deve ser assegurado, sem distinção, a todos os cidadãos” (Processo nº 2004.00.2.006 677-8, acórdão 215.115, julgado em 19/04/05).

Juízes e desembargadores batem reiteradamente naquela tecla:

Cabe ao ente público cumprir seu papel e dar atendimento médico à população, oferecendo, *àqueles que não possam arcar com seu tratamento*, os medicamentos necessários, efetivando, assim, o que a LODF expressamente assegura. (Processo nº 2002.00.2.003 269-9, acórdão 166.279, julgado em 24/09/02).

[A Administração] terá de distribuir [medicamentos] *àqueles que deles necessitam e que não desfrutam de condições financeiras para adquiri-los*. (Processo nº 2002.00.2.002 247-6, acórdão 164.261, julgado em 20/08/02).

Não resta a menor dúvida que, ante termos candentes do art. 196, da CF/88, as três esferas de governo estão obrigadas a prestar assistência médica *aos hipossuficientes*, tanto assim que veio a lume a Lei Federal 9.313/96, estabelecendo uma solidariedade passiva entre os mesmos. (Processo nº 2002.01.1.031 321-9, acórdão 185.400, julgado em 20/11/03).

Em diversas oportunidades, este Egrégio Tribunal decidiu a respeito, sempre no sentido de forçar a Administração ao fornecimento dos remédios solicitados por *aqueles que não têm condições de adquiri-los por seus próprios meios*. (Processo nº 2002.00.2.009 209-8, acórdão 185.791, julgado em 30/09/03).

Cabe ressaltar que o tema em debate não é de toda novidade nos tribunais, sendo certo que a jurisprudência do Pretório Excelso tem firmado posicionamento no sentido de que *o paciente hipossuficiente* deve receber do Estado os medicamentos de que necessita. (Processo nº 2003.00.2.002 984-2, acórdão 187.718, julgado em 03/02/04).

Esta Corte tem reconhecido que os portadores de moléstias graves, *que não tenham disponibilidade financeira para custear o seu tratamento*, têm o direito de receber gratuitamente do Estado os medicamentos de comprovada necessidade. (Processo nº 2003.01.1.065 766-3, acórdão 206.921, julgado em 22/11/04).

Restando comprovado que *o autor não pode arcar com as despesas* sem privar-se dos recursos indispensáveis ao próprio sustento de sua família, o Estado está obrigado a fornecer de forma gratuita, os medicamentos destinados ao seu tratamento, sob o risco de afronta ao bem jurídico maximamente resguardado pelo ordenamento jurídico pátrio: a vida. (Processo nº 2004.01.1.075 727-5, acórdão 235.791, julgado em 16/01/06).

Em decorrência, a Jurisprudência Interna Reiterada do TJDF não podia deixar de ser outra:

O Estado é obrigado a fornecer gratuitamente medicamentos necessários *àqueles que não dispõem de recursos financeiros para custeá-los*. (Relatório) É obrigatório o fornecimento de medicamentos pelo Estado, mesmo que de uso contínuo, *à pessoa carente*. (Entendimento do Tribunal)

Para a concessão de liminares, de segurança e de antecipação da tutela, a razão foi sempre a mesma: *periculum in mora*, isto é, a demora na obtenção do medicamento pleiteado – independente de parecer ou perícia, quase sempre ausente – é entendida como risco de dano irreparável ou de difícil reparação.

Em relação aos argumentos dos réus, os julgadores – tanto os juízes em decisões monocráticas, nas iniciais, como os juízes e desembargadores nas decisões coletivas, de mérito e recursais, – cuidaram de rebatê-los, um a um, conforme se analisa a seguir.

A responsabilidade do DF é firmada desde cedo, com base no princípio de descentralização do Sistema Único de Saúde, presente na Constituição Federal e na Lei Orgânica do Sistema, e em dispositivo sobre essa matéria na Lei Orgânica do Distrito Federal:

Não cabe denúncia à lide da União em se tratando de fornecimento de remédios a portadores de doença rara, vez que o sistema de saúde é descentralizado, com direção única em cada esfera de governo, prevendo a Lei Orgânica do Distrito Federal a sua competência para prestar assistência farmacêutica aos necessitados. (Processo nº 2000.00.2.000838-8, acórdão 126.790, julgado em 27/03/00).

Os réus alegaram, com muita frequência e em todo o período estudado, a falta de competência e a ilegitimidade do GDF como parte passiva. Também esse argumento, no entanto, foi rebatido sistematicamente e sempre nas mesmas bases: a descentralização do SUS, insculpida nos artigos 17 a 18 da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90); a obrigação legal de prestar assistência à saúde, inclusive farmacêutica, determinada pelo art. 207, incisos XIV e XXIV, da Lei Orgânica do Distrito Federal; e, posteriormente, as disposições da Lei nº 9113/96, em relação à assistência farmacêutica a doentes de aids.

Embora a União seja a gestora do SUS, não é a apelante [Secretaria da Saúde do DF] parte ilegítima para a causa, pois a Lei Orgânica do Distrito Federal estabelece o modo pelo qual são instrumentalizadas as atribuições do SUS no Distrito Federal,

ou seja, por intermédio da Secretaria de Saúde, o que leva à conclusão de que o Distrito Federal é parte passiva legítima para a causa. (Processo nº 2005.01.1.005663-8, acórdão 224.045, julgado em 08/08/05).

Contra a alegação de que o direito não era devido porque o pleiteante não era cidadão do Distrito Federal ou aqui não tinha residência, foi dito sempre – e desde cedo – não ser esta uma condição legal, não cabendo prosperar. Com freqüência, arregimentou-se, nesse sentido, o art. 204 da LODF que determina expressamente essa cobertura.

As alegações de extrapolação da competência inerente ao Poder Judiciário e de que as sentenças concessivas violam o princípio da separação dos poderes são enfrentadas e rebatidas recorrentemente pelos julgadores contrapondo-lhes o disposto no art. 5º, inciso XXXV da Constituição Federal, segundo o qual a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito.

Também não prospera a alegação do apelante no sentido de que a sentença recorrida viole o princípio da separação dos poderes, uma vez que o Administrador público não goza de liberdade para dar ou não cumprimento aos direitos fundamentais, pois acima do princípio da legalidade previsto no artigo 37 da Constituição Federal está o princípio da constitucionalidade, que, no caso, impõe a imperiosa observância e a efetividade dos direitos à vida e à saúde; ademais, não se pode aceitar, como sugere o apelante, que haja um monopólio do Administrador quanto ao cumprimento dos preceptivos constitucionais, máxime os que estatuem direitos fundamentais. A propósito, se há uma esfera de poder que mais teve ampliadas as suas competências rumo à concretização das normas constitucionais, esta é a do Poder Judiciário. Havendo necessidade de concretização das normas constitucionais que vai além da mera previsão legal e alcança o caso concreto, o intérprete mais autorizado para a sua efetivação é o Poder Judiciário. (Processo nº 2002.01.1.052 025-9, acórdão 188.299, julgado em 05/02/04).

Vê-se, desse modo, que, mais do que a simples positivação dos direitos sociais, recai sobre o Estado inafastável vínculo institucional consistente em conferir real efetividade a tais prerrogativas básicas, em ordem a permitir, às pessoas, nos casos de injustificável inadimplemento da obrigação estatal, que tenham elas acesso a um sistema organizado de garantias instrumentalmente vinculado à realização, por parte das entidades governamentais, da tarefa que lhes impôs a própria Constituição. (Processo nº 2002.01.1.091 335-9, acórdão 199.131, julgado em 05/08/04)

A r. decisão impugnada [concessão de liminar em ação cominativa obrigando a Secretaria de Saúde do DF a fornecer medicamento não contemplado nos protocolos clínicos adotados] não está a invadir a seara discricionária da Administração, mas apenas impõe ao Estado o dever de assegurar a todos os cidadãos, indistintamente, o direito à saúde (art. 6º e 196 da CF/88). Ademais, conforme preconiza o art. 207 da Lei Orgânica do Distrito Federal compete ao Sistema Único de Saúde do DF prestar assistência farmacêutica e garantir o acesso da população aos medicamentos necessários à recuperação de sua saúde. (Processo nº 2005.00.2.000 355-5, acórdão 221.448, julgado em 06/06/05).

Ao Judiciário cumpre velar pelo cumprimento dos preceitos constitucionais quando houver omissão por parte da Administração, acarretando lesão aos direitos fundamentais dos cidadãos, dentre eles, o direito à saúde, não havendo que se falar em invasão de competência. (Processo nº 2002.01.1.083 473-3, acórdão 237.596, julgado em 23/09/05).

À alegação contra sentenças concessórias de segurança e a de que o mandado de segurança não é o remédio constitucional adequado a amparar o direito pleiteado, a corte de Brasília sempre se manifestou em contrário. Ver, a respeito os seguintes votos:

O mandado de segurança é via adequada para embasar o pleito da autora, eis que sustentado na negativa do DF em provê-la de medicamentos para o restabelecimento de sua saúde. (Processo nº 2002.01.1.052 025-9, acórdão 188.299, julgado em 05/02/04).

(...) em que pese o esforço do apelante em demonstrar o desacerto da sentença guerreada, a meu sentir, esta mostra-se escoreita, eis que a ação civil pública intentada, ao viso de ‘disponibilização, com urgência, de recursos financeiros para custear os medicamentos de alto custo para os pacientes do SUS/DF, após verificada a necessidade por indicação médica ou perícia’, não contraria a previsão constitucional acerca da função institucional do Ministério Público, qual seja, de ‘promover o inquérito civil e a ação civil pública, para a proteção do patrimônio público e social, do meio ambiente e de outros interesses difusos e coletivos’ (art. 129, inciso III, da CF/88). Ademais, nos termos do art. 3º da Lei 7.347/85, que disciplina a ação civil pública, ‘a ação civil poderá ter por objeto a condenação em dinheiro ou o cumprimento de obrigação de fazer ou não fazer’. Destarte, a despeito das ilações trazidas no recurso pelo Distrito Federal, em verdade, a questão principal tratada na presente hipótese é de direito indisponível (direito à saúde – art. 196, da CF/88), a importar, deste modo, aplicação da orientação jurisprudencial predominante de que detém o Ministério Público legitimidade ativa *ad causam* para propor Ação Civil Pública (...). O direito individual, nestes casos, tem extensa reverberação para que se alcance o interesse difuso, voltado ao direito à saúde e à vida atingindo uma gama de pessoas que se incluem numa categoria de desassistidas pelo Poder Público, um direito indisponível que o Estado não pode declinar ou desconsiderar por tratar-se de um dever inescusável. (Processo nº 2003.01.1.088 930-7, acórdão 231.342, julgado em 17/10/05).

Uma defesa insistente do GDF e da Secretaria de Saúde – em especial quando o pleito envolvia tratamentos com medicamentos inovadores, de segunda linha e de elevado custo – era a de que eles não estavam sendo disponibilizados porque não faziam parte das relações de medicamentos e protocolos clínico-terapêuticos adotados pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Saúde – não fazia parte da “padronização”, expressão adotada na linguagem nos autos.

Esse argumento encontrou aceitação limitada e transitória entre julgadores de ações movidas por pacientes de aids, nos anos iniciais do período estudado:

(...) não se pode, sem cometer uma autêntica atrocidade técnica e jurídica, obrigar o Poder Público a entregar algo que, no estado das artes (tecnologia atual) sequer existe. (...) Mais parece que, se provido fosse semelhante pedido, a FHDF e o Distrito Federal sequer poderiam reunir comissões de avaliação de medicamentos, porque, a um simples lançamento de uma droga experimental, estaria o Estado, pela reprovável e temerária sentença condicional, pretendida pelo autor, obrigado a fornecer-lhe a droga. (Processo nº 1999.01.1.056322-5; acórdão 145.849, julgado em 27/08/01)

Não tem o Órgão Público como incluir entre os medicamentos a serem fornecidos a seus pacientes com aids outros que não estejam entre os listados pelo Ministério da Saúde. (Processo nº 2000.01.1.067510-0; acórdão 144.091, julgado em 25/06/01)

A opinião, no entanto, cedo foi reformada, passando o Poder Judiciário local a entender tratar-se a seleção de medicamentos e a adoção de protocolos clínicos de “exigência de índole meramente administrativa” (Processo nº 2002.01.1.100 178-8, acórdão nº 194.078, julgado em 24/05/04); que “a limitação alegada traduz-se em negativa de dever constitucional” (Processo nº 1999.01.1.056 324-0, acórdão 153.317, julgado em 07/02/02); e que a prescrição médica deve prevalecer em qualquer caso.

Várias decisões a respeito desse tópico são reveladoras do pensamento e do entendimento dos juízes e desembargadores do TJDF.

Em relação ao primeiro aspecto (seleção de medicamentos como limitação do dever constitucional), ver:

A meu sentir, deve o Distrito Federal prover todo e qualquer medicamento que venha a ser receitado pelo médico do apelado (...), mesmo aqueles que hoje não [são] disponíveis pelo SUS. (Processo nº 1999.01.1.050 281-5; acórdão 130 705, julgado em 04/09/00).

Ainda que a medicação pretendida não esteja padronizada pelo Ministério da Saúde para fornecimento gratuito aos doentes de aids, a comprovada necessidade do medicamento, prescrito por médico, impõe a condenação do Distrito Federal ao seu fornecimento, posto que não pode o dever do Estado limitar o direito à saúde, principalmente quando em risco a vida do paciente. (Processo nº 1999.01.1.056 324-0; acórdão 145 849, julgado em 27/08/01).

Não merecem acolhida os argumentos lançados pelo DF de que os medicamentos solicitados pelo autor não integram a Portaria nº 874/97 do Ministério da Saúde, vez que, não possuindo o requerente condições econômicas que permitam adquirir os medicamentos necessários ao seu tratamento, não poderá o Estado abandoná-lo a própria sorte, omitindo-se em seu dever de assegurar a todos os cidadãos assistência social, bem como o direito à saúde. (Processo nº 2001.01.1.054 820-2, acórdão 166.709, julgado em 30/09/02).

(...) mostrando-se irrelevante não se encontrar o medicamento na lista dos medicamentos padronizados pelo Ministério da Saúde. (Processo nº 2000.01.1.074 934-2, acórdão 170.015, julgado em 30/09/02).

Deve ser assegurado o fornecimento de todo e qualquer medicamento, inclusive aqueles não disponíveis na rede pública, mas que, no entanto, são indispensáveis ao tratamento do paciente. (Processo nº 2000.01.1.021 456-4, acórdão 172.250, julgado em 24/03/03) [ação ordinária com tutela pedindo medicamento inovador, ainda não padronizado e indisponível no mercado nacional para a aids].

A Carta Magna garante aos cidadãos acesso universal e igualitário às ações e serviços a fim de promover, proteger e recuperar a saúde, por ser ela direito de todos e dever do Estado. Não podem a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios eximirem-se de fornecer medicamento a paciente que trata pela rede pública, ao argumento de que não consta da lista feita pelo Ministério da Saúde. (Processo nº 2001.01.1.054 820-2, acórdão 166.709, julgado em 30/06/02).

Não pode o Estado querer se eximir de sua responsabilidade constitucional, com argumentos de ordem burocrática. Não conceder o medicamento solicitado, apenas pelo fato de não estar o referido medicamento relacionado no rol dos medicamentos excepcionais, não conduz à conclusão de estar ele indisponível; demonstra, isto sim, como bem destacado em decisão que concedeu a liminar nestes autos, resistência do impetrado em fornecer a substância que a menor

necessita para o seu tratamento. (Processo nº 2004.00.2.009 320-7, acórdão 214.038, julgado em 15/03/05).

(...) resta claro que o Distrito Federal tem a obrigação de fornecer os medicamentos pleiteados na inicial, bem como quaisquer outros que venham a ser necessários para o tratamento de saúde do impetrante, sem qualquer restrição, pois, sendo a saúde um direito fundamental, apenas à própria Carta Constitucional caberia impor limitações ao exercício de tal direito, o que não se verifica. [contra-argumento ao fato de o medicamento pleiteado não constar da Rename nem da Relação de Medicamentos Excepcionais] (Processo nº 2003.01.1.026 579-0, acórdão 215.419, julgado em 06/12/04).

Não se desconhece que o Estado se submete a normas na aquisição e fornecimento de medicamentos, mas é sabido que a burocracia dificulta, muitas vezes, a efetiva circulação de medicamentos necessários à saúde e à vida de pessoas afetadas por enfermidades gravíssimas, cabendo, pois, ao Judiciário a ponderação dos bens colocados em conflito. (Processo nº 2002.01.1.112 811-0, acórdão 228.305, julgado em 26/09/05).

Por certo que a legislação infraconstitucional e demais atos normativos podem estabelecer diretrizes com vistas a racionalizar a prestação dos serviços de saúde pelos entes públicos. No entanto, carecem de legitimidade para limitar o direito à vida e à saúde, amplamente tutelados pela Constituição Federal. (Processo nº 2005.00.2.008 520-6, acórdão 235.405, julgado em 22/11/05).

(...) Diante do princípio constitucional da dignidade da pessoa humana, tem o Distrito Federal a obrigação de fornecer os medicamentos necessários ao tratamento de saúde do cidadão, sem qualquer restrição relativa à lista elaborada pelo Ministério da Saúde ou prescrição por médicos da rede pública, pois, sendo a saúde um direito fundamental, apenas à própria Carta Constitucional caberia impor limitações ao exercício de tal direito, o que não se verifica. (Processo nº 2003.01.1.060 038-3, acórdão 258.867, julgado em 14/11/05).

Quando passaram a crescer as alegações de falência terapêutica com o uso dos medicamentos selecionados, esse passou a ser um argumento de reforço às decisões dos julgadores em relação a esse aspecto:

As normas burocráticas não podem ser erguidas como óbice à obtenção de tratamento adequado e digno por parte do cidadão carente, em especial, quando comprovado que a medicação anteriormente aplicada não surte o efeito desejado, apresentando o paciente agravamento em seu quadro clínico. (Processo nº 2005.00.2.006 214-8, acórdão 238.054, julgado em 17/01/06).

A ordem constitucional vigente [referindo-se à Constituição Federal], em seu art. 196, consagra o direito à saúde como dever do Estado, que deverá, por meio de políticas sociais e econômicas, propiciar aos necessitados não 'qualquer tratamento', mas o tratamento mais adequado e eficaz, capaz de ofertar ao enfermo maior dignidade e menor sofrimento. (Processo nº 2004.00.2.006 395-2, acórdão 241.184, julgado em 22/03/05).

A ausência de explicitação dos alegados critérios técnicos e fundamentos dos protocolos clínicos e relações de medicamentos nas peças de defesa e recursais é mal recebida pelos julgadores, desfavorecendo a aceitação das teses dos réus:

Por fim, cumpre salientar que o agravante diz que a situação da recorrida não se enquadra nos critérios de inclusão no Protocolo Clínico do Ministério da Saúde, e que a recusa está pautada em critérios técnicos, mas sequer esclareceu na inicial

quais seriam nem declinou os fundamentos adotados pela área técnica da Secretaria de Saúde para indeferir o pleito de fornecimento da medicação. (Processo nº 2005.00.2.000 355-5, acórdão 221.448, julgado em 06/06/05).

Nesse contexto, foi inovador o entendimento do desembargador relator no julgamento de agravo de instrumento, com pedido de efeito suspensivo, interposto pelo Distrito Federal contra decisão monocrática que deferiu pedido de antecipação de tutela em ação cominatória (Processo nº 2004.01.1.127249-9), para que o réu/agravante fosse compelido a fornecer medicação não-selecionada, por período indeterminado, para tratamento da infecção pelo HIV.

No que tange à prescrição de medicamentos não constantes da lista padronizada pelo Ministério da Saúde, também entendo que não é possível que seja o Distrito Federal compelido a fornecê-los. O atendimento de toda e qualquer prescrição médica irá propiciar que todo e qualquer médico possa intentar tratamentos alternativos, de efetividade ainda não reconhecida, à semelhança da atividade de pesquisa. (Processo nº 2005.00.2.000 242-4; acórdão 225.798, julgado em 27/06/05).

Em relação à prevalência da prescrição médica sobre a seleção ou o protocolo, ela se justifica, para os julgadores, por um de dois motivos: o de que o médico sabe tratar-se de medicamento existente no mercado e selecionado para utilização pelo SUS, ou o de que “é o médico que entende das necessidades de seu paciente”.

Se o médico as receitou, em princípio, não de existir no mercado nacional. Se não existirem, por certo haverão de ser substituídas por produtos que estejam ao alcance dos nacionais, ainda que importados. Esse é o lado técnico da responsabilidade médica. A decisão há que ser compreendida como sendo no sentido de que o Distrito Federal viabilize o atendimento do apelado, observando o receituário médico. (Processo nº 2000.01.1.025 572-2; acórdão 140 533, julgado em 19/03/01).

Não prospera, também, o argumento de que os medicamentos ministrados ao autor limitem-se àqueles previstos na lista do Ministério da Saúde, comprovada pelo médico a necessidade do doente de medicação específica que venha a indicar, até porque as pesquisas nessa área são intensas, não se justificando privar o autor de utilizar uma medicação que possa melhorar sua saúde e sua qualidade de vida. (Processo nº 2001.01.1.054 820-2, acórdão 166.709, julgado em 30/06/02).

Mesmo existindo normas restritivas quanto ao tratamento dos portadores de aids, cabe ao médico dizer da conveniência ou não de aplicar em seu paciente determinado procedimento, eis que problemas médicos não se solucionam de forma padronizada. Da doença de seu paciente, entende o médico que o assiste. (Processo nº 2001.01.1.054 820-2, acórdão 166.709, julgado em 30/09/02).

No tocante ao fornecimento de medicamentos disponíveis no mercado brasileiro, excluindo-se os experimentais ou que não tenham sido aprovados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, também não merece prosperar, pois no presente caso, o medicamento prescrito e capaz de erradicar a hepatite C é o Interferon Perguilado, de fabricação do Laboratório Schering Plough, devendo prevalecer a prescrição médica. (Processo nº 2002.01.1.033 737-7, acórdão 185.329, julgado em 03/11/03).

Se foi este o medicamento indicado pela médica, nós, que não somos versados em tal ciência, não devemos, por questão de ética, tecer considerações sobre os seus estudos. Se é este o medicamento necessário à saúde do paciente, não se pode

deixar o paciente sem atendimento, simplesmente pelo fato daquele produto não fazer parte dos listados pelo Ministério da Saúde. A escusa somente seria válida se se tratasse de medicamento proibido pelo Ministério da Saúde. (Processo nº 2001.01.1.104096-3, acórdão 206.955, julgado em 25/10/04).

Desde que prescrito o tratamento por profissionais que atendem aqueles que se valem do Sistema Único de Saúde – sabedores que são dos medicamentos possíveis de serem cedidos à população – não pode haver recusa do Estado em fornecê-los ou questionamento acerca da necessidade ou não do seu uso para o tratamento indicado. (Processo nº 2004.00.2.009 320-7, acórdão 214.038, julgado em 15/03/05).

Não cabe ao judiciário intervir na escolha do medicamento a ser ministrado, de forma a interferir no diagnóstico médico realizado por profissional capacitado que prescreveu o medicamento que entendeu necessário. (Processo nº 2002.01.1.085 369-3, acórdão 215.163, julgado em 18/04/05).

Esse é, também, o entendimento do Ministério Público local:

Não são admissíveis os argumentos de que o medicamento não está incluído no programa de distribuição gratuita pelo sistema público de saúde e de que existem outras opções de tratamento com boa eficácia e menor custo. Não pode o Poder Judiciário se aventurar a escolher qual o melhor tratamento para uma paciente, interferindo em um diagnóstico que é essencialmente técnico e, inclusive, prescrito por um especialista da própria Secretaria de Saúde do DF. [parecer da Procuradoria de Justiça]. (Processo nº 2004.00.2.007 562-1, acórdão 216.001, julgado em 15/03/05).

Mesmo quando é reconhecida a ocorrência de erro do médico ao prescrever, tendem os julgadores a não penalizar o paciente:

Desde 1999 vigora a Lei nº 9.787, que introduziu modificações na Lei nº 6.360/76 e trouxe os conceitos de medicamento de referência, genérico e similar. Assim, o profissional já deveria ter receitado os medicamentos indicando o princípio ativo, mas se assim não agiu, a paciente não pode ser apenada. (Processo nº 2003.01.1.096 067-5, acórdão 235.788, julgado em 12/12/05).

A entrada em vigor da Lei nº 9.313, de 1996, que tornou obrigatória a distribuição gratuita de medicamentos para portadores do HIV e doentes de aids, ao mesmo tempo em que obriga a seleção, pelo Ministério da Saúde, dos medicamentos a serem disponibilizados, não alterou esse entendimento e o dispositivo que institui a seleção raramente foi empregado como argumento de defesa pelos réus e, menos ainda, considerado pelos julgadores, prevalecendo o entendimento de que a seleção consistia em mais uma “tratativa burocrática” ou “um óbice” a impedir a fruição de um direito positivo.

Ver, a respeito:

Compreendendo a força das normas essenciais da Constituição, não é de se admitir a limitação do fornecimento de medicamentos à relação padronizada para cada estágio evolutivo da infecção e da doença determinada pelo Ministério da Saúde (Lei nº 9.313/96, concretizada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 874/97). Decerto que, para a racionalização da prestação do serviço, essa medida administrativa é importante, já que é útil para a maioria dos casos. Entretanto, haverá situações diferenciadas que não podem ficar desprotegidas pelo Poder Público como *in casu*. Cada paciente precisa ser avaliado individualmente e, segundo o seu estado clínico, haverá de ser medicado adequadamente, sem ficar

limitado ao convencimento pelo Ministério da Saúde ou qualquer outra lei que venha a vedar-lhe o direito à vida. (Processo nº 1999.01.1.068 577-0, acórdão 166.475, julgado em 03/09/01).

Pela peculiaridade de cada caso e em face da urgência, há que se afastar a delimitação de medicamentos constante na Lei 9.313/96. (Processo nº 2001.01.1.054820-8; acórdão 166.709, julgado em 30/09/02).

Dúvida, portanto, inexistente de que, em hipóteses que tais, compete ao Estado suprir a necessidade do cidadão, fornecendo-lhe o medicamento de que necessita. Se não o faz, embora sob o pretexto de disciplinar a distribuição e planejar o suprimento, força convir que não cumpre o preceito fundamental estabelecido pelo legislador constituinte. Nem mesmo a regulamentação federal [portarias do Secretário de Assistência à Saúde do MS] tem, a meu juízo, relevância bastante, porquanto, estando em colidência com o preceito da Lei Maior, a este devem ceder. (Processo nº 2002.00.2.000292-2, acórdão 161.858, julgado em 11/06/02).

Ainda que a medicação pretendida não esteja padronizada pelo Ministério da Saúde para fornecimento gratuito aos doentes de aids, a comprovada necessidade do medicamento, prescrito por médico, impõe a condenação do DF ao seu fornecimento, posto que não pode o dever do Estado limitar o direito à saúde, principalmente quando em risco a vida do paciente. (Processo nº 2001.01.1.054 820-2, acórdão 166.709, julgado em 30/06/02).

Portarias [que regulamentam a Lei 9.313/96] são óbices à fruição de direitos constitucionais. (Processo nº 2001.01.1.045 242-0, acórdão 178.641, julgado em 17/02/03).

O direito constitucional à saúde não se submete à limitação infraconstitucional ditada pela Lei 9.313/96, pois a função do Estado é de proteger e recuperar a saúde dos cidadãos, e a efetividade dessa meta não pode ser comprometida por alegações de dificuldades orçamentárias ou tratativas burocráticas. (Processo nº 2000.01.1.021 456-4, acórdão 172.250, julgado em 24/03/03).

A incidência da legislação distrital ou mesmo daquela de origem federal (Lei 9.313/96), somente tem pertinência quando a medicação fornecida pela Saúde Pública produzir efeitos no organismo do paciente, no mesmo grau da medicação que foi prescrita pelo facultativo particular, sendo que, neste diapasão, a contraprova estava a cargo do Estado, e se nada restou combatido neste sentido, não há como obrigar o apelado a tomar remédio que não seja aquele estabelecido pelo seu médico. (Processo nº 2001.01.1.054 821-9, acórdão 192.032, julgado em 18/03/04).

A existência de regulamentação mais delimitada do direito à saúde, como sucede com a obrigatoriedade do fornecimento de medicamentos a portadores do vírus HIV, por força da Lei nº 9.313/96, embora diminua a indeterminação e a incerteza do conteúdo das normas de direitos fundamentais, não impede que o magistrado, no pleno exercício de sua tarefa de concretização dos programas normativos constitucionais, dê efetividade e delimite-os na situação concreta, dentro dos limites e possibilidades jurídicas e fáticas do caso. (Processo nº 2004.01.1.021 055-4, acórdão 209.789, julgado em 24/02/05).

Pela peculiaridade de cada caso e em face da sua urgência, há que se afastar a delimitação no fornecimento de medicamentos constante na Lei nº 9.313/96. (...) Prejuízos iriam ter os recorridos se não lhes for procedente a ação em tela, haja vista que estarão sendo usurpados no direito constitucional à saúde, com a

cumplicidade do Poder Judiciário. (Processo nº 2004.01.1.056 063-6, acórdão 228.130, julgado em 26/09/05).

O entendimento da Portaria nº 14, de 2001 – anteriormente citada e que regulamentou, no âmbito da SESDF, a dispensação de medicamentos de dispensação em caráter excepcional – não foi diferente.

Apesar da defesa da normativa pelos réus, feita em julgamento de mérito, segundo a qual “não se pode asseverar que a exigência contida na Portaria nº 14 (...) encontra-se em rota de colisão com a norma constitucional. Pelo contrário, o disciplinamento da matéria há de ser entendido como salutar para os fins de planejamento da atividade estatal”, ela não encontra apoio. A contestação contra-argumenta que

Nesse contexto de idéias [CF 196; LODF 204 e 207], ressei que formalidades de cunho burocrático não podem ser concebidas, ainda que sob a roupagem da legalidade, para obstaculizar a efetividade de tão relevantes direitos subjetivos-públicos, especialmente se considerarmos que o Estado não pode assumir comportamentos que afetem a existência do ser humano” (...) “Diante desse cenário [*periculum in mora*], a liquidez e certeza do direito da impetrante ressaem incontestes, mormente porque recebem respaldo dos princípios e garantias de ordem constitucional, que em muito sobrelevam a meras formalidades de cunho burocrático ditadas por atos normativos, sabidamente de hierarquia inferior. (Processo nº 2002.00.2.000 289-7, acórdão 166.890, julgado em 11/06/02).

Ver, também:

Não há necessidade de a impetrante demonstrar que é cadastrada no Programa para que seu direito seja reconhecido. Basta a prova de que é portadora da doença, reforçada pela receita prescrita por seu médico particular. (...) A meu ver, o acesso universal e igualitário à saúde não pode esbarrar na prática burocrática imposta pela Portaria. (Processo nº 2002.00.2.000 286-5, acórdão 164.866, julgado em 25/06/02).

A observância literal da mencionada Portaria equivale à indiscutível restrição de direito fundamental, que não pode ser admitida; a não ser que se considere que esse direito não passa de uma promessa vã, uma declaração de princípios irresponsável. Nem mesmo a regulamentação federal [portarias do Ministério da Saúde, expedidas pelo Secretário de Assistência à Saúde] tem, a meu juízo, relevância bastante, porquanto, estando em colidência com o preceito da Lei Maior, a este devem ceder. (Processo nº 2002.00.2.002 247-6, acórdão 164.261, julgado em 20/08/02).

Eventual ausência de formalidade burocrática não pode obstar a concessão da medida buscada, posto não retirar a gravidade da situação. (...) [Direito constitucional / legal] inclui o fornecimento de medicamentos, quer no âmbito dos estoques de seus estabelecimentos, que por meio de aquisição junto ao comércio. (Processo nº 2001.01.1.054 820-2, acórdão 166.709, julgado em 30/09/02).

O procedimento de mudança de critérios com os receituários coloca o paciente em uma fila, sujeito a várias situações, para comprar o remédio, para pegar nova receita com o médico da Fundação, vez que não se aceita mais a do médico particular. Esse transtorno burocrático chega a ser perigoso, podendo ser fatal para o doente. (Processo nº 2002.00.2.002 247-6, acórdão 164.261, julgado em 20/08/02).

Não é pequena a proporção de autores que não são usuários do SUS, isto é, que tiveram o medicamento prescrito por médico de fora da rede pública, e que, ainda assim, pleiteiam seu fornecimento pelo sistema público. Essa situação nunca foi aceita pela Secretaria de Saúde, sob alegação de não ser sua obrigação prestar assistência farmacêutica nesses casos.

O entendimento do TJDF, no entanto, é distinto, ainda que não unânime. As posições a seguir exemplificadas constituíram votos vencidos:

Quero deixar assentado que esses medicamentos [‘medicamentos futuros que vierem a ser ministrados’] continuam sendo garantidos nos termos da sentença e do meu voto, contudo, se ministrados por médicos integrantes da medicina pública, e não por médicos particulares (...) É somente esse reparo que, por enquanto, devo fazer ao voto: o medicamento garantido é aquele passado por médico da rede pública. (Processo nº 2000.01.1.025 572, acórdão 140 533, julgado em 19/03/01).

[A 2ª Turma Cível] entendeu ser legítima sua pretensão no sentido de que a condenação ao fornecimento do medicamento deverá se limitar àqueles prescritos pelos médicos da rede pública, impedindo, deste modo, que o Distrito Federal seja obrigado a fornecer todo e qualquer medicamento, a qualquer preço, alguns até ainda em fase experimental, prescritos por médicos particulares. (Processo nº 2002.00.2.009 002-1, acórdão 172.316, julgado em 24/03/03).

Essa opinião, no entanto, é contestada e vencida, prevalecendo o entendimento que considera o ato “desarrazoado” por conflitar com o direito constitucional à vida e à saúde. Ver:

Receio que nem sempre o médico oficial terá liberdade e imparcialidade suficientes para, se for o caso, prescrever um remédio até fora daqueles constantes na tabela do Ministério da Saúde. Penso que, ao restringirmos o receituário ao médico oficial, poderíamos, na verdade, estar limitando a prescrição de um remédio apenas àqueles autorizados pela administração pública. (Processo nº 2000.01.1.025 572, acórdão 140 533, julgado em 19/03/01).

Não há necessidade de a impetrante demonstrar que é cadastrada no Programa para que seu direito seja reconhecido. Basta a prova de que é portadora da doença, reforçada pela receita prescrita por seu médico particular. (Processo nº 2002.00.2.000 286-5, acórdão 164.866, julgado em 25/06/02).

A portaria coloca em dúvida a capacidade e honestidade dos médicos profissionais não vinculados ao SUS sem apresentar qualquer justificativa para desmerecer o respectivo trabalho. (Processo nº 2002.01.1.055 192-2, acórdão 173.657, julgado em 24/03/03).

Exigência desarrazoada [ser usuário do SUS, o medicamento ter sido prescrito por médico do SUS] frente aos imperativos constitucionais (CF, 196) e da LODF. (Processo nº 2002.01.1.029 445-5, acórdão 174.856, julgado em 14/04/03).

Descabido também o pleiteado pelo recorrente [GDF] no sentido de que os medicamentos sejam prescritos por médico da rede pública, pois, conforme consta dos autos, o ora apelado [paciente] sofre de moléstia que exige tratamento especializado, identificada por profissional de saúde capacitado, compete ao Estado fornecer o medicamento prescrito. (Processo nº 2002.01.1.003 737-7, acórdão 185.329, julgado em 03/11/03).

A aquisição de medicamento excessivamente oneroso e ao mesmo tempo essencial à vida do cidadão não pode estar condicionada à receita prescrita por médico

integrante do Sistema Único de Saúde. O desatendimento a uma formalidade burocrática não tem o condão de obstar os direitos à vida e à saúde, contemplados e garantidos pela Constituição Federal, inclusive como direitos fundamentais. (Processo nº 2004.00.2.002 388-5, acórdão 202.130, julgado em 28/09/04).

(...) a própria LODF estabelece que, preferencialmente, as ações e serviços de saúde devem ser prestados pela rede pública, não havendo como a prescrição dos medicamentos por médico que não o da rede pública se tornar um óbice à garantia à vida conferida constitucionalmente a cada cidadão. Condicionar o direito pleiteado pelo autor a tal exigência implicaria em ofensa às disposições constitucionais e à lei distrital, razão pela qual não se pode acolher as justificativas do apelante [SESDF] de que assim não procedendo, estar-se-ia violando o princípio da igualdade com relação aos demais cidadãos que também necessitam de ajuda do Estado para a aquisição de medicamentos. (...) O fornecimento gratuito de medicamentos não deve limitar-se àqueles prescritos pelos médicos da rede pública de saúde, pois, caso contrário, estará se criando restrição ao direito constitucional à saúde. (Processo nº 2005.01.1.023 107-5, acórdão 228.608, julgado em 03/10/05).

(...) o direito à saúde, como assegurado na Carta Magna, não deve sofrer embaraços impostos por autoridades administrativas no sentido de reduzi-lo ou de dificultar o acesso a ele. Destarte, decorrendo de imperativo constitucional, não cabe ao ente público tentar esquivar-se do ônus que lhe é imposto, imputando como parte legitimada a figurar no pólo passivo da demanda a Universidade de Brasília, sob a alegação de que a apelada não lhe procurou e estava sendo assistida pelo Hospital Universitário de Brasília. (Processo nº 2005.01.1.083 383-3, acórdão 228.696, julgado em 05/09/05).

(...) o acesso às ações e serviços de saúde implementados pelo Estado deve ser universal e igualitário, não podendo obrigar o cidadão a se submeter à rede pública para tratamento médico como condição imprescindível ao fornecimento de medicamentos. (Processo nº 2004.01.1.075 727-5, acórdão 235.791, julgado em 16/01/06).

Mais adiante, ainda que seja reconhecida a racionalidade da medida, as condições de sua implementação, frente à insuficiência da assistência médica na rede pública, é vista como uma condição de risco à saúde do paciente/autor da ação e, por isso, o argumento é recusado:

Assim mostra-se desarrazoada a exigência de que fornecimento do medicamento esteja condicionado à prescrição por médicos do Sistema Único de Saúde, pois, inelutavelmente, renderá danos irreversíveis ao impetrante. Tal reclame seria pertinente se a população do Distrito Federal pudesse contar com atendimento qualificado e oportuno, que correspondesse às suas necessidades. (Processo nº 2004.00.2.002 388-5, acórdão 202.130, julgado em 28/09/04).

Lamentavelmente, a realidade que nos espelha é a de que o atendimento pelo sistema público de saúde é lentíssimo, precário, tanto em recursos humanos quanto materiais, o que obriga muitos cidadãos que, aliás, pagam a contribuição compulsória respectiva, a buscarem o atendimento médico particular – não por opção, cumpre ressaltar, mas por necessidade – lembrando, inclusive, que nem todos os que assim agem detêm poder aquisitivo para tanto. Não obstante a isso, nos momentos cruciais, é comum tirar-se das verbas destinadas às despesas necessárias, para não se ter que sujeitar às intempéries dos hospitais públicos. (Processo nº 2002.01.1.069 918-4, acórdão 217.760, julgado em 25/04/05).

A alegação de ausência de comprovação da indicação ou de benefício do medicamento pleiteado passou a ser arremetida pelos réus a partir de meados do período estudado e também não recebeu guarida nos julgamentos de mérito:

A seguradora deveria adotar procedimento junto ao médico responsável e credenciado. (Processo nº 2002.01.10008 748-9, acórdão 165.909, julgado em 15/10/02).

Não pode o Poder Judiciário se aventurar a escolher qual o melhor tratamento para uma paciente, interferindo em um diagnóstico que é essencialmente técnico, prescrito por um especialista da área médica. (...) A partir sobre tais aspectos, exsurge a prevalência do preceito constitucional de direito à saúde, sustentando, sem qualquer sombra de dúvida, o direito líquido e certo de ‘acesso universal igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação’ (art. 196/CF), não se perdendo de vista que o conceito de acesso universal igualitário à saúde carrega em seu bojo as conquistas e avanços disponibilizados pela ciência médica. (Processo nº 2004.00.2.007 547-9, acórdão 208.959, julgado em 14/12/04).

A incerteza dos resultados advindos do tratamento, bem como o seu custo-benefício [alto custo, reações adversas importantes] e a ausência de risco de morte da Impetrante, alegada pela apontada autoridade coatora, não têm o condão de obstar a concessão do medicamento, à consideração do risco de danos posteriores irreparáveis à saúde da paciente na sua estatura final. (Processo nº 2004.00.2.009 228-1, acórdão 225.810, julgado em 02/08/05). [em julgamento de mandado de segurança impetrado contra o Secretário de Saúde do DF para obtenção de medicamento não-selecionado nos protocolos clínicos adotados para tratamento de nanismo]

Na ausência de prova produzida pelo impetrado de que o medicamento não é adequado ou que os medicamentos que possui são mais adequados, há direito líquido e certo do impetrante de adquirir o remédio pretendido. (Processo nº 2004.00.2.007 563-2, acórdão 231.546, julgado em 29/03/05). [em julgamento de mandado de segurança impetrado contra o Secretário de Saúde do DF para obtenção de medicamento não-selecionado nos protocolos clínicos adotados para tratamento de osteoporose]

A possibilidade de intercambialidade do medicamento de marca pleiteado por um genérico também não é aceita pelo tribunal, em razão da “insuficiência de provas de sua eficácia”.

Também não goza de aceitabilidade a impugnação à marca comercial do medicamento constante da sentença (interferon), vez que a suposição da possibilidade de aquisição de genéricos com a mesma fórmula química ativa demanda a produção de provas de sua eficiência no tratamento da doença de que padece o autor, provas que não foram carreadas pelo apelante. (Processo nº 2002.01.1.044 967-0, acórdão 201.227, julgado em 16/08/04).

O medicamento reclamado pela impetrante nesta sede recursal não objetiva permitir-lhe, apenas, uma maior comodidade em seu tratamento. O laudo médico, colacionado aos autos, sinaliza para uma resposta curativa e terapêutica ‘comprovadamente mais eficaz’, além de propiciar ao paciente uma redução dos efeitos colaterais. A substituição do medicamento anteriormente utilizado não representa mero capricho da impetrante, mas se apresenta como condição de sobrevivência diante da ineficácia da terapêutica tradicional. (...) *In casu*, não havendo prova documental de que o remédio fornecido gratuitamente pela administração pública tenha a mesma aplicação médica que o prescrito ao

impetrante, fica evidenciado o seu direito líquido e certo de receber do Estado o remédio pretendido. (Processo nº 2005.00.2.006214-8, acórdão 238.054, julgado em 17/01/06).

A indisponibilidade do medicamento na rede pública jamais foi aceita como argumento ou defesa. O fato é entendido como negligência que apenas o usuário e contraria princípio constitucional:

Indisponibilidade de medicamento na rede pública fere o princípio constitucional da continuidade dos serviços públicos. (Processo nº 2003.00.2.005 655-3, acórdão 180.905, julgado em 14/10/03).

Não pode o Distrito Federal esquivar-se da obrigação legalmente imposta, ao argumento de que não há previsão orçamentária para a compra dos medicamentos e que ainda não foi realizada licitação para escolher o fornecedor dos produtos. Com efeito, não pode ser o beneficiário do sistema de saúde apenas pela negligência do Poder Público. (Processo nº 2002.01.1.063 874-6, acórdão 184 431, julgado em 24/11/03).

Eventuais exigências burocráticas, não podem afastar a responsabilidade do Estado, sob pena de se negar direito constitucionalmente previsto, possibilitando a evolução da doença, impondo sérios prejuízos ao agravado que não dispõe de condições para arcar com o alto custo do tratamento. (Processo nº 2002.01.1.033 737-7, acórdão 185.329, julgado em 03/11/03).

O direito à saúde e, portanto, à vida, devem ser garantidos de forma eficaz e concreta. Não se pode olvidar que há entraves burocráticos na maioria das vezes de difícil solução para o administrador. Contudo, os problemas administrativos podem até ser de difícil resolução, mas não podem configurar barreira intransponível a ponto de se lesionar direitos de tão grande quilate como o direito à saúde e à vida. (Processo nº 2005.00.2.000 386-7, acórdão 214.203, julgado em 25/04/05).

Não havendo estoque do medicamento, o Distrito Federal deverá suportar as despesas para adquiri-lo de imediato, a fim de evitar danos maiores à saúde do paciente. (...) Não é admissível o argumento de indisponibilidade, ainda que pontual, do medicamento na rede pública de saúde, pois fere o princípio constitucional da continuidade dos serviços públicos. (Processo nº 2005.01.1.005 663-8, acórdão 224.045, julgado em 08/08/05).

O reconhecimento de que o suprimento depende de transferência de recursos federais não é aceito como justificativa para que o Distrito Federal deixe de cumprir o que está “no âmbito de sua competência material”, segundo dispõem a Constituição Federal e a Lei Orgânica do Distrito Federal, mas ao contrário, caracteriza, para os julgadores, incompetência administrativa.

A simples argumentação de que para tanto se faz necessário o repasse de recursos não afasta a constatação de que se faz necessária efetiva previsão de tal suprimento, de forma a atender a demanda que pode ser mensurada pelo governo local, que por certo dispõe de dados e servidores aptos a empreender tal serviço de evidente utilidade pública. (Processo nº 2002.01.1.091 335-9, acórdão julgado em 05/08/04).

Nesse mesmo sentido, é também frequentemente contra-argumentado que não incorre em ilegalidade o administrador que promova a aquisição emergencial dos medicamentos, com dispensabilidade de licitação, em casos de “urgência de atendimento de situação que

ocasionar prejuízo ou comprometer a segurança de pessoas”, segundo previsão da Lei de Licitações.

A alegação de que o medicamento pleiteado não era registrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) ou é experimental e, portanto não se encontra internalizado no mercado nacional ou não pode ser aqui comercializado, não foi considerada razão relevante para o Judiciário local.

Dito isto [CF 196; LODF 207, XXIV], cinge-se à questão sobre a impossibilidade do cumprimento, pelo agravante, do disposto na r. decisão agravada, eis que o medicamento fornecido aos agravados não se encontra registrado na Anvisa, o que impossibilita sua importação. Pelos documentos juntados aos autos, verifico que os agravados recebiam [o medicamento] ‘a título de experiência’ efetuada pelo [médico particular], medicamento este que fora doado pelo laboratório Genzyme Corporation. Informam os agravados, na inicial da ação proposta, que iniciaram o tratamento específico para a doença de Fabry e que, após o período de um ano, ainda necessitam de 144 doses do referido medicamento, oportunidade em que requereram junto à Secretaria de Estado de Saúde do DF a continuidade de seu fornecimento, uma vez que é o único disponível no mercado capaz de amenizar os efeitos da patologia referida. (...) Ora, os argumentos aduzidos pelo agravante (...) não devem prosperar. Primeiro, pelo fato de que, se o medicamento (...) não é registrado pela Anvisa, (...), deve o agravante, apenas e tão somente, solicitar aos seus órgãos competentes o cumprimento da decisão. Sequer consta dos autos prova de que lhe foi negada a importação do referido medicamento, ou de que o mesmo não se encontra registrado pela Anvisa. Se iniciaram o tratamento e, ao que me parece, vêm ocasionando resultados satisfatórios aos agravados, sua interrupção abrupta deve ser refutada. (...) Dessa forma, (...) resta claro que o Distrito Federal tem a obrigação de fornecer o medicamento pleiteado na inicial daquela ação, pois, sendo a saúde um direito fundamental, apenas à própria Constituição Federal caberia impor limitações ao exercício de tal direito, o que não se verifica. (Processo nº 2004.00.2.001770-8, acórdão 193.672, julgado em 24/05/04).

A alegação de impossibilidade jurídica e material, alegada pelos réus, não é considerada pelos julgadores:

Sendo prescrita a substância por médico responsável pelo tratamento do paciente, máxime se integrante da rede pública de saúde, ainda que não registrado o fármaco perante a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, faz-se necessária a sua importação diante da finalidade terapêutica indicada. (Processo nº 2004.01.1.011071-5, acórdão 212.073, julgado em 21/03/05).

No ano de 2004, no julgamento de ação cominatória de autoria de um grupo de pacientes portadores de doença de Fabry, que pleiteavam a dispensação de medicamento não-registrado na Anvisa e, portanto, ausente do mercado nacional, o juiz, em decisão monocrática, indeferiu – pela primeira vez – a solicitação, sendo esta decisão confirmada em acórdão julgado no mesmo ano, não dando provimento ao recurso dos autores:

Se não há interesse da empresa fabricante em exportá-lo, bem como da empresa representante em registrar e comercializar esse produto, entendo que não há como compelir o Distrito Federal a promover a aquisição do medicamento solicitado. (Processo nº 2004.00.2.006 397-2, acórdão 202.068, julgado em 01/10/04).

Tendo, no entanto, os autores recorrido da sentença, ela veio a ser reformada, acatando o parecer do Ministério Público de que “estar-se-ia condicionando a efetividade de uma garantia constitucional a procedimentos burocráticos”:

Sendo prescrita a substância por médico responsável pelo tratamento do paciente, máxime se integrante da rede pública de saúde, ainda que não registrado o fármaco perante a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, faz-se necessária a sua importação diante da finalidade terapêutica indicada. (Processo nº 2004.01.1.045859-4, acórdão 211.723, julgado em 28/03/05).

As alegações de ameaça de lesão à ordem por ir de encontro à legislação que proíbe a importação, prescrição e uso de medicamento não-registrado pelo organismo de vigilância sanitária e de risco à saúde do paciente são afastadas:

Diante da gravidade do caso em concreto, não antevejo, no simples fato de inexistir registro do medicamento no Ministério da Saúde, ameaça de lesão à ordem ou à saúde pública. Tampouco resta ameaçada, por isso, a saúde da impetrante, haja vista que a decisão condiciona o fornecimento à prescrição médica, e pela prescrição do medicamento, responde o médico requisitante. (Processo nº 2004.01.1.011 071-5, acórdão 212.073, julgado em 21/03/05).

Ainda que tenham sido dadas sentenças no sentido do fornecimento de “outros medicamentos que venham a ser receitados”, além dos pleiteados na ação, ou de mantê-los “enquanto o paciente deles precisar”, acabou prevalecendo jurisprudência em sentido contrário:

Não se pode onerar a administração pública com obrigações futuras e incertas, além daquelas legalmente estabelecidas. (Processo nº 1999.01.1.061 120-9; acórdão 135 175, julgado em 11/12/00).

Parece-me quase impossível para o Estado fornecer remédios ‘que venham a ser receitados aos autores em prescrição médica futura’, pois existe uma verba destinada ao atendimento desses casos, e o Estado tem outras prioridades que devem ser atendidas, não podendo ficar à mercê do receituário dos médicos que não integram o SUS. (Processo nº 2000.01.1.067 510-0; acórdão 144 091, julgado em 25/06/01).

Não se pode, sem cometer uma autêntica atrocidade técnica e jurídica, obrigar o Poder Público a entregar algo que, no atual estado das artes (tecnologia atual) sequer existe. (...) Não há sentenças condicionais e, no caso, o autor insiste em obter o pedido não só condicional, mas também temerário de obrigar o Estado a lhe fornecer ‘qualquer medicamento futuro’. Mais parece que, se provido fosse semelhante pedido, a FHDF e o Distrito Federal sequer poderiam reunir comissões de avaliação de medicamentos, porque a um simples lançamento de uma droga experimental, estaria o Estado, pela reprovável e temerária sentença condicional, pretendida pelo autor, obrigado a fornecer-lhe a droga.” [conclui que é lícito obrigar o fornecimento e a substituição de medicamentos, “desde que estejam disponíveis no mercado e não em fase experimental, prescritos por médicos especialistas.] (Processo nº 1999.01.1.056 322-5; acórdão nº 145 849, julgado em 27/08/01).

Constitui verdadeira norma específica concreta, em branco, traduzindo-se em delegação de atividade jurisdicional, haja vista que nem mesmo prevê qualquer forma de liquidação judicial dessa condenação indeterminada. (Processo nº 2000.01.1.042 285-5; acórdão 152 863, julgado em 25/02/02).

A apreciação quanto à necessidade continuada e indefinida da medicação prescrita deve permanecer sob o crivo da autoridade judiciária, com determinações exatas na quantidade que a parte ré está obrigada a prestar, evitando-se, assim, a ruptura na atividade de prestação jurisdicional. (...) O atendimento de toda e qualquer

prescrição médica irá propiciar que todo e qualquer médico possa intentar tratamentos alternativos, de efetividade ainda não reconhecida, à semelhança da atividade de pesquisa. (Processo nº 2005.00.2.000 242-4; acórdão 225.798, julgado em 27/06/05).

A defesa do réu baseada em que o pleito jurisdicionado responde a interesse individual e não difuso foi apresentada, pela primeira vez, contra ação civil pública que pedia a entrega de medicamentos de alto custo a quatro pacientes portadores da síndrome de Gaucher, em 2000, passando a ser utilizada em outras lides. Esse, no entanto, não tem sido o entendimento da Corte do TJDF:

O fato de uma moléstia vir a ser caracterizada como rara, que atinge um número bastante restrito de pessoas, não transmuta sua natureza de interesse difuso para individual, pois, para além do universo das personalidades envolvidas, remanesce o interesse relativo a ações e serviços de saúde, que é de todos, não se desfigurando, destarte, a legitimidade do Ministério Público. (Processo nº 2000.00.2.000 838-8. acórdão 126 790, julgado em 27/03/00).

Não se trata meramente de privilegiar um interesse material e específico do jurisdicionado em prejuízo à coletividade, mas de garantir a própria vida de um de seus componentes que, em *ultima ratio*, é interesse coletivo, bem como resguardar a continuidade do serviço público de assistência à saúde, que não pode ficar apenas sujeita de forma absoluta à discricionariedade administrativa, sobretudo em razão da possibilidade de ocorrência do desvio de finalidade ou abuso de poder. (Processo nº 2003.00.2.000 543-2, acórdão 173.062, julgado em 13/03/03).

Não há ofensa à isonomia, pelo atendimento à pretensão autoral, eis que remonta à Antigüidade, mais especificamente a Aristóteles, a idéia de que isonomia não significa tratamento cegamente igual para todos – antes, representa a equiparação dos desiguais, a fim de garantir-se-lhes a igualdade de condições tanto para a fruição de direitos como na imposição de deveres relativos ao grupamento social. Ora, se o autor possui necessidade de atendimento especial, identificada por profissional de saúde capacitado para tanto, é forçoso reconhecer que, numa consideração decorrente do princípio da isonomia, deve ser atendido em sua necessidade específica. A isonomia não se presta a socializar as mazelas decorrentes da má administração, como pretende a defesa, mas em fazer exigir o devido atendimento pelos poderes públicos às necessidades de todos, indistintamente. (...) Pois bem, a negativa de fornecimento de medicamento devidamente prescrito por médico ao paciente que dele necessite refoge à razoabilidade e à proporcionalidade, impondo sacrifício desmesurado do administrado, na tutela de supostos interesses públicos não devidamente configurados. (...). (Processo nº 2002.01.1.0910335-9, acórdão julgado em 05/08/04).

Em ação civil pública impetrada em 2004 pelo Ministério Público contra o Distrito Federal objetivando “a disponibilização, com urgência, de recursos financeiros para o custeio dos medicamentos necessários à quimioterapia no Hospital de Base do Distrito Federal, e os devidos reparos nos aparelhos de radioterapia, ou, se for o caso, a aquisição de novas máquinas”, a decisão inicial do juiz monocrático foi de “ausência de legitimidade ativa do Ministério Público para exigir o cumprimento da obrigação de fazer em prol de pessoas devidamente identificadas na ação”. Julgamento posterior, no entanto, reformou a decisão:

É de simples constatação o fato de que o direito à saúde, indissociável do próprio direito à vida, é não somente um direito individual indisponível, mas também um direito difuso inerente a todo e qualquer ser humano, indistintamente. No caso dos

autos, a ação civil pública foi proposta (...) para a proteção de direitos difusos, a fim de ver efetivamente garantido a todos os cidadãos do Distrito Federal, o acesso universal e igualitário à saúde. Tal pleito engloba, de forma plena, a defesa dos direitos individuais indisponíveis das pessoas elencadas no pedido. (Processo nº 2004.00.2.000475-5, acórdão 203.751, julgado em 23/08/04)

A partir de 2005, os réus passaram a requerer o levantamento de liminares, tutelas e seguranças alegando perda de objeto, na medida em que os medicamentos tinham sido fornecidos aos autores e não ter sido demonstrada a recusa. As alegações não prosperaram, no entanto:

Descara o agravante de que a cassação da medida antecipatória importa em perigo de dano reverso, máxime porque nenhuma garantia há de que os medicamentos continuarão a ser fornecidos independentemente da determinação judicial. (Processo nº 2005.00.2.006 446-4, acórdão 226.512, julgado em 05/09/05).

Por fim, em ações contra operadoras de planos privados de saúde, os argumentos dos autores de que lhes era devida a prestação do serviço foi sempre acatada nos julgamentos de mérito, com base no art. 51, § 1º, inciso II, do Código de Defesa do Consumidor:

A interpretação de cláusula contratual, restringindo direitos do consumidor e inerentes à natureza do contrato, além de violar o princípio da boa-fé objetiva, implica em cláusula abusiva, pois permite a prevalência de interesse da parte economicamente mais forte, em detrimento às necessidades do contratante hipossuficiente. Forte nesses motivos, não procede a alegação de ausência de cobertura securitária do exame indicado para a segunda autora. (Processo nº 2001.01.1.100 426-3, acórdão 164.223, julgado em 10/09/02).

d) Impacto orçamentário e financeiro da judicialização

O impacto orçamentário e financeiro da decisão judicial é apresentado pelos réus como alegação freqüente e também sistematicamente desconsiderada pelos julgadores com base em dois contra-argumentos: o de que limitações orçamentárias não podem suplantam direitos constitucionais e o de que não ficou demonstrado, pelos réus, em seus recursos, o “risco ou dano à ordem, à saúde, à segurança ou à economia pública”:

É certo que o judiciário não pode ordenar ao poder executivo que efetue despesas não previstas ou acima do que foi previsto na lei orçamentária. No caso em debate [autor portador de síndrome de Gaucher que pleiteava fornecimento de medicamento de muito elevado custo], não se pretende invadir a seara de discricionariedade da administração ou da atividade própria do poder legislativo. O que se impõe no caso vertente é a observância do princípio da continuidade da prestação dos serviços públicos essenciais, nos quais se inclui, claramente, a prestação de assistência à saúde. (Processo nº 2000.00.2.000 838-8, acórdão 126 790, julgado em 27/03/00).

A escassez orçamentária e a necessidade de procedimentos administrativos para a aquisição não podem suplantam o direito à vida e à saúde. (Processo nº 1999.01.1.056 324-0; acórdão 153 317, julgado em 07/02/02).

Dúvida, portanto, inexistente de que, em hipóteses que tais, compete ao Estado suprir necessidade do cidadão, fornecendo-lhe o medicamento de que necessita. Se não o faz, embora sob o pretexto de disciplinar a distribuição e planejar o suprimento, força convir que não cumpre o preceito fundamental estabelecido pelo legislador constituinte. (Processo nº 2002.00.2.002247-6; acórdão 164.261, julgado em 20/08/02).

O direito ora guerreado vincula-se diretamente ao próprio direito à vida do autor, o qual poderia ser comprometido caso não lhe fosse propiciado o tratamento recomendado. (...) Se o custo é elevado, cabe ao Executivo rever a forma de administrar seus recursos e fazer valer o direito protegido constitucionalmente. (Processo nº 2001.01.1.048 045-0, acórdão 199 795, julgado em 06/09/04).

É certo que se deve tomar em consideração, na tarefa de concretização dos programas normativos, as reservas do financeiramente possível, dentro dos limites que o orçamento enseja. Contudo, nenhuma demonstração inequívoca se apresenta nos autos de que a concessão do pedido venha a provocar danos à ordem, à saúde, à segurança ou à economia pública, tanto que nenhuma provocação nesse sentido foi promovida pelo apelante. (Processo nº 2003.01.1.008 763-9, acórdão 201.248, julgado em 16/08/04).

Com efeito, (...) por certo que o Judiciário não pode obrigar o poder público a efetuar gastos não previstos pelo orçamento. No entanto, o Estado tem o dever constitucional de preservar o direito à vida e à saúde, reservando em seu orçamento recursos para o cumprimento de seu elevado objetivo. (Processo nº 2004.01.1.066 049-0, acórdão 214.192, julgado em 02/05/05).

Mostra-se desarrazoada a alegação de que existem limitações orçamentárias, pois, inelutavelmente, não se pode obstar o exercício dos direitos à vida e à saúde, contemplados e garantidos pela Constituição Federal, a simples argumentação de insuficiência de recursos financeiros. (Processo nº 2002.01.1.069 918-4, acórdão 271.760, julgado em 25/04/05).

A insuficiência de recursos é interpretada por juízes e desembargadores como incompetência administrativa e desinteresse em agir, por parte do gestor público:

Não socorre ao recorrente a alegação da ausência de recursos materiais e humanos, pois, tais fatos demonstram tão somente a falta de seriedade com que o assunto é tratado pelos entes responsáveis pela manutenção do sistema de saúde pública. Cabe à Administração dar à questão a importância devida, adotando as medidas necessárias ao cumprimento da ordem judicial. (Processo nº 2003.01.1.028 275-2, acórdão 203.001, julgado em 07/10/04).

O ônus que possui o Distrito Federal de prestar assistência médica à parte foi imposto pela Constituição Federal e reafirmado pela Lei Orgânica do Distrito Federal. Portanto, nem a ausência de medicamentos disponíveis nem, tampouco, a falta de recursos para adquiri-los podem ser utilizados como argumento para que este ente federativo se exima do cumprimento de sua obrigação. Com muita propriedade ressaltou o MM. Juiz na r. sentença, (...) que “(...) se o custo é elevado, cabe ao Executivo rever a forma de administrar seus recursos e fazer valer direito protegido em sede constitucional. (Processo nº 2004.01.1.069 975-9, acórdão 226.807, julgado em 19/09/05).

Sobre o comprometimento de outras ações programadas em decorrência de sentenças que se pretendia reformar – em especial aquelas concessórias da obrigação de fornecer medicamentos de alto custo –, a posição do Judiciário foi no sentido de não valorizar o argumento:

É de tudo louvável o combate à malária, bem assim à desnutrição. O que é certo, absolutamente certo, é que as vítimas dessas duas últimas deficiências de saúde são tratáveis até com medicamentos caseiros ou, quiçá, apanhados no balcão dos raizeiros ou numa boa horta. Destarte, não recebo com muita boa vontade esses argumentos do apelante como causa de pedir para a desconstituição da decisão

judicial, que manda, nos termos da Constituição Federal e das leis, fornecer medicamento indispensável à manutenção da vida aos portadores do HIV. (Processo nº 2000.01.1.025 572-2; acórdão 140 533, julgado em 19/03/01).

Imperioso ao Estado garantir o fornecimento em face da garantia constitucional do direito à vida e à saúde. (Processo nº 2003.00.2.000 543-2, acórdão 173.062, julgado em 31/03/03).

É certo, que se devem tomar em consideração, na tarefa de concretização dos programas normativos, as reservas do financeiramente possível, dentro dos limites que o orçamento enseja. Contudo, nenhuma demonstração inequívoca se apresenta nos autos de que a concessão da ordem venha a provocar danos à ordem, à saúde, à segurança ou à economia pública, tanto que nenhuma provocação nesse sentido foi promovida pelo apelante, consoante as regras que constam da Lei Federal nº 4.348/66. (Processo nº 2002.01.1.052 025-9, acórdão 188.299, julgado em 05/02/03).

Inegavelmente, a Administração Pública tem a obrigação de, no desempenho de suas funções, dar aos administrados tratamento isonômico. Todavia, a pretensão do impetrante não traz, como consequência, a quebra da igualdade prevista na Constituição Federal, uma vez que, incumbe ao Estado o fornecimento da medicação que for prescrita pelo médico, e, assim, caso outros pacientes necessitem fazer uso do mesmo fármaco, a eles também deve ser assegurado o fornecimento, inclusive, se preciso for, pela via judicial. (Processo nº 2004.01.1.052 065-7, acórdão 206.996, julgado em 03/02/05).

Na medida em que todas as decisões do TJDF, no período estudado, concederam o medicamento pleiteado pelo autor da ação, fica evidente que a escassez de recursos e o comprometimento de outras ações programadas não constituem argumentos aceitáveis para impedir ou limitar a concessão do medicamento, o que é similar ao descrito por Wang em estudo sobre a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal. (WANG, 2007)

Conclusões

A judicialização da política de assistência farmacêutica observada no Distrito Federal caracterizou-se pelo crescimento significativo do número de ações a partir do início desta década e pela concessão da totalidade dos pleitos levados a julgamento no TJDF. Em decorrência, a política de assistência farmacêutica implementada pelo sistema público de saúde no Distrito Federal, no período estudado, foi profundamente afetada pela intervenção do Poder Judiciário, em resposta ao crescente e importante número de ações de medicamentos, impetradas contra o SUS-DF.

As principais alterações promovidas pela judicialização na política de assistência farmacêutica executada pelo SUS-DF, no período de estudo, consistiram em ampliação de cobertura; redefinição de prioridades – em decorrência do necessário remanejamento de recursos para atendimento das demandas judiciais; e limitação da adoção e emprego de determinados instrumentos e processos técnicos – como a seleção/padronização de medicamentos e a adoção de protocolos clínico-terapêuticos, entendidos como meras tratativas burocratizantes.

A flagrante insuficiência da atenção à saúde prestada no âmbito do SUS-DF no período estudado – e não apenas da assistência farmacêutica – é importante fator explicativo do fenômeno, devendo ser ressaltado que essa insuficiência atingiu, inclusive, serviços públicos de saúde não-participantes da rede mantida pela Secretaria de Saúde. A natureza dos medicamentos pleiteados – que são medicamentos “padronizados” em metade dos casos – favorece essa interpretação. A incapacidade do Governo do Distrito Federal para apresentar os valores gastos por sua Secretaria de Saúde em medicamentos e, em especial, com medicamentos fornecidos mediante demanda judicial, é um claro indicador da necessidade de melhoria no gerenciamento da política.

Por outro lado, a significativa proporção de pleitos de medicamentos não constantes das relações adotadas pelo SUS, a ocorrência de um grande número de ações de iniciativa particular e a não-desprezível participação das demandas provenientes de pacientes atendidos na rede privada apontam para outro fator causal: a alta probabilidade de o ganho de causa – tendo em vista ao amplo acolhimento das demandas pelo judiciário local – estimular a abertura de ações.

A inexistência de dados financeiros impede que o estudo avalie o real impacto das demandas judiciais nas contas públicas. Em especial, impede que se distinga qual a vertente de demandas que mais onera o erário, se a demanda por medicamentos essenciais, pertencentes às listas de medicamentos do SUS, ou se a demanda por medicamentos de dispensação em caráter excepcional.

O fenômeno se inicia com ações por medicamentos anti-retrovirais, impetradas por pacientes de aids contra o SUS-DF, nos anos finais da década passada. Foi o julgamento desses casos que estabeleceu e conformou a jurisprudência do TJDF sobre a matéria, que veio a se consolidar no período estudado com muito poucas reformulações. A partir de 2001, a judicialização alcançou um número crescente e diversificado de outros medicamentos incluindo, principalmente, medicamentos selecionados, para a atenção básica e de média complexidade.

Nesse sentido, foram cristalizados, na jurisprudência do TJDF, alguns entendimentos entre os quais se destacam:

1. O reconhecimento de que a prestação de assistência farmacêutica pelo Estado constitui materialização do direito constitucional à vida e à saúde, além de imposição legal, e, portanto, depende da concretização de políticas públicas, tornando-se a omissão do Estado em implementá-las uma violação desses direitos. A assistência farmacêutica é concebida, assim, como um direito jurisdicionalmente tutelável do qual decorre o poder do cidadão de exigir, do Estado, a prestação.

2. A relativização desse direito, que é determinado, também, pela situação de hipossuficiência do autor-paciente, isto é, a jurisprudência deixa implícito que as pessoas que dispõem de recursos próprios para a aquisição de medicamentos não são, necessariamente, objeto desse direito, fazendo perceber que, quando se trata de assistência farmacêutica, o direito constitucional só se aplica se o demandante não tiver recursos para prover o medicamento por contra própria. Isso, no entanto, não impediu que a totalidade dos pedidos fosse concedida.

3. A dificuldade dos julgadores de lidarem com conceitos técnicos como seleção de medicamentos (denominada “padronização”, nos textos dos acórdãos estudados), protocolo

clínico, intercambialidade e vigilância sanitária, e a incapacidade ou desinteresse dos réus em explicá-los, conferindo baixíssimo ou ausente conteúdo técnico às peças processuais. Como resultado, relações de medicamentos selecionados, protocolos clínicos e o registro de medicamentos são entendidos por juízes e desembargadores como entraves burocráticos e mecanismos de resistência do gestor ao seu dever de agir.

4. O estabelecimento da prevalência da prescrição médica sobre quaisquer outros argumentos, mesmo quando ilegal (como no caso da prescrição de medicamentos experimentais fora de protocolos de pesquisa e de medicamentos sem registro no País) ou sem respaldo técnico (sem comprovação de eficácia ou segurança e indicação terapêutica ou dosagem não-aprovadas pela vigilância sanitária).

5. A não-consideração ou relativização de disposições legais frente à prevalência de disposições constitucionais que instituem o direito público subjetivo à saúde – e no seu âmbito o acesso ao medicamento – como prerrogativa jurídica indisponível. Por se tratarem de normas infraconstitucionais, os dispositivos da Lei nº 9.313, de 1996, (que obriga a distribuição gratuita de medicamentos a portadores do HIV e doentes de aids) que instituem a seleção (padronização) dos medicamentos alcançados pela obrigatoriedade, não são considerados pelos julgadores – que a entendem como mero procedimento burocrático. Da mesma forma e pela mesma razão, a confrontação a dispositivos legais que proíbem a importação, a prescrição e o uso de medicamentos não-registrados pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária é relativizada nas decisões.

Esse fato permite antever que a edição de novas normas legais que busquem delimitar o alcance, o acesso ou o direito à assistência farmacêutica no âmbito do SUS muito provavelmente não surtirá o efeito desejado de reduzir o número e o alcance de ações judiciais contra o sistema de saúde, mesmo com a institucionalização de processos técnicos similares aos citados.

6. Por fim, é possível verificar que as consequências econômicas e distributivas das decisões em ações de medicamentos não são preocupação do TJDF que sempre entendeu que esses argumentos não são aceitáveis quando se trata do direito constitucional à saúde. Os custos envolvidos para a efetivação dos direitos pleiteados, no caso da assistência farmacêutica, não são considerados elementos relevantes para o julgamento da matéria pelo TJDF que, reiteradamente, manifestou-se no sentido de que limitações orçamentárias não podem suplantar direitos constitucionais – interpretando que tais limitações representam ou incompetência administrativa ou desinteresse em agir, por parte do gestor público. As decisões desconsideram, também, o risco de comprometimento de outras ações programadas em decorrência de sentenças concessivas.

A nosso ver, a solução para os problemas trazidos pela intensa judicialização da política de assistência farmacêutica em nosso País está, por um lado, na melhoria da qualidade e da cobertura dessa ação no âmbito do SUS e dos planos privados de assistência à saúde e, por outro, na busca por uma atuação mais harmônica e menos independente entre os três Poderes.

Referências Bibliográficas

ANGELL, Márcia. *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos*. Rio de Janeiro: Record, 2007.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. *Comissão Parlamentar de Inquérito com a finalidade de investigar denúncias de irregularidades na prestação de serviços por empresas e instituições privadas de planos de saúde*. Relatório final. Brasília, nov. 2003.

CAMPILONGO, Celso Fernandes. Magistratura, sistema jurídico e sistema político. In: FARIA, José Eduardo. *Direito e Justiça: a função social do Judiciário*. (3 ed.) São Paulo: Ática, 1997.

CAMPILONGO, Celso Fernandes. *Política, sistema jurídico e decisão judicial*. São Paulo: Max Limonard, 2002.

CARVALHO, Luiza. PGE combate bloqueio de contas no RS. *Valor Econômico* (Rio de Janeiro), 16 ago. 2002, p. E2.

CASAGRANDE, Cássio. Ministério Público, ação civil pública e a judicialização da política – perspectivas para o seu estudo. *Boletim Científico da Escola Superior do Ministério Público da União*, a. 1, n° 3, pp. 21-34, abr./jun. 2002.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (a). *Para Entender a Gestão do Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional*. (Série CONASS Documenta, n° 3) Brasília, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (b). Diagnóstico do Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional nas Secretarias Estaduais de Saúde. In: CONASS. *Assistência Farmacêutica: Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional*. (Série CONASS Documenta, n° 5) Brasília, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Carta de Porto Alegre. Relatório do Seminário ‘O SUS, o Judiciário e o Acesso aos Medicamentos Excepcionais’ (Porto Alegre, 9-10 de julho de 2004). In: CONASS. *Nota Técnica 13/2005*. Brasília, jul. 2005.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *SUS: avanços e desafios*. Brasília, 2006.

CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO. *Medicamentos: problemas nos estados causam prejuízos à União*. _____, [Brasília], 15 ago. 2005. Disponível em: <<http://www.cgu.gov.br/Imprensa/Noticias/2005/noticia010905.asp>> Acesso em: 17 out. 2007

DELDUQUE, Maria Célia; OLIVEIRA, Mariana Siqueira de Carvalho. O papel do Ministério Público no campo do Direito e Saúde. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Oswaldo Cruz. *Questões de Direito Sanitário*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). *Pesquisa Mundial de Saúde: Brasil 2003*. Rio de Janeiro, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa de Orçamento Familiar*. Rio de Janeiro, 2003.

NUNES JÚNIOR, Amandino Teixeira. Considerações sobre a Judicialização da Política no Brasil. *Cadernos Aslegis* (Brasília), v. 8, nº 29, pp. 33-39, maio/dez. 2006.

MARQUES, Silvia Badim; DALLARI, Sueli Gandolfi. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, v. 41, nº 1, pp. 101-107, 2007.

MESSEDER, Ana Márcia; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa; LUIZA, Vera Lucia. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* (Rio de Janeiro), v. 21, nº 2, pp. 525-534, mar-abr. 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)*. 3ª ed. (Série B. Textos Básicos de Saúde), Brasília, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica*. Brasília, 2005.

O'HARROW, Robert. Grass roots seeded by drugmaker. *Washington Post*, 12 set. 2000, p. A1. Disponível em: <<http://www.washingtonpost.com/ac2/wp-dyn/A52480-2000-Sep11?language=printer/>> Acessado em 17 out. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *The World Health Report, 2006*. Genebra, 2006.

QUANTO Custou? Secretaria da Saúde não controla gastos com remédios de alto custo. *AMBr Revista* (Brasília), a. 8, n. 92, p. 6-8, jan. 2008.

RELATÓRIO técnico referente à pesquisa de acesso aos medicamentos essenciais pelo Sistema Único de Saúde. [Brasília]: Universidade de Brasília, Núcleo de Estudos em Saúde Pública: Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor, 2002. Disponível em: <http://www.idec.org.br/files/medicamentos_relatório.doc>. Acesso em: 17 out. 2007.

SOUZA JÚNIOR, Antônio Humberto. *O Supremo Tribunal Federal e as Questões Políticas*. Porto Alegre: Síntese, 2004.

TATE, Neal; VALLINDER, Torbjörn (org). *The Global Expansion of Judicial Power*. New York: New York University Press, 1995.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. *Avaliação do TCU sobre a Ação Assistência Financeira para Aquisição e Distribuição de Medicamentos Excepcionais*. (Sumários Executivos, 23) Brasília: TCU, 2005. (também disponível em: www.tcu.gov.br/avaliacaodeprogramasdegoverno)

VAZ, Lúcio. TCDF rejeita as contas de Abadia e Roriz. *Correio Braziliense*, 10/08/2007.

VIEIRA, Fabiola Suplino; ZUCCHI, Paola. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 41, nº 2, pp. 212-222, 2007.

WANG, Daniel Wei Liang. *Escassez de recursos, custos diretos e reserva do possível na jurisprudência do Supremo Tribunal Federal*. [S.I.]: Berkeley Program in Law & Economics, Latin American and Caribbean Law and Economics Association (Alacde), 2007. Disponível em: <<http://repositories.cdlib.org/bple/alacde/050207-16/>>. Acessado em: 17 out. 2007.

YEPES, Rodrigo Uprimny. A judicialização da política na Colômbia: casos, potencialidades e risco. *Sur Revista Internacional de Direitos Humanos*, a.4, nº 6, pp. 53-70, 2007.